

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Možnosti aktivizace seniorů s demencí v denním stacionáři
The possibilities of activation of seniors in Day Care Center

Bakalářská práce

Andrea Šmerdová

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph. D.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 10.12.2015

.....

Andrea Šmerdová

„Starý člověk především potřebuje, abychom se zastavili v pravý okamžik na správném místě, abychom mu dokázali darovat svůj čas a naslouchat jeho životnímu příběhu.“

Dana Klevetová (JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. Reminiscence Využití vzpomínek při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3, s. 133)

OBSAH

Úvod	6
1 Stárnutí a stáří	7
1. 1 Charakteristika stárnutí a stáří	7
1. 2 Psychické změny ve stáří	8
1. 3 Biologické a psychické potřeby ve stáří	10
2 Demence	12
2. 1 Vymezení pojmu demence	12
2. 2 Alzheimerova choroba	12
2. 3 Důsledky kognitivní poruchy	13
2. 4 Komunikace s lidmi trpícími demencí	15
3 Aktivizace seniorů s demencí	17
3. 1 Aktivizace	17
3. 2 Metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí	18
3. 2. 1 Ergoterapie u osob s demencí	18
3. 2. 2 Kognitivní rehabilitace	19
3. 2. 3 Senzorická stimulace	20
3. 2. 4 Terapeutické vaření (pečení)	20
3. 2. 5 Orientace realitou	20
3. 2. 6 Reminiscenční terapie	21
3. 2. 7 Kinezioterapie	21
3. 2. 8 Tanečně-pohybová terapie	22
3. 2. 9 Muzikoterapie	23
3. 2. 10 Arteterapie	23
3. 2. 11 Pet-terapie	24
4 Denní stacionář jako sociální služba	26
4. 1 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách	26
4. 2 Denní stacionář	26
5 Metodologie empirického šetření	28
5. 1 Charakteristika denního stacionáře Zahrada	28
5. 2 Cíl empirického šetření	29

5. 3 Metodologie výzkumného šetření	30
5. 4 Technika sběru dat	30
6 Analýza získaných dat	32
7 Výsledky empirického šetření	35
8 Závěr	37
Seznam použité literatury a zdrojů	38
Seznam tabulek	39
Seznam příloh	39

Úvod

K výběru tématu závěrečné bakalářské práce mě inspirovaly vlastní pracovní zkušenosti se seniory postiženými demencí a zájem o prohloubení znalostí a rozvoj kompetencí vázaných na tuto cílovou skupinu uživatelů.

Cílem závěrečné bakalářské práce je zjistit, jaké aktivizační metody jsou využívány v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně. Tato práce může sloužit jako informační materiál pracovníkům zabývajícím se aktivizací seniorů s demencí, ale bude přínosem také pro mě, jelikož všechny získané znalosti a zkušenosti mohu využít ve své profesi.

Teoretická část práce ukotví teoreticky, terminologicky a legislativně základní okruhy výkladu problematiky: stárnutí a stáří, demence, metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí, sociální služba denní stacionář. V praktické části této práce bude zpracováno empirické šetření, kterým jsem se snažila zjistit, jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

1 Stárnutí a stáří

I když se demence může rozvinout v každém věku, postihuje hlavně starší osoby. Dá se říci, že je typickou nemocí stáří. V úvodní kapitole vymezím pojmy, které se týkají stárnutí a stáří.

1. 1 Charakteristika stárnutí a stáří

Podle věku můžeme stáří rozdělit na jednotlivé etapy následovně (HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8, s. 27):

60 až 74 let – počínající stáří

75 až 89 let – vlastní stáří

90 let a více – dlouhověkost

Jiné dělení bývá následující:

65 až 74 let – mladí senioři

75 až 84 let – staří senioři

85 let a více – velmi staří senioři

Ve společnosti se stále častěji hovoří o tom, že naše populace stárne. Počet seniorů bude stoupat, častěji se také budeme setkávat se seniory velmi starými (85 let a více), protože i délka života se prodlužuje (HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8, s. 31).

„Každá etapa lidského života má své problémy a z toho pramenící nejistoty. Malé dítě se seznamuje se světem a neví, co všechno ho čeká. Mladý člověk rozvíjí svoji osobnost, hledá své cíle a neví, jak se do života zařadí. Dospělý člověk buduje svoji rodinu a své pozice a neví, zda se mu to podaří. Starý člověk již v zásadě vše vybudoval. Mohl by být klidný a spokojený. Pravda však je, že se musí spokojit s tím, co má a čeho dosáhl. Vzhledem ke svému věku už nemůže zásadně změnit své postavení a prostředí a je pasivně závislý na zdrojích, které dříve získal, nebo které mu společnost poskytuje. Se ztrátou svých tělesných a duševních sil musí slevovat ze svých potřeb a zvyklostí a snižuje se i jeho ekonomické zajištění (HOLMEROVÁ, I.,

JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8, s. 93).“

Stárnutí je závěrečnou fází ontogenetického vývoje. V průběhu řady let lze sledovat proměnu fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující stáří. Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický věk (kalendářní) věk, tedy údaj, jak je člověk starý. Dalším běžným měřítkem je věk sociální, který se vztahuje k chování, které společnost očekává jako přiměřené určitému biologickému věku. Stáří obvykle znamená změnu sociálního statusu. Většina gerontologů volí pro označení začátku stáří hodnoty mezi šedesáti a šedesáti pěti lety, kdy začne většina lidí vykazovat příznaky stárnutí, které mohou být jak tělesné, tak duševní. Tyto známky stárnutí jsou posuzovány měřítky biologického a psychologického věku (STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2, s. 18-21).

Procesy sociálního, biologického a psychologického stárnutí jsou na sobě vzájemně závislé. Změny fyzického stavu organismu mohou mít vážné důsledky pro jeho psychologické funkce (STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2, s. 44).

Biologické stárnutí

Biologický věk je vyjádřením celkového stavu lidského organismu. Úpadek tělesných funkcí organismu nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, přičemž průběh této degenerace je velmi pozvolný. S přibývajícím věkem dochází v lidském organismu k řadě změn. Například tělesné tkáně začínají ztrácet elasticitu. Dochází ke zhoršení funkce vylučovací a trávicí soustavy. Charakteristický je také úbytek svalové hmoty. Dochází k poklesu výkonu dýchací a oběhové soustavy. Popsané změny, stejně jako úpadek smyslových orgánů, mají nepříznivý vliv na fungování mozku, a tedy i na činnost psychiky. (STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2, s. 22-27).

1. 2 Psychické změny ve stáří

Psychické změny, které mají sestupnou tendenci (HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7, s. 10-11):

1. zpomalení celkového psychomotorického tempa
2. zhoršení paměti
3. porucha koncentrace
4. snížení smyslové výkonnosti
5. ochuzení fantazie a omezení tvořivosti
6. pokles sebedůvěry, snížení adaptability
7. snížená schopnost navazování interpersonálních vztahů

Psychické změny, které mají vzestupnou tendenci (HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7, s. 11):

1. vytrvalost, trpělivost
2. stálost názorů a vztahů
3. tolerance k druhým
4. nadhled
5. zájem o informovanost a rozhled, zlepšená schopnost vnímat detaily

Mezi psychické kvality, které se zásadním způsobem nemění, patří intelekt a slovní zásoba (HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7, s. 11).

V průběhu stárnutí dochází také ke změnám emočního prožívání, v oblasti emocionality můžeme pozorovat tyto změny (HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7, s. 11):

1. emoční labilita, rychlé střídání nálad
2. sklony k úzkosti a depresi
3. časté hypochondrické stesky
4. zploštění emotivity, neschopnost nadchnout pro nějakou věc

5. změny osobnostních vlastností

Změny emočního prožívání ve stáří mohou mít různý průběh, v závislosti na působení psychických, sociálních a somatických faktorů (VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5, s. 334).

1. 3 Biologické a psychické potřeby ve stáří

V průběhu stáří se mění i mnohé biologické a psychické potřeby (VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5, s. 344 – 347):

1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem.

Potřeba stimulace bývá snížena, klesá potřeba nových a silnějších zážitků. Změny mohou u seniorů navozovat pocit nejistoty a dezorientace. Zároveň však potřebují přiměřený přísun podnětů, které by je aktivizovaly a informovaly o dění v jejich okolí.

2. Potřeba sociálního kontaktu.

Stáří lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí. Preferují kontakty se známými lidmi, posílena je vazba na příslušníky téže generace.

3. Potřeba citové jistoty a bezpečí.

Tato potřeba bývá ve stáří intenzivnější. Senioři si uvědomují ubývání sil a schopností, dochází ke smíření s určitou mírou závislosti, s nutností přijmout pomoc. Starší lidé potřebují nejenom pocit psychické blízkosti a pochopení, ale i fyzický kontakt.

4. Potřeba seberealizace.

Ve stáří může být potřeba seberealizace hůře uspokojována a obvykle také postupně klesá její význam nebo se mění způsob jejího uspokojování (kompenzace jinými aktivitami, zdůrazňování minulých výkonů). Potřeba seberealizace bývá ve stáří častěji uspokojována nepřímo, identifikací s blízkým člověkem.

5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje.

Přijatelná představa vlastní budoucnosti klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty.

I ve stáří se za normální považuje stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život. Na druhé straně je právě stáří obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji (HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8, s. 66). Demence patří k typickým psychickým poruchám diagnostikovaným ve stáří.

2 Demence

V této kapitole se budu věnovat vymezení pojmu demence a Alzheimerova choroba.

2.1 Vymezení pojmu demence

Demence nepatří k normálním průvodním znakům stárnutí, je projevem nemoci. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, ale může se vyskytnout i u jiných nemocí, například u Parkinsonovy nemoci nebo jako důsledek cévní mozkové příhody (KOBĚRSKÁ, P. A KOL. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1, s. 8).

„U demencí se vyskytují tři základní okruhy postižení, přičemž se tyto okruhy navzájem prolínají:

- postižení kognitivních funkcí
- postižení aktivit denního života
- behaviorální a psychologické příznaky demence

(JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6, s. 22)“

2.2 Alzheimerova choroba

Na příkladu Alzheimerovy choroby, která je nejčastější příčinou demence, budu charakterizovat stádia demence.

„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence (JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6, s. 29).“

Průběh Alzheimerovy choroby můžeme rozdělit do tří stádií (KOBĚRSKÁ, P. A KOL. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1, s. 8 - 9):

1. Počáteční stádium.

U nemocného se objevují poruchy krátkodobé paměti, mohou se objevit potíže s vyjadřováním, častá je porucha orientace v čase a prostoru. V tomto stadiu si nemocný uvědomuje, že mu přestává sloužit paměť.

2. Střední stádium.

Toto stádium je charakterizováno dalším zvýrazňováním problémů vzniklých v důsledku demence, které stále více ovlivňují každodenní život nemocného. Prohlubují se problémy s orientací v čase a prostoru. Mohou se dokonce vyskytnout bludy nebo halucinace. Objevují se problémy při běžných denních činnostech. Nemocný je může stále vykonávat relativně samostatně, ale potřebuje k tomu provázení, podporu a pomoc pečovatele.

3. Pozdní stádium.

Nemocný už není schopen postarat se sám o sebe, potřebuje celodenní péči. Dochází k výraznému zhoršení tělesného stavu. Ztráta paměti je již velmi pokročilá. Vyskytují se velké obtíže nejen s vyjadřováním, ale také s porozuměním.

Syndrom demence probíhá podobně u většiny onemocnění, která jej způsobují, k odlišnostem dochází zejména ve stádiu počínající demence (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 34). Alzheimerova choroba je jen jedna z chorob projevujících se demencí, u ostatních onemocnění se setkáváme s podobnými projevy a podobnými omezeními u nemocného.

2.3 Důsledky kognitivní poruchy

Důsledky poruch kognitivních funkcí se mohou lišit jak v závislosti na druhu demence, tak i individuálně od osoby k osobě. Následující přehled není podle Zgoly vědeckým popisem kognitivních poruch spojených s demencí, ale spíše obecným přehledem nejpravděpodobnějších důsledků pro fungování a chování postiženého při nejčastějších typech onemocnění projevujících se demencí (ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, s. 22 - 42):

- Ztráta paměti

Při Alzheimerově nemoci ovlivňuje ztráta paměti zejména časově nepřímé vzdálené vzpomínky. Vzpomínky ze vzdálené minulosti bývají zachovány mnohem déle. Ztráta paměti znesnadňuje postiženému získávat nové dovednosti, což mu znesnadňuje přizpůsobit se novým okolnostem. Dalším důsledkem ztráty paměti je ztráta orientace. Opakované dotazování je způsob, jakým se osoby se ztrátou krátkodobé paměti snaží s touto situací vypořádat. Jiným důsledkem ztráty krátkodobé paměti jsou konfabulace. Konfabulace bývají častou odpovědí na otázku s otevřeným koncem. Nemocná osoba se tak snaží vysvětlit si současnou situaci používáním dřívějších znalostí.

- Poruchy jazyka

Demence Alzheimerova typu může způsobit poruchu schopnosti porozumět myšlenkám jiných (receptivní jazyk) i schopnosti formulovat vlastní myšlenku (expresivní jazyk). Pokud má postižený problém s receptivní složkou jazyka, můžeme mu napomoci použitím synonym nebo opisem. Při problémech s expresivním jazykem můžeme mít pocit, že osoba není schopna mluvit k věci, protože myšlenku podrobně rozvádí a rozsáhle popisuje. Dalším příznakem je neschopnost správného řazení slov. Kombinace těchto problémů může vytvořit vážnou komunikační bariéru

- Poruchy pozornosti

Zgola uvádí nejobvyklejší příklady problémů spojených s pozorností:

- neschopnost začít nebo ukončit úkol nebo akci,
- fixace na nepodstatný aspekt úkolu,
- neschopnost odblokovat rušivé vlivy
- zmatené reakce

- Poruchy vhledu, úsudku a abstrakce

Tyto poruchy mohou vést k tomu, že jedinec reaguje následujícím způsobem:

- v důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc
- trvá na svých starých vzorcích chování
- nepřijme důkaz o snížení svých schopností

- ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí, ztrácí zábrany
- nedokáže předvídat důsledky
- nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech
- má tendenci brát věci osobně“
 - Poruchy ve vnímání a prostorové orientaci

Poruchy vnímání mohou ovlivnit každou složku poznávacího procesu.

Poruchy zrakové percepce mohou vyústit v následující problémy:

- neschopnost rozeznat předměty nebo tváře
- sklon ke klamným představám, k prožívání bludů
- neschopnost rozlišovat předmět a pozadí
- neschopnost odhadnout vzdálenost a hloubku
- neschopnost vnímat směry
- úzkost a nejistota
- Poruchy v oblasti motoriky

Porucha výkonové funkce, která umožňuje správné používání pohybových vzorců, způsobuje problémy při činnostech, které se skládají z více kroků. Osoba může ztratit přístup k automatickému vzorci. Může se také stát, že se automatický vzorec spustí v nevhodnou dobu nebo osoba není schopna uskutečnit jednotlivé kroky úkolu ve správném pořadí.

„Pochopíme-li důsledky demence pro život člověka, stanou se naše očekávání realistická a naše snaha pomoci správně nasměrovaná (ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, s. 42).“

2.4 Komunikace s lidmi trpícími demencí

Demence vážně ovlivňuje také schopnost jedince komunikovat. Následující podkapitola stručně vysvětluje základní principy a specifika komunikace s lidmi trpícími demencí.

K navázání a udržení efektivní komunikace s osobou postiženou kognitivní poruchou je třeba řídit se následujícími čtyřmi principy (ZGOLA, J. M.

Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, s. 124):

- Osoba s kognitivní poruchou má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se.
- Zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, leží na pečovateli.
- Nejdůležitějším úkolem pečovatele je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru.
- Osoba, se kterou pečovatel pracuje, má skutečnou a nepomíjivou poruchu komunikace, k překonání specifických problémů lze použít účinné strategie.

Díky všem potížím, které nemoc způsobuje, lidé s demencí těžko vyjadřují své potřeby. Existuje tedy velké riziko, že své potřeby nebudou schopni dostatečně vyjádřit, nebo jim nebude porozuměno a jejich potřeby tak nebudou dostatečně naplňovány (KOBĚRSKÁ, P. A KOL. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1, s. 11).

3. Aktivizace seniorů s demencí

V této kapitole se budu věnovat vymezení pojmu aktivizace, významu aktivizace a popisu vybraných aktivizačních metod vhodných pro seniory s demencí.

3.1. Aktivizace seniorů s demencí

Podle Psychologického slovníku je aktivizace „šířeji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti (HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X, s. 27).“

Holmerová a Suchá definují aktivity jako věci, které konáme. Klienti se jich mohou zúčastňovat aktivně nebo jen pasivně pozorovat, mohou je vykonávat samostatně nebo ve skupině (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 139).

Cíle aktivizace u seniorů s demencí (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 140):

- udržení, popř. zlepšení stávajících dovedností (hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti ve všedních denních činnostech, kognitivních funkcí – paměti, pozornosti, myšlení, řeči, orientace atd.)
- smysluplné vyplnění volného času, prevence proti hospitalismu
- eliminace nežádoucích poruch chování (např. neklid, bezcílné blouhání, úzkost, deprese, nadměrná agitovanost atd.)
- pozitivní vliv na emoční stav pacienta – zvýšení sebevědomí, sebevědomí a pocitu vlastního uplatnění v kolektivu
- pravidelný režim (dává pacientovi pocit řádu, bezpečnosti, stability)
- verbální i neverbální komunikace pacienta s personálem a pacientů mezi sebou

Podle Zgoly neexistuje při péči o lidi s demencí cennější prostředek než smysluplná aktivita, která je pro nemocného podstatná stejně jako fyzická

péče a výživa (ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, s. 148).

Program aktivit by měl být připraven způsobem, který kompenzuje omezení člověka s demencí a zároveň nechává osobu plně využívat všech zachovaných schopností (ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, s. 150).

„Smysluplná činnost musí splňovat různá kritéria: je prováděna dobrovolně; je sociálně přiměřená, dává pocit úspěchu. Tatáž kritéria musí být respektována jako zcela zásadní při každé aktivitě, která je nabízena účastníkům s narušenými poznávacími schopnostmi (ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9, s. 153).“

3. 2. Metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí

Tato kapitola se zabývá aktivizačními metodami vhodnými pro seniory s demencí. V následujícím přehledu aktivizačních metod vhodných pro seniory s demencí budu vycházet z publikace Holmerové¹, Jarolímové,² Suché³ „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“, zejména z její praktické části, která popisuje specifické metody a přístupy k pacientům s demencí. Jedná se o aktivizační metody používané i u jiných cílových skupin klientů, které lze využít k naplnění denního programu seniorů s demencí v denním stacionáři. Nenašla jsem jinou publikaci, která by podávala takto ucelený přehled aktivizačních metod vhodných pro seniory s demencí, autorky jsou dle mého názoru významnými odborníky na v oblasti péče o osoby trpící demencí.

3. 2. 1 Ergoterapie u osob s demencí

Podle České asociace ergoterapeutů je ergoterapie „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání

¹ MUDr. Iva Holmerová Ph.D., od roku 1992 ředitelka Gerontologického centra, zakládající předsedkyně České alzheimerské společnosti, předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti

² PhDr. Eva Jarolímová, gerontopsycholožka v České alzheimerské společnosti a Gerontologickém centru v Praze 8

³ Mgr. Jitka Suchá, členka České asociace ergoterapeutů a České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging, lektorka České alzheimerské společnosti, vedoucí denního stacionáře pro seniory v Praze 8

schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity (JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7, 13).“

Podle Suché znamená ergoterapie u osob s demencí „zejména posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 142).“

V rámci terapie provádí ergoterapeut s klientem cílené praktické činnosti a postupy dle zjištěného postižení. Dále provádí nácvik všedních denních činností – soběstačnosti. Suchá dále rozděluje všední denní činnosti na bazální, kam patří činnosti nutné pro zvládnutí základní sebeobsluhy, a denní činnosti instrumentální, které souvisí se soběstačností (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 142-144).

3. 2. 2 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace klade důraz na podporu a procvičování kognitivních funkcí, ale také na podporu sebevědomí. Jedná se o různé jednoduché slovní hry, doplňování slov, skládačky, pexeso, domino apod. Využívání těchto pomůcek pomáhá nejen zlepšit stav klientů postižených Alzheimerovou chorobou, ale přináší především zábavu a potěšení. (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 159).

Lidem s demencí může být kognitivní trénink užitečný zejména ve stádiu mírné a středně pokročilé demence. Trénink je vhodné provádět v malé skupině lidí. Důležité je náročnost cvičení přizpůsobit jednotlivým účastníkům a zejména vždy poskytnout pozitivní zpětnou vazbu (JIRÁK, R.,

HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6, s. 96).

3. 2. 3 Senzorická stimulace

Senzorická stimulace má úzký vztah k paměti, proto je možné považovat ji za součást kognitivní rehabilitace, někdy ji lze organizovat samostatně jako další terapeutický přístup. Cvičení je možné spojit i s reminiscenční terapií. K procesu stárnutí patří i snižování funkčnosti smyslových orgánů, cílem pravidelné smyslové stimulace je toto zhoršení zpomalit. (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 172-173).

3. 2. 4 Terapeutické vaření (pečení)

Podle Holmerové a Suché je terapeutické vaření nebo pečení jednou z velice vděčných činností, ke které není třeba klienty s demencí složitě motivovat. Jedná se o běžnou, přirozenou činnost pomáhající klientům k dosažení pocitu normality, při které mohou využít naučených dovedností. Terapeut by měl každému klientovi přidělit práci, kterou ještě dokáže zvládnout. Při této činnosti dochází také k určité senzorické stimulaci, vůně i chuť připraveného pokrmu může vyvolat příjemné vzpomínky (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 226).

3. 2. 5 Orientace realitou

Orientace realitou je jedním z nejstarších přístupů ke klientům s demencí, v současné době se však používají jen některé prvky této metody, nikoli celkový přístup (JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6, s. 95-96).

Orientace časem, místem, osobou

Tento přístup nazýváme kontinuální orientace realitou, jeho cílem je dosáhnout, aby při každém kontaktu byly klientovi postiženému demencí nabízeny informace, které mu pomohou v orientaci. Veškerá komunikace s klientem však musí být citlivá, musí dbát na jeho reakce, sdělení by pro něj měla být zajímavá a srozumitelná. Orientace v realitě je součástí komplexního přístupu ke klientům s demencí, patří sem také vytvoření prostředí, které klientům usnadní orientaci v zařízení (např. názorné a barevné označení prostor a místností). V denním centru pro klienty s demencí bývají určité přístupy orientace realitou zařazovány do denního režimu a programu mezi používané pomůcky (datum na viditelném místě, velké nástěnné hodiny, výzdoba místnosti podle aktuálního ročního období (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 174-180).

V těch v případech, kdy by snaha o orientaci v realitě mohla hrozit zhoršením stavu, neklidem a agresivitou, doporučuje Holmerová a Suchá používat validaci (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 126). O validačním přístupu se zmiňují v kapitole věnované komunikaci s lidmi trpícími demencí.

3.2.6 Reminiscenční terapie

„Nejčastěji bývá reminiscenční terapie vymežována jako proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné minulé události. Jako impuls k navození vzpomínání mohou sloužit fotografie, filmy, hudební nahrávky apod. a členové skupiny jsou podporováni v konverzaci týkající se těchto stimulů (ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0, s. 21).“

Špatenková a Bolomská rozlišují reminiscenci individuální, neformální skupinovou a formální skupinovou. Při individuální reminiscenci se terapeut věnuje pouze jedinému účastníkovi. Tato forma vytváří příležitost pro vytvoření intenzivního vztahu mezi vzpomínajícím a naslouchajícím. K ne-

formální skupinové reminiscenci dochází spontánně, debata o minulosti se může rozvinout kdykoliv během dne. Formální skupinová reminiscence bývá předem naplánována. Skupina by měla mít omezený počet účastníků, kteří s terapií předem souhlasili a byli obeznámeni s jejím průběhem. Reminiscence však nemusí mít nutně nějakou speciální podobu, měla by být součástí každodenní péče o seniory, může se promítat i do úpravy prostředí (ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0, s. 26-28).

3. 2. 7 Kinezioterapie

Podle Hátlové je kinezioterapie „cíleným působením pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu využívajícího prvků tělesného cvičení, sportů a pohybových her (HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7, s. 29).“

Kinezioterapie u lidí s demencí přispívá zejména k udržení svalové síly a stability, ale je také prevencí problémového chování. Důležité je, aby jednotlivá cvičení odpovídala možnostem seniorů s demencí a aby byla vždy předvedena i komentována slovním doprovodem (JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6, s. 100).

Mezi další vhodné kinezioterapeutické aktivity patří procházky, které navozují u dementních osob zdravou únavu. Procházky mají na fyzický stav podobný účinek jako cvičení. Důležité jsou během procházky i různé zevní podněty (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 204).

3. 2. 8 Tanečně-pohybová terapie

Tanečně-pohybová terapie je definována Americkou asociací taneční terapie jako „psychoterapeutické užití pohybu v procesu, jehož účelem je do-

sažení emoční a fyzické integrace jedince (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 206).“

Podle Velety je pro klienty postižené demencí nejvhodnější, aby taneční terapeutická hodina probíhala v kruhu. Klienti tak mají možnost pozorovat sebe navzájem i sledovat terapeuta, který vede hodinu podle předem připraveného scénáře. Důležitý je také hudební doprovod, nejvhodnější je středně rychlé tempo, hudba by měla mít zřetelný rytmus, který seniory s demencí motivuje k vlastnímu pohybu (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 206-208).

3. 2. 9 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá jako léčebný prostředek hudbu. U seniorů s demencí se při aktivizaci využívá zejména zpívání písní a poslech hudby. Při zpívání se mohou senioři doprovázet na různé hudební nástroje.

Geletiová rozděluje techniky muzikoterapie na techniky aktivizační, při kterých je klient aktivně zapojen a techniky pasivní, při kterých je klient zapojen více jako posluchač (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 227).

Výběr aktivit je u seniorů s demencí limitován úbytkem paměťových schopností. Jednou z nejděčnějších činností je zpěv, pro klienty je snadno zvládnutelný, neboť texty známých písní se jako součást dlouhodobé paměti snadno vybavují i lidem s kognitivní poruchou (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 228).

3. 2. 10 Arteterapie

„Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, tance a výtvarného umění, v užším smyslu slova pak léčbu výtvarným uměním (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 214).“

Arteterapie pro seniory se snaží prostřednictvím různých uměleckých technik a postupů aktivizovat jejich vitalitu a flexibilitu, stimulovat jejich kreativitu, přičemž důležitý není vytvořený umělecký produkt, ale proces samotné tvorby. U arteterapeutických postupů vhodných pro seniory s demencí je třeba zohlednit možná omezení, o kterých se zmiňují v předchozích částech (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 214).

3. 2. 11 Pet-terapie

„Pet-terapie je definována jako asistovaná psychoterapie pomocí zvířecích miláčků. Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu. Má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí (působí na snížení deprese a úzkosti, ovlivňuje vyšší nervovou činnost, zejména stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci), ale i na fyziologické funkce (dochází k mírnému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdeční činnosti) (HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7, s. 28).“

Zvířata mají pozitivní vliv na fyzický i psychický stav klientů. Léčbu lze provádět chováním zvířat přímo v zařízení nebo pravidelným docházením chovatelů se zvířaty (např. canisterapie) (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 231-232).

Canisterapie

Canisterapie doslova znamená „léčba pomocí psa“, podle Galajdové je to působení psa na člověka a ovlivňování jeho životních pocitů (GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. 1. vyd.

Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1, s. 15).“ Pes pro tuto terapii musí být speciálně cvičený a připravený.

Canisterapie je jedním z možných způsobů aktivizace seniorů s demencí v rámci pet-terapie. Senioři trpící syndromem demence mají specifické chování, je proto důležité, aby canisterapeut znal projevy syndromu demence a zásady efektivní komunikace s touto cílovou skupinou klientů.

[cit. 18. 1. 2013] (Motlová, L.: Praktikování canisterapie u seniorů s demencí. In: Má zooterapie zelenou? Dostupné z <http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2011.pdf>, s. 11).

Podle Holmerové a Suché je lepší variantou chov zvířat přímo v zařízení, zvířata tak mohou být používána k terapii častěji a je také možno využít více druhů zvířat. Oblíbeným a osvědčeným zvířetem je kočka, mezi další vhodná zvířata patří králík, morče, křeček, želva, andulka nebo akvarijní rybičky (HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 232).

4 Denní stacionář jako sociální služba pro seniory

Denní stacionář je zařízením sociálních služeb podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších. V této kapitole vymezím pojem sociální služba a denní stacionář.

4. 1 Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů rozděluje sociální služby na tři druhy – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §32). „Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní (Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §33).“

Cíl mé práce je zaměřen na aktivizaci seniorů s demencí v denním stacionáři. Denní stacionář patří mezi služby sociální péče, proto budu dále definovat pouze tento druh sociální služby.

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §38).“

4. 2 Denní stacionář

Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje denní stacionář jako „zařízení, kde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §46)“

Objeví-li se u člena rodiny demence, čeká rodinu náročná a dlouhodobá péče. Denní stacionář poskytuje respitní (úlevnou) péči rodinám, které tak mají možnost si odpočinout, případně dále docházet do svého zaměstnání. Senior dál žije ve svém domácím prostředí a přes den pobývá ve stacionáři (MATOUŠEK, O. A KOL., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, s. 183).

V teoretické části jsem se věnovala vymezení základních pojmů vztahujících se k tématu bakalářské práce, zejména k cílové skupině seniorů s demencí.

Z kapitoly o aktivizačních metodách vhodných pro seniory s demencí budu vycházet při empirickém šetření v praktické své bakalářské práci.

5 Vlastní empirické šetření

V teoretické části jsem definovala důležité pojmy související s problematikou aktivizace seniorů demencí.

V následující kapitole se budu zabývat charakteristikou zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, formulací výzkumných otázek a popisem výzkumného šetření.

5. 1 Charakteristika denního stacionáře Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně

K výběru denního stacionáře Zahrada pro realizaci empirického šetření mě vedla předchozí pracovní zkušenost v tomto zařízení.

Diakonie ČCE – středisko Vsetín je nezisková organizace, je jedním z významných poskytovatelů sociálních služeb ve Vsetíně a okolí. Posláním Diakonie ČCE – střediska Vsetín je „zajišťovat, organizovat a poskytovat sociální, ošetrovatelskou, zdravotní a pastorační péči a službu seniorům, osobám zdravotně znevýhodněným a osobám ohroženým nebo trpícím sociálním vyloučením ve Vsetíně a blízkém okolí. To vše s cílem integrovat a předcházet či zabraňovat sociálnímu vyloučení při současném udržení a dosažení dobré kvality života [cit. 20. 2. 2013] (Dostupné z <http://www.diakonievsetin.cz/diakonie-vsetin/poslani-a-historie/>)“.

„Posláním denního stacionáře Zahrada Diakonie ČCE – střediska Vsetín je pomoc seniorům a osobám starším 50 let k dosažení či udržení dobré kvality života prostřednictvím osobní účasti na aktivitách stacionáře.

Cílovou skupinou denního stacionáře Zahrada jsou senioři a lidé nad 50 let ze Vsetína a okolí s chronickými chorobami anebo se syndromy demence, poruchami paměti a sníženou schopností orientace v rozsahu, který neumožňuje nebo ztěžuje samostatný pobyt v domácím prostředí.

Cílem denního stacionáře Zahrada je umožnit lidem z výše uvedené cílové skupiny:

1. aby mohli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí, v rodinném zázemí, tedy neodcházel předčasně do zařízení ústavní péče;

2. aby mohli žít život v co největší možné míře obdobný životu svých vrstevníků, zachovali si svůj způsob života, návyky, obvyklé činnosti, pohybové schopnosti;
3. vytvořit společenství, jehož budou plnohodnotnou součástí, a kde se budou cítit dobře, bezpečně, jistě, respektováni a přijímáni;
4. prostřednictvím stimulace a aktivizace uživatelů zachovat co nejdéle jejich kognitivní, pohybové a smyslové funkce a v co největší možné míře zpomalit proces úbytku těchto schopností [cit. 20. 2. 2013] (Dostupné z <http://www.diakonievetin.cz /sluzby-pro-seniory/denni-stacionar-zahrada/>).

Denní stacionář Zahrada se nachází v přízemí Domova Jabloňová - domova se zvláštním režimem. Všechny prostory jsou bezbariérově upraveny, vybavení je přizpůsobeno cílové skupině uživatelů. Součástí zařízení je společenská místnost, místnost určená pro odpočinek. Kapacita služby je 12 osob. Denní stacionář zajišťuje služby ve všední dny v době od 7.30 hod. do 16.00 hod. Uživatelé jsou do stacionáře přiváženi rodinnými příslušníky nebo využívají možnosti dopravy. Na financování služby se spolupodílí uživatel podle aktuálního ceníku služeb a podle výše příspěvku na péči.

Personální zajištění:

0,05 úvazku – vedoucí terénních a ambulantních služeb pro seniory

0,1 úvazku – vedoucí denního stacionáře Zahrada

0,7 úvazku - sociální pracovnice

1,0 úvazku - pedagog

1,0 úvazku - pracovnice v sociálních službách

DPP - úklid

5. 2 Cíl empirického šetření

Předmětem empirického šetření je aktivizace seniorů s demencí v denním stacionáři, klade si za cíl prozkoumat a popsat, jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

Základní výzkumná otázka:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně?

Další výzkumné otázky:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají nejčastěji?

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí nevyžívají?

5. 3 Metodologie výzkumného šetření

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní strategii. Keith F. Punch uvádí, že kvantitativní šetření produkují kvantitativní nebo numerická data, realita se zachycuje pomocí proměnných, jejichž hodnoty se zjišťují měřením, primárním cílem kvantitativního šetření je zjistit, jak jsou proměnné rozloženy (PUNCH, K. F., *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9, s. 12). V kvantitativním šetření, které je součástí praktické části práce jsou proměnnými jednotlivé metody aktivizace uvedené v kapitole 3.2 teoretické části práce.

5. 4 Technika sběru dat

Jako způsob získávání informací jsem zvolila analýzu dokumentů.

Podle Hendla je analýza dokumentů standardní aktivitou jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu (HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2, s. 132).

Za dokument budu považovat týdenní záznamy o dopoledním a odpoledním programu klientů denního stacionáře Zahrada za měsíc říjen 2012, tyto záznamy provádějí zaměstnanci stacionáře každodenně, souborně pro celou skupinu klientů. Jedná se o ručně psané dokumenty. Nevýhodou získávání informací z těchto dokumentů jsou obtíže při čtení textu. Vlastní výzkum začal v listopadu 2012, proto jsem si k výzkumu vybrala předcházející měsíc říjen. V první fázi výzkumu jsem se zaměřila na studium dokumentů, které obsahují informace o aktivizačních činnostech v denním stacionáři Zahrada. K základnímu utřídění dat jsem použila tzv. „čárkovací metodu“, sestavila jsem tabulku četností (tab. 1). Do sloupce vlevo jsem zapsala metody aktivizace dle přehledu v kapitole 3.2 v teoretické části práce. Pomocí čárek jsem zaznamenávala výskyt jednotlivých metod aktivizace

v dokumentech vždy za kalendářní dny v měsíci říjnu, kdy se aktivizace uskutečnila (CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4, s. 40).

Tab. 1 Tabulka četností

aktivizační metoda	výskyt	četnost
Ergoterapie	////////////////////	23
Kognitivní rehabilitace	////////////////////	22
Senzorická stimulace		0
Terapeutické vaření (pečení)	////////	8
Orientace realitou	////////////////////	22
Reminiscenční terapie	//	2
Kinezioterapie	////////////////////	18
Tanečně - pohybová terapie		0
Muzikoterapie	////////////////////	18
Arteterapie	/////	6
Pet - terapie		0

6 Analýza dat

Studiem dokumentů jsem získala potřebné informace o tom, jaké metody aktivizace využívají v denním stacionáři Zahrada.

Ergoterapie u osob s demencí

Jak je uvedeno v teoretické části, ergoterapie u osob s demencí je spojena zejména s nácvikem sebeobsluhy a soběstačnosti. Jedná se o pomoc při zvládnání běžných úkonů každodenní péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně v rozsahu uvedeném v individuálním plánu průběhu služby (příloha 2). Předpokládám, že ergoterapie je ve vybraném zařízení využívána každodenně, proto jsem její výskyt zaznamenala do tabulky četností za každý den. V analyzovaných dokumentech jsem našla věšení a žehlení prádla, které lze také zařadit mezi ergoterapeutické činnosti.

Kognitivní rehabilitace

Tato metoda aktivizace je v denním stacionáři využívána téměř každý den. Probíhá zejména prostřednictvím různých forem cvičení paměti, psaní, uživatelé skládají puzzle, luští křížovky nebo hrají společenské hry.

Senzorická stimulace

Při analýze dat jsem nenašla konkrétní cvičení zaměřené na senzorickou stimulaci. Ke stimulaci smyslových orgánů však dochází například při procházkách nebo při terapeutickém vaření (pečení). Obě tyto aktivity byly v měsíci říjnu součástí aktivizačního programu denního stacionáře.

Terapeutické vaření (pečení)

V měsíci říjnu uživatelé denního stacionáře zavařovali strouhaná jablka, pekli jablečné štrůdly, cuketovou a švestkovou buchtu, připravovali jablečný kompot.

Orientace realitou

Orientace v realitě je zařazena do denního režimu každý den před začátkem denního programu. Jedná se o orientaci časem a místem (datum, roční období, den v týdnu, místo, kde se nacházíme). Probírají se významné události a pranostiky připadající na konkrétní den, předčítají se aktuální články z novin. Mezi prvky této metody využívané v denním stacionáři patří i označení prostor, které usnadňuje uživatelům orientaci. V denní místnosti je nástěnka, která je věnována aktuálnímu ročnímu období, stejně jako výzdoba místnosti.

Reminiscenční terapie

Do reminiscenční terapie je možné zařadit promítání filmu „Anděl na horách“, posvátné hody a tradice s nimi spojené.

Kinezioterapie

Oblíbenou formou kinezioterapie jsou procházky po okolí denního stacionáře, házení s míčem a různá tělesná cvičení.

Taneční a pohybová terapie

Ve sledovaném časovém období nebyla tato metoda při aktivizaci využita.

Muzikoterapie

Zpívání je v denním stacionáři velmi oblíbenou činností, do které se většinou zapojují všichni uživatelé. Zpívá se za doprovodu kytary, často se senioři doprovázejí na různé rytmičné nástroje. V programu jsem našla také poslech vážné hudby.

Arteterapie

V rámci arteterapie se senioři věnovali těmto výtvarným činnostem: lepení koláže, výroba přáníček, tvoření z keramické hlíny, výroba ubrusu s podzimními motivy.

Pet-terapie

Ve sledovaném časovém období nebyl zaznamenán výskyt této metody aktivizace.

7 Výsledky empirického šetření

V následující kapitole budu na základě analýzy dat interpretovat výsledky empirického šetření.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

Empirickým šetřením bylo zjištěno následující:

Základní výzkumná otázka:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně?

V denním stacionáři Zahrada využívají tyto metody aktivizace pro seniory s demencí: ergoterapie, kognitivní rehabilitace, sensorická stimulace (např. jako součást reminiscenční terapie a kognitivní rehabilitace), terapeutické vaření (pečení), orientace realitou, reminiscenční terapie, kinezioterapie, muzikoterapie a arteterapie.

Další výzkumné otázky:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají nejčastěji?

V denním stacionáři Zahrada nejčastěji využívají ergoterapii, kognitivní rehabilitaci, orientaci realitou, kinezioterapii a muzikoterapii.

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí nevyžívají?

V denním stacionáři Zahrada nevyžívají žádnou formu tanečně - pohybové terapie a pet - terapie.

Na závěr této kapitoly mohu konstatovat, že jsem byla schopna odpovědět na výzkumnou otázku a výzkumné podotázky uvedené v kapitole 5.2. Jednalo se o kvantitativní výzkum na malém vzorku, data byla získána v říjnu 2012 a jsou platná pouze pro denní stacionář Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně. Je možné, že při opakování empirického šetření by byly výsledky odlišné.

Zjistila jsem, že denní stacionář Zahrada nabízí uživatelům dostatečně širokou nabídku aktivizačních činností a využívá většinu metod aktivizace vhodných pro seniory s demencí. Navrhla bych začít využívat také pet – terapii, konkrétně canisterapii. Několikrát jsem měla možnost vidět průběh

canisterapie v nemocnici na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných a její účinky jsou někdy opravdu překvapující, zvláště v oblasti komunikace. Na seniory, kteří psa někdy měli nebo mají ke zvířatům kladný vztah má canisterapie většinou velmi pozitivní vliv.

8 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s demencí v denním stacionáři. V teoretické části práce jsem vycházela ze studia odborné literatury. Získané informace se staly základem pro zpracování praktické části.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké metody aktivizace využívají v denním stacionáři Zahrada ve Vsetíně.

První kapitola teoretické části se věnuje stárnutí a stáří. Druhá kapitola se zabývá demencí, Alzheimerovu chorobou, která bývá nejčastější příčinou demence u seniorů, třetí podkapitola popisuje důsledky kognitivní poruchy. Stěžejní kapitolou je třetí kapitola „Aktivizace seniorů s demencí“, ve které je zpracován přehled metod aktivizace vhodných pro seniory s demencí. Vzhledem k tomu, že denní stacionář je zařízením sociálních služeb, pojednává čtvrtá kapitola o sociálních službách. V praktické části seznamuji čtenáře s metodologií empirického šetření, šestá kapitola stručně charakterizuje denní stacionář, ve kterém bylo realizováno empirické šetření. V sedmé kapitole jsou zpracovány výsledky empirického šetření.

Seznam použité literatury a zdrojů

- GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1 HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X, s. 27
- HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7
- HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4
- HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8
- CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7
- KOBĚRSKÁ, P. A KOL. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1
- MATOUŠEK, O. A KOL., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- PUNCH, K. F., *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

Zákony

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §32

Internetové odkazy

Motlová, L.: Praktikování canisterapie u seniorů s demencí. In: Má zooterapie zelenou? Dostupné z <http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2011.pdf>, s. 11

[cit. 18. 1. 2013]

Dostupné z <http://www.diakonievssetin.cz/diakonie-vssetin/poslani-a-historie/>

[cit. 20. 2. 2013]

Dostupné z <http://www.diakonievssetin.cz/sluzby-pro-seniory/denni-stacionar-zahrada/>

[cit. 20. 2. 2013]

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Tabulka četností (str. 31)

Seznam příloh volně vložených

Příloha číslo 1: Týdenní záznamy programu denního stacionáře Zahrada za měsíc říjen 2012

Příloha číslo 2: Sjednaný rozsah služby a individuální plán průběhu služby v denním stacionáři Zahrada