

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2022-2023

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dominika Lhotská

Aktivizace seniorů trpících demenci

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Dobromila Trpišovská, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2022-2023

BACHELOR THESIS

Dominika Lhotská

Activation of seniors suffering from dementia

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Dobromila Trpišovská,
CSc.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 07. března 2023

Jméno autorky: Dominika Lhotská

Poděkování

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce paní Doc. PhDr. Dobromile Trpišovské, CSc. za její trpělivost, cenné rady a ochotu.

Anotace

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do čtyř hlavních kapitol, ve kterých je popsána aktivizace a aktivizační metody, které se využívají při práci se seniory trpících demencí, dále stáří a sociální služby a v poslední kapitole je popsána problematika onemocnění demence. Výsledky dotazníkového šetření přináší ukazatel, které aktivizační metody jsou nejvíce populární u seniorů s demencí, a které aktivizační činnosti jsou při práci se seniory s demencí využívány nejvíce.

Klíčová slova

Aktivizace, aktivizační metody, demence, senioři s demencí, sociální služby, stáří

Annotation

The bachelor thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part is divided into four main chapters, in which activation and activation methods are described, which are used when working with seniors suffering from dementia, as well as old age and social services, and the last chapter describes the issue of dementia. The results of the questionnaire survey provide an indicator of which activation methods are most popular among seniors with dementia, and which activation activities are used the most when working with seniors with dementia.

Keywords

Activation, activation methods, dementia, old age, seniors with dementia, social services

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. AKTIVIZACE	11
1.1. Formy aktivizace	12
1.2. Aktivizační pracovník	12
2. AKTIVIZAČNÍ METODY	14
2.1. Validace	14
2.2. Pohybová terapie	16
2.3. Reminiscence	18
2.4. Kognitivní trénink	20
2.5. Bazální stimulace	21
2.6. Biografie	22
2.7. Ergoterapie	23
2.8. Zooterapie	25
2.9. Muzikoterapie	26
2.10. Arteterapie	27
3. STÁŘÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY	29
3.1. Periodicita stáří	29
3.2. Sociální služby	30
4. DEMENCE	34
4.1. Příčiny a příznaky demence	34
4.2. Stádia demence	34
4.3. Druhy demence	36
4.4. Léčba demence	37

PRAKTICKÁ ČÁST	38
5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	38
5.1. Cíl výzkumu	38
5.2. Použitá metoda a technika	38
5.3. Zpracování dat	38
5.4. Grafické znázornění získaných dat	39
DISKUZE	48
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	55
SEZNAM ZKRATEK	59
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM PŘÍLOH	61

ÚVOD

V dnešní moderní společnosti není nic neobvyklého, že lidé se častěji dožívají vyššího věku, který s sebou nese rizika různých onemocnění, a to i demence. Právě demence se řadí k nejčastějším onemocněním postihující jedince ve stáří, čímž přináší zásadní společenský problém. S narůstajícím počtem osob, kteří jsou postiženi tímto onemocněním, vznikají nové organizace, různé sdružení, či nadace, které se zabývají touto problematikou. Vlivem nárůstu pacientů jsou rodinní příslušníci, zdravotnický personál a pracovníci v sociálních službách vystaveni dlouhodobé únavě fyzických i psychických sil, což může mít dopad na jejich zdraví. Je potřeba toto téma dostat více do podvědomí lidí, aby každý z nich začal pro své zdraví dělat maximum. Také je potřeba si uvědomit, že s tímto onemocněním život nekončí. Existuje řada aktivizačních činností, které dokážou začlenit seniora s demencí a zkvalitnit tak jeho život.

Bakalářská práce nese název “Aktivizace seniorů trpících demencí” a jak už ze samotného názvu vyplývá, bude zaměřena především na aktivizaci seniorů a aktivizační metody, které se využívají při práci se seniory, kteří trpí demencí. Toto onemocnění se v populaci vyskytuje, již od pradávna. V současnosti již existuje široké spektrum léčby, ať farmakologického, či nefarmakologického typu, ale je nutné si uvědomit, že ani jedna z možností neumožňuje vyléčení pacienta, ale pouze zmírnění symptomatiky.

Autorka si vybrala tohle téma z důvodu, že se chtěla dozvědět, jaké aktivizační metody jsou nejvíce používány u seniorů s demencí v různých Alzheimer centrech, které sídlí po celé České republice. Podle autorky je využívání aktivizačních činností u seniorů s demencí, velmi přínosné a obohacující. Autorku bude také zajímat, jestli se do aktivizačních činností zapojují i rodinní příslušníci, kteří jsou v očích seniora největší podporou při boji s demencí. Samotná práce bude rozdělena do dvou hlavních částí, a to na část teoretickou a část praktickou.

V teoretickém souhrnu bakalářské práce se autorka bude zabývat pojmem aktivizace, jaké jsou formy aktivizace a náplní práce aktivizačního pracovníka a typy přístupu sociálního pracovníka. Jako další budou zmíněny aktivizační metody, které hrají velmi důležitou roli při práci s jedinci trpících demencí a pomáhají zkvalitnit život seniora. Následně se bude zabývat vymezením pojmu stáří a možnými sociálními

službami, které jsou často využívány v tomto období života člověka. Poslední část bude zaměřena na problematiku demence, jako jsou její příčiny, příznaky, stádia onemocnění, základní dělení demence a hlavně na její léčbu.

Na teoretickou část bakalářské práce bude navazovat část praktická, která bude zaměřena na zaměstnance domovů pro seniory, konkrétně na zaměstnance Alzheimer center, které jsou určeny pro pacienty trpících demencí z celé České republiky. Za pomoci anonymního dotazníkového šetření budou sesbírány informace ohledně aktivizačních činností, které jsou v Alzheimer centru pro seniory s demencí nejvíce využívány. Veškeré získané data v dotazníkovém šetření budou rozebrány v diskuzi.

Hlavním cílem práce bude zjistit, jaké aktivizační metody jsou využívány nejvíce u seniorů, kterým byla diagnostikována demence. Výzkumná otázka bude stanovena následovně - O jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem, a která metoda je ve vašem Alzheimer centru nejvíce využívána?

TEORETICKÁ ČÁST

1. AKTIVIZACE

Aktivizace je neoddelitelnou součástí klidného a přívětivého stárnutí, která dopomáhá k vyrovnanosti fyzického a psychického stavu člověka. Aktivizace obecně není využívána, jen v období stáří jedince, ale velmi často jsou nedílnou součástí i psychiatrických nemocnic, které je využívají na svých terapiích, kdy se svým způsobem snaží pomoci jedinci s jeho problémem, se kterým se nechal hospitalizovat.

Aktivizaci lze chápat, jako speciální program, který zasahuje do života člověka. Cílem je vyplnit volný čas lidí, kteří trpí demencí. Dalšími úkoly jsou zlepšení soběstačnosti či podpora fyzické a psychické stránky člověka.

Aktivizace je součástí nefarmakologické léčby, která výrazně pomáhá zlepšit či zachovat hybnost a výkonnostní funkce. Tato léčba je nejen dobrou volbou pro vyplnění volného času, ale také kladně působí na symptomy demence a komunikační schopnosti v oblasti verbálního a neverbálního dorozumívání pacienta s rodinou, zdravotníky, sociálními pracovníky a pečovateli. (Ferťalová, Ondriová, 2020, str. 35)

Jedna z nejvýznamnějších součástí aktivizace je její uspořádání a plánování. Hned od počátku je velmi důležité, aby aktivizační pracovník myslel na klienta, který by měl zaujímat první místo a následně by měl dbát na jeho věk, dovednosti, potřeby, ale především na mobilitu a duševní stav. Dalšími důležitými faktory, na které by aktivizační pracovník neměl zapomínat před samotným začátkem aktivizace, jsou aktivizační pomůcky a pomůcky klienta (například lupa), příslušné osvětlení, vhodná teplota v místnosti, ve které probíhá aktivizace a v neposlední řadě časové rozmezí od kdy, do kdy budou probíhat aktivizační činnosti - je přínosné provádět činnosti v dopoledních hodinách. Pro vytěžení co největší efektivity aktivizace u klienta, je nutné, aby byl předem stanovený přesný cíl, který bude určovat, co se může očekávat od dané aktivizace. Nejfrekventovanější chybou je postavení aktivizační činnosti na první místo a přizpůsobí tak klienta dané metodě. Správnost provedení spočívá v opačném pořadí, kdy klient zaujímá první místo a je mu přizpůsobována aktivizační činnost. (Zgola, 2003, str. 164)

1.1. Formy aktivizace

Formy aktivizačních činností rozdělujeme z několika hledisek, které se mnohdy vzájemně prolítají. Nejčastějším dělením je třídění z hlediska počtu zúčastněných osob. V tomto pojetí se formy aktivizace dělí do čtyř skupin, které jsou následující:

- **individuální** - jde o činnosti, které pacient vykonává úplně sám bez pomoci či výjimečně s malou pomocí pečovatele;
- **Společenská (komunitní)** - aktivity probíhající ve velkých skupinách, které mají heterogenní charakter;
- **párová** - forma aktivizace, která je vykonávána ve dvojici a je založena na porozumění, toleranci, sdílení, komunikaci a podpoře mezilidských vztahů;
- **skupinová** - aktivity, které jsou vykonávány záměrně v menším seskupení lidí. Pozitivní stránkou této formy aktivizace je pocit, že člověk někam patří a také možnost zachovat se svou identitu a roli. (Kalvach, 2004, str. 441)

Dále se aktivizační programy rozdělují na dvě další formy, kterými jsou:

- **preventivní (primární)** - tato forma programů se specializuje na zdravě stárnoucí populaci a její podstatou je snaha zamezení vzniku nemoci a předcházení zhoršení stavu člověka;
- **léčebná (sekundární)** - forma obsahuje vlastní léčbu a druhotnou prevenci, která se hojně využívá, například u osob, kterým byla čerstvě diagnostikována demence. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 17)

1.2. Aktivizační pracovník

Aktivizačním pracovníkem je člověk, který se zabývá aktivizací jiných osob. Náplň práce každého aktivizačního pracovníka, spočívá ve výchovné činnosti, v rozvoji hybnosti a v přípravě aktivit pro seniory. Při každé spolupráci pracovníka s klientem vzniká mezi nimi určitý vztah, založený na důvěře, respektu a pochopení. Aktivizační pracovník má také za úkol zařídit různé společenské činnosti jako je návštěva galerie, divadla, koncertu, sportovního utkání či jiných zájmových aktivit. Od každého

pracovníka je vyžadováno, aby veškeré činnosti připravoval dle koníčků a přání seniorů, čímž ho podpoří v soběstačnosti.

U aktivizačního pracovníka je kladen důraz na potřebné vědomosti v oblasti stáří, konkrétně v jeho projevech a změnách, fyziologii a patologii, která se často vyskytuje u seniorů. Další důležitou roli pro výkon profese hraje odborná způsobilost dané osoby. (Dučaiová, 2018, str. 9)

Typy přístupů aktivizačních pracovníků

V literatuře máme možnost narazit na rozdělení aktivizačních pracovníků do čtyř typů a to na základě, jakým způsobem přistupují k využívání aktivizace. Typy přístupů aktivizačních pracovníků jsou následující:

- **autoritativní pracovník** - jde o pracovníka, který sám ví, co je pro klienta nejlepší. Nutí mu svůj názor a svá rozhodnutí. Vytváří aktivizační program bez ohledu na potřeby seniora s demencí a bez zájmu, zda to klienta baví. Pracuje sám, spoluprací s ostatními pracovníky v zařízení nevyhledává;
- **manipulativní pracovník** - tento typ pracovníka nehledí na individuální potřeby seniora. Zavede aktivizační program, do kterého seniory nutí pod výhrůzkou;
- **ochranitelský pracovník** - jde o pracovníka, který je velmi ostražitý a seniorovi umožní, vykonávat omezené množství činností. Aktivitu, které jsou obtížnějšího rázu, nejsou seniorovy umožněny, pracovník tyto činnosti vykonává sám i přesto, že by je klient s malou pomocí zvládl sám;
- **spolupracující pracovník** - jedná se o nejvhodnější typ aktivizačního pracovníka, který se ohlíží na potřeby seniora. Ke každému klientovi, přistupuje individuálně a senior s demencí, má možnost se sám rozhodnout, zda se do aktivizační činnosti zapojí a jakým způsobem, nebo nebude spolupracovat.

Poslední typ přístupu aktivizačního pracovníka je považován za správný, neboť se shoduje s vymezením pojmu aktivizace. Zbývají tři přístupy aktivizačního pracovníka představují možné riziko pro zdárnou aktivizační činnost. (Pichaud, 1998, str. 47)

2. AKTIVIZAČNÍ METODY

Jedná se o aktivizační programy, které se využívají jako nefarmakologická léčba u lidí, kterým byla diagnostikována demence v různém stádiu onemocnění. Všechny aktivizační činnosti, lze rozčlenit do tří oblastí, dle toho, na co se zaměřují:

- podpora mentálních schopností;
- podpora fyzických schopností;
- podpora senzomotorických schopností. (Mlýnková, 2017, str. 89)

Veškeré aktivity, které jsou určeny seniorům trpícím demencí, lze rozdělit z hlediska počtu zúčastněných osob do dvou následujících skupin:

- **individuální** - výhoda spočívá v tom, že aktivity jsou zaměřené na klienta, dle toho, jak on sám potřebuje. Někteří senioři se skupinových aktivit nechtějí zúčastnit a tato individuální forma je pro něj vhodnější. Velkou nevýhodou je, že pokud personál špatně posoudí schopnosti klienta provádět určité aktivity a dá mu to najevo, bude klient protivný a nebude chtít činnosti opakovat;
- **skupinové** - výhoda tkví v podpoře komunikace mezi seniory. Tato forma je zábavnější a personál si může dovolit vykonávat s klienty i složitější aktivity, které skupina, jako celek dokáže zvládnout. Nevýhodou této formy aktivit je, že ne všichni klienti se do aktivit chtějí zapojit. (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 17)

2.1. Validace

Validační terapie využívá princip psychologie, biografie pacienta a terapeutických přístupů. Tento druh nefarmakologické terapie je založený na emocích a samotných hodnotách člověka a jejich uznání. Člověk, u kterého je diagnostikována demence, začíná mít problém s orientací v realitě a vrací se tak do minulosti k situacím, které nemá vyřešené ke vzpomínkám či k traumatům, které prožil. Úkolem pečovatele je podpora a pochopení klienta, při vyjádření jeho emocí. (Malíková, 2011, str. 239)

Při terapii se klade důraz na minulost klienta, protože ta nejvíce působí na přítomnost seniora, kterému byla diagnostikována demence. Ten se ve svých vzpomínkách vrací do situací, které mu připomínají čas, kdy byl atraktivní, produktivní

a milovaný. Východiskem validace je uznání jedinečnosti a neopakovatelnosti každého člověka, přičemž každý jedinec vyžaduje individuální přístup k sobě samému. (Ferťalová, Ondriová, 2020, str. 57)

Techniky validační terapie

Každá technika byla vytvořena pro určité stádium demence tak, aby byla pro klienta v konkrétním stavu užitečná. Všechny techniky jsou velmi jednoduché a nepotřebují žádné speciální školení. Techniky validace využívají při terapii pouze neverbální komunikaci, do které řadíme například oční kontakt, dotek či hudbu.

Techniky, které jsou při validační terapii využívány u seniorů s demencí, jsou následující:

- **koncentrace** - zde se terapeut učí soustředit se sám na sebe a nevnímat okolí, aby se dokázal zbavit svých vlastních pocitů a vcítil se do pocitů klienta;
- **mluvit jednoznačně a jednoduše** - důležité klást otázky typu kdo, kdy, kde či co, než otázky proč. Pro vytvoření vztahu a důvěry s klientem je základ tvořen, jednoduchostí a jednoznačností;
- **opakování** - pro klienta, který se zabývá vlastním životem, může být úlevou i zopakování slov, které vyřknul. Pro seniora to může znamenat jakýsi pocit uklidnění. Není potřeba opakovat větu doslova, ale za použití klíčových slov, zachovat její obsah;
- **předkládání extrému** - terapeutem je vybrána nejhorší varianta, která může vzniknout při řešení určitého problému. Ta představa u seniora vzbudí silnější reakci, která mu dokáže pomoci uvolnit vzniklé pocity;
- **představení opaku** - princip, který lze použít jen v případě, pokud je mezi terapeutem a seniorem vybudována důvěra. Terapeut navrhne klientovi představit si danou situaci z opačné strany, čímž vznikne u seniora vzpomínka na řešení, které již v minulosti zažil;
- **vzpomínání na minulost** - technika navazující na techniku představení opaku, kdy terapeut pomáhá seniorovi oživit vzpomínky, které podporuje dotazy se slovy pořád a nikdy;

- **upřednostňování smyslu** - každý člověk upřednostňuje některý ze svých smyslů, přičemž pokud terapeut rozpozná, který smysl klient využívá více, může tak k němu promlouvat způsobem, který je něj srozumitelnější, a také může díky něj si vybudovat s klientem určitý vztah a důvěru;
- **držení blízkého a upřímného očního kontaktu** - technika, která se využívá, při pokročilých stádiích demence, kdy při používání očního kontaktu senior dokáže cítit lásku a jistotu, díky kterým se zmenšuje jejich strach;
- **používání zájmen s více možnostmi interpretace** - technika využívá zájmena k tomu, aby nahradila problematická slova, na které si pacient neumí vzpomenout
- **snaha o jasnou, vlídnou a laskavou komunikaci** - tuto techniku by měl používat každý terapeut, protože tento styl komunikace vyvolá u seniora vzpomínky na milované osoby, příjemné události a odbourá stres a obavy;
- **sledování a zrcadlení pohybů a pocitů** - technika předchází pozorování pacienta, kdy terapeut nakouká gestikulaci seniora, kterou pak zrcadlí a díky ní, může vstoupit do emocionálního světa klienta;
- **navázání kontaktu s nenaplněnými lidskými potřebami** - mezi tři hlavní potřeby člověka řadíme: být milován, být potřebný a projevovat své pocity. Je nutné opakovat činnosti, které souvisí s těmito potřebami. Jejich nenaplnění, může být projevováno jakýmkoliv způsobem;
- **používání doteku** - technika, které je využívána u klientů, kteří se neorientují v čase a ztrácí své smysly, především zrak a sluch. Základním pravidlem je, aby terapeut přistupoval k seniorovi zepředu, aby se nevylekal;
- **používání hudby** - vhodné používat u seniorů, kteří pomalu ztrácí schopnost verbální komunikace formou celých vět. Seniori si dokáží vybavit známé, naučené melodie, díky kterým lze s klientem navázat vztah, při kterém dokáže klient prohodit alespoň pár slov. (Fertalová, Ondriová, 2020, str. 65)

2.2. Pohybová terapie

Aktivizační terapie, která v určitém směru přináší riziko pro seniory, kteří obecně mají strach z možných úrazů, které mohou vzniknout důsledek pádů při samotné chůzi

či pohybových aktivitách. Je potřeba zvolit takové aktivity, u kterých je si senior jistý, že je zvládne a nebudou pro klienta bolestivé. Hlavním cílem metody, je snaha zabránit vzniku imobilizace klienta. (Dučaiová, 2018, str. 72)

Doporučená cvičení

Při pohybové terapii, musí terapeut volit takovou činnost, která bude klientovi vyhovovat a nebude mít z jejího vykonávání strach. Cvičení, která jsou seniorům doporučena jsou následující:

- **cvičení chodidel** – nejlepším způsobem, jak cvičit chodidla, je masáž, při které masírujeme krouživým pohybem celou plochu chodidla. Pokud senior nezvládne tuto masáž, může využít malý balon nebo váleček, který pod chodidly koulejí. Cvičení chodidel je velmi důležité, protože se zde nachází mnoho nervových zakončení, která ovlivňují mnoho orgánů;
- **dechová cvičení** – tato cvičení jsou důležitá pro podporu dýchacího systému. Také ovlivňují činnost ostatních orgánů, protože dodávají buňkám kyslík. Cvičení, může vykonávat skoro každý senior, kvůli nenáročnosti. Výzkumy potvrdily, že dechová cvičení zvyšují dechovou kapacitu, uklidňují mysl a přináší pozitivní pocity;
- **jóga** – provádí se jednoduchá cvičení, a to většinou polohová, či dechová cvičení, úprava stravy, relaxace, otužování, sebevímání, pěstování duševní hygieny. Tato cvičení jsou udržují tělesný i duševní stav. Jsou dobrou volbou pro protažení zkráceného svalstva;
- **cvičení s hudbou** – u této aktivity stačí, když se senior hýbe do rytmu, tleská nebo dupe nohama. Je velice jednoduché, nevyžaduje žádné fyzicky náročné prvky, dokonce se může vykonávat v sedě, což je pro seniory velice vhodné;
- **aerobní trénink** – zde se musí respektovat zdravotní stav jedince. Pro začátečníky se vybírají takové aktivity, které předcházejí riziku pádu nebo poškození kloubů. Mezi tyto aktivity patří turistika, jízda na kole, plavání, lyžování na běžkách nebo tanec. (Dučaiová, 2018, str. 72)

2.3. Reminiscence

Slovo reminiscence pochází z latinského názvu *reminiscere*, což v českém překladu znamená vzpomenout si, obnovit paměť či rozpomenout se. Pacienti s demencí, mají oslabenou krátkodobou paměť, ale jejich dlouhodobá funguje pořád dobře, proto si díky ní mohou oživit vzpomínky, které prožili v minulosti.

Terapie probíhá pomocí rozhovoru s terapeutem, který má za úkol vzpomínky vyvolat, především ty příjemné. Během terapie je vhodné využít spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří mají možnost sdělit informace ze života seniora a také mohou poskytnout fotografie, či předměty, které umožní lépe si vzpomenout na prožité zážitky. (Janečková, Vacková, 2010, str. 21)

Přístupy reminiscenční terapie

Dle zakladatelky a koordinátorky Evropské reminiscenční sítě, Pam Schweitzerové, rozlišujeme celkem čtyři reminiscenční přístup, které jsou členěny podle způsobu práce se vzpomínkami. Přístupy reminiscenční terapie jsou:

- **narativní** - jde o práci se vzpomínkami, které jsou volně a spontánně vyprávěny klientem. Terapie probíhá v bezpečném prostředí a zcela uvolněné atmosféře skupiny, která se plně zapojuje do vyprávění. Základem tohoto přístupu je absence hodnocení jakéhokoli vzpomínání klientů. Řadí se zde i individuální vzpomínání či psané vzpomínky;
- **reflektující** - základ terapie tvoří rekapitulace života a jeho hodnocení. Terapie ve většině případů probíhá mezi terapeutem a klientem, výjimečně malou skupinou. Terapeut vede rozhovor, jehož smyslem je porozumění svého života i s negativními nástrahy a traumaty;
- **expresivní** - klient otevírá minulost a pracuje se vzpomínkami těžkého charakteru, způsobující bolest a traumaty. Přístup má za cíl zmírnění či úplné vymizení úzkostí, stresu a jiných poruch a onemocnění. Také je kladen důraz na současnost a možnosti budoucnosti;
- **informační** - přístup klade důraz na autobiografii klienta, vyprávějící svůj osobní příběh, který je dán do kontextu s událostmi z historie a jejich interpretace. Senioři

s demencí, jsou v roli učitelů, kteří snaží předat zkušenosti a ponaučení mladší generaci. (Janečková, Vacková, 2010, str. 23)

Zdroje reminiscenční terapie

V praxi se využívá velmi široké spektrum zdrojů, které vedou ke stimulačnímu procesu vzpomínání. Mezi zdroje, které mohou vést ke správnému navození reminiscenční atmosféry řadíme reminiscenční pomůcky, lidské a komunitní zdroje.

Reminiscenční pomůcky - tento zdroj reminiscenční terapie se využívá především pro vyvolání vzpomínek, které mají pozitivní charakter. Pravidlem těchto pomůcek je, že čím více smyslů je danou pomůckou stimulováno, tím je aplikace pomůcky prospěšnější. Může se také stát, že použití určité reminiscenční pomůcky vyvolá u seniora opačný (negativní) efekt, než který byl původně zamýšlen. Reminiscenční pomůcky dělíme na:

- **vizuální** - jde o pomůcky, které klient vlastní fyzicky či je poskytne rodina k terapii. Patří zde fotografie, články, obrázky, inzerce či kresby;
- **auditivní** - auditivní pomůcky lze využít jen v případě, že klient netrpí poruchou sluchu. Často se při vzpomínání vybaví obrazy, které jsou s daným zvukem či hudbou spjaty;
- **dotýkání** - dotek nám způsobuje uvědomění si, že věci jsou reálné;
- **vůně** - různé aroma i pachy mohou u jedince vyvolat vzpomínky. Patří zde koření, parfémy, ovocem bylinky, mýdlo, aroma oleje, květiny;
- **chuť** - doporučuje se udělat si reminiscenční vycházku na farmářské trhy, ovocných sadů, pekárny či sestavit vlastní kuchařku svých oblíbených receptů. Také se doporučuje, aby si klienti zapojili do vaření a jídlo poté společně sníst s ostatními.

Lidské zdroje - nejen profesionální reminiscenční terapeuti, ale i sestry, ošetřovatelky a sociální pracovní, pracovníci tvořící aktivizační program či dobrovolníci jsou velmi důležitou součástí terapie. Velmi důležitou roli hrají rodinní příslušníci, kteří mohou poskytnout určité informace o klientovi, zvláště pokud se pracuje s klienty, kteří vykazují zhoršený zdravotní stav, například po mozkové příhodě.

Komunitní zdroje - jde o úzkou spolupráci s místní knihovnou, galerií, muzeem či školou. Vhodné je také zařadit programové aktivit těchto institucí i do místní komunity.

- **knihovna** - jsou zdrojem mnoha informací a materiálů;
- **muzeum, galerie** - obdobná spolupráce jako u knihoven, vhodné si také připravit přednášky na konkrétní téma;
- **místní školy** - studenti navštěvují domovy, např. o Vánocích přichází seniorům zazpívat a zpříjemnit jim chvíle. Z vyprávění seniorů se mohou dozvědět něco o jejich životě. (Špatenková, Bolomská, 2011, str. 31)

2.4. Kognitivní trénink

Terapeutická aktivizační metoda, která je cíleně zaměřena na stimulaci mozkových funkcí se zaměřením na několik výkonnostních dovedností. (paměť, řeč, myšlení, učení). Úkolem této terapeutické metody je zpomalení rozvoje onemocnění a zlepšení kvality života klienta. Negativní stránkou metody je možný vznik deprese či frustrace, při nezvládnutí zadaného úkolu, proto je velmi důležité, aby terapeut volil techniky, které odpovídají stavu klienta. (Fertal'ová, Ondriová, 2020, str. 42)

Zóny praktické inteligence

Pokud je pečováno o všechny zóny praktické inteligence, je usnadněné efektivní používání mozku. Pokud člověk nebude dostatečně využívat své mozkové buňky, dá jim jasně najevo, že je ke svému přežití nepotřebuje.

Zóny praktické inteligence zahrnují paměťové techniky, které tvoří důležitou pomůcku pro zapamatování si různých věcí a díky nim si člověk dokáže zapamatovat velké množství informací. Mezi paměťové techniky se řadí:

- **technika loci** - technika, která při zapamatování, klade důraz na přesnou posloupnost (např. recept na bábovku);
- **kategorizace** - využívá se při zapamatování velkého množství informací, u kterých nezáleží na pořadí;
- **akronym** - jedná se o nesmyslná slova, která jsou složena z počátečních písmen slov, a která slouží jako pomůcka pro zapamatování (např. SOS - sova, orel, sokol);

- **akrotická mnemonika** - základ stojí na počítání písmen, na které si máme vzpomenout a zároveň jsou tyto písmena na začátku slov, ze kterých máme složit zapamatovatelnou větu (např. struny kytary);
- **rozdělení do menších celků a následné vytvoření asociace** - tato technika se často používá při zapamatování dlouhých čísel, které si rozdělíme do menších celků a výsledkem je celé číslo (např. telefonní číslo, rodné číslo);
- **zapamatování pomocí příběhu** - důraz je kladen na přesné pořadí slov, dle kterých si vytvoříme souvislost, aby vznikl příběh. (Fertařová, Ondřiová, 2020, str. 44)

2.5. Bazální stimulace

Metoda podporující lidské vnímání. Jádro konceptu tvoří úzké propojení komunikace, pohybu a vnímání, které umožňuje cílené dráždění smyslových orgánů. Touto stimulací je možné aktivovat činnost mozku, a tím podpořit tři výše uvedené oblasti. (Friedlová, 2007, str. 19)

Na základě autobiografické anamnézy a zdravotního stavu klienta, jsou zvoleny prvky stimulace, které jsou rozděleny na prvky základní a nastavbové. Obě tyto skupiny prvků spolu úzce souvisí, proto se dosti často využívá při stimulaci jejich kombinace. (Kapounová, 2007, str. 206)

Prvky základní stimulace

Prvky základní stimulace jsou rozděleny do tří skupin, a to konkrétně na somatickou, vestibulární a vibrační stimulaci.

- **somatická** - pomocí této stimulace, můžeme vnímat vlastní tělo a sami sebe. Při stimulaci se využívají doteky, masáž, polohování, koupele či zábaly;
- **vestibulární** - tato stimulace se zaměřuje na vnímání pohybu, změnu polohy a prostorové orientace. Jedná se o rotační, lineární a statické pohyby hlavy;
- **vibrační** - stimulace zaměřena na vnímání chvění a vibrací při mluvení, klepání, dupání či zpívání. Cílem je podpora stability a uvědomit si vlastní tělo. (Kapounová, 2007, str. 207)

Prvky nástavbové stimulace

K prvkům nástavbové stimulace řadíme stimulaci optickou, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou a orální.

- **optická** - stimulace zaměřena na zrak pacienta, přínosem stimulace je zlepšení orientace v čase a prostoru;
- **auditivní** - zaměřena na poslech hudby, nástrojů, známých zvuků či sledování televize a videa;
- **taktilně-haptická** - využívá různé předměty, které jsou vkládány do rukou pacienta, pro stimulaci hmatu;
- **olfaktorická** - stimulace zaměřena na čich, na různá aroma a pachy;
- **orální** - stimulace rtů a receptorů chutí, využívají se tekutiny, oblíbené cucavé váčky. Důležité dbát na hygienu ústní dutiny a namazání rtů balzámem. (Kapounová, 2007, str. 208)

2.6. Biografie

Slovo biografie, pochází z řeckého bios - život a grafein - psát, což v překladu znamená psát o svém životě. Biografie , ako metoda nezaujatě popisuje život jedinců v jejich jednotlivých etapách života. (Procházková, 2014, str. 13)

Pro pracovníky domovů pro seniory je práce s biografií daného klienta velmi důležitá, protože díky ní, personál sesbírá dostatečné informace pro vytvoření individuálního plánu, který bude přizpůsoben klientovi na míru. Je také potřeba, rozlišovat biografii pasivní a biografii aktivní. O pasivní biografii se jedná tehdy, když informace o životě klienta jsou čerpány od rodinných příslušníků, přátel či personálu. Naopak o aktivní biografii hovoříme tehdy, kdy informace čerpáme přímo od klienta, který vypráví vzpomínky, které ve svém životě prožil. (Procházková, 2014, str. 19)

Smysl biografie spočívá ve vzpomínkách klienta, pro kterého mají význam a způsobují mu jak radost, tak i bolest. Velmi závisí na tom, jakým způsobem bude biografie s životním příběhem klienta napsána a zda budou sepsané všechny události a vzpomínky, které jsou pro člověka významné. (Špatenková, 2011, str. 70)

Metody práce

Při aktivizaci seniorů trpících demencí je způsob práce s biografií rozdělen na práci s jedincem či skupinou. Metody práce jsou rozčleněny do tří skupin, a to dle obsahu zaměření. Tyto metody se dělí na:

- **metody zaměřené na aktivitu** - vaření, různé výlety;
- **metody zaměřené na tvorbu dokumentů** - psaní biografie;
- **metody zaměřené na komunikaci** - diskuze, rozhovory. (Böhm, 2015, str. 30)

Účel a význam práce s biografií se odráží ve třech rovinách, a to konkrétně v kognitivní, sociální a emocionální.

- **kognitivní** - dochází k podpoře komunikačních schopností a procvičování paměti;
- **sociální** - důležitost je kladena na práci se skupinou, pro zachování pocitu sounáležitosti klienta. Cílem personálu je poznání a pochopení klienta s celou jeho historií, a také mu vytvořit individuální program dle jeho potřeb;
- **emocionální** - podporuje obnovu pozitivních emocí, které vyplývají z prožitých událostí v minulosti a zároveň se snaží odbourat negativní pocity (například strach, úzkost, stres). (Janečková, Vacková, 2010, str. 21)

2.7. Ergoterapie

Slovo ergoterapie, pochází složením řeckých slov, a to z ergon = práce a therapia = léčení, což v překladu lze označit jako terapie prací. Tato metoda je zároveň jedna z nejfrekventovanější aktivizační činností, která je využívána při práci se seniory trpících demencí. Ergometrie má za úkol pomoci lidem vykonat každodenní činnosti a to tím, že je do nich zapojí, a to i přesto, že disponují určitých handicapem. (Kozáková, Müller, 2006, str. 47)

Ergoterapie reprezentující českou profesní organizaci ergoterapeutů je definována následovně: „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení.*” (Krivošíková, 2011, str. 18)

Hlavním cílem ergoterapie je podpora participace jedince v běžném životě. Pro podporu využívá speciální metody a techniky, dále nácvik určitých dovedností či poradenství. Činnosti ergoterapie mohou mít různé cíle a opodstatnění, proto z hlediska typu uplatňovaných aktivit rozlišujeme pět oblastí ergometrie, které se zaměřují na:

- nácvik každodenních činností;
- nácvik pracovních schopností;
- poradenství;
- ergometrii cílenou;
- ergometrii zaměstnávání. (Krivošíková, 2011, str. 23)

Přístupy ergoterapie

V hodnocení a léčbě klienta jsou ergoterapeutem využívány dva přístupy, které lze mezi sebou kombinovat. Rozlišujeme tyto dva přístupy:

- **přístup shora dolů** - produktivita jedince je hodnocena ve třech oblastech, a to konkrétně v oblasti soběstačnosti, v produktivních činnostech či ve volnočasových aktivitách. Veškerá cvičení jsou zaměřena na problém seniora a úkolem ergoterapeuta je spolupráce s klientem, jak při výběru, organizaci, tak při samotném provedení činnosti. Přístup představuje vyšetření, které probíhá od komplexních činností (například oblékání) až po jednotlivé složky vykonávané činnosti (například udržení rovnováhy při oblékání, koordinace pohybu, svalová síla a výdrž). Začátek vyšetření probíhá hodnocením motivace klienta, každodenních návyků a rolí, které senior ve svém životě zastával nebo ještě zastává. Výsledkem vyšetření je umožnění ergoterapeutovi pochopení hodnot a potřeb klienta.
- **přístup zdola nahoru** - ergoterapeutova pozornost je zaměřena na nedostatky ve speciálních dovednostech, které znemožňují zdárnému zapojení klienta do aktivit, které jsou pro něj důležité. Vyšetření začíná u jednotlivých složek aktivity až po hodnocení jejich vlivu na komplexní činnost. Důležitost je kladena na vhodně zvolenou cvičební jednotku, která ovlivní co nejvíce stanovenou poruchu. (Krivošíková, 2011, 21)

2.8. Zooterapie

Terapie, při které jsou využívány zvířata, která mají pozitivní efekt na stav klienta. Tento stav je ovlivněn jak ve fyzické, tak psychické a emocionální oblasti. Při kontaktu člověka se zvířetem nastává pocit uvolnění, klidu a štěstí. K využití zvířat dochází také při úzkostech a depresivních stavech klienta, kdy při jejich využití dochází k zmírnění těchto stavů.

Zooterapii lze rozdělit na terapie dle toho, které zvíře je při terapii využíváno. Uvedení terapií, které jsou nejvíce využívány:

- canisterapie - terapie, při které se využívají psy;
- felinoterapie - terapie, při které se využívají kočky;
- hipoterapie - terapie, při které se využívají koně;
- delfinoterapie - terapie, při které se využívají delfini;
- ornitoterapie - terapie, při které se využívají ptáci. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, str. 22)

Formy zooterapie

Všechny formy jsou možné vykonávat jak individuálně s klientem, tak i skupinově s několika klienty najednou. Často dochází ke kombinaci a využití více zvířat různého druhu při jednom sezení.

U zooterapie rozlišujeme následující formy:

- **jednorázové aktivity** - jedná se o krátkodobé činnosti (např. přednášky, setkání aj.), které jsou určené, jak pro veřejnost, tak pro uzavřenou skupinu. Řadí se zde i pobytové programy, které mohou být ve formě jednorázové či pravidelné (statek, farma) a také lze tyto programy provádět v kombinaci s ozdravnými či poznávacími programy;
- **návštěvní program** - patří k nejčastější využívané formě, kdy zooterapeutická skupina dochází buď do zařízení nebo domácnosti klienta;
- **ambulantní program** - u této formy dochází klient do ordinace, kde probíhá terapie se zvířetem. Cílem je odbourat stres či strach;
- **rezidenční program** - zvíře je trvale umístěno v zařízení, ve kterém klienti pobývají;

- **péče o zvíře** - klient má svěřené zvíře do vlastní péče, jehož úkolem je výchova a výcvik zvířete pod odborným dohledem. Tato forma terapie má klienta motivovat k práci, naučit soběstačnosti, odpovědnosti či pravidelným návykům. (Velemínský, 2007, str. 36)

2.9. Muzikoterapie

„Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe, vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem.“ (Gerlichová, 2014, str. 17)

Ačkoli je muzikoterapie ve všech literaturách uváděna jako samostatná aktivizační činnost, tak nadřazeným pojem pro muzikoterapii je arteterapie, která zahrnuje veškeré aktivizační činnosti uměním. U muzikoterapie rozlišujeme dva způsoby provedení, a to:

- **aktivní** - při aktivním způsobu se klienti zapojují do terapie zpěvem a také tancem;
- **pasivní** - pasivní způsob je zvolen při relaxaci, kdy klient pouze poslouchá hudbu či melodii, která je při terapii puštěna. (Kantor, Lipský, Weber, 2009, str. 20)

Přístupy muzikoterapie

Psychoterapeutických přístupů, které se využívají v muzikoterapii je celá řada. Mezi ty nejznámější patří přístup psychodynamický, behaviorální, kognitivě-behaviorální a humanistický.

- **psychodynamický** - je zaměřen na rozvoj obrazotvornosti a odhalení svých vnitřních pocitů;
- **behaviorální** - přístup je založen na principech učení;
- **kognitivně-behaviorální** - úkolem terapie je záměna nesmyslných výkladů za výklady skutečné;
- **humanistický** - hlavním cílem je pochopit své pravé já a vyřešit své problémy s co nejmenším terapeutickým zásahem.

2.10. Arteterapie

Arteterapie v širším slova smyslu je terapie, využívající umění, kde řadíme tanec, poezie, próza či hudba. V užším slova smyslu se jedná o terapii využívající konkrétně výtvarné umění. Terapie znázorňuje soubor zahrnující umělecké techniky a postupy, jejichž cílem je povzbuzení sebedůvěry, pocit smysluplného naplnění svého života či změna hodnocení sebe samého. U seniorů usiluje o povzbuzení jejich kreativity, dále se snaží o mobilizaci jejich pohyblivosti a celkové vitality. Je třeba si uvědomit, že u lidí s demencí je omezena kognitivní funkce, proto jejich umělecké vyjádření může mít specifické atributy. (Lužný, 2012, str. 139)

Formy arteterapie

U arteterapie rozlišujeme celkem čtyři formy, které rozdělujeme následovně:

- **receptivní** - tato forma je založena na emocích diváka, který své pocity promítá do uměleckého díla. Hlavním cílem je pochopit vlastní nitro a pochopí pocity ostatních jedinců. Řadíme zde výstavy, galerie, různé projekce;
- **produktivní** - metoda založena na použití konkrétní kreativní aktivitě, např. malby, modelace nebo kresby;
- **individuální** - při této formě má klient arteterapeuta jenom pro sebe, kdy je navázán velmi úzký kontakt a dochází k velmi intenzivnímu emocionálnímu prožitku s člověkem, který veškeré pocity klienta chápe a respektuje;
- **skupinová** - tím, že tato forma probíhá ve skupinách, tím umožňuje vznik dobré ho zázemí, ve kterém probíhá sociální učení daleko rychleji a intenzivněji, protože jedinci se stejným či podobným problémem se navzájem mohou motivovat a vyjádřit vůči druhému pocit soudržnosti. (Müller, 2014, str. 70)

Metody arteterapie

Metody lze považovat za jakési kroky a postupy, které mají vést ke stanovenému cíli. Celkem se v arteterapii využívá šest metod, kterými jsou:

- **imaginace** - metoda je vhodná pro snadnější sebereflexi. Díky použití této metody může klient vyjádřit emoce a při práci využívá fantazii, pomocí které může prožít

znovu situace, které přenesse do kreativní podoby - má tak jedinečnou možnost nahlédnout na daný problém z jiné strany;

- **animace** - doporučuje se osobám, které trpí úzkostí, kdy se při terapii využívá rozhovor v třetí osobě, při kterém se terapeut či klient ztotožní s nakresleným obrázkem a hovoří jeho jménem;
- **koncentrace** - metoda, která využívá k terapii mandaly či kruh se středem. Hlavním cílem je koncentrace, zklidnění a srovnání myšlenek;
- **restrukturalizace** - metoda, kdy z malých částí představující vždy jeden samostatný celek je složen nový komplex, který udává nově vzniklá řešení;
- **rekonstrukce** - princip metody spočívá v domalování obrázku dle představy klienta;
- **transformace** - technika, která tkví v transformování svých pocitů a citění jednoho druhu uměleckého díla do jiného druhu. (Šicková-Fabrice, 2016, str. 125)

3. STÁŘÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhotně specifickým zákonem. Podléhá informativním vlivům prostředí” (Dvořáčková, 2012, str. 9)

Každý jedince vnímá proces stárnutí a stáří negativně, má z toho obavy. Obecně můžeme říci, že člověk očekává různá omezení následkem nesoběstačnosti, zhoršení mentálních funkcí, snížení styků s okolním prostředím a lidmi. Tento strach z očekávaného stáří vyvolává obavy, že člověk ztratí lidskou důstojnost, respekt a dostane se mu ponížení. (Malíková, 2020, str. 14)

Obor, který se zabývá stárnutím a stářím se nazývá gerontologie. Tento vědní obor se zabývá přirozeným biologickým procesem stárnutí, dále zkoumá duševní a tělesné atributy lidského organismu, dlouhověkost či sociální problémy stáří. Gerontologii můžeme rozdělit do tří částí:

- **experimentální (teoretická)** - zabývá se problematikou stárnutím obecně;
- **sociální** - je orientována na vztah seniora a společnosti, dále na stárnutí celé populace. Sociální gerontologii lze brát jako jeden z oborů, který může sloužit pro sociální práci se seniory;
- **klinická (geriatrie)** - medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou onemocněních u jedinců ve vyšším věku. Jejím hlavním cílem je zkvalitnit život ve stáří a zlepšit tak péči u starých lidí. (Kalvach, 2004, str. 48) (Vágnerová, 2020, str. 13)

3.1. Periodicita stáří

V literatuře se můžeme dočíst, že je velmi obtížné vymezit stáří. Každá literatura ho uvádí jinak, ale klasická periodizace je rozdělena na kalendářní, biologické a sociální stáří.

Biologické stáří - označuje všechny změny, které se týkají jednotlivých orgánů. Jde jednak o změny, které lze pozorovat na člověku, ale i o změny, které nejsou na první

pohled zřejmé. Mezi změny, které lze vyzorovat, patří vypadávání vlasů, výskyt vrásek, šedivost nebo omezená pohyblivost. Na druhou stranu, mezi nepatrné změny můžeme zařadit artrózu, osteoporóza neboli řídnutí kostí či kalcifikace různých orgánů.

Kalendářní stáří - vymezuje se datem narození a končí datem úmrtí. Jedná se pouze o objektivní faktor, který neodpovídá vývojovým změnám a sociálním rolím jedince, a to z důvodu, že kalendářní věk nemusí vůbec odpovídat činnému stáří, protože každá osoba stárne jinak. Pouze na základě tohoto faktoru, lze označit člověka za seniora. Kalendářní stáří lze rozdělit následovně:

- 60/65 - 74 let = počínající stáří, ve kterém převládá zájem o volnočasové koníčky, starost o vnoučata či o pracovní využití;
- 75 - 74/89 let = vlastní stáří, ve kterém nastávají zdravotní problémy a zvyšuje se zájem o odpočinek a rehabilitaci;
- 85/90 a více let = dlouhověkost, u které přibývá problém se soběstačností a narůstá závislost na druhé osobě ohledně péče a podpory. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 25)

Sociální stáří - jde o soubor sociálních změn, které se týkají sociálních rolí, potenciálu či sociálních postojů. Počátek sociálního stáří je brán od vzniku nároku na starobní důchod. Samotné penzionování přináší pro seniory novou sociální roli, a to změna ekonomické situace - nezaměstnanost, nízký důchod, vysoké poplatky. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 26)

3.2. Sociální služby

Samotná péče o seniory je velmi namáhavá a vysilující. Každá péče by se měla upravit dle potřeb seniora, měla by zachovat jakýsi režim a pravidelnost, který umožňuje seniorovi lépe se orientovat v čase.

V České republice se předpokládá, že potřebnou péči o seniory zajistí v první řadě rodině, poté až státní služby, ke kterým je přistupováno až v krajních situacích, kdy už rodina péči o seniora nezvládá nebo péče zcela chybí. Proto je velmi důležité, aby

nabídka poskytovaných služeb byla rozsáhlá, z důvodu podpory života seniora v jeho přirozeném prostředí. (Dvořáčková, 2012, str. 80)

„Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb. Znamená to, že pokud zabezpečují podporu a pomoc člověku rodinní příslušníci či jiné blízké osoby, nepovažuje se tato činnost za poskytování sociální služby. Stejně tak se nepovažuje za sociální službu činnost, kterou poskytuje osobě subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb.“ (Arnoldová, 2016, str. 19)

Poskytování sociálních služeb v České republice zahrnuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., provádějící některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zákon vymezuje druhy sociálních služeb, které jsou určeny k řešení jednotlivých problémů. Mezi druhy sociálních služeb řadíme sociální prevenci, sociální poradenství a služby sociální péče. (Malíková, 2020, str. 38)

Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří nejsou způsobilí k tomu, aby si zajistili péči o svou osobu v oblasti stravování, hygieny, domácnosti, bydlení, ze zdravotních důvodů či vysokého věku. Mezi stanovené cíle sociálních služeb se řadí zachování lidské důstojnosti, socializace jedinců, poskytnutí individuálních potřeb dle klienta a celkové zkvalitnění života. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, str. 67)

Formy sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozlišuje tři formy sociálních služeb, které dělíme na ambulantní, terénní a pobytové. U každé formy sociálních služeb vymezuje jejich náplň poskytujících činností.

Ambulantní forma - forma sociálních služeb, kdy klient dochází či je doprovázen jinou osobou do zařízení sociálních služeb, přičemž součástí služeb není ubytování. Patří zde například:

- **denní stacionář** - poskytuje služby klientům, kteří se neobejdou bez každodenní pomoci. Služby jsou umožněny jen na určitou část dne, poté klienti odchází domů. Jsou zde prováděny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti;
- **noclehárna** - poskytují služby přenocování či osobní hygieny, osobám bez obydlí.

(Tomeš, 2014, str. 313)

Terénní forma - je poskytována jedincům, za kterými dochází sociální pracovník do jejich přirozeného prostředí, většinou se jedná o domácnost jedince. Řadíme zde:

- **respitní (odlehčovací) služby** - jde o služby, které jsou poskytovány na základě domluvy s pečovatelem rodiny, kdy asistent převezme péči na pár hodin po několik dní v týdnu, čímž umožní rodinnému pečovateli oddech, volný čas, vyřízení svých osobních záležitostí, návštěvu lékaře či jiných osobních věcí, na které jinak nemá čas;
- **pečovatelská služba** - služby, které jsou zajišťovány střediskem pečovatelské služby a jsou poskytovány jedincům, kteří potřebují pomoc druhé osoby, protože sami nejsou schopni se o sebe postarat. Pracovníci pečovatelské služby pomáhají osobám s hygienou, vařením, úklidem, zdravotní péčí či při vyřizování potřebných věcí na úřadech;
- **osobní asistence** - časově neomezená služba je řízena samotným uživatelem, který pomocí asistence je schopen zvládat potřebné činnosti. Jsou poskytovány i aktivizační a edukační aktivity;
- **tísňová péče** - telefonická služba, která je poskytována jedincům, kteří jsou vystaveni neustálému riziku ohrožení zdraví či života v důsledku jejich zdravotního zhoršení. (Tomeš, 2014, str. 315)

Pobytová forma - jde o formu sociálních služeb, která poskytuje klientům možnost ubytování v zařízeních sociálních služeb. Do této formy řadíme:

- **týdenní stacionář** - jde o stejné nabízené služby, které poskytuje denní stacionář, ale s výjimkou ubytování přes pracovní dny a na víkend klient odjíždí do domácího prostředí;
- **domov pro osoby se zdravotním postižením** - pobytová sociální služba, která poskytuje péči jedincům, kteří vykazují sníženou soběstačnost a jsou tak odkázáni na soustavnou pomoc druhých. V nabídce služeb můžeme najít aktivizační, didaktické či sociálně terapeutické aktivity;
- **domov pro seniory** - jedná se o pobytové služby, ve kterých je zajištěna komplexní péče o seniora, který již není schopen starat se sám o sebe a je odkázán na pomoc

druhé osoby. Smlouva se zařízením obsahuje nasmlouvané služby dle jednotlivých potřeb seniora;

- **domov se zvláštním režimem** - v tomto typu zařízení jsou služby poskytovány lidem, kteří trpí psychickou poruchou a vyžadují tak pomoc druhých. Režim je upraven tak, aby odpovídal specifickým potřebám každého klienta. (Tomeš, 2014, str. 317)

4.

DEMENCE

Jde o syndrom, pro který je charakteristický pokles kognitivních funkcí. Jedná se tak o onemocnění mozku, u kterého dochází k výraznému zhoršení paměti, myšlení, řeči, orientace, učení a úsudku. Tento stav značně ovlivňuje kvalitu života pacienta.

Diagnostika demence probíhá na základě neuropsychiatrického a psychologického vyšetření, která je doplněna o vyšetření zobrazovacích metod jako je výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), pozitronová emisní tomografie (PET) či jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT). Každá zobrazovací metoda odhaluje svým způsobem změny na mozku - na CT a MR můžeme zjistit atrofické změny, na PET a SPECT zase funkční změny. (Pidrman, 2007, str. 9)

4.1. Příčiny a příznaky demence

Velkou příčinou vzniku demence má genetika. Pokud byl u někoho v rodině diagnostikován Downův syndrom či demence, je u přímých příbuzných velké riziko vývinu tohoto onemocnění. Proces stárnutí hraje v tomto případě také svou roli. Obecně je známo, že se ženy dožívají vyššího věku než muži, a z toho důvodu je u žen častěji diagnostikován výskyt demence. Mezi další příčiny patří duševní deprese, cukrovka, vysoký krevní tlak, porucha látkové výměny, infekční nemoci či v minulosti prodělané zranění hlavy.

Demence vzniká zcela nenápadně, u každého člověka individuálně. S vyšším věkem příznaků přibývá. Velmi důležitým faktorem hraje včasná diagnostika. Příznaky demence lze rozdělit do tří základních skupin, které označujeme A-B-C. Každé písmeno označuje určitou poruchu či narušení. Písmeno A (Activities of daily life), označuje narušení aktivit denního života, písmeno B (Behavior), značí poruchy chování a písmeno C (Cognition), označuje narušení kognitivních funkcí. (Pidrman, 2007, str. 9)

4.2. Stádia demence

Jak již bylo zmíněno výše, demence vzniká pozvolně a individuálně u každého jedince. Před vypuknutím samotné nemoci, nemá člověk pocit, že by trpěl poruchou paměti, myšlením či měl problém s prostorovou a časovou orientací. Důležitým bodem

je rozpoznat, ve kterém stádiu demence se již pacient nachází. Standardně rozlišujeme tři stádia demence, které jsou popsány v podkapitolách níže.

Lehká demence - stádium se také označuje jako počáteční, kdy u pacienta dochází ke zhoršení krátkodobé paměti, vyskytuje se porucha komunikace a kognitivních funkcí, nastává také změna osobnosti, nálad a apatie. Mezi první příznaky ztráta orientace v prostoru, zejména v novém prostředí, dále neschopnost si pamatovat nové tváře nebo schopnost zapomínání, kde se nachází různé věci, které v danou chvíli osoba hledá. Pacientovu jistotu tvoří řád, který je pevně daný a denní režim, který zachovává naučené rituály, které pomáhají jedinci trpící demencí se orientovat. Diagnostikovat demenci v tomto stádiu je velmi složitý proces.

Střední demence - demence v tomto stádiu se také označuje, jako rozvinutá demence. V tomto stádiu, již dochází k prohloubení příznaků. Nastává zhoršení i dlouhodobé paměti, dále má člověk potíže s řešením různých úkolů či problémů, dochází k výraznému omezení slovní zásoby a začíná problém se soběstačností v hygieně a osobní péči. Dále pacient není schopen si vybavit vzpomínky a důležité události z minulosti. Pacient začíná být závislý na každodenní pomoci rodiny či pečovatelské služby.

Těžká demence - v posledním stádiu dochází k těžké poruše dlouhodobé paměti, pacient není schopen poznat své přátele či osoby z rodiny. Verbální komunikace je omezena na pár jednoduchých slov, dezorientace v čase a prostoru je zcela prohloubená. Nastává zvýšené riziko pádů, které dost často vedou k imobilizaci pacienta, který důsledkem úrazů zůstává připoután k invalidnímu vozíku či posteli. Také následkem imobilizace nastává zvýšené riziko infekcí či pneumonie, které mohou vést až ke smrti. V tomto stádiu je pacient zcela odkázán na pomoc rodiny či pečovatele, sám není schopen fungovat. Velmi důležitým faktorem je vybudování pozitivního přístupu k pacientovi. (Kisvetrová, 2020, str. 23)

4.3. Druhy demence

Onemocnění vzniká na podkladě úbytku výkonnostních funkcí, které markantně ovlivňují kvalitu života pacienta. Každý druh demence vzniká na základě určité příčiny, dle které se také provádí rozdělení do tří skupin, které jsou popsány níže.

Atroficko-degenerativní demence - jde o skupinu onemocnění, jejichž společným znakem je atrofie, která se projevuje zmenšením orgánu oproti normálně vyvinutého. Do této skupiny řadíme následující onemocnění:

- Alzheimerova choroba,
- Parkinsonova choroba,
- Korová nemoc s Lewyho tělísky,
- Pickova choroba,
- Progresivní supranukleární obrna,
- Huntingtonova choroba,
- Olivopontocerebelární atrofie,
- Presenilní gliální dystrofie. (Kisvetrová, 2020, str. 17)

Ischemicko-vaskulární demence - skupina onemocnění, která vzniká důsledkem aterosklerotického poškození cév, jak makroangiopatii, tak i mikroangiopatii. Důsledkem poškození je nedokrvění mozku, čímž dochází k odumírání některé jeho části. Aterosklerotické onemocnění cévních stěn je vždy v kombinaci s jiným onemocněním, například cukrovkou. Řadíme zde:

- Multiinfarktová demence,
- Binswangerova choroba. (Jirák, 1999, str. 115)

Sekundární demence - tento druh, je také označován jako symptomatická demence, která vzniká na podkladě poškození mozku na základě určitého onemocnění, které právě působí na mozkovou lézi. Patří zde:

- Ethylická encefalopatie,
- Prionové choroby,

- Infekce virem HIV. (Hermanová, 2008, str. 36)

4.4. Léčba demence

Dokonalou farmakoterapií by byla farmakoterapie kauzální, která ale nelze provádět u velkého počtu lidí trpících demencí, z důvodu neznalosti úplné etiologie těchto onemocnění, proto se ve většině případů vychází ze znalostí samotného patologického řetězce.

Demence je stav nevléčitelný, proto je hlavním úkolem samotné léčby zmírnění příznaků, a tím snaha o udržení kvality života pacienta. Nezbytnou součástí léčby je také ošetrovatelská péče, která je nevyhnutelným prvkem, především u lidí, kteří trpí třetím stádiem onemocnění. Léčbu dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou.

Nefarmakoterapie - terapie zahrnující nefarmakologické přístupy, což v překladu znamená terapie, která nevyužívá medikamenty k léčbě pacienta. Úkolem terapie je snaha o zachování jisté kvality života, do které řadíme soběstačnost, uvědomování si sami sebe, zachování funkčních schopností. Ověřeným postupem je určité zavedení přesného denního harmonogramu s programem, který zahrnuje psychoterapeutické metody. Součástí terapie je i vyjádření podpory rodině nemocného. (Hauke, 2017, str. 261)

PRAKTICKÁ ČÁST

5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá kvantitativním výzkumem, u kterého bylo vybráno anonymní dotazníkové šetření, pomocí kterého byla získána veškerá data, která byla potřebná k výzkumu. Dotazník je zaměřen na pracovníky domovů pro seniory, konkrétně Alzheimer center, které jsou určené pro seniory trpících demencí z celé České republiky.

5.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaké aktivizační metody jsou využívány nejvíce u seniorů trpících demencí.

Výzkumná otázka byla stanovena takto: o jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem, a která metoda je ve vašem Alzheimer centru nejvíce využívána?

5.2. Použitá metoda a technika

Ke zpracování dat a následnému vyhodnocení výzkumu byl, zvolen kvantitativní výzkum, konkrétně technika dotazníkového šetření, které bylo zcela anonymní. Dotazník obsahoval celkem 17 otázek, z toho 14 otázek bylo uzavřených a 3 otázky byly polouzavřené, přičemž zároveň u těchto otázek byla možnost, že respondenti můžou vybrat více odpovědí.

Dotazník byl vyplněn pracovníky Alzheimer center na webových stránkách www.surveio.com od 13.01.2023 do 05.02.2023. Celkový počet respondentů tvořilo 40 zaměstnanců z Alzheimer center z celé České republiky. Vzorový a nevyplněný dotazník je k nahlédnutí v příloze A.

5.3. Zpracování dat

Získaná data, jsou zpracována pomocí tabulek, které můžete vidět v kapitole níže. Počet odpovědí respondentů je vyjádřen v celkových číslech, které jsou následně vyjádřeny v procentech. Pokud u polouzavřených otázek byly dopsány odpovědi

samotnými respondenty, konkrétně pracovníky z Alzheimer center, je otázka rozdělena na a) a b).

5.4. Grafické znázornění získaných dat

Výsledky jsou rozebrány v diskuzi.

Otázka 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Žena	39	97,5
Muž	1	2,5
Celkem	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 2: Do jaké věkové skupiny se řadíte?

Tabulka 2: Věková skupina respondentů

Věková skupina	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
18-30 let	6	15,0
31-45 let	18	45,0
46-55 let	13	32,5
56 a více let	3	7,5
Celkem	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Základní škola	1	2,5
Střední škola s maturitou	22	55,0
Střední škola bez maturity	2	5,0

<i>Vyšší odborná škola</i>	3	7,5
<i>Vysoká škola</i>	12	30,0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 4: Na jaké pracovní pozici pracujete?

Tabulka 4: Pracovní pozice respondentů

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Pečovatel/ka</i>	9	22,5
<i>Sanitář/ka</i>	0	0
<i>Zdravotnický personál</i>	6	15,0
<i>Sociální pracovník</i>	13	32,5
<i>Aktivizační pracovník</i>	11	27,5
<i>Dobrovolník</i>	1	2,5
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 5: Jaká je vaše délka praxe v Alzheimer centru pro seniory s demencí?

Tabulka 5: Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Méně než rok</i>	5	12,5
<i>1-3 roky</i>	19	47,5
<i>4-6 let</i>	2	5,0
<i>7-9 let</i>	4	10,0
<i>10 a více let</i>	10	25,0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 6: Jak často provádíte v Alzheimer centru aktivizaci?

Tabulka 6: Počet prováděných aktivizačních metod týdně

Četnost aktivizace	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Každý den</i>	25	62,5
<i>2x za týden</i>	4	10,0
<i>3x za týden</i>	2	5,0
<i>4x za týden</i>	1	2,5
<i>5x za týden</i>	6	15,0
<i>6x za týden</i>	2	5,0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 7: Projevují senioři s demencí o aktivizační metody zájem?

Tabulka 7: Zájem seniorů

Zájem seniorů	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Ano</i>	16	40,0
<i>Spíše ano</i>	19	47,5
<i>Spíše ne</i>	5	12,5
<i>Ne</i>	0	0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 8: Jakou formu aktivizačních programů využíváte nejvíce?

Tabulka 8: Forma aktivizačních programů

Forma aktivizace	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Individuální</i>	7	17,5
<i>Párová</i>	0	0
<i>Skupinová</i>	30	75,0
<i>Společenská</i>	3	7,5
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 9: Jaký je počet seniorů s demencí při skupinové aktivizaci?

Tabulka 9: Počet seniorů při skupinové aktivizaci

Počet seniorů	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>3-4 seniorů</i>	3	7,5
<i>5-6 seniorů</i>	10	25,0
<i>7-8 seniorů</i>	3	7,5
<i>9-10 seniorů</i>	7	17,5
<i>11 a více seniorů</i>	17	42,5
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 10: Jsou při skupinové aktivizaci senioři s různými stádii demence?

Tabulka 10: Stádia demence při skupinové aktivizaci

Stádia demence	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Pouze stejná</i>	2	5,0
<i>Lehké a střední</i>	16	40,0
<i>Všechny tři</i>	22	55,0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 11: Spolupracuje s vámi rodina klienta při aktivizačních činnostech?

Tabulka 11: Spolupráce s rodinou

Spolupráce rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Zcela spolupracuje</i>	2	5,0
<i>Spíše spolupracuje</i>	13	32,5
<i>Spíše nespolepracuje</i>	18	45,0
<i>Zcela nespolepracuje</i>	7	17,5
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 12: Přispívají aktivizační metody ke zkvalitnění života pacienta s demencí?

Tabulka 12: Zkvalitnění života

Zkvalitnění života	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Ano</i>	27	67,5
<i>Spíše ano</i>	13	32,5
<i>Spíše ne</i>	0	0
<i>Ne</i>	0	0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 13a: Jaké aktivizační metody jsou ve vašem Alzheimer centru poskytovány?

Tabulka 13a: Aktivizační metody, které jsou poskytovány

Poskytované metody	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Validace</i>	8	3,8
<i>Kognitivní trénink</i>	24	11,3
<i>Pohybová terapie</i>	36	16,9
<i>Reminiscence</i>	26	12,2
<i>Bazální stimulace</i>	28	13,1
<i>Zooterapie</i>	33	15,5
<i>Muzikoterapie</i>	34	16,0
<i>Arteterapie</i>	20	9,4
<i>Jiné</i>	4	1,9
<i>Celkem</i>	213	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 13b: Jiné metody, které jsou v Alzheimer centru poskytovány.

Tabulka 13b: Jiné aktivizační metody, které jsou poskytovány

Poskytované metody	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Ruční práce</i>	1	25,0
<i>Pracovní činnosti</i>	1	25,0
<i>Masáže</i>	1	25,0
<i>Kreativní tvoření</i>	1	25,0
<i>Celkem</i>	4	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 14a: O jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem?

Otázka 14a: Aktivizační metoda, o kterou je největší zájem

Největší zájem	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Validace</i>	0	0
<i>Kognitivní trénink</i>	10	8,2
<i>Pohybová terapie</i>	21	17,2
<i>Reminiscence</i>	11	9,2
<i>Bazální stimulace</i>	17	13,9
<i>Zooterapie</i>	24	19,7
<i>Muzikoterapie</i>	28	22,8
<i>Arteterapie</i>	7	5,7
<i>Jiné</i>	4	3,3
<i>Celkem</i>	122	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 14b: Jiné metody, o které senioři s demencí jeví zájem.

Otázka 14b: Jiné aktivizační metody, o které je největší zájem

Největší zájem	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Kreativní tvoření</i>	1	25,0
<i>Společenské posezení</i>	2	50,0
<i>Kulturní programy</i>	1	25,0
Celkem	4	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 15: Jaká aktivizační metoda je u vás nejčastěji využívána?

Tabulka 15: Nejčastější využívána aktivizační metoda

Nejčastější metoda	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Validace</i>	0	0
<i>Kognitivní trénink</i>	14	9,8
<i>Pohybová terapie</i>	24	16,8
<i>Reminiscence</i>	12	8,4
<i>Pracovní činnosti</i>	25	17,5
<i>Bazální stimulace</i>	17	11,9
<i>Zooterapie</i>	18	12,6
<i>Muzikoterapie</i>	27	18,9
<i>Arteterapie</i>	6	4,2
<i>Jiné</i>	0	0
Celkem	143	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 16: Dle vašeho názoru, jsou nabízené aktivizační metody ve vašem zařízení dostačující?

Tabulka 16: Dostatečná nabídka aktivizačních metod

Názor personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Ano</i>	30	75,0
<i>Ne</i>	10	25,0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka 17: Je nutné přesvědčit klienty ke spolupráci?

Tabulka 17: Spolupráce klienta s pracovníky

Spolupráce klienta	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<i>Ano</i>	5	12,5
<i>Spíše ano</i>	24	60,0
<i>Spíše ne</i>	11	27,5
<i>Ne</i>	0	0
<i>Celkem</i>	40	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

DISKUZE

Dotazníkové šetření, které probíhalo v rámci bakalářské práce, mělo za cíl zmapovat, které aktivizační metody jsou nejvíce využívány při práci se seniory trpících demencí. Toto dotazníkové šetření probíhalo v domovech pro seniory, konkrétně v devíti Alzheimer centrech, které sídlí po celé České republice a zúčastnili se ho zaměstnanci těchto center. Na otázky v dotazníkovém šetření autorce odpovídaly ve větší míře sociální pracovníce. Široké zastoupení měly také aktivizační pracovníce, zdravotnický personál, ale také pečovatelky. A mimo jiné, jeden muž, který působil v Alzheimer centru na pozici dobrovolníka. Komunikace s Alzheimer centry nebyla pro autorku vůbec jednoduchá, většina zaměstnanců nebyli ochotní odpovídat na otázky v dotazníkovém šetření, ale i přesto se našlo několik ochotných zaměstnanců, kteří dotazník vyplnili a umožnili tak autorce sesbírat potřebná data, pro její výzkum a dosáhla tak naplnění cíle.

V prvních pěti otázkách dotazníkového šetření se autorka snažila zjistit o respondentech, kteří se tohoto dotazníkového šetření zúčastnili, pár informací jako je pohlaví, věková skupina, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní pozice či délka praxe. Autorka zjistila, že dotazník vyplnilo celkem 40 zaměstnanců, z toho bylo 39 respondentů ženského pohlaví a 1 respondent pohlaví mužského. Všechny věkové skupiny měly zastoupení, věk jednoho muže spadl do skupiny 46-55 let. Překvapující bylo, že tento muž, který vystudoval vysokou školu, pracuje méně jak rok v Alzheimer centru pro seniory trpících demencí jen jako dobrovolník, nikoli jako zdravotnický personál. Autorka se domnívá, že tento muž pracuje zcela v odlišném oboru a své volné chvíli si krátí tím, že dochází do Alzheimer centra, kde pomáhá personálu a seniorům, a zároveň si svým dobrovolničením, získal nové přátele, kteří už mnohdy nikoho nemají. Může to být také tím, že sám nemá rodinu nebo ji má velmi daleko od domova. Samozřejmě, že skutečnou odpověď na otázku “Proč dělá dobrovolníka?” autorka nezná, může pouze spekulovat. Co se týče žen, převládá u nich převážně středoškolské vzdělání s maturitou či vysoká škola. Autorka se domnívá, že je to podmíněno tím, že střední škola s maturitou je dostačující pro vykonávání profese v Alzheimer centru, přičemž je také potřeba brát v úvahu určitou migraci na pracovním trhu, z toho důvodu

existují kurzy v rámci celoživotního vzdělávání, díky kterých zaměstnanci mají možnost rozšířit své vědomosti a dovednosti.

Zbývající otázky dotazníkového šetření se týkaly aktivizace a její formy, a také samotných aktivizačních činností, které hrají velmi důležitou roli při práci se seniory, kteří trpí demencí různého stádia.

Aktivizace má za úkol zkvalitnit život seniora trpícího demencí a dle názoru personálu domova pro seniory, tyto metody ke zlepšení přispívají. Autorku překvapilo, že všichni respondenti se přiklání k tomuto názoru stejně a nikdo z nich ho nevyvrací. Na druhou stranu, autorka chápe názor personálu, protože právě zaměstnanci mohou nejlépe zhodnotit přínos aktivizace, a to z toho důvodu, že zaměstnanci jsou se seniory s demencí v nejbližším a nejčastějším kontaktu. Dokonce i v literatuře se můžeme dočíst, že aktivizace seniorů trpících demencí je velmi přínosná. Druhým nejčastějším kontaktem pro seniora s demencí, by měla být vlastní rodina, pokud nějakou klient má. Pro seniora, kterému byla diagnostikována demence a byl umístěn do Alzheimer centra, je rodina velmi důležitá, a to z toho důvodu, že kontakt s ní dodává seniorovi pocit stálé lásky a jistoty, že na toto onemocnění není sám. Ze sesbíraných dat vyplývá, že rodina seniora spíše nespolupracuje s pracovníky domova, a jestliže ano, tak jen z určité povinnosti, kterou pocítují vůči rodinnému příslušníkovi. Autorku velmi překvapilo, že rodina s Alzheimer centrem příliš nespolupracuje a nejeví žádné známky zájmu o spolupráci. Dalo by se očekávat, že rodinní příslušníci budou své blízké chtít podpořit v boji s onemocněním, ale ve skutečnosti jsou to právě oni, kteří cítí úlevu z jisté zodpovědnosti, kterou by měli mnohonásobně vyšší, pokud by sami měli zajišťovat péči o seniora.

Aktivizační programy lze provádět v určitých formách, které se rozlišuje dle počtu klientů při aktivizaci. Každá forma aktivizace, má své kladné a záporné stránky. Z dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že zaměstnanci v Alzheimer centrech nejvíce využívají skupinovou formu aktivizace, kterou následuje forma individuální. Autorku zarazilo, že v žádném Alzheimer centru není využívána párová forma aktivizace, která je založena na podpoře mezilidských vztahů, komunikaci či porozumění. Zároveň autorka očekávala, že v domovech bude nejvíce využívána forma skupinová, která

samozřejmě personálu šetří čas. Dále se autorka domnívá, že personál by měl využívat častěji individuální formu aktivizace u seniorů s demencí, a to proto, že každý klient je svou osobou originální a každému seniorovi vyhovuje něco jiného. Na druhou stranu autorku velmi potěšilo, že při skupinové formě aktivizace se u seniorů většinou nerozlišují stádia demence a pokud ano, je skupinová terapie tvořena seniory, u kterých bylo diagnostikováno první či druhé stádium demence. Autorka vidí pozitivum v tom, že při nerozlišování stádia jsou všichni senioři bráni takoví jací jsou, i s jejich handicapem, a zároveň se všichni klienti respektují navzájem. Překvapující bylo, že dvě ženy odpověděly, že skupinová forma v jejich domovech se zaměřuje pouze na klienty, u kterých je diagnostikováno pouze stejné stádium demence.

Každá skupinová aktivizace je tvořena minimálně 11 seniory, přičemž autorka očekávala menší počet zúčastněných při skupinové terapii. Autorka se domnívá, že takto vysoký počet seniorů s demencí při skupinové formě aktivizace je nevyhovující, a to z toho důvodu, že klienti nemají dostatek prostoru k vyjádření svých myšlenek a pocitů. Ne všichni senioři dokážou ze sebe dostat za krátkou dobu své vyjádření, což poté může vznikat překřikování jeden přes druhého. Autorka by volila menší počet klientů, ideálně skupinu, která by byla tvořena pěti až šesti klienty.

Autorku dále zajímalo, jak často jsou prováděny aktivizační činnosti, a doslova ji šokovalo, když zjistila, že personál v Alzheimer centrech provádí aktivizační metody každý den. Autorka zastává názor, že aktivizační činnosti by měly být prováděny maximálně 5x za týden a 2x za týden, což by odpovídalo víkendům, by měli mít senioři s demencí vyhrazený čas, který by věnovali sami sobě či přátelům a rodině, kterým je umožněna návštěva. Autorka dokonce zastává takový názor, že by seniorům mělo být umožněno odcestovat na víkend domů ke svým rodinám, kde by mohli tak strávit veškerý volný čas se svými blízkými v jejich přirozeném prostředí, které velmi dobře znají.

Výzkumná otázka: O jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem, a která metoda je ve vašem Alzheimer centru nejvíce využívána?

Ve výzkumné otázce bylo cílem zjistit, o jaké aktivizační činnosti mají senioři s demencí největší zájem a jaké metody jsou v Alzheimer centrech využívány nejvíce. Otázky v dotazníkovém šetření, které se týkaly výzkumné otázky, byly polouzavřené. Autorka v možnostech výběru odpovědi uvedla aktivizační činnosti, kterým věnuje pozornost ve své bakalářské práci, přičemž zaměstnancům domovů pro seniory bylo zároveň umožněno dopsání jiných aktivizačních metod, které jsou v jejich domovech využívány, a o které mají klienti zájem.

Samozřejmě, že existuje široké spektrum aktivizačních činností, které lze využívat při práci se seniory s demencí, přičemž není reálné, aby všechny možnosti aktivizačních metod byly v Alzheimer centrech poskytovány. Proto každý domov má v nabídce aktivizační metody, u kterých se domnívá, že budou plně využívány a budou prospěšné pro seniory s demencí. Dle názoru personálu, je nabídka aktivizačních činností pro seniory, kteří trpí demencí, v jejich Alzheimer centru dostačující.

Autorka u výzkumné otázky očekávala, že aktivizační metody, které jsou nejvíce využívané v Alzheimer centru budou zároveň vzbuzovat největší zájem u seniorů trpících demencí, což se také výzkumem potvrdilo. Mezi nejvíce využívané a zároveň nejvíce oblíbené aktivizační činnosti patří muzikoterapie, zooterapie, pohybová terapie a pracovní činnosti. Akorát co autorku zarazilo, že i přesto, že senioři s demencí projevují zájem o jednotlivé aktivizační metody, musí personál v některých případech vynaložit snahu je přesvědčit, aby spolupracovali.

Téma aktivizace seniorů s demencí by se nepochybně dalo vypracovat jinou metodou výzkumného celku, například kvalitativní metodou. Mohlo by jít o návaznost tohoto výzkumu s rozhovory, které by se mohly více rozvést, a které by měly za úkol se zabývat o zdokonalování zaměstnanců pracujících s touto problematikou. V navazujícím výzkumu by se dalo prozkoumat, jak kvalifikovaní musí zaměstnanci být a jakým proškolením a jakými kurzy musí projít, aby mohli vykonávat práci na pozici aktivizačního pracovníka.

Přínosem bakalářské práce je prozkoumání aktivizačních metod, které jsou nejvíce využívány v Alzheimer centrech pro seniory trpících demencí a také zjištění o jaké metody mají tito senioři největší zájem. Autorka předpokládala, že z dotazníkového

šetření vyplyne i nějaká aktivizační metoda, která u seniorů s demencí není oblíbená. Podle výsledků dotazníkového šetření tomu tak je, a existuje jedna aktivizační metoda, a to validační terapie, která i přesto, že je v Alzheimer centrech poskytována, nevykazuje oblíbenost u seniorů s demencí, proto její využívání je minimální. Naproti tomu ostatní metody seniori s demencí velmi rádi využívají.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že předpoklad autorky se naplnil a hlavním přínosem výzkumu byla skutečnost, že aktivizační činnosti naplňují seniory trpících demencí a zkvalitňují život seniora působícího v Alzheimer centru a posílí tak, sociální kontakt mezi pracovníkem a pacientem, který trpí demencí.

ZÁVĚR

V teoretické části mé bakalářské práce na téma Aktivizace seniorů trpících demencí jsem definovala pojem aktivizace, formy aktivizace popis aktivizačního pracovníka, jeho náplň práce a typy přístupu aktivizačního pracovníka. Dále jsem popsala aktivizační metody, které jsou hojně využívány při práci s pacienty, kteří trpí onemocněním demence různého stádia. Jde o metody, které mají za úkol zkvalitnit život seniora a navodit mu jakési pocity jistoty a lásky, které jsou u člověka v období stáří považovány za ty nejcennější. Aktivizace seniorů je velmi důležitá, hlavně i pro pracovníky Alzheimer centra, pro posílení vzájemné komunikace a vztahů mezi nimi. Dalšími pojmy, které jsou v teoretické části definovány jsou stáří a sociální služby, které jsou velmi často spjaty s tímto obdobím. Poslední kapitolu tvoří samotné onemocnění demence, které se v dnešní době vyskytuje čím dál tím častěji a postihuje především staré lidi, ale mladí nejsou výjimkou. Bohužel toto onemocnění patří k nevléčitelným chorobám člověka, a proto je nutné, aby si každý jedinec uvědomil, jaký životní styl žije a jaké jsou možnosti prevence. V této kapitole jsem rozebrala, jaké stadia demence existují, dále tam byly zmíněny druhy demence a popsány byly tyto tři: atroficko-degenerativní demence, ischemicko-vaskulární demence a jako poslední sekundární demence. Důležitou částí kapitoly byla také léčba demence.

Jestli už seniora toto onemocnění postihne je nutné, aby byla dodržena komunikace v kterémkoliv druhu a stádiu demence. Ale samozřejmě se musí komunikace přizpůsobit k závažnosti druhu demence a podle toho tak s pacientem trpící demencí, spolupracovat. Život s tímto onemocněním je velice narušen a senior má díky tomu, sníženou soběstačnost, čímž dochází ke snížení hodnot života u těchto osob, kteří musí být najednou závislí na pomoci druhých, a to buď na pomoci rodinných příslušníků nebo pečovatелů, kteří pracují v zařízení pro ně určené. Nadále k těmto lidem musíme zachovat určitou slušnost a důstojnost a toho docílíme jen pomoci komunikace s nimi. Právě díky komunikaci dosáhneme toho, jaké potřeby má pacient s tímto onemocněním, které jsou nezbytné k životu.

Na teoretickou část navazuje část praktická, která byla zaměřena na aktivizační metody v domovech pro seniory, konkrétně v Alzheimer centrech, ve kterých pobývají

senioři trpící demencí. Hlavním cílem výzkumu v mé bakalářské práci bylo zmapovat, které aktivizační metody jsou nejvíce využívány při práci se seniory trpících demencí. Výzkumná otázka byla stanovena následovně - O jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem, a která metoda je ve vašem Alzheimer centru nejvíce využívána?

Výzkumné šetření probíhalo anonymně pomocí dotazníku, který vyplnil personál, který v domově pracuje. Na otázky v dotazníku mi ve větší míře odpověděly sociální pracovnice, dále široké zastoupení měly aktivizační pracovnice, zdravotnický personál taktéž pečovatelky a mimo jiné, jeden muž, který působil v Alzheimer centru na pozici dobrovolníka. V dotazníkovém šetření jsem zjistila, že Alzheimer centra mají široké spektrum nabídky aktivizačních programů, které senioři s demencí mohou využívat a ve většině Alzheimer centech je provádí každý den. Seniorům, kteří trpí demencí používané metody přispívají ke zkvalitnění života. Největší zájem u seniorů vzbuzuje muzikoterapie, zooterapie či pohybová terapie. Tyto aktivizační metody jsou zároveň v domovech nejvíce využívány s pracovními činnostmi.

Aktivizační terapie probíhá individuální či skupinovou formou, při skupinové aktivizaci se ve větší míře zúčastní senioři se všemi třemi stádii demence nebo kombinaci lehké a střední, přičemž rodina seniora má možnost se do terapie zapojit, ale moc často tuto možnost nevyužívají.

Ze získaných výsledků v praktické části bakalářské práce plyne, že se povedlo splnit cíl práce, můžeme tedy vyvodit obecný závěr. Aktivizační činnosti zlepšují kvalitu života, taktéž kondici seniora a působí na něj velmi pozitivně. Zapojení do aktivit seniora s demencí, nese jen zlepšení jejich zdravotního stavu, ale hlavně sociální kontakt, který je důležitý pro každého člověka.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5147-4
2. BÖHM, Erwin. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2015. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3197-4
3. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
4. DUČAIOVÁ, Jarmila. *Aktivizace seniorů - tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů*. Praha: Verlag Dashöfer, 2018. ISBN 978-80-87963-75-3
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
6. FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4
8. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7
9. HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3
10. HERMANOVÁ, Marie. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Brno: T.I.G.E.R., 2008. ISBN 978-80-7013-475-7

11. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5
12. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0
13. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0
14. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3
15. JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-858-0044-6
16. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
17. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9
18. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9
19. KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6
20. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1
21. LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2
22. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3

23. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7
24. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0132-0
25. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7
26. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-717-8184-3
27. PIDRMAN, Vladimír. *Demence.* Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5
28. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče.* Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8
29. SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3
30. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie.* Rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6
31. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie.* Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0
32. TOMESŠ, Igor. *Sociální právo České republiky.* Praha: Linde Praha, 2014. Monografie (Linde). ISBN 978-80-7201-938-0
33. VÁGNEROVÁ, Tereza. *Výživa v geriatрии a gerontologii.* Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4620-6

34. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6
35. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

SEZNAM ZKRATEK

CT	Výpočetní tomografie
MR	Magnetická rezonance
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	39
Tabulka 2: Věková skupina respondentů	39
Tabulka 3: Vzdělání respondentů	39
Tabulka 4: Pracovní pozice respondentů	40
Tabulka 5: Délka praxe respondentů	40
Tabulka 6: Počet prováděných aktivizačních metod týdně	41
Tabulka 7: Zájem seniorů	41
Tabulka 8: Forma aktivizačních programů	42
Tabulka 9: Počet seniorů při skupinové aktivizaci	42
Tabulka 10: Stádia demence při skupinové aktivizaci	43
Tabulka 11: Spolupráce s rodinou	43
Tabulka 12: Zkvalitnění života	44
Tabulka 13a: Aktivizační metody, které jsou poskytovány	44
Tabulka 13b: Jiné aktivizační metody, které jsou poskytovány	45
Otázka 14a: Aktivizační metoda, o kterou je největší zájem	45
Otázka 14b: Jiné aktivizační metody, o které je největší zájem	46
Tabulka 15: Nejčastěji využívaná aktivizační metoda	46
Tabulka 16: Dostatečná nabídka aktivizačních metod	47
Tabulka 17: Spolupráce klienta s pracovníky	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník

62

Příloha A - Dotazník

Výzkumná otázka: O jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem, a která metoda je ve vašem centru nejvíce využívána?

1. Jakého jste pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Do jaké věkové skupiny se řadíte?

- 18-30 let
- 31-45 let
- 46-55 let
- 56 a více let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní škola
- Střední škola s maturitou
- Střední škola bez maturity
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

4. Na jaké pracovní pozici pracujete?

- Pečovatel/ka
- Sanitář/ka
- Zdravotnický personál
- Sociální pracovník
- Aktivizační pracovník
- Dobrovolník

5. Jaká je vaše délka praxe v Alzheimer centru pro seniory s demencí?

- Méně než rok
- 1-3 roky
- 4-6 let
- 7-9 let
- 10 a více let

6. Jak často provádíte v Alzheimer centru aktivizaci?

- Každý den
- 2x za týden
- 3x za týden
- 4x za týden
- 5x za týden
- 6x za týden

7. Projevují senioři s demencí o aktivizační metody zájem?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

8. Jakou formu aktivizačních programů využíváte nejvíce?

- Individuální
- Párová
- Skupinová
- Společenská

9. Jaký je počet seniorů s demencí při skupinové aktivizaci?

- 3-4 seniorů
- 5-6 seniorů
- 7-8 seniorů
- 9-10 seniorů
- 11 a více seniorů

10. Jsou při skupinové aktivizaci seniori s různými stádii demence?

- Pouze stejná stádia demence
- Pouze stádium lehké a střední demence
- Kombinace všech tří stádii demence

12. Spolupracuje s vámi rodina klienta při aktivizačních činnostech?

- Zcela spolupracuje
- Spíše spolupracuje
- Spíše nespolupracuje
- Zcela nespolupracuje

11. Přispívají aktivizační metody ke zkvalitnění života pacienta s demencí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12. Jaké aktivizační metody jsou ve vašem Alzheimer centru poskytovány?

- Validace
- Kognitivní trénink
- Pohybová terapie
- Reminiscence
- Bazální stimulace

- Zooterapie
- Muzikoterapie
- Arteterapie
- Jiné, uveďte

13. O jakou aktivizační metodu projevují senioři s demencí největší zájem?

- Validace
- Kognitivní trénink
- Pohybová terapie
- Reminiscence
- Bazální stimulace
- Zooterapie
- Muzikoterapie
- Arteterapie
- Jiné, uveďte

14. Jaká aktivizační metoda je u vás nejčastěji využívána?

- Validace
- Kognitivní trénink
- Pohybová terapie
- Reminiscence
- Pracovní činnosti
- Bazální stimulace
- Pracovní činnosti
- Zooterapie
- Muzikoterapie
- Arteterapie
- Jiné, uveďte

16. Dle vašeho názoru, jsou nabízené aktivizační metody ve vašem zařízení dostačující?

Ano

Ne

17. Je nutné přesvědčit klienty ke spolupráci?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Dominika Lhotská

Obor: Andragogika (Bc. A Voš.)

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Aktivizace seniorů trpících demencí

Rok: 2022/2023

Počet stran textu bez příloh: 46

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 35

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Dobromila Trpišovská, CSs.