

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

AKTIVIZAČNÍ TECHNIKY PŘI PRÁCI S OSOBAMI TRPÍCÍMI DEMENCÍ

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Pavelková

Autor práce: Veronika Jílková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

České Budějovice 2019

Prohlášení

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

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Veronika Jílková

Poděkování

„Děkuji vedoucí práce Mgr. Martině Pavelkové za cenné rady, připomínky a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji organizaci Domov důchodců Dobrá Voda za inspiraci a motivaci k napsání této práce a také děkuji své rodině za podporu během celého procesu zpracování bakalářské práce.“

Obsah

Úvod	5
1. Demence	6
1.1. Vymezení pojmu demence	6
1.2. Druhy demencí a onemocnění způsobující demenci.....	7
1.3. Fáze demence u Alzheimerovy nemoci	13
2. Potřeby osob s demencí	15
1.1. Vymezení pojmu potřeba	15
1.2. Dělení potřeb	16
3. Sociální práce s osobami trpícími demencí	20
3.1. Aktivizační techniky využitelné při práci s osobami trpícími demencí.....	20
3.1.1. Vymezení a cíl aktivizačních technik	21
3.1.2. Aktivizace mentálních schopností	22
3.1.3. Aktivizace fyzických schopností	28
3.1.4. Aktivizace sensorických schopností.....	36
3.2. Služby pro osoby trpící demencí.....	38
3.2.1. Odlehčovací služba	39
3.2.2. Denní stacionář	39
3.2.3. Domov se zvláštním režimem.....	40
4. Závěr	42
Seznam použitých zdrojů	44
Abstrakt	48

Úvod

Demence je dnes velmi rozšířeným a častým onemocněním nejen starší části populace. Počet lidí, kteří demencí trpí, se každým rokem zvyšuje. Podle České alzheimerovské společnosti to v roce 2017 bylo 164 tisíc obyvatel ČR. A předpoklad je, že v roce 2020 to bude už 183 tisíc obyvatel ČR. S přibývajícím věkem je pravděpodobnost výskytu demence vyšší. Kromě věku hrají ale roli i jiné faktory jako genetika, pohlaví, způsob života a další. Pokud se u člověka rozvine demence, jeho život se výrazně mění. V počátečním stadiu jsou to změny malé, někdy téměř nerozeznatelné od běžného průběhu stárnutí. Postupem nemoci ale člověk s demencí stále více zapomíná, neorientuje se, nepoznává své blízké a časté jsou také změny chování způsobené strachem a nejistotou. Tato situace se pak stává velmi těžkou i pro blízké členy rodiny nebo přátele. Většinou totiž neví, co všechno se s člověkem v průběhu nemoci děje a tím pádem neví, jak tomu přizpůsobit své chování.

Cílem mé práce je zaměřit se na aktivizační techniky, které může sociální pracovník (případně jiný pečující) využít pro zvýšení kvality života osob s demencí. Mimo to bych také ráda odpověděla na otázku, zda jednotlivé aktivizační techniky uspokojují veškeré potřeby člověka, nebo zda jsou některé potřeby oproti jiným opomíjeny. Metodou práce bude rešerše literatury týkající se daného tématu.

K napsání práce na toto téma mě nejvíce motivovala má první praxe v rámci studia, která proběhla v domově pro seniory v Dobré Vodě. Motivovalo mě především to, jací úžasní lidé v zařízení pracují a to, jak svou práci dělají s láskou. Klienty zařízení respektují jako individuální bytosti a dělají všechno pro to, aby jim zlepšili život (a to až do úplného konce jejich života). Neustále se vzdělávají a učí novým věcem, aby tak nové poznatky mohli využít při práci. To mě zavedlo na myšlenku, jak je důležitá komplexní léčba člověka, která zahrnuje farmakologickou ale i nefarmakologickou léčbu, kam patří právě aktivizační techniky. Demence se objevuje většinou u lidí v důchodovém věku, což je část života, kam všichni směřujeme. Proto vidím důležitost vzdělávat se v oblasti péče o nemocné a starší občany. Proto, aby až jednou zestárneme, byl někdo, kdo bude vědět, jak o nás pečovat.

1. Demence

1.1. Vymezení pojmu demence

Pojem demence je latinského původu a jeho překlad zní „bez mysli” (de - odstranit, mens - mysl). Demence vzniká v důsledku organického poškození mozku. Je to onemocnění, které způsobuje úbytek kognitivních funkcí. Nejvíce zasažené jsou paměť a intelekt, jejichž kvalita se postupem nemoci stále zhoršuje.¹ Mezi další narušené kognitivní funkce patří například orientace, řeč, nebo schopnost rozhodovat se. V souvislosti s narušením kognitivních funkcí dochází u klientů ke změně chování, někdy i k agresivním projevům emocí, pramenící ze strachu, co se s nimi děje. Člověk nejdříve ztrácí své zájmy, postupně přestává být soběstačný, ztrácí sociální a hygienické návyky, zhoršuje se schopnost komunikace a samostatného pohybu. Proces končí většinou smrtí.²

Ve většině případů příčiny onemocnění nejsou známy, ale existují jisté rizikové faktory, které vznik onemocnění podporují. Mezi rizikové faktory nepochybně patří věk. Výskyt demence není věkově omezen, demencí mohou onemocnět už i děti starší dvou let. Pravděpodobnost výskytu demence je s přibývajícím věkem vyšší, především nad věkovou hranicí 60. let. Ale riziko je reálné po celý život člověka. Pokud demence nastoupí před 60. rokem věku je to nejspíše způsobeno genetikou, což je další rizikový faktor. Pokud demencí trpí rodinný příslušník, je pravděpodobnost výskytu onemocnění vyšší. Mezi rizikové faktory patří také vzdělání. Někteří odborníci se domnívají, že lidé s vyšším vzděláním trpí demencí méně, než lidé s nižším vzděláním. Rizikovým faktorem je také alkohol, který při nadměrné konzumaci způsobuje odumírání mozkových buněk. I depresivní stavy mohou výskytu demence pomoci. Demenci mohou vyvolat i úrazy hlavy nebo zdravotní problémy, jako třeba cévní mozková příhoda nebo vaskulární onemocnění. Na druhou stranu je obecně známo, že fyzická aktivita a duševní pohoda jsou preventivními faktory vzniku demence.³

¹ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha. Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7. S. 135.

² Srov. HRDLIČKA, M. a HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Pro praktické lékaře, 2. ISBN 80-7169-797-4. S. 11.

³ Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. S. 135-136.

1.2. Druhy demencí a onemocnění způsobující demenci

„Demence sama o sobě představuje syndrom - soubor příznaků, který může mít různé příčiny.”⁴ Tyto příčiny lze rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou demence zapříčiněné atroficko-degenerativními procesy mozku, druhou jsou demence sekundární.

Příčinou vzniku demence atroficko-degenerativními procesy je degenerativní postižení mozku. To znamená, že dochází k celkovému úbytku nervových buněk, synapsí (spojení) nervových buněk a je porušena funkce nervových buněk. Do této skupiny se řadí Alzheimerova choroba, která je nejčastějším typem onemocnění, dále sem patří demence při Parkinsonově onemocnění, demence s Lewyho tělísky a další.⁵

Sekundární demence vznikají v důsledku celkového onemocnění, úrazu, infekce, poruch poškozujících mozek nebo metabolických změn. Lze je rozdělit do dvou podskupin, a to na demence vaskulární, které jsou způsobeny v důsledku poškození mozku cévními poruchami jako například mozkovým infarktem. Při něm dochází k uzávěru tepny, která vyživuje a prokrvuje určitou část mozkové tkáně. Tato část mozkové tkáně je najednou nedostatečně zásobena jednak krví, ale i kyslíkem a živinami a to vede k odumření této části mozkové tkáně. V případech, kdy je mozek poškozen v důsledku intoxikace organismu, infekcí, záněty, nádory nebo úrazy mozku, hovoříme o ostatní sekundární demenci.⁶

Demence je syndrom, který vzniká v důsledku organického poškození mozku. Taková poškození způsobují různá onemocnění.

První z těchto onemocnění je vaskulární demence. Jedná se o druhou nejčastější nemoc způsobující demenci a má podobné příznaky jako Alzheimerova nemoc. „Tato demence vzniká jako důsledek vaskulárních poruch postihujících zejména mozkovou kůru, ale mohou být postiženy také jiné struktury mozku. Vaskulární demence se zpravidla zhoršuje v důsledku jednotlivých cévních příhod, ke kterým postupně

⁴ ZVĚŘOVÁ. M. *Alzheimerova demence*. 1. vydání, Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-271-0561-8. S 12.

⁵ Srov. HAUKE. M. *Když do života vstoupí demence*, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Vydání 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3. S 46.

⁶ Srov. JIRÁK. R. HOLMEROVÁ. I. BORZOVÁ. C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6. S. 19-20.

dochází, a proto není zhoršování stavu pacienta plynulé.”⁷ Jednoduše řečeno jde o odumírání mozkových buněk, které je způsobeno nedostatečným zásobením kyslíkem, živinami a krví v důsledku narušení správného fungování (ucpání) příslušných tepen. Nastane několik menších mrtvic, které zpočátku nemusí být rozpoznatelné, avšak postupně dochází k trvalému a rozsáhlému poškození mozku, v jehož důsledku se objevují příznaky demence. Rizikovými faktory pro tuto vaskulární demenci jsou: vysoký tlak, cukrovka, zvýšený cholesterol, obezita, sedavý způsob života, předchozí prodělání mrtvice či infarktu a nepravidelný srdeční rytmus.⁸

Další nemocí, která může být příčinou vzniku demence, je Parkinsonova nemoc. Ta vzniká v důsledku poškození nervového systému, konkrétně dochází ke snižování se počtu nervových buněk produkujících dopamin. Ten je přenašečem signálů mezi jednotlivými nervovými buňkami, což narušuje funkci bazálních ganglií, které ovládají pohyby těla, rozumové schopnosti a emocionální stavy klienta.⁹ Parkinsonova nemoc postihuje především hybnost, kdy klienti trpí zřetelným třasem končetin, celkovou ztuhlostí a ztrátou rovnováhy. Velmi časté je také omdlávání. Postupně se zhoršuje také řeč a klient přestává zvládat vykonávat běžné denní činnosti. Pokud nemoc způsobí rozvoj demence, hovoří se o demenci při Parkinsonově nemoci.

Dalším typem demence je demence s Lewyho tělísky. V literatuře bývá toto onemocnění uváděno spolu s Parkinsonovou nemocí, neboť průběh těchto dvou onemocnění je velmi podobný. Lewyho tělíška (pojmenována podle Friedricha Heinricha Lewyho, který je v roce 1912 popsal) jsou přítomna v nervových buňkách a způsobují neurodegenerativní onemocnění. Nástup příznaků demence s Lewyho tělísky je obvykle rychlejší, než je tomu u Parkinsonovy nemoci. Lidé trpící demencí s Lewyho tělísky mají často halucinace, bludy, jsou apatičtí a vykazují afektivní poruchy a změny osobnosti. Jde o typ demence, který byl akceptován poměrně nedávno

⁷ HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 34.

⁸ Srov. LEVINE, R. *Defying dementia: understanding and preventing Alzheimer's and related disorders*. Westport, Conn.: Praeger Publishers, 2006. ISBN 9780275989705, 102-103.

⁹ Vznik a příčiny. *ÚVODNÍ STRÁNKY* [online]. Copyright © Copyright 2017 [cit. 24.02.2019]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/parkinsonova-nemoc-pn/vznik-a-priciny/>.

(v roce 1995 se onemocnění začalo oficiálně užívat pro pacienty s množstvím klinických příznaků, avšak všichni nemocní vykazovali podobné patologie v mozku).¹⁰

Demenci může způsobit také skupina onemocnění, která se označuje pojmem frontotemporální lobární degenerace. Nejčastějším zástupcem této skupiny je frontotemporální demence. Na rozdíl od jiných typů demence zde dochází k velmi nápadným změnám osobnosti a poruchám chování, později se přidávají poruchy kognitivních funkcí.¹¹ U klientů se objevuje společensky nevhodné chování, které má často i sexuální podtext a velmi často jsou klienti agresivní. Díky tomu jsou klienti obvykle hospitalizováni na psychiatrickém oddělení a celková péče o ně je díky změnám a poruchám chování velmi náročná.¹²

Poslední a nejznámější příčinou vzniku demence je Alzheimerova nemoc. Ta má na svědomí zhruba dvě třetiny všech případů onemocnění demencí, je tak nejčastějším onemocněním, které demenci způsobuje. Dělí se na dva druhy, na presenilní formu demence, u které se objevují první příznaky před 65. rokem věku a na senilní formu demence, kde se příznaky objevují po 65. roce věku člověka.¹³

Nemoc má pozvolný, pomalý a plynulý průběh. Prvními příznaky bývá větší pasivita a nenápadné změny osobnosti, zvyků nebo chování. Z počátku není jednoduché rozpoznat, zda se jedná o příznaky demence.¹⁴

Alzheimerova nemoc způsobuje úbytek mozkové tkáně a projevuje se zejména zhoršováním paměti. Klient s demencí při Alzheimerově nemoci není schopen zapamatovat si nové informace, ale poměrně dlouhou dobu si dobře pamatuje informace staré. Mimo neschopnost zapamatovat si nové informace má klient problémy cokoli plánovat nebo řešit problémy, postižena je i orientace, soustředění, často klient nemůže najít ta správná slova, nemůže se vyjádřit, postupem času už přestává slovům i rozumět,

¹⁰ LEVINE, R. *Defying dementia: understanding and preventing Alzheimer's and related disorders*, s. 79-80.

¹¹ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 62.

¹² Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 35.

¹³ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 68.

¹⁴ Srov. PIDRMAN, V. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5. S. 37.

činnosti dříve dobře známé se najednou stávají neznámými a klient je stále více odkázán na pomoc druhé osoby.¹⁵ Onemocnění lze identifikovat podle následujících příznaků:

Porucha paměti

Nejdříve je poškozena krátkodobá paměť, funkce ukládat informace do krátkodobé paměti se postupně vytrácí. Klient má problém s vybavením si skutečností, které se staly v posledních dnech nebo hodinách.¹⁶ Naproti tomu si dobře vybavuje skutečnosti ze svého mládí nebo dětství. Vzpomínky z dětství člověka opouštějí jako poslední. V počátcích si klient změnu ani moc neuvědomuje, jelikož se tato změna projevuje občasnou zapomnětlivostí, která je často připisována věku. Postupem času se tato zapomnětlivost ale zhoršuje a projevuje v běžných denních činnostech, které byly dříve automatickou záležitostí. Najednou má klient problém udržet pozornost, cokoli naplánovat nebo se rozhodnout pro jednu z možností. Neustále něco hledá, protože si nepamatuje, kam to před tím položil. Opakovaně se ptá na jednu a tu samou věc, protože si nepamatuje, že se na ni ptal. Zhoršuje se také adaptace na nové situace nebo i lidi. To vše vede k pocitu strachu, nejistoty a napětí.¹⁷

Postupná ztráta mechanických dovedností

Během života se člověk naučí spoustě dovednostem, které využívá v každodenním životě. S postupem nemoci člověk tyto dovednosti pomalu ztrácí. Moderní přístroje jsou najednou příliš složité a klient neví, co s nimi má dělat, nebo jak je má použít. Vytrácí se schopnost běžných činností jako oblékání, klient neví, na co si má obléknout kalhoty, nebo že si má bundu obléci jako poslední část oděvu. Neví, jak má použít přístroj, co dělat s mýdlem... Postupně se vytrácí schopnost provádět i základní sebeobslužné činnosti což vede k větší závislosti na pečující osobě a často k upoutání na lůžko. Člověk má od přírody schopnost adaptace, z počátku tedy klient s demencí dokáže ztracené dovednosti nahradit staršími způsoby z mládí. Ty se bohužel ale postupem nemoci také vytratí.¹⁸

¹⁵ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 33-34.

¹⁶ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 70.

¹⁷ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 48-51.

¹⁸ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 51-52.

Ztráta orientace

Demence způsobuje také zhoršení orientace časem, prostorem i osobou. Klient se neustále ptá kolik je hodin, není schopen si čas odvodit, postupně neví ani co je za den, až se v čase přestane orientovat úplně.

Co se prostoru týče, nejdříve se klient neorientuje na nových místech, postupně ale nepoznává ani místa známá¹⁹, nevyzná se ve vlastním domě, nebo nesmyslně ukládá věci. Není schopen zapamatovat si nové tváře a v pozdějším stádiu demence přestává poznávat i členy nejbližší rodiny.

Potíže s komunikací

Dříve bohatá slovní zásoba se stává víc a víc chudší. Klient má problémy se vyjadřovat, těžko hledá ta správná slova. Později přestává slovům rozumět, nedokáže reálně odpovídat ani ano-ne až přestane komunikovat úplně. Je tedy třeba, aby pečující osoba ovládala neverbální komunikaci a uměla ji při práci s klientem použít ke správnému porozumění klientovým potřebám. Klient totiž mimo to, co říkáme, vnímá i to, jak to říkáme. Až do konce svého života je schopen rozeznat intonaci, výšku nebo tón hlasu.²⁰

Změny osobnosti

Velmi těžké pro pečující blízké osoby je být svědkem změny osobnosti klienta, kterou demence může způsobit. Tyto změny osobnosti jsou zároveň pro pečovatele nejhůře zvladatelné příznaky demence.²¹ Velmi znatelná je tato změna v emocionálních reakcích, kdy je myšlení odsunuto až na druhé místo za emoce a pocity. Klienti velmi často nejsou schopni kontrolovat své emoce a jejich projevy. Tato neschopnost kontroly sama sebe, může být důvodem, proč klienti někdy reagují zlostně nebo agresivně (zlost a agrese mohou být obrannou reakcí). Může jít o projev nesouhlasu s určitým jednáním s jejich osobou - pokud se nám něco nelíbí, často reagujeme negativně, a pokud se k tomu přidá nemoc, jsou tyto projevy více nápadné. Velmi časté jsou také úzkostné nebo depresivní nálady.

¹⁹ Srov. PIDRMAN, V. *Demence*. S. 37.

²⁰ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 52-53.

²¹ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 71.

Velmi často se u klientů objevuje porucha příjmu potravy, hlasité projevy jako křik, sténání, mimo to klienti mohou trpět i halucinacemi a bludy.²²

Je také narušeno sociální chování a klient má problém s dodržováním uznávaných společenských norem. V důsledku toho jsou často narušeny i mezilidské vztahy, protože klienti nenacházejí pochopení. Podstatné ale je, že si klienti nevhodnost nebo nepřiměřenost svého chování neuvědomují a nechápou, proč je zrovna tohle chování v tuto chvíli nevhodné.

To souvisí s celkovým nepochopením světa kolem. Klient se uzavírá do sebe a navrácí se do dětských let, kdy byly středem pozornosti jeho vlastní potřeby. Je to jakoby před světem zavřel oči, přestává reagovat na okolí a je tak zcela odkázán na pomoc jiného člověka. Je ale dost pravděpodobné, že člověk s demencí dokáže i v pokročilém stádiu nemoci vnímat, jen není schopen komunikace. Je proto třeba jednat s klientem ohleduplně, vlídně a důstojně.²³

Ztráta soběstačnosti

Jak už jsem zmínila, klient v pokročilém stádiu demence není schopen se postarat sám o sebe. Potřebuje pomoc druhé osoby při pohybu, stravování, i hygieně. Spousta klientů prožívá závěr svého života na lůžku, uzavřený sám do sebe a zcela odkázán na péči druhé osoby.

Bez pomoci další osoby se člověk s demencí stává zanedbaným v oblasti hygieny, stravování i odívání.²⁴

²² Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 72.

²³ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 53-54.

²⁴ Srov. PIDRMAN, V. *Demence*. S. 35.

1.3. Fáze demence u Alzheimerovy nemoci

Pro efektivní péči a práci s klientem je důležitá jednak znalost a schopnost rozeznat jednotlivé fáze průběhu demence (v každé fázi je třeba ke klientovi přistupovat jiným způsobem), ale také je důležitá znalost klienta samotného. To znamená vědět, jak žil před nemocí, jaké má vztahy s rodinou, jaké jsou povahové rysy... Čím více znalostí o klientově životě máme, tím bude lepší a efektivnější péče o něj.

1. první fáze - mírná demence

V první fázi se objevují především poruchy kognitivních funkcí. Pro klienta je těžké udržet pozornost během složitějších aktivit.²⁵ Znatelně se projevuje porucha krátkodobé paměti. Klient neustále něco zapomíná a má problém s vybavováním si skutečností, které se staly v nedávné době. Není schopen orientovat se v novém prostředí a nedokáže si zapamatovat nové lidi nebo dovednosti. Má problémy s vyjadřováním a porozuměním některým slovům, ale komunikace je stále ještě na dobré úrovni.

Klient je v této fázi soběstačný díky zažitým stereotypům a není tak odkázán na pomoc druhé osoby. Naopak má tendenci k izolaci a to díky pocitu nejistoty, který způsobuje zhoršená paměť a ztráta určitých dovedností. Svou nejistotu i změnu v určitých oblastech života si uvědomuje a ze strachu, že něco nezvládne, přesouvá zodpovědnost na druhé. Tento strach a nejistota vedou velmi často k úzkostným nebo depresivním náladám.²⁶

2. druhá fáze - rozvinutá demence

V této fázi se poruchy kognitivních funkcí prohlubují do té míry, že si klient už změny ani neuvědomuje.²⁷ Mimo krátkodobé paměti je narušena už i dlouhodobá paměť což způsobuje, že se klient přestává orientovat v čase i prostoru. Komunikace se stále více zhoršuje, není schopen porozumět sdělované informaci ani najít správná slova k odpovědi. Dále není schopen vykonávat dosud běžné denní činnosti a samoobslužné činnosti (apraxie). Změny se projevují i v chování klienta, časté jsou halucinace, agresivní projevy, bloudění, nespavost, neklid, nerespektování společenských norem

²⁵ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 69.

²⁶ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 54-55.

²⁷ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 69.

a neschopnost kontroly vlastních emocí. Klient v této fázi potřebuje trvalou pomoc nebo minimálně pravidelný dohled, pokud žije v domácím prostředí.²⁸

3. třetí fáze - těžká demence

Klient se neorientuje časem, prostorem ani osobou, nepoznává ani nejbližší členy rodiny.²⁹ V této fázi je pro klienta zásadní naplnění potřeby bezpečí a jistoty. Je totiž zcela odkázán na pomoc druhé osoby, protože není schopen vykonávat žádné sebeobslužné činnosti. Verbální komunikace je v této době již prakticky nemožná a nastupuje neverbální komunikace. Péče se tak stává velmi náročnou. Mimo jiné má klient často problémy s polykáním, je inkontinentní, častá je nespavost a bloudění. Postupně má klient problém i s pohybem a závěr svého života tak prožívá na lůžku, uzavřen do svého vlastního světa. Není schopen komunikace ani žádné jiné aktivity.³⁰

²⁸ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 55-56.

²⁹ Srov. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. S. 70.

³⁰ Srov. HAUKE, M. *Když do života vstoupí demence*. S. 56.

2. Potřeby osob s demencí

1.1. Vymezení pojmu potřeba

Naše tělo je složitý organismus, ve kterém v nejlepším případě probíhá rovnovážný stav. Tuto rovnováhu ale střídají i stavy, v nichž tělu něco chybí, nebo naopak něco přebývá. Tento nedostatek nebo přebytek pak vede k potřebě nastolit v organismu opět rovnováhu. Pokud se povede nastolit rovnováhu, znamená to, že potřeba byla naplněna nebo uspokojena. „Lidská potřeba je tedy stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.”³¹ Právě uspokojování potřeb je jednou ze složek celkové kvality života člověka. Kvalita života představuje pocit pohody, který vychází z tělesného, sociálního a duševního stavu člověka.³² Jednotliví lidé mají potřeby stejné, ale během života se mění jejich množství a důležitost, jelikož je každý člověk individuální. To zda dojde nebo nedojde k uspokojení potřeb člověka, má vliv na mnoho procesů probíhajících v těle člověka. Je tím ovlivněno myšlení, psychický stav, emoce i celkové chování jedince. Jednotlivé potřeby jsou na sebe vázány a neuspokojení jedné potřeby může mít vliv na uspokojení potřeby jiné a to může vést ke zhoršení celkového psychického nebo fyzického stavu člověka. „Potřeby nejsou pouze základním motivem k udržení rovnováhy uvnitř organismu, ale také základním motivem pro udržení rovnováhy mezi člověkem a prostředím. Neodrážejí tak pouze vztah člověka k sobě samému, k životu, k prostředí, ale jsou také odrazem nároků prostředí na člověka. Potřeby mají svůj význam pro orientaci člověka v prostředí, pomáhají díky seberealizaci jedinci prostředí měnit. Potřeby jsou výsledkem vzájemné neustálé interakce hodnot, racionálního i emočního rozhodování.”³³

³¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Seštra. ISBN 978-80-247-3223-7. S 12.

³² Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. S. 31.

³³ PŘIBYL, Hugo, *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1. S. 31.

1.2. Dělení potřeb

V literatuře lze najít mnohá dělení potřeb člověka, z nichž nejběžnější je rozdělení na potřeby biologické, psychologické, sociální a duchovní.

Biologické potřeby

Lze je také nazývat jako fyziologické potřeby. Jsou to potřeby, jejichž cílem je zachování života jedince. Jsou společné všem lidem a jsou člověku dány jeho podstatou jako živého tvora, bytosti. Patří sem potřeba dýchání, tekutin, stravy, spánku, vylučování, rozmnožování a všeho, co si naše fyzické tělo právě žádá a co potřebuje ke zdraví a k přežití.³⁴ V případech, kdy je člověk nemocný, dokáže biologické potřeby celkem lehce uspokojovat zdravotnická péče. Při poruše příjmu potravy (nebo při neschopnosti polykat) lze stravu upravit, případně ji do těla dostat jinou cestou než přes dutinu ústní. Při problémech s dýcháním existují přístroje, které dýchání umožňují. Pokud přestane fungovat určitý orgán, je možná transplantace. Zdravotnictví máme na vysoké úrovni, takže tento typ potřeb je možné uspokojovat i v případech nemoci.

S nemocí přichází nejistota a strach. V důsledku toho má klient potřebu fyzického bezpečí, bezpečného lůžka nebo například bezpečného převozu. Dále také potřebuje vědět, že má vymezený svůj vlastní prostor, že ošetřující, kteří o něj pečují, jsou profesionální pracovníci a že ho nebudou přehlížet. Tato potřeba může být naplněna i seznámením se s řádem instituce (domov pro seniory například), nebo plněním slibů personálem či blízkými. V neposlední řadě je tato potřeba naplněna projeveným respektem a uctivých chování ke klientovi.³⁵

Psychologické potřeby

Jako lidé jsme individuální bytosti s odlišnými povahovými rysy i s odlišným prožíváním psychických stavů. Každý vnímáme svět odlišně a od toho se následně odvíjí to, jak na určité podněty a situace reagujeme. Do psychologických potřeb patří potřeba rozvoje osobnosti, potřeba jistoty, vyrovnanosti nebo pocit psychického

³⁴ Srov. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. S. 17.

³⁵ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. S. 20.

bezpečí.³⁶ Mimo to je hodně důležitá potřeba respektování lidské důstojnosti, ať se lidské tělo nachází v jakémkoli stavu. Každý člověk je jedinečnou bytostí s naprosto jedinečným životním příběhem a posláním.³⁷ V období nemoci je tato potřeba posílena a je třeba mít na paměti, že i když je člověk například v terminálním stádiu nemoci, stále dokáže vnímat například intonaci nebo tón hlasu. I když člověk nedokáže ovládat své tělo, stále je živou bytostí, která si zaslouží uctivé jednání.

Sociální potřeby

„Člověk je tvorem společenským, touží po osobním kontaktu s druhými lidmi, potřebuje komunikovat, potřebuje lásku - milovat a být milován.“³⁸ Každý člověk chce být milován a chce, aby ho lidé a společnost, ve které žije, respektovala. V období nemoci by měla být láska ke klientovi projevována zejména ze strany rodiny a přátel. Pokud klient rodinu nemá, očekává jiný projev lásky. Konkrétně by rád ze strany pečujícího pocítil laskavost, empatii, porozumění a pochopení. Potřeba sounáležitosti se dá naplnit už pouhým seznámením klienta s jeho zdravotním stavem, dále zapojením klienta do procesu rozhodování o léčbě nebo zapojením do společenských aktivit s ostatními klienty. Klient má tak pocit, že patří do kolektivu, a že je stále platným členem společnosti, ve které žije.³⁹

Jako společenský tvor tedy člověk nežije izolovaně, a platí to i v případě kdy je nemocný nebo když umírá. I v takových případech, a možná více než kdykoli dříve, potřebuje společnost lidí. Takovou společnost, kterou on sám chce.⁴⁰ Mezi sociální potřeby dále patří také schopnost přizpůsobovat se měnícímu se prostředí nebo potřeba jistoty ochrany osobních dat. Sociální potřeby jsou určeny prostředím, ve které člověk žije nebo žil. V souvislosti s prostředím má člověk určité sociální snahy (něco, čeho chce během života dosáhnout) a také určitou potřebu společenského postavení ve společnosti. Pokud své společenské postavení ztratí kvůli nemoci, může to značně ovlivnit nebo i změnit jeho chování.

³⁶ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. S. 17.

³⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9. S. 22.

³⁸ PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. S. 32.

³⁹ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. S. 20.

⁴⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* S. 22.

Duchovní (spirituální) potřeby

Dle mého názoru ještě stále nejvíce zanedbávaná skupina potřeb člověka. Obtíže nastávají, už když chceme spiritualitu definovat. Philip Sheldrake uvádí, že dnes je zapotřebí přistupovat ke spiritualitě interdisciplinárně: „Musíme se opírat nejen o historii a teologii, ale i o humanitní a společenské vědy a o literární teorii.“⁴¹ Malíková chápe spiritualitu jako dimenzi, „kterou lze považovat za hnací sílu v životě jedince, sílu, jež dává všem aspektům života smysl a v jejímž středu sídlí naděje.“⁴² Spirituální potřeby jsou pak logicky „spojeny s duchovním zaměřením a cítěním jedince“⁴³ a také s jeho vlastní identitou. Často se mylně předpokládá, že duchovní potřeby mají a potřebují je uspokojovat pouze věřící lidé. Ale duchovní potřeby mají všichni lidé, i ti nevěřící. Patří sem potřeba smyslu života - každý se čas od času ptá, co je vlastně smyslem jeho života. Potřebujeme přijímat i dávat odpuštění, abychom mohli nalézt vnitřní klid. Pokud je člověk nemocný, hledá smysl jednak ve své nemoci ale také smysl v již prožitém životě. Ptá se jestli, jeho život vůbec měl smysl. Právě v těchto chvílích je důležité i nemocnému člověku ukázat, že i v jeho situaci měl dosud prožitý život smysl a že se dá žít i dál smysluplně.

Pokud je klient věřící, je vhodné poskytnout mu pastorační péči, která je specificky křesťanskou péčí. „Pastorační péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozic věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.“⁴⁴ Mimo to je vhodné v rámci možností také zachování náboženských rituálů (například přítomnost na mši), aby měl klient pocit duševního klidu. Pokud je klientem nevěřící člověk, je možné poskytnout mu spirituální péči v širším smyslu. „Spirituální péči v širokém slova smyslu rozumíme takové jednání s nemocným člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, vnímáme jeho existenciální i ryze duchovní otázky a problémy,

⁴¹ SHELDRAKE, P. *Spiritualita a historie: úvod do studia dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003. ISBN 80-7325-017-9. S. 13.

⁴² MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3. S. 269.

⁴³ ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. S. 17.

⁴⁴ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1. S. 16.

doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému prožívání a zvládnání jeho životní situace až ke smrti a s úctou přitom respektujeme jeho světonázorovou orientaci a jeho potřeby.⁴⁵

V uspokojování duchovních potřeb je žádoucí a vhodné, aby ošetřující byl tichým, empatickým a aktivně naslouchajícím člověkem, který klienta svými poznámkami vede k tomu, aby odpovědi na své otázky, dokázal najít sám v sobě.⁴⁶ Nedostatek v oblasti duchovních potřeb může být těžko rozpoznatelný, sám klient ho ani nemusí být schopen pojmenovat. Potom záleží na ošetřujícím, jestli má dostatečné znalosti a dovednosti identifikovat zdroj tohoto nedostatku. Pokud ošetřující společně s klientem správně identifikují nedostatek a následně se podaří saturovat duchovní potřeby, je to obrovská pomoc pro klienta. Projeví se to v mnoha oblastech života: například je vyrovnaný a tím pádem navenek klidný a nemá konflikty s ostatními lidmi, dokáže přijmout svou situaci, přesně takovou jaká je, je chápavý a dokáže podpořit ostatní, ví, kde najde pomoc v případě potřeby, což mu dává jistotu a sílu zvládat i těžší situace.⁴⁷

⁴⁵ OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. S. 16.

⁴⁶ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. S. 269.

⁴⁷ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. S. 273-274.

3. Sociální práce s osobami trpícími demencí

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Opírá se jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.“⁴⁸

„Sociální práce se hlavně realizuje v sociálních službách a jejich prostřednictvím. Profesionální sociální pracovníci jsou zaměstnáváni sociálními subjekty, aby poskytovali klientům služby k uspokojování určitých sociálních potřeb.“⁴⁹

Jedním z cílů sociální práce je také snaha o zvyšování kvality života klientů. Mimo jiné si takový cíl kladou i aktivizační techniky, které se zaměřují na uspokojování potřeb klientů a na smysluplné využití jejich času a to takovým způsobem, který vede právě ke zvyšování kvality života klientů.

3.1. Aktivizační techniky využitelné při práci s osobami trpícími demencí

Klienti s demencí ztrácejí krátkodobou paměť a stává se pro ně obtížné vykonávat běžné denní činnosti, jako třeba oblékání. Najednou neví, na co se obléká košile, nevyznají se ve vlastním domově a v místech, která dřív znali dokonale. Naproti tomu si ale celkem dobře pamatují dovednosti, které se naučili v raném věku a během života je užívali dlouhodobě. Pamatují si například, jak se hraje na hudební nástroj, bezchybně si vybavují texty starých a lidových písní, skvěle udržují rytmus a dokážou i tančit spoustu různých tanců. Před nástupem závěrečné fáze nemoci jsou dobře uchováni i společenské mravy a chování. Každý klient je individuem se specifickými potřebami

⁴⁸ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0. S. 213.

⁴⁹ MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 80-7178-473-7. S. 179.

a osobností. Je třeba na to brát ohled a klienta před začátkem spolupráce poznat ze všech jeho stránek.⁵⁰

Spousta klientů si v začátcích nemoci změny svého chování i zhoršování kognitivních funkcí uvědomuje a vnímá, že něco není v pořádku. V souvislosti s tím se často cítí trapně a hloupě za to, co zrovna udělali, aniž by to chtěli udělat. Postupně pociťují strach z toho, jak se jejich stav bude zhoršovat a co s nimi bude. Hrůzu mají především z toho, co si o nich ostatní nebo i jejich blízcí pomyslí. Bude je rodina stále milovat, nebo se pro ni stanou přítěží?⁵¹

3.1.1. Vymezení a cíl aktivizačních technik

Farmakologickou léčbu nemoci by měly doprovázet i techniky, které dokážou celkově zvýšit kvalitu života klienta. Při individuálním plánování je tedy vhodné zařadit do programu denních aktivit i takové aktivity, které mají za cíl uspokojit jednotlivé potřeby klienta. Podle psychologického slovníku pojem aktivizace představuje uvedení do činnosti a „nespecifické označení úrovně aktivity, vybuzení založené na smyslové připravenosti k činnosti.“⁵² Aktivizace má za úkol rozvíjet nebo udržovat stávající schopnosti klienta v jakékoli fázi nemoci prostřednictvím individuálních nebo skupinových aktivit.

Aktivizační techniky se snaží podpořit a dále rozvíjet samostatnost, nezávislost ve vykonávání běžných denních aktivit, dále zachovat sociální dovednosti a schopnost komunikace a také poskytnout klientovi možnost aktivního a smysluplného využití volného času.

⁵⁰ Srov. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory: interakce a sebepoznávání, hry se slovy, kvízy, cvičení a relaxace, každodenní aktivity*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4. S. 21.

⁵¹ Srov. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. S. 22.

⁵² HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X. S. 9.

3.1.2. Aktivizace mentálních schopností

Aktivizační techniky lze rozdělit do skupin, podle toho, na jaké schopnosti člověka mají zásadní vliv. První skupinou tak mohou být aktivizační techniky, které ovlivňují především mentální schopnosti klienta. Mezi tyto techniky patří kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie a s ní související psychobiografický model péče podle Erwina Böhma.

Kognitivní rehabilitace

Cílem jakékoli rehabilitace je obnovit ztracené nebo porušené funkce a schopnosti, případně ztrátě funkčnosti předcházet. Kognitivní funkce zahrnují veškeré myšlenkové procesy, patří sem paměť, soustředění, porozumění informacím, schopnost rozhodování se, schopnost učit se, adaptovat se na měnící se prostředí a situace.⁵³

„Rehabilitace kognitivních funkcí je dynamickou, systematickou intervencí snažící se o nápravu nebo kompenzaci vzniklého kognitivního deficitu s cílem dosažení trvalého zlepšení všeobecných aktivit pacienta za účelem dosažení soběstačnosti v denním životě, readaptace a zařazení se do společnosti.”⁵⁴ Využití kognitivní rehabilitace při léčbě demence je vhodné právě proto, že v důsledku onemocnění demencí dochází k poruše kognitivních funkcí. Projevuje se to zhoršující se pamětí (z počátku je postižena hlavně krátkodobá paměť), dále se zhoršuje vnímání a koncentrace, pozornost, klient s tímto onemocněním také přestává rozumět významu některých slov. V rámci kognitivní rehabilitace je žádoucí naplánovat smysluplnou běžnou denní náplň života klienta s demencí. Kognitivní rehabilitace neusiluje o to, aby klient získal nové dovednosti, ale snaží se navrátit ty, které byly součástí jeho života. Je vhodné tuto metodu provádět i pro udržení stávajícího stavu kognitivních funkcí a předcházet tím tak jejich zhoršování.⁵⁵ Je důležité rehabilitaci přizpůsobit zdravotnímu stavu a schopnostem klienta. Určitě není vhodné klienta přeceňovat nebo mu slibovat nemožné. Před začátkem rehabilitace je nutné znát celkovou anamnézu klienta, s jejímž

⁵³ Srov. VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Vydání první. Praha: Grada Publishing. 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5571-7. S. 13.

⁵⁴ VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. S. 22.

⁵⁵ Srov. VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. S. 17 a 22.

sestavením může značně pomoci rodina nebo blízcí. Od znalosti veškerých potřebných skutečností se dále může odvíjet adekvátní pomoc klientovi.

Kognitivní rehabilitace se dělí na dva druhy, a to na obecnou kognitivní rehabilitaci a na cílenou kognitivní rehabilitaci. U obou z nich je důležité respektovat osobnost a individualitu klienta, tzn. nepřeceňovat ani nepodceňovat klienta. Obecná kognitivní rehabilitace je inspirována myšlenkou profesora Böhma o možnosti vzdělávání každého, bez ohledu na věk, vzdělání, zdravotní stav atd. Smyslem a cílem obecné kognitivní rehabilitace je, aby byl klient schopen orientovat se v prostředí, ve kterém se nachází. Tímto postupem lze předcházet nežádoucímu nebo i agresivnímu chování ze strany klienta. Takové chování je způsobeno právě dezorientací, nejistotou a nedůvěrou k prostředí a lidem v něm. Tento druh kognitivní rehabilitace je možný provádět u všech klientů, jejichž kognitivní funkce jsou nějak poškozeny.⁵⁶

Naproti tomu cílenou kognitivní rehabilitaci lze provádět jen s klienty, kteří o to mají zájem, a jejich zdravotní stav umožňuje spolupráci. Právě bez spolupráce může mít tento druh rehabilitace i špatné dopady na celkovou léčbu. Cílem této rehabilitace je přesně zjistit, jaké kognitivní funkce jsou poškozeny a pak se na tyto funkce přímo zaměřit, podporovat a snažit se jednotlivé funkce napravit. Stěžejní je zde respektování individuality klienta a naplňování jeho potřeb.⁵⁷

Mohli bychom říci, že kognitivní rehabilitace naplňuje potřebu jistoty, bezpečí a na základě toho, i sociální potřeby. Pokud získá klient jistotu a je klidný, nemá problém s fungováním v kolektivu.

Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je jeden z prostředků na zlepšení kvality života člověka s demencí. „Cílem reminiscence je nejen zlepšení stavu pacienta, ale zejména posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a ve svých důsledcích pomoc a podpora rodinnému pečovateli.“⁵⁸ Při této terapii se pracuje převážně s dlouhodobou pamětí,

⁵⁶ Srov. VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. S. 32.

⁵⁷ Srov. VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. S. 39.

⁵⁸ Reminiscence – Reminiscenční centrum. *Naši práci stavíme na hodnotách - Reminiscenční centrum* [online] Copyright © 2018 Reminiscenční centrum [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://reminiscencnicentrum.cz/reminiscence/>.

kteřá se uchovává lépe a déle a podporuje člověka v jeho schopnostech a silných stránkách.⁵⁹

Pojem reminiscence pochází z latiny (reminiscere - vzpomenout si) a podle slovníku cizích slov znamená ohlas, vzpomínku. Každý člověk vzpomíná, protože je to přirozené. Vzpomínky ovlivňují lidský život. Utvářejí naši identitu a v pozdějším věku tuto identitu i udržují.⁶⁰ Říkají nám, kdo jsme byli v minulosti a kdo jsme v přítomnosti. Kdybychom neměli vzpomínky, cítili bychom se neúplní. Vzpomínky nám pomáhají vyrovnávat se s minulostí a přijmout ji takovou jakou byla. Pokud to uděláme, přijmeme tak i sami sebe a máme možnost dojít k naplnění. Během vzpomínání se člověk vrací do doby, kdy byl mladý, zdravý a může tak radostné chvíle v životě prožívat znovu.

Reminiscenční terapie má obvykle podobu rozhovoru terapeuta s člověkem s demencí. Probíhá individuálně nebo ve skupině. Tématem rozhovoru je dosavadní prožitý život klienta/klientů. Klienti vypráví o svém dětství, významných událostech v životě, jaké aktivity byly jejich oblíbené. Při této terapii jsou využívány i různé prostředky jako třeba staré fotografie, staré předměty, pracovní nářadí a další.⁶¹

Reminiscenční terapii lze provádět čtyřmi různými přístupy. Prvním je narativní přístup (z latiny narration - vypravování), který pracuje s volně a spontánně vyjadřovanými vzpomínkami. Terapie může probíhat ve skupině nebo dvojici a provádí se za účelem vyplnění volného času klientů, dále pomáhá se sociálním začleněním klienta do kolektivu, funguje jako kognitivní trénink, posiluje sebeúctu a pomáhá vytvořit psychickou pohodu. Klienti si vyprávějí příběhy ze svých životů a předávají si tak své zkušenosti. U terapie je přítomen facilitátor, který dává podněty k rozhovorům a snaží se nenásilně zapojit všechny účastníky. Je hlavní, aby panovala příjemná atmosféra a aby se vzpomínalo na veselé události. Analýzy těchto terapií ukazují, že je tento přístup mezi klienty oblíbený. Během terapie se klienti sami zapojují do hovoru

⁵⁹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0. S. 66.

⁶⁰ Srov. JANEČKOVÁ, H. a VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3. S. 11 a 21.

⁶¹ Srov. JANEČKOVÁ, H. *Reminiscence*. S. 21-22.

s ostatními a facilitátora pak už ani nepotřebují. Jsou spontánní a komunikují hlavně mezi sebou.⁶²

Dalším je reflektující přístup, který představuje rekapitulaci prožitého života jednotlivých klientů. Podobá se psychoterapii, cílem je zrekapitulovat klientům život a porozumět i všem těžkostem, které klienta v životě potkaly. Všechna traumata, ztráty, konflikty jsou znova individuálně nebo ve skupině s terapeutem probírány a společně se snaží, aby klient svou minulost přijal a tak přijal i sám sebe. Terapie může člověku pomoci najít smysl jeho života, psychickou rovnováhu, sebeúctu a spokojenost. Pozitivním výsledkem terapie také často bývá odpuštění starých křivd a urovnání vztahů s blízkými.⁶³

Při práci se vzpomínkami na těžké životní události se využívá expresivní přístup. Jde v něm o vyjádření emocí a otevření minulosti. Terapie se zaměřuje na odkrytí hluboko uložených traumat, špatných vzpomínek na těžké události. Expresí pocitů funguje tak, že do prožívání určité situace vpustíme dalšího člověka. Samotný rozhovor o těžkých chvílích v klientově životě může vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta. Jelikož na původní trauma se pak během života nabalilo mnoho dalších problémů, které přispěly ke zhoršení zdravotního i psychického stavu klienta. Klientovi pomáhá o těchto vzpomínkách mluvit, vidí zájem ze strany terapeuta a názor nezúčastněného člověka mu může poskytnout jiný náhled na situaci. Na rozdíl od předchozích přístupů se zde také trochu pracuje s klientovou budoucností.⁶⁴

Biografie neboli informační přístup má za cíl předávat informace a zkušenosti mladším generacím. Je zde využívána autobiografická metoda, pomocí níž klienti vypráví svůj příběh v souvislosti s historickými událostmi, popisují své vnímání těchto událostí a snaží se z nich předat poučení dalším generacím. Klienti tak získávají pocit, že jsou důležití a potřební, získávají najednou roli učitelů a rádců, což celkově dobře působí na jejich psychiku.⁶⁵

⁶² Srov. JANEČKOVÁ, H. *Reminiscence*. S. 23-24.

⁶³ Srov. JANEČKOVÁ, H. *Reminiscence*. S. 25.

⁶⁴ Srov. JANEČKOVÁ, H. *Reminiscence*. S. 29.

⁶⁵ Srov. JANEČKOVÁ, H. *Reminiscence*. S. 30.

Reminiscence je technika, která dokáže naplnit psychické potřeby člověka tak, že umožňuje klientovi kontakt s jinými lidmi, který se pravidelně opakuje a dává tak klientovi pocit, že není sám. A také sociální potřeby člověka, které souvisí s kontaktem s ostatními. Člověk má pocit, že je součástí společnosti a že je jejím potřebným a platným členem.

Psychobiografický model Erwina Böhma

Pojmem biografie se také jednoduše označuje psychobiografický model péče podle rakouského profesora Erwina Böhma, který si klade za cíl oživit duši člověka a tím pomoci k uzdravení i jeho tělu. Böhmův model péče umožňuje naplnění psychologických i spirituálních potřeb člověka, jelikož se jedná o jednu z forem psycho-spirituální péče.⁶⁶ Tento model přístupu ke klientovi a práce s ním, sám o sobě není léčebným procesem, ale je vhodné jím samotnou léčbu doplnit. Pokud trpí lidská duše, chátrá pak i tělo, je tedy žádoucí pracovat i s psychickou stránkou klienta. Když sama duše má chuť do života a cítí se spokojená, tělo na to automaticky reaguje svou energií a větší vitalitou, případně chutí provádět různé aktivity. Je žádoucí zaměřit se i na emocionální stav člověka, nejen na ten fyzický a zdravotní.

Základem pro fungování modelu je porozumění člověku a jeho chování na základě jeho prožitého života. Pro to, abychom mohli klientovi smysluplně pomoci, se potřebujeme a chceme vcítit do jeho života a to hlavně do toho již prožitého, poznat jeho pohled na svět, zkušenosti a názory. Každý člověk má svou individuální historii a je třeba k němu také individuálně přistupovat a práci s ním tomu přizpůsobit. Pomůckou k tomu je právě sepsaná biografie klienta, na základě níž mu lze připomenout některé schopnosti, které už zapomněl. Při tvorbě biografie je třeba úzce spolupracovat nejen s klientem, ale i jeho rodinou a blízkými. Tvorba biografie tak umožňuje společné vzpomínání a návrat do minulosti k šťastným chvílím. V souvislosti s poznáním člověka v jeho celistvosti Böhm člověka přirovnává ke stromu, který má určitou podobu díky růstu kořenů a větví, a jako takový už se příliš nemění.⁶⁷ Na základě tohoto přirovnání se pak pracuje s biografickým stromem života, jehož kořeny

⁶⁶ Srov. BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. První vydání. Přeložila Petra SOCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2015. Sestra. ISBN 978-80-204-3197-4. S. 19.

⁶⁷ Srov. BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. S. 76 a 92.

představují genetické informace, motivaci, rodinu, intuici, prostředí a pohled na život ovlivněn výchovou a kulturním prostředím. Kmen stromu představuje charakter člověka, který zahrnuje všechny způsoby jednání a chování, postoje a názory utvářející jedinečnost člověka. Kořeny a kmen následně určují naši vůli a chtění. Větve stromu pak představují samotné chování a jednání člověka.⁶⁸

Pokud má pečující k dispozici dostatek informací, aby pochopil klienta v jeho celistvosti, je pak práce s klientem jednodušší a probíhá bez závažnějších problémů. Je zároveň snazší pro klienta samotného se adaptovat na nové prostředí a sžít se s novým kolektivem v případě pobytové služby. Personál pobytových služeb se také ve velké míře snaží o podporu a udržování dobrých vztahů s rodinou a blízkými klienta. Komplexní znalost klienta umožňuje také snadněji rozpoznat a tím rychleji uspokojit potřeby klienta. Mimo jiné se předchází izolaci a uzavírání se klienta do sebe, jelikož je na základě biografie možné sestavit takový individuální plán, který klientovi dodá pocit jistoty a smyslu života.

Psychobiografický model je komplexní přístup k člověku a zaměřuje se na všechny jeho potřeby. Psychologické potřeby jsou naplněny komunikací a setkáváním se s pečujícím, vrstevníky a rodinou. Sociální jsou naplněny během tvorby biografie, kdy si člověk připomíná svůj život, své společenské postavení a svou hodnotu jako člověka. Zájem pečujícího o klientův život dává klientovi pocit, že je potřebným a že má ostatním co předat. Model se zaměřuje také na duchovní potřeby, chápe člověka jako jednotu těla a duše a uvědomuje si, že se navzájem ovlivňují a že jedno bez druhého nemůže samostatně fungovat.

Výše zmíněné duchovní potřeby je možné naplňovat v rámci pastorační péče, která je schopna „reagovat na poruchy intelektu, paměti, na omezené možnosti vyjadřování a na změnu obvyklých forem komunikace. Je třeba promýšlet možnosti účasti věřících osob s demencí na aktivitách v rámci farní pastorace.”⁶⁹ Je zřejmé, že při pastorační péči o nemocné s demencí je možné použít modely zmíněné výše. Také je možné využít toho, že lidé s demencí jsou schopni účastnit se různých bohoslužebných úkonů,

⁶⁸ Srov. BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. S. 112-115.

⁶⁹ MARYŠKOVÁ, J. Specifika pastorační péče o člověka s demencí – Seelsorge jako Leibsorge. *Studia theologica* 4 (2018), s. 141.

dokážou se rozpomenout na dávné předměty či texty. Proto je možné využít práci s biblickými texty. Maryšková uvádí, že „texty, které nemocní dobře znali z dětství a mládí, mohou být znovu rozpoznány. Mělo by se jednat o texty, které hrály v životě nemocného důležitou roli, např. žalmy, v nichž jsou obsaženy nejzákladnější lidské zkušenosti. Zejména starší generace si s nimi může spojovat pocit domova, bezpečí, důvěry, útěchy.”⁷⁰

3.1.3. Aktivizace fyzických schopností

Kromě mentálních schopností je také žádoucí podporovat, zlepšovat nebo přinejmenším udržovat stávající stav fyzických schopností člověka. Proto další skupinou aktivizačních technik jsou právě techniky aktivizující mimo jiné i fyzické schopnosti klientů. Tyto techniky zároveň navozují psychickou pohodu klientů a tak vedle pozitivního vlivu na fyzický stav klienta naplňují i potřeby psychologické. Patří sem animoterapie, expresivní terapie, ergoterapie a kinezioterapie.

Animoterapie

Člověk je součástí přírody, je s ní ve vzájemném vztahu - člověk ovlivňuje a působí na přírodu, příroda ovlivňuje a působí na člověka. Mimo to příroda člověka také léčí. Animoterapie je příkladem vlivu i léčebných účinků přírody na člověka. V animoterapii jsou proto zvířata, ale i rostliny používány jako léčebný prostředek. Přinejmenším tato metoda usiluje o zachování co nejvyšší úrovně kvality lidského života. Nápomocny mohou být jakákoli zvířata nebo rostliny. To je dáno individualitou člověka, každý má ke zvířatům a rostlinám odlišný vztah.

Když má člověk možnost starat se o zvíře nebo rostlinu, má pocit domova a ví, že když se bude starat hezky a s láskou, rostlina nebo zvíře mu vrátí opět lásku nebo krásu. Tím, že zvíře nebo rostlina potřebují pravidelnou péči, podporují u člověka soustředěnost a posilují pocit, že je potřebný, protože má zodpovědnost. Zvíře nedokáže

⁷⁰ MARYŠKOVÁ, J. Specifika pastorační péče o člověka s demencí – Seelsorge jako Leibsorge. *Studia theologica* 4 (2018), s. 150.

předstírat lásku, tím že ji svému opatrovateli projevuje, se potlačují depresivní tendence. Celkově tato péče má pozitivní vliv na fyzický i psychický stav člověka.

Canisterapie je asi nejběžnější druh animoterapie, jelikož je pes velmi oblíbeným domácím mazlíčkem. Svými činnostmi pes posiluje sebedůvěru a sebeúctu člověka, tím jsou v jisté míře naplňovány psychologické potřeby. Dále učí člověka přírodním a životním zákonitostem, zlepšuje fyzickou kondici i psychický stav a tím celkově zvyšuje kvalitu života. Probouzí v člověku schopnost samoléčení.⁷¹ „Podstatou canisterapie je využití psa v interaktivním léčebném procesu lidí. Cílem je aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu a snížení množství užívaných léků. V rámci léčby člověka dochází k aktivaci a mobilizaci zbytkových fyzických, psychických a imunitních schopností zdravotně postiženého. Člověk startuje pomocí přírody své uzdravování, zlepšuje vlastní tělesný a duševní stav a kontakt s lidmi.“⁷²

Kočka je podobně jako pes také velmi často chována člověkem v domácím prostředí. Pomáhá zejména s adaptací člověka na jiné prostředí. Například do domova se zvláštním režimem pravidelně dochází návštěvní služba s kočkami. Přítomnost kočky má pozitivní vliv na klientův krevní tlak i srdeční rytmus, zmírňuje stres a celkově uklidňuje klienta. Pokud klient sám v minulosti měl doma kočku, probouzí to v něm vzpomínky na tuto dobu a cítí se tak více jako doma. Díky tomu, že se kočky klienti mohou dotýkat, se stimuluje také jemná motorika.⁷³

Ornitoterapie je dalším typem animoterapie, při níž jsou využíváni papoušci. Ti jsou schopni se člověku vnitřně přiblížit díky svému pestrému zbarvení, schopnosti naučit se mluvit a hlavně tím, že dokážou rozpoznat lidské pocity. Papoušci svou intenzivní náklonností k člověku velmi pozitivně působí na lidskou psychiku a tím uspokojují psychologické potřeby. Je to způsobeno tím, že mají k lidem blízko díky podobným vlastnostem a povahovým rysům. Klienty s Alzheimerovou chorobou dokáže papoušek uklidnit, navodit pocit jistoty a bezpečí a také ho vrátit na určitou

⁷¹ Srov. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006, Albatros Plus, 59. ISBN 80-00-01809-8. S. 34.

⁷² NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie*. S. 52.

⁷³ Srov. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie*. S. 67.

dobu do reality. Mezi papouškem a člověkem může vzniknout silné pouto, které tak dává člověku smysl života. To pak má vliv jak na fyzickou tak i psychickou stránku života.⁷⁴

Často jsou také při animoterapii využívána malá zvířata. Nejběžněji využívanými jsou králík a morče. Tato zvířata jsou dobrými terapeutickými pomocníky, protože jsou klidná, dají se snadno chovat na klíně, rádi se nechají hladit a celkově přispívají ke zlepšení psychické pohody klientů.⁷⁵ „V terminální fázi života může tvořit králík často jediné pojitko mezi klientem a vnějším světem při demenci, Alzheimerové chorobě a gerontopsychiatrických onemocněních... Morče je sociálně žijícím druhem s denní aktivitou, takže je jako společenské zvíře velmi vhodné. Je velice trpělivé, nesnaží se utéci ani kousnout a nechává si líbit i neobratnou manipulaci. Rychle si zvyká na brání do ruky.”⁷⁶ Přítomnost těchto malých zvířat oceňují především už ležící klienti, kteří nejsou schopni samostatného pohybu. Mohou mít králíka nebo morče přímo u sebe na lůžku, bez toho aniž by se museli výrazně hýbat a nejsou tak ochuzeni o pozitivní vliv a kontakt s přírodou.

Expresivní terapie - arteterapie (výtvarná), dramaterapie, muzikoterapie

„Expresí rozumíme určitý způsob vyjádření silného prožitku, pocitu nebo stavu. Jde o specificky lidskou aktivitu, v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti a poznatky formou symbolů.”⁷⁷ Expresivní vyjádření emocí a citů pomáhá s uvolněním napětí a negativních emocí z těla ven. Tato expresivní vyjádření mohou být uskutečněna prostřednictvím umělecké tvorby. Využívají se techniky výtvarné arteterapie, dramaterapie a muzikoterapie.

Česká arteterapeutická asociace definuje arteterapii jako „obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů

⁷⁴ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6. S. 282, 284 a 289.

⁷⁵ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. S. 294.

⁷⁶ VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. S. 295-296.

⁷⁷ STEHLÍKOVÁ BABYRÁDOVÁ, H. *Expresivní terapie se zaměřením na výtvarný a intermediální projev*. První vydání. Brno: Barrister & Principal ;, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-7485-111-7. S. 37.

v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným.”⁷⁸ Zaměřuje se na trénování krátkodobé paměti, rozvoj jemné motoriky a uvědomování si sebe sama jako hodnotného člověka. Může člověku poskytnout smysl života a jeho naplnění. Dále pomáhá s vyrovnáním se s novou životní situací, s úbytkem sil a zhoršováním zdraví.⁷⁹ „Arteterapeutické postupy jsou zacíleny na léčebné kognitivní, motivační a emocionální aspekty: sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarze, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti v rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivace obranných mechanismů.“⁸⁰ Výtvarná arteterapie je využitelná i při neverbální komunikaci. Když už člověk v souvislosti se zdravotní stavem příliš nekomunikuje, je možné využít výtvarnou tvorbu jako prostředek komunikace. Při výtvarné tvorbě není třeba přemýšlet nad tím, co konkrétně chceme vytvořit. Prostě začneme intuitivně tvořit a něco hmatatelného nám vznikne pod rukama. Arteterapie má dvě formy. Receptivní arteterapie probíhá formou vnímání určitého díla, které vybere arteterapeut. Klient se pak snaží dílo rozebrat a na základě tohoto rozboru, může terapeut pochopit pocity i vnitřní rozpoložení klienta. Arteterapie produktivní probíhá formou samotné tvorby díla klientem.⁸¹ Na základě vytvořeného díla pak terapeut opět může rozpoznat psychický stav klienta. Je možné provádět arteterapii individuálně nebo skupinově, to záleží na osobnosti, potřebách a zdravotním stavu klientů. Individuální forma se volí v případech, kdy klient potřebuje celkovou pozornost terapeuta a jeho chování by mohlo ve skupině působit rušivě, negativně. Skupinová forma arteterapie může pomoci klientům při adaptaci na nové prostředí a kolektiv, prohlubuje sociální citění a podporuje vzájemnou komunikaci, pomoc a podporu.

„Prvořadým cílem arteterapie není vytvoření uměleckého díla, ale prostřednictvím sebevyjádření, rozvíjení tvořivosti, schopnosti komunikovat a zpracováním osobně

⁷⁸ Arteterapie. *Česká arteterapeutická asociace*[online]. Copyright © 2019 Česká arteterapeutická asociace[cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>.

⁷⁹ Srov. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. S. 65.

⁸⁰ Arteterapie. *Česká arteterapeutická asociace*[online]. Copyright © 2019 Česká arteterapeutická asociace[cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>.

⁸¹ Srov. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. S. 30.

významného tématu dosáhnout odstranění nebo zmírnění těžkostí nemocného člověka.”⁸² Cíle arteterapie se definují na základě zhodnocení potřeb klienta. Lze je rozdělit na individuální a sociální cíle. Do individuálních cílů patří rozvoj osobnosti jako celku, rozvoj tvořivosti a fantazie, uvolnění a relaxace, poznání svých vlastních možností a svoboda projevu emocí. Mezi sociální cíle patří vnímání a přijetí druhých lidí, adaptace na prostředí, zapojení se do kolektivu, vytváření vztahů a rozvoj vzájemné podpory. Techniky a činnosti se přizpůsobují věku klienta i jeho zdravotnímu stavu a snaží se podpořit u klienta vědomí o své vlastní důstojnosti a mimo to v něm aktivovat jeho síly a probudit kreativitu. Při práci s osobami s demencí se hodně využívá tvorba koláží.⁸³

K životu člověka patří také hudba, která na něj působí bez ohledu na věk, původ, rasu nebo náboženství. Pomáhá prožívat a vyjadřovat emoce a lze jejím prostřednictvím vyjádřit fyzický i mentální stav. Muzikoterapie má pomoci s udržením nebo obnovou duševní pohody člověka a využívá k tomu hudbu. Díky ní je možné alespoň částečně zlepšit momentální psychický i zdravotní stav.⁸⁴ „Muzikoterapie je značně široký pojem, jejíž definice je použití hudby a hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální a interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.”⁸⁵

U klientů s demencí lze muzikoterapii využít na mentální úrovni k trénování koncentrace a paměti. Důležitá je trpělivost a pravidelný trénink a také je nutné samotné uvědomění si problému s koncentrací a pamětí, respektive s jejich zhoršováním. Ideální

⁸² ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. S. 31.

⁸³ Srov. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. S. 61 a 67.

⁸⁴ Srov. GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7. S. 54.

⁸⁵ Muzikoterapie. *Rytmus pro život - zábava a vzdělání* [online]. Copyright © 2010 [cit. 05.02.2019]. Dostupné z: <http://www.rytmusprozivot.cz/sebepoznavaci-programy/item/28-muzikoterapie>.

je tvorba muzikoterapeutických cvičení na míru, vzhledem k individualitě klienta.⁸⁶ Mimo to ji lze uplatnit na fyzické úrovni ke zlepšení chůze, podpoře stability a celkové úrovně pohybu. Při pravidelných cvičeních lze dosáhnout díky působení hudby zlepšení kvality chůze, snížení četnosti pádů díky získání jistoty a stability a také získání celkové ladnosti a lehkosti pohybu. Je ovšem nutné zvolit takovou hudbu a cviky, které dotyčného klienta opravdu baví, aby bylo cvičení opakováno pravidelně. Tyto pohyby ve spojení s hudbou probouzí v klientech radost, předchází se nadváže a zlepšuje se životní styl klienta.⁸⁷ Z pohledu zdravotnictví má muzikoterapie tyto účinky: snižování bolesti, zlepšování kvality dýchání a snižování dušnosti, zpracování emocionálních prožitků v bezpečném prostředí, zvládání stresu a úzkosti, posílení sebeuvědomění a sebeúcty člověka, prostor k sebevyjádření, poskytování podpory, pomoc k uvolnění a odpočinku.⁸⁸ V oblasti sociální práce se muzikoterapie snaží pomoci klientovi se zlepšením kvality jeho života, rozvojem jeho schopností a s prosazením sociální spravedlnosti. Svým působením tak pomáhá naplňovat psychické, sociální i fyzické potřeby člověka.

„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“⁸⁹ Dramaterapie využívá divadelní aktivity, práci s pohyby těla, mimikou, gesty a jazykem. Cílem je uvolnění, relaxace, rozvoj interpersonálních vztahů a rozvoj sociálních kompetencí.⁹⁰ U osob s demencí se dramaterapie dá využít k tréninku paměti, k uvědomění si vlastní hodnoty a toho, že život má smysl. Podporuje také smysl pro orientaci a schopnost začlenění se do kolektivu. Dramaterapii je nutné provádět s ohledem na zdravotní stav klientů, aby nedošlo k přecenění sil klientů a tím

⁸⁶ Srov. GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. S. 29-30.

⁸⁷ Srov. GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. S. 40-41.

⁸⁸ Srov. GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. S. 51-52.

⁸⁹ VALENTA, M. *Dramaterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Psyché. ISBN 978-80-247-1819-4. S. 23.

⁹⁰ Srov. STEHLÍKOVÁ BABYRÁDOVÁ, H. *Expresivní terapie se zaměřením na výtvarný a intermediální projev*. S. 24.

ke snížení účinků dramaterapie. Aktivity v rámci dramaterapie pomáhají s naplněním fyzických, sociálních a psychických i duchovních potřeb.

Ergoterapie

Ergoterapeuti pomáhají klientům se zvládnutím běžných denních aktivit, snaží se tak podpořit nezávislost na pečujícím. Cílem ergoterapie je překonat překážky bránící vykonávání běžných denních aktivit a zapojit tak klienta do plnohodnotného života. Dosáhnout tak samostatnosti klienta, a to na co nejdelší možnou dobu. Ergoterapeutické činnosti by měly být pro konkrétního klienta smysluplné a užitečné s ohledem na jeho věk, osobnost, potřeby a prostředí klienta.

Česká asociace ergoterapeutů definuje ergoterapii jako „profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“⁹¹

Ergoterapie vychází z předpokladu, že člověk je aktivní bytost, která se interakcemi s prostředím neustále vyvíjí a je schopna přizpůsobit se měnícím se podmínkám. Člověk je jedinečný a schopný zlepšit svůj zdravotní stav i kvalitu života prostřednictvím vhodně zvolených činností a aktivit. Člověk má potřebu vykonávat činnosti, které zrovna chce nebo potřebuje vykonat, pokud k tomu nemá příležitost, vede to ke zhoršení nebo ztrátě schopností provádět běžné činnosti, stává se závislým na svém okolí a celkově dochází ke zhoršení psychického i fyzického stavu.⁹²

Ergoterapii je vhodné propojovat i s muzikoterapií. Právě v ergoterapii můžeme využít některé muzikoterapeutické techniky, které mají vliv na psychické, sociální a fyzické potřeby klienta a mimo jiné lze využít k motivování klienta.⁹³

⁹¹ Co je ergoterapie – Česká asociace ergoterapeutů. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. Copyright © 2008 [cit. 05.02.2019]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.

⁹² Srov. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. a ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7. S.14

⁹³ Srov. GERLICHOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. S. 43.

Kinezioterapie

Pohyb je součástí osobnosti každého člověka. Díky pohybu si uvědomujeme své tělesné “Já”. Člověk se pohybuje s cílem uspokojit nějakou potřebu a to jakým způsobem se pohybuje, ukazuje aktuální fyzický a psychický stav jedince. Pohyb má pozitivní vliv na psychický a fyzický stav člověka. Alzheimerova choroba příliš neovlivňuje fyzický stav člověka, proto mohou být pohybové aktivity začleněny do života klientů. Pohyb umožňuje klientům vydat nadměrnou energii, čímž dochází k přirozené únavě a předchází se tak nespavosti a celkovému neklidu. Při pohybových aktivitách zároveň klienti trénují svou koncentraci, jelikož cvičení vyžaduje po určitou dobu aktivní účast a soustředění se na prováděné úkony. Kinezioterapie přispívá i k posílení vzájemné komunikace, a to konkrétně prostřednictvím cviků, které jsou prováděny ve dvojici nebo skupině. Klienti díky těmto cvikům mají pocit, že někam patří a že jsou potřební. Schopnost uvědomování si těla je dalším přínosem terapie, klient tak dokáže rozeznat, kdy a který sval pracuje nebo je v klidu.⁹⁴ Získává pocit, že je stále pánem svého těla, že je to právě on, kdo tělu dává povely a odměnou mu je to, že je tělo schopno povel vykonat.

Kinezioterapie je podpůrná léčebná metoda a terapeutický proces, jehož součástí je smysluplný program různých pohybových aktivit, her a cvičení. Pomáhá klientovi poznat sebe sama a své schopnosti pro zlepšení vlastního života. Umožňuje člověku uvědomit si, že je potřebným pro ostatní a platným členem společnosti, čímž naplňuje sociální i psychologické potřeby člověka. U klientů trpících demencí je cílem této techniky předcházet snižování kvality života a posilování pocitu potřebnosti, sounáležitosti. U klientů s lehčí formou demence jsou prováděny aktivní gymnastické, relaxační nebo taneční prvky. Cílem je podporovat a udržovat stávající kondici, koordinaci a zachovávat tak běžné pohybové schopnosti a dovednosti. V případech těžší formy demence se využívají nenáročné gymnastické prvky a dechová cvičení, která mají za cíl uvědomění si vlastního těla, jeho jednotlivých částí i celistvosti. Klient u těchto cvičení může stát, sedět nebo být na lůžku. Všechna cvičení jsou plánována

⁹⁴ Srov. HÁTLOVÁ, B. a SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-564-7. S. 29-31.

a prováděna s respektem k fyzickému stavu a povaze klienta. Zadání cviků případně úkolů musí být srozumitelné a pro daného klienta reálně proveditelné.⁹⁵

3.1.4. Aktivizace sensorických schopností

Vedle mentálních a fyzických schopností můžeme při aktivizaci klientů využít i techniky aktivizující sensorické schopnosti. Patří sem stimulace jednotlivých smyslů a bazální stimulace.

Smyslová aktivizace znamená uvést do pohybu prostřednictvím smyslů. Smysly jsou důležitou výbavou našeho těla. Umožňují nám vnímat okolní prostředí a orientovat se v něm. Na základě schopnosti vnímat, jsme schopni také komunikovat a pohybovat se. Na základě informací, které prostřednictvím smyslů získáme, na prostředí nějakým způsobem reagujeme. Díky smyslům poznáváme nové prostředí, učíme se z něj a také díky nim vnímáme sami sebe jako součást okolního prostředí. Smysly nám také poskytují informace o možných nebezpečích z okolního prostředí, a dávají nám možnost se jim vyhnout. Smysly umožňují vzájemnou mezilidskou komunikaci.

Při tělesném kontaktu s nějakým předmětem nám hmatový smysl předává informaci o vlastnostech tohoto předmětu. Rozeznáváme tak povrch nebo teplotu předmětu.⁹⁶ Hmat je možné stimulovat na základě různých her, které ale musí klienta bavit. Například je možné klientovi zakrýt oči a dát mu k rozeznávání různé předměty prostřednictvím doteku rukou. Klient může poznávat předmět a zároveň uvádět k čemu se předmět dá využít. Je třeba individuální přístup a toto cvičení provádět s předměty, které klient s jistotou zná a během života je hojně využíval. Dále to mohou být aktivity jako sázení květin, draní peří, keramika, pletení a další.

Chuťový smysl nám předává informace z dutiny ústní. Při provádění chuťové stimulace je nutná znalost klienta, na co je alergický, které potraviny má rád a které ne. A opět je třeba, aby činnost klienta bavila. V průběhu této stimulace se klientovi

⁹⁵ Srov. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie demencí*. S. 35.

⁹⁶ Srov. RŮŽIČKA, R. *Cvičení k posílení smyslů*. Hradec Králové: Svítání, 2002. ISBN 80-86601-01-3. S. 7.

podávají do úst potraviny různých chutí a teplot. Trénuje se tak schopnost rozeznat jednotlivé chutě (sladká, hořká, slaná) a také teplotu pokrmu.

K čichové stimulaci je možné využít prvky aromaterapie. Aromaterapie využívá vůně, konkrétně rostlinné silice, jako prostředky k léčení. Rostlinné silice jsou složité chemické látky, které pomocí čichového receptoru ovlivňují nervovou soustavu a působí tak na pocity a postoje na rozhodování, sebevědomí a intuici.⁹⁷ „Uvolňují tělesné a psychické napětí, zlepšují komunikaci s rodinou i okolím. Velmi účinná je aromaterapeutická masáž spojující v sobě působení na smysl čichový i hmatový. Dotek spojený se známou uklidňující vůní vzbuzuje pocit jistoty a navozuje atmosféru přátelství a lásky.“⁹⁸

Sluchem zaznamenáváme zvukové signály z prostředí. Sluchová stimulace může pomoci k navrácení klienta s demencí do reality. Stimulace se provádí formou hry, kdy jsou klientům pouštěny různé, důvěrně známé zvuky (například cinkající zvonek, déšť, troubící auto, šicí stroj, praskající oheň...)

Zrakem získáváme informace o okolním světě v podobě obrazů. Zraková stimulace je i procesem učení a uvědomování si. To, co vidíme, ovlivňuje naše momentální vnitřní rozpoložení. Je vhodné, aby měl klient neustále ve svém zorném poli předměty vzbuzující v něm příjemné pocity. Zrakovou stimulaci je také možné provádět v rámci skupinové nebo individuální hry, kdy si jeden z účastníků vybere barvu a jiný účastník hledá v místnosti všechny předměty této konkrétní barvy.

Při smyslové aktivizaci se nejčastěji využívají vlastní předměty klientů, přírodní materiály nebo předměty spojené se zájmy klienta.

Bazální stimulace

Bazální stimulace pomáhá klientům přizpůsobit se své životní situaci a přijmout ji. „Nejdůležitější myšlenkou konceptu bazální stimulace je individualizace péče a umožnění prožití života lidem s těžkými změnami v oblasti komunikace, vnímání a pohybu, a to v nejvyšší možné míře co se týče kvality a důstojnosti.“⁹⁹ Důraz je

⁹⁷ Srov. RŮŽIČKA, R. *Cvičení k posílení smyslů*. S. 45

⁹⁸ RŮŽIČKA, R. *Cvičení k posílení smyslů*. S. 45

⁹⁹ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0. S. 19.

kladen především na autonomii a celistvost klienta. Bazální stimulace podporuje vnímání, komunikaci a aktivuje schopnosti klienta. Metoda pracuje s propojeností a vzájemným ovlivňováním prvků pohybu, komunikace a vnímání. Ty jsou úzce propojeny - vnímání umožňuje člověku pohybovat se a schopnost komunikovat máme díky pohybu a vnímání. Bazální stimulace se orientuje na podporu těchto tří prvků, prostřednictvím cílené stimulace smyslových orgánů. Je to stimulační proces, který se přizpůsobuje věku i zdravotnímu stavu klienta a bere ohled na všechny potřeby klienta.¹⁰⁰ Je třeba si uvědomit, že během života se mění prostředí, ve kterém se člověk nachází a to způsobuje změnu kvality života a změnu potřeb člověka. Mimo jiné se koncept bazální stimulace zaměřuje také na to, jakým způsobem klienta vnímá a ovlivňuje jeho bezprostřední sociální okolí, tzn. rodina, blízcí nebo ošetřující tým. Výrazným pomocníkem pro uplatnění bazální stimulace je prvotní vytvoření biografie klienta. Na základě biografie se pak s klienty provádějí smysluplné aktivity. Terapie má na klienty pozitivní účinky v podobě zmírňování hrubého chování, celkového uklidnění, zlepšení orientace, vnímavosti a spolupráce s pečujícím.

3.2. Služby pro osoby trpící demencí

Z počátku, se o nemocného stará rodina, případně jeho blízcí, v domácím prostředí. Postupem času a se zhoršováním zdravotního stavu nemocného, je péče náročnější a nemocný je stále více odkázaný na pomoc druhé osoby. Časem potřebuje pomoci s veškerými běžnými denními úkony a přestává se orientovat časem, místem i osobou.

Proto existují sociální služby určené přímo pro osoby s demencí v jakémkoli stádiu nemoci. Tyto sociální služby jsou využívány právě ve chvílích, kdy se rodina o dotyčného už nemůže adekvátně starat v domácím prostředí, a proto volí možnost profesionální péče. Jsou ale i tací lidé, kteří už rodinu ani jiné blízké, kteří by se o ně postarali, nemají, a jsou pak vděční za možnost využití těchto služeb. Osoby s demencí mohou využít odlehčovací službu, denní stacionář nebo domov se zvláštním režimem.

¹⁰⁰ Srov. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4. S. 19.

3.2.1. Odlehčovací služba

Tato služba může mít ambulantní, terénní nebo pobytovou formu. Využívají ji lidé, kteří o nemocného (klienta) pečují sami v domácím prostředí. Cílem odlehčovací služby je podporovat pečující a dopřát jim potřebný odpočinek a čas k nabrání potřebných sil pro další péči. V případě pobytové formy odlehčovací služby je klientovi poskytnuto ubytování a stravování na předem smlouvenou dobu. Po uplynutí této doby se nemocný vrací zpět do domácí péče.

Služba podle zákona č. 108/2006 Sb. zahrnuje:

- a) „pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc s uplatňováním práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.”¹⁰¹

Podle registru poskytovatelů sociálních služeb v současné době v České republice funguje 308 organizací poskytujících odlehčovací službu. Z toho se jich 21 nachází v Jihočeském kraji.

3.2.2. Denní stacionář

Tato služba je poskytována ambulantní formou. Klient do denního stacionáře dochází na předem smlouvenou dobu a pečující má tak prostor a čas k zařizení potřebných věcí. Má čas jít do práce, na nákup nebo jen pro nabrání potřebných sil na další péči o klienta.

¹⁰¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění k 25.2.2019.

Služba je ale především výborná pro samotného klienta. Ten se zde setkává se svými vrstevníky a účastní se různých společenských aktivit. Předchází se tím tak sociálnímu vyloučení klienta a pocitu, že už není potřebný. Mimo jiné zde klient také rozvíjí své pohybové, smyslové a kognitivní schopnosti.¹⁰²

Služba podle zákona č. 108/2006 Sb. zahrnuje:

- a) „pomoc při zvládání 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.”¹⁰³

V České republice v současné době funguje 266 denních stacionářů, z toho 14 v Jihočeském kraji.

3.2.3. *Domov se zvláštním režimem*

„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby mimo jiné osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.”¹⁰⁴

Služba v tomto případě klientovi nahrazuje jeho domov. Je o něho pečováno 24 hodin denně profesionálním personálem, který dělá vše pro to, aby zlepšil kvalitu života klienta. Je pečováno o všechny potřeby klienta, aby se zde cítil jako doma.

¹⁰² Srov. Sociální služby pro osoby s demencí - Poradimesi.cz. *Poradimesi.cz - užitečné rady a tipy pro péči* [online]. Copyright © 2015 Poradimesi.cz [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/pece/socialni-sluzby-pro-osoby-s-demenci/>.

¹⁰³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění k 25.2.2019.

¹⁰⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění k 25.2.2019.

Služba podle zákona č. 108/2006 Sb. zahrnuje:

- a) „poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.”¹⁰⁵

V České republice je v současné době 347 domovů se zvláštním režimem, z toho 18 je jich v Jihočeském kraji.

¹⁰⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění k 25.2.2019.

4. Závěr

Cílem mé práce bylo definovat základní pojmy v oblasti demence, lidských potřeb a aktivizačních technik vhodných k práci s osobami s demencí. Mimo to bylo mým cílem také poukázat na to, zda aktivizační techniky pokrývají všechny potřeby člověka, případně, které potřeby jsou oproti jiným zanedbávány.

Vycházela jsem z toho, že biologické potřeby jsou prostřednictvím zdravotní péče naplňovány poměrně dobře a na vysoké úrovni a zaměřila jsem se na naplňování potřeb ostatních. V oblasti technik, které aktivizují mentální schopnosti, dochází k naplnění především psychologických a sociálních potřeb. V případě psychobiografického modelu podle Böhma dochází k naplnění i duchovních potřeb, tento model je komplexní přístup zaměřený na všechny potřeby člověka, jehož cílem je jejich naplnění a zlepšení kvality života klienta. K naplnění potřeb technikami aktivizující mentální schopnosti, dochází prostřednictvím kontaktu s pečujícím, rodinou nebo vrstevníky, společnými aktivitami a zájmem pracovníka o klientův život. Činnosti v rámci těchto technik dávají klientovi pocit bezpečí, jistoty, sounáležitosti a potřebnosti. Necítí se být vyloučen a izolován, pokládá sám sebe za důležitého člena společnosti a uvědomuje si tak hodnotu vlastní osoby.

Techniky aktivizující fyzické schopnosti jsou prospěšné jednak pro udržování nebo zlepšování fyzické aktivity klienta, ale také svým působením naplňují psychologické a sociální potřeby. Techniky navozují u klienta pocity psychického klidu a pohody, zprostředkovávají kontakt s ostatními a podporují tak pocit sounáležitosti a vědomí vlastní hodnoty.

Poslední skupina technik, zaměřená na sensorické schopnosti klienta, naplňuje opět především psychologické a sociální potřeby prostřednictvím kontaktu a společnými aktivitami s pečujícím, rodinou vrstevníky. Pomáhají se zlepšením orientace, s adaptací na nové prostředí, dodávají klid, čímž eliminují agresivní chování a dodávají klientovi jistotu a pocit bezpečí.

Na základě zjištěných informací o jednotlivých technikách jsem došla k závěru, že většina technik je svým působením schopna naplňovat, mimo biologických, hlavně psychologické a sociální potřeby. Nejvíce opomíjeny jsou dle mého názoru duchovní potřeby člověka. Ty jsou velmi často považovány za potřeby, které mají pouze věřící

lidé. Duchovní potřeby ale máme všichni bez ohledu na vyznání. Spiritualita člověka nezahrnuje pouze jeho víru (ať už v Boha nebo cokoli jiného), patří sem také existenciální otázky, na které všichni hledáme odpověď. Tyto existenciální otázky se možná více než kdykoli jindy objevují právě v období nemoci, kdy v nastalém stavu a již prožitém životě před nemocí hledáme smysl. Považuji tyto potřeby za velmi důležité. A stejně tak vzdělávání se v této oblasti s cílem poskytovat co nejlepší péči osobám s demencí.

Seznam použitých zdrojů

1. BÖHM, Erwin. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. První vydání. Přeložila Petra SOCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2015. Sestra. ISBN 978-80-204-3197-4.
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.
3. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
4. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
5. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
6. HAUKE.M. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Vydání 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
7. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-564-7.
8. HRDLIČKA, M. HRDLIČKOVÁ. *D.Demence a poruchy paměti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Pro praktické lékaře, 2. ISBN 80-7169-797-4.
9. JANEČKOVÁ, H. a VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
10. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. a ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
11. JIRÁK. R. HOLMEROVÁ. I. BORZOVÁ. C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
12. LEVINE, R. *Defying dementia: understanding and preventing Alzheimer's and related disorders*. Westport, Conn.: Praeger Publishers, 2006. ISBN 9780275989705.

13. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
14. MARYŠKOVÁ, J. Specifika pastorační péče o člověka s demencí – Seelsorge jako Leibsorge. *Studia theologica* 4 (2018). S. 141-157.
15. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 80-7178-473-7.
17. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
18. NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006, Albatros Plus, 59. ISBN 80-00-01809-8.
19. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.
20. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
21. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
22. RŮŽIČKA, Radomír. *Cvičení k posílení smyslů*. Hradec Králové: Svítání, 2002. ISBN 80-86601-01-3.
23. SHELDRAKE, P. *Spiritualita a historie: úvod do studia dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003. ISBN 80-7325-017-9.
24. STEHLÍKOVÁ BABYRÁDOVÁ, Hana. *Expresivní terapie se zaměřením na výtvarný a intermediální projev*. První vydání. Brno: Barrister & Principal ;, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-7485-111-7.
25. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
26. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

27. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
28. ŠPATENKOVÁ, N. a BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
29. VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Vydání první. Praha: Grada Publishing. 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5571-7.
30. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Psyché. ISBN 978-80-247-1819-4.
31. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
32. WALSH, Danny. *Skupinové hry a činnosti pro seniory: interakce a sebepoznávání, hry se slovy, kvízy, cvičení a relaxace, každodenní aktivity*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7178-970-4.
33. ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vydání, Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

1. Arteterapie. *Česká arteterapeutická asociace* [online]. Copyright © 2019 Česká arteterapeutická asociace [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>.
2. Co je ergoterapie – Česká asociace ergoterapeutů. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. Copyright © 2008 [cit. 05.02.2019]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie>.
3. Muzikoterapie. *Rytmus pro život - zábava a vzdělání* [online]. Copyright © 2010 [cit. 05.02.2019]. Dostupné z: <http://www.rytmusprozivot.cz/sebepoznavaci-programy/item/28-muzikoterapie>.
4. Reminiscence – Reminiscenční centrum. *Naši práci stavíme na hodnotách - Reminiscenční centrum* [online] Copyright © 2018 Reminiscenční centrum [cit. 16.3.2019]. Dostupné z: <https://reminiscencnicentrum.cz/reminiscence/>.
5. Sociální služby pro osoby s demencí - *Poradimesi.cz*. *Poradimesi.cz - užitečné rady a tipy pro péči* [online]. Copyright © 2015 *Poradimesi.cz* [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/pece/socialni-sluzby-pro-osoby-s-demenci/>.

6. Vznik a příčiny. *ÚVODNÍ STRÁNKA* [online]. Copyright © Copyright 2017 [cit. 24.02.2019]. Dostupné z: <https://parkinson-help.cz/parkinsonova-nemoc-pn/vznik-a-priciny/>.
7. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 24.02.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem využití aktivizačních technik při práci s osobami trpícími demencí. První část práce je věnována tématu demence, jejímu vymezení, typům demence a jednotlivým fázím při Alzheimerově chorobě. Další část práce popisuje základní potřeby člověka a také potřeby nemocného člověka. Poslední a hlavní část se zabývá aktivizačními technikami v sociální práci s lidmi s demencí a odpovídá na otázku, jak činnost aktivizačních technik naplňuje potřeby člověka. Aktivizační techniky jsou zde rozděleny do tří skupin, podle toho, na které schopnosti člověka nejvíce působí. Jsou to mentální, fyzické a senzorické schopnosti člověka. Do skupiny technik aktivizujících mentální schopnosti patří kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie a biografie. Techniky fyzické aktivizace zahrnují animoterapii, expresní terapii, ergoterapii a kinezioterapii. Skupina technik pro aktivizaci smyslových schopností zahrnuje například aromaterapii a bazální stimulaci. Cílem této práce je ukázat důležitost jednotlivých technik v práci jako nezbytný doplněk k farmakologické léčbě klientů s demencí a také zkoumat, zda aktivizační techniky mohou uspokojit všechny potřeby člověka.

Klíčová slova

Aktivizační technika, Alzheimerova nemoc, demence, potřeba, sociální služba.

Abstract

The bachelor thesis deals with the use of activation techniques in working with people with dementia. The first part is devoted to the topic of dementia, its definition, types of dementia and individual stages of Alzheimer's disease. Another part describes the basic needs of a person and the needs of a sick person. The last and main part deals with the activation techniques in the social work with people with dementia and answers the question how the action of activation techniques meet the needs of the human being. Activation techniques are divided into three groups, depending on for which human abilities are most effective. These are the mental, physical and sensory capacities of human. The group of techniques for activating mental capabilities include cognitive rehabilitation, reminiscence therapy, and biography. Physical activation techniques include animotherapy, expression therapy, ergotherapy and kinesiotherapy. The group of techniques for activating sensory capabilities include, for example, aromatherapy and basal stimulation. The aim of this work is to show the importance of individual techniques in work as an essential supplement to the pharmacological treatment of clients with dementia and also to examine whether activation techniques can satisfy all human needs.

Key words

Activation technic, Alzheimer's disease, Dementia, need, social service.