

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Nela Vrtková

Metody terapie seniorů s organickými duševními poruchami

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s tématem Metody terapie seniorů s organickými duševními poruchami vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a za pomoci rad a připomínek vedoucí práce Mgr. Simony Dobešové Cakirpaloglu, Ph.D. Všechny zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci, dne

.....

Nela Vrtková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala všem osobám, které mne podporovaly a pomáhaly mi při tvorbě bakalářské práce. Zejména tedy Mgr. Simoně Dobešové Cakirpaloglu, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady. Dále děkuji všem zařízením ve zlínském kraji, jenž se účastnila dotazníkového šetření, které je součástí praktické bakalářské práce.

Obsah

I. Úvod.....	6
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Stáří.....	8
1.1 Fyzické změny.....	9
1.2 Psychické změny.....	10
1.3 Sociální změny.....	11
1.4 Psychosociální změny.....	12
2. Organické duševní poruchy.....	14
2.1. Alzheimerova choroba.....	15
2.1.1 Příznaky.....	15
2.1.2 Stádia a formy.....	16
2.1.3 Fungování mozku.....	17
2.1.4 Léčba.....	18
2.2 Demence.....	18
2.2.1 Příznaky.....	19
2.2.2 Stádia a formy.....	19
2.2.3 Jiné příčiny demence.....	22
2.2.3.1 Vaskulární (multiinfarktová) demence.....	22
2.2.3.2 Parkinsonova nemoc.....	22
2.2.3.3 Normotenzní hydrocefalus.....	22
2.2.3.4 Creutzfeld – Jacobova nemoc.....	23
2.2.3.5 Pickova nemoc.....	23
2.2.3.6 Demence s Lewyho tělísky.....	23
2.2.3.7 Huntingtonova nemoc.....	23
2.3 Deprese.....	23
2.4 Delirium.....	24
2.5 Mírná kognitivní porucha.....	25
2.6 Benigní stařecká zapomnětlivost.....	25
3. Individuální plán klienta.....	26
3.1 Ergoterapie.....	27
3.2 Muzikoterapie.....	28
3.3 Dramaterapie.....	28
3.4 Arteterapie.....	29
3.5 Terapie pomocí zvířat.....	29
3.6 Kinezioterapie.....	30
3.7 Reminiscenční terapie.....	31

3.8	Validační terapie	32
3.9	Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě	33
3.10	Terapie zaměřená na zvýšení kognitivních schopností	33
III.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
4.	Vlastní šetření	35
1.	Otázka	37
2.	Otázka	38
3.	Otázka	39
4.	Otázka	39
5.	Otázka	40
6.	Otázka	42
7.	Otázka	43
8.	Otázka	44
9.	Otázka	45
10.	Otázka	47
11.	Otázka	48
4.1	Výsledky šetření.....	49
4.2	Odpovědi na výzkumné otázky	49
5.	Diskuze.....	53
IV.	Závěr	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	SEZNAM OBRÁZKŮ	62
	SEZNAM TABULEK.....	62
	VYMEZENÍ POJMŮ.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

I. Úvod

Stárnutí je proces, s kterým se potýkají všechny živé organismy na planetě, včetně nás samotných. Všichni lidé se nezadržitelně stárnou. Většinu z nás čeká důchodový věk a s ním spojený zasloužený odpočinek. Tento odpočinek může, ale nemusí být bezproblémový a mohou se objevit komplikace, jako třeba výskyt některé z organických duševních poruch. Mezi nejčastější nemoci vyskytující se ve stáří patří Alzheimerova choroba, která postihuje v určité míře většinu současné populace. Ovlivňuje nejen osoby nemocné, ale i ty, kteří o ně pečují. Na základě prognóz se předpokládá, že počet lidí postižených Alzheimerovou chorobou se každých dvacet let zdvojnásobí, což je znepokojivé. Bohužel, současná medicína umí zmírnit jen některé z příznaků nemoci, ale není schopná ji vyléčit.

Alzheimerova choroba a jiné nemoci, které mohou způsobovat demenci, jsou velkou otázkou dnešní doby. Moderní společnost je založena na pomoci všem občanům. Ovlivňuje životy nemocných lidí, stejně tak jako tito lidé ovlivňují celou společnost. Osvěta je důležitou součástí v rámci této problematiky, neboť napomáhá prevenci vzniku onemocnění a je schopna zvýšit kvalitu života jak nemocných, tak celé společnosti. Je nutné lidem přiblížit, jakými příznaky se tyto nemoci projevují a do jaké míry jsou sami schopni nemocným osobám pomáhat.

Jiným častým onemocněním, vyskytujícím se ve vysokém věku, jsou demence. Jedná se o syndrom způsobený chorobou mozku, při níž dochází k narušení velkého množství vyšších nervových funkcí. Demence může být způsobena jinými onemocněními, přičemž je v dnešní době známo asi 60 onemocnění, které ji mohou způsobit.

Velké množství lidí s demencí, či jinými organickými duševními poruchami, jsou stále doma se svými partnery či rodinnými příslušníky, kteří se jim snaží nabídnout pomoc do poslední chvíle, namísto využití služeb specializovaných zařízení, které mohou poskytnout odbornou pomoc, či alespoň poradit. V dnešní době, která je charakteristická, mimo jiné, zvyšující se délkou života je důležitá osvěta a přiblížení problematiky a především osvojení alespoň základních prvků jednotlivých terapií i mezi laickou veřejností. Často mají lidé možnost starat se o své blízké v rodinném prostředí a bylo by vhodné, aby jim mohli poskytnout dostatečný stimul pro zpomalení zhoršení kognitivních schopností. Organické duševní poruchy jsou sice neléčitelné, ale jejich průběh je možné zpomalit vhodně zvolenou činností, případně terapeutickou metodou.

Tato práce si tedy klade za cíl vytvořit ucelený pohled na problematiku terapií seniorů trpících některou z organických duševních poruch a vytvořit přehled používaných terapeutických metod, ve snaze zjistit, které z těchto metod jsou využívány nejčastěji a které naopak méně. Práce se také snaží přiblížit současnou situaci v zařízeních pracujících se seniory. Dá se předpokládat, že vhodnou kombinací práce odborníků a rodinných příslušníků, by došlo ke zvýšení kvality života celé společnosti.

Práce je členěna do pěti hlavních kapitol. První kapitola slouží jako seznámení čtenáře s hlavními pojmy, kterými jsou stáří, stárnutí a všeobecnými změnami, s nimiž se potýká lidské tělo, psychika a sociální úroveň v seniorském věku. Druhá kapitola se zabývá organickými duševními chorobami jako takovými a jinými specifickými stavy seniorského věku. Rozebrány jsou zde ty, které autorka považuje za nejdůležitější nebo nejcharakterističtější. Tento úsek bakalářské práce pojednává především o Alzheimerově nemoci a demenci. Třetí kapitola se snaží nastínit přehled používaných terapií při práci se seniory, jenž trpí těmito chorobami. Poslední kapitola se zabývá využitými vědeckými metodami sběru dat a vlastním šetřením, mající charakter polouzavřeného dotazníku, jehož cílem bylo identifikovat nejčastěji používané metody při práci se seniory s organickou duševní poruchou.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Stáří

Stáří a stárnutí jsou u každé bytosti jedinečné. Hlavní rozdíly mezi jednotlivými lidmi pramení jednak z aktuálního psychického a zdravotního stavu, tak z vlastního sebepojetí. Značný vliv má kvalita rodinných vztahů, postoje a hodnoty jedinců. [1]

„Stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. [2, s 67]“

Stárnutí je specifický a přirozený biologický proces postihující každou živou bytost. Mezi jeho projevy patří snižování adaptačních schopností, včetně oslabování a omezování jednotlivých funkcí organismu. Ačkoliv stárnutí začíná již samotným početím, tak za jeho skutečné projevy v pravém slova smyslu jsou považovány až poklesy funkcí, jež přicházejí po dosažení funkčního a anatomického vrcholu [3].

„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp.[2, s. 47]“

Stáří jedince je možné vystihnout pomocí kalendářního (chronologického) věku, nebo pomocí funkčního (biologického) věku, který se orientuje biologickým stárnutím organismu a nemusí odpovídat věku kalendářnímu[1,4].

Jiným přístupem k popisu věku jedince může být sociální věk, popisující změny ekonomické situace osob, transformaci sociálních rolí a životního stylu. Případně psychologický věk, kdy je bráno v úvahu subjektivní vnímání vlastního věku jedince [4].

Nejčastěji používaným věkem, je z praktických důvodů věk chronologický, přestože nemůže dostatečně vystihnout rozdíly zdravotního a psychického stavu jedince, nebo soběstačnosti. Někteří autoři (Říčan, Haškovcová) proto upřednostňují biologický věk, který lépe reflektuje proces a tempo stárnutí, včetně jeho projevů [1].

Kategorizovat seniora je díky odlišnému náhledu na tyto biologické, sociální a psychologické aspekty, komplikované. Obecně lze tvrdit, že senior je osoba, jež prošla sérií

specifických psychických a fyzických změn, nachází se v završující fázi života a zaujímá ve společnosti specifické postavení. Nemožnost jednoznačně určit přesný počátek stáří vede k existenci více přístupů k problematice stáří. Tak jak je obtížné určení samotného začátku stáří pomocí kalendářního věku, tak ani jeho dělení jako celku není jednotně kategorizováno [1,4].

Příklady jednotlivých kategorií stáří:

- World Health Organisation rozlišuje časné stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90+ let) [5].
- Marie Vágnerová rozlišuje pouze dvě kategorie, začínající raným stářím (60-75 let) a pokračující pravým stářím (75 let) [6].
- Mühlpachr, P., posunul začátek stáří o 5 let dále, kdy ve věku 65-74 vyčlenil mladé seniory, ve věku 75-84 seniory staré a nad 85 let velmi staré seniory [7].

Specifické změny nastupující ve stáří jsou nejčastěji rozlišovány jako změny fyzické, psychické, sociální, či psychosociální.

1.1 Fyzické změny

Stárnutí provází individuálně variabilní zhoršení somatického stavu. Liší se z hlediska rozsahu a závažnosti projevů začínajících v různém věku. Vlastní projevy jsou dány genetickými predispozicemi spolu s genetickými hodinami, které v určité době aktivují geny ovlivňující stárnutí. Toto vnitřní nastavení těla navíc ovlivňují vnější faktory. Začínají se více projevovat následky životního stylu, včetně stravování a vlivy dřívějšího zatěžování organismu, či orgánových systémů. Negativní vlivy se kumulují a z toho důvodu je zvýšený počet nemocných osob staršího věku. Tito lidé také často trpí polymorbiditou, tedy kombinací různých onemocnění, často chronického charakteru. Senioři mají typický vzhled, jenž lze popsat vrásčitou, tenčí kůží a šedivými vlasy. Mohou výrazně zhubnout či naopak přibrat. Změny se týkají celého těla, včetně jeho orgánů, tkání a buněk, dokonce i jednotlivých molekul. Buněčné rezervy se pomalu vyčerpávají, což se projevuje oslabením a poklesem adaptačních mechanismů [6,8].

Eva Malíková ve svém díle „Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních“ [8] uvádí další typické příklady projevů ve stáří. Veškeré orgány i tkáně jsou stíženy celkovou atrofií.

Snižuje se elasticita plic a cévního systému. Při zátěži srdce je negativně ovlivněna jeho výkonnost. Vlivem nerovnoměrného narušení činností jednotlivých endokrinních žláz se vytváří hormonální nerovnováha a mnoho starých lidí je tak stíženo nemocí Diabetes Mellitus. Díky narušení funkce řasinkového epitelu v plicích a celkovému snížení vitální kapacity plic častěji vznikají nemoci dýchací soustavy. Kosterní soustava je obecně křehčí a méně výkonná vlivem úbytku kostní hmoty a menšímu množství vápníku, čímž se zvyšuje riziko vzniku úrazů. Snižuje se výška postavy vlivem změn na meziobratlových ploténkách a také díky shrbené pozici důsledkem svalové ochablosti. Zmenšuje se procento svaloviny na úkor zvyšování procenta tuku a snižuje se objem tekutiny v buňkách, při zachování celkového množství vody v těle. Začíná se objevovat zhoršená přizpůsobivost na změny tělesné teploty. Mohou se vyskytovat poruchy spánku. Vlivem snížení funkcí smyslových orgánů se objevují potíže se sluchem, zrakem, chutí čichem i hmatem [8].

1.2 Psychické změny

V důsledku biologických změn a psychosociálních vlivů se ve stáří mění také psychické funkce. Mezi znaky fyziologického stárnutí, tedy projevy přirozeného stárnutí, se mohou řadit obtíže jednotlivých kognitivních funkcí (paměť, pozornost a uvažování) a celkové zpomalení. Vznik psychických změn ve stáří je ovšem více spojen s vlivem následků chorobných procesů, než s projevy fyziologického stárnutí. Jako nejznámější příklad je uváděna demence u Alzheimerovy choroby [8].

Mezi tělesné změny ovlivňující psychickou oblast patří strukturální a funkční změny mozku, včetně změn průtoku krve mozkovými cévami. Charakteristický je úbytek mozkové tkáně vznikající nejčastěji zmenšováním velikosti neuronů. Narušení konkrétních funkcí mozku je pak propojeno s úbytkem hmoty v odpovídajících centrech mozku. Ve stáří jsou také postižena synaptická spojení, jejichž narušení ovlivňuje pokles kognitivních funkcí více než samotné atrofie určitých oblastí mozku. Důvodem může být jak zmenšení samotného počtu synaptických spojení, tak také nedostatečná produkce či využití neurotransmiterů. Potíže spojené s postižením synaptických spojení se projevují snížením kvality přenosu impulzů, což má za následek narušení integrity psychických funkcí a jejich celkové zpomalení. Díky všem těmto změnám ve stáří, je mozek nucen fungovat komplexněji, než je tomu u mladších lidí. Pro řešení daných problémů tak z kompenzačních důvodů využívá

spíš obě hemisféry současně, místo aby jen aktivizoval úzce specializovaná mozková centra [3,6].

Mezi další typické změny psychiky a intelektu ve stáří patří snížení citových prožitků až emoční oploštělost, tedy ztráta schopnosti citového prožívání. Nicméně se může vyskytovat i zvýšená emoční nestabilita, výkyvy nálad, proměnlivost postojů a změny povahy. Tyto povahové transformace mohou přecházet z pozitivních vlastností přes neutrální až do negativních vlastností a také zcela opačným směrem. Zdůrazňují se osobnostní rysy a povahové vlastnosti, především ty negativní. U starých lidí se objevuje částečné, někdy celkové, snížení zájmů, apatie až rezignace a neochota do jakékoliv aktivity. Proměnlivost v životních hodnotách se může projevit i nenadálým zájmem o rodinu, nebo duchovní oblasti. Ve stáří také dochází k nárůstu reminiscencí, tedy mimovolné vybavování vzpomínek z minulosti. Lidé získávají nadhled nad svým životem a mají tendence k jeho bilancování [6,8].

Pacovský ve svých „Úvahách o stárnutí a stáří“ [9] uvádí i zvýšené sklony k úzkostem, depresím nebo podezíravosti, nesnadné rozhodování a nechuť k řešení problémů. Nicméně dodává, že i přes mnoho negativních psychických jevů vyskytujících se ve stáří mohou tito lidé těžit ze svých životních zkušeností. Jsou trpělivější, mívají větší pochopení a stojí si za svými názory [9].

1.3 Sociální změny

Je důležité, aby se staří lidé vyrovnali se svým dosavadním životem a přijali jej takový jaký je, se všemi omyly, které udělali v minulosti, a smířili se s nedosaženými cíli i nenaplněnými přáními. Neměli by se odsuzovat, ale odpustit si své chyby, aby mohli důstojně a spokojeně dožít. Pokud se lidé nejsou schopni smířit se svým dosavadním životem, který se začíná uchylovat ke svému konci, nastává u nich postupně stav zoufalství [8].

Sociální aspekty se obecně dělí na pozitivní a negativní. Mezi nepříznivé se řadí jak odchod do důchodu, spojený se změnou sociální role a mnohdy zhoršením ekonomické situace, tak omezením sociálních aktivit a osamělostí. Staří lidé jsou považováni za rizikovou skupinu, více ohroženou úmrtím partnera, ztrátou přátel a omezením rodinných kontaktů. Střetávají se s ageismem, tedy věkovou diskriminací, projevující se negativními předsudky

a představami mladších lidí, kdy jsou senioři vnímáni jako senilní, staromódní a celkově odlišní od ostatních lidí. Na stáří je tak někdy pohlíženo jako na nemoc, která vylučuje člověka z aktivního života a přetváří ho na člověka nepotřebného a závislého na ostatních [8].

Zvyšující se sociální izolaci je možné částečně kompenzovat dobrými rodinnými kontakty. Mezi kladné sociální aspekty se tak řadí funkční rodina, která se o seniora může postarat, má s ním pevné citové pouto a dobré vztahy. Vyhnout se mnoha sociálním problémům lze rozličným plánováním, dobrou ekonomickou přípravou spolu s efektivním využitím volného času seniora [7].

1.4 Psychosociální změny

Někteří autoři spojují sociální a psychologické aspekty stáří dohromady vzhledem k jejich provázanosti. Vágnerová [6] uvádí, že v dnešní společnosti je přijímána určitá forma stagnace seniorů jako součást jejich sociální role, což spolu s úbytkem některých nároků a povinností vede k rostoucí pohodlnosti a tím pádem i závislosti těchto osob [6].

Tento trend také vede ke změnám, které jsou podmíněny sociálně a nejsou jen běžným projevem biologického stárnutí. Některé z těchto faktorů psychosociálních charakteru pak mají za následek zhoršení kognitivních funkcí starých lidí. Určité okolnosti v pozdějším věku již nevynucují používání některých sociálních nebo kognitivních funkcí, což má dopad na životní styl a každodenní návyky člověka. To vše vede k jejich postupnému zhoršení a pádu do stereotypu. Tyto změny mohou být také navozeny očekáváním i celkovým přístupem ke starším lidem, kteří jsou náchylnější k manipulaci a vnucení cizích názorů. Psychosociální faktory tak mohou ovlivňovat život seniorů v pozitivních i negativních aspektech [6].

Mezi změny kognitivních funkcí ovlivňující psychosociální dovednosti patří omezení schopnosti využití svého potenciálu, tedy snížení kognitivní plasticity, rychlejší unavitelnost a menší tolerance stresu. Komunikace může být komplikována ztížením či narušením percepce, tedy sluchových a zrakových funkcí. Výrazně jsou postiženy funkce související se zaznamenáváním i využíváním informací, spolu s jejich ukládáním a vybavováním. Můžeme sledovat celkové zpomalení poznávacích procesů i delší reakční časy. Senioři pomaleji

zpracovávají informace a nesnadně se rozhodují, což se projevuje zdlouhavějšími volbami vhodných odpovědí [6].

2. Organické duševní poruchy

Problematiku definic organických duševních poruch a orientaci v jejich klasifikaci řeší například Americká příručka „Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch“ ve své 4. revizi (dále jen DSM IV). V České Republice je nejpoužívanější „Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“, 10. revize (dále jen MKN 10). Dle MKN 10 spadají tyto nemoci pod skupinu „organické duševní poruchy včetně symptomatických“ (označené jako F00 až F09).

Tento oddíl obsahuje skupinu duševních poruch, seskupených na základě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci. Tato dysfunkce může být primární, jako je tomu u nemocí, poranění nebo poškození, které postihují mozek přímo a selektivně; nebo sekundární, kdy je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů u systémových chorob nebo onemocnění [10].

Jednotlivá onemocnění jsou dle MKN 10 [10] dělena následovně:

- F00 Demence u Alzheimerovy nemoci
 - .0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem - začíná před 65. rokem, její průběh se relativně rychle zhoršuje
 - .1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem - začíná po 65. roce, obvykle v 70 letech a později. Má pozvolný průběh. Hlavním příznakem je porucha paměti
 - .2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
 - .9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS
- F01 Vaskulární demence
- F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde
- F03 Neurčená demence
- F04 Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem neb jinými psychoaktivními látkami
- F05 Delirium, které není vyvoláno alkoholem, nebo jinými psychoaktivními látkami
- F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí
- F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku

- F09 Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha

Na základě výsledků velkého množství průzkumů a statistik je nejčastější příčinou demence Alzheimerova choroba (odpovídá 50 až 60 % případů). Díky této skutečnosti je následující část věnována převážně Alzheimerově chorobě.

2.1. Alzheimerova choroba

Jedná se o nevyléčitelnou chorobu, která postihuje všechny skupiny obyvatelstva, bez závislosti na sociální vrstvě, pohlaví, etnicitě či území, kde jedinec žije. Na základě díla Jaroslava Hořejšího [11] je definována jako „*fatální onemocnění, které vede k degradaci všech psychických funkcí a končí hlubokou demencí*“ [11].

Definice dle Holmerové, Jarolímové, Suché a kolektivu [12] uvádí, že Alzheimerova choroba je charakterizována především poruchou paměti, která v jejím klinickém obrazu dominuje. Následně se rozvíjejí poruchy ostatních kognitivních funkcí a další symptomy, které jsou spojeny s demencí. Alzheimerova nemoc je řazena mezi primární degenerativní onemocnění mozku. Její vznik je pravděpodobně podmíněn multifaktoriálně [12].

Symptomy choroby byly poprvé popsány teprve na počátku minulého století. Konkrétně v letech 1888-1903, kdy německý psychiatr Alois Alzheimer pracoval na psychiatrickém oddělení Univerzitní nemocnice ve Frankfurtu, kde byla umístěna pacientka, jež si ze svého jména pamatovala pouze první písmeno. Tato pacientka sehrála zásadní roli pro identifikaci Alzheimerovy choroby.

U Alzheimerovy choroby dochází k postupnému úbytku (deteorizaci) paměti a myšlení, která má za následek narušení soběstačnosti v běžném životě. Paměť je narušena ve všech svých složkách, což má za následek i vznik poruch chování a myšlení.

2.1.1 Příznaky

Samotné příznaky Alzheimerovi choroby jsou latentní a je možné je zaměnit s projevy, které jsou běžné v rámci normálního procesu stárnutí. Česká Alzheimerovská společnost (dále jen ČALS) uvádí seznam deseti příznaků Alzheimerovy choroby.

Příznaky dle ČALS [13] jsou:

- Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly
- Problémy s vykonáním běžných činností
- Problémy s řečí
- Časová a místní dezorientace
- Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek
- Problémy s abstraktním myšlením
- Zakládání věcí na nesprávné místo
- Změny v náladě nebo chování
- Změny osobnosti
- Ztráta iniciativy

2.1.2 Stádia a formy

Do dnešní doby jsou ovšem příčiny vzniku této choroby neznámé. Jediným spolehlivým ukazatelem je skutečnost, že jsou jí nejčastěji postiženi staří lidé. Na základě tohoto faktu je možné sledovat úzkou spojitost četnosti výskytu se zvyšujícím se věkem.

Dle Hořejšího [11] se Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou formách:

- Familiární forma – velmi vzácná vrozená forma (postihuje osoby mladší 65 let)
- Sporadická forma – naprostá většina případů (postihuje osoby vyššího věku)

Höschl a Hořejší také definují 3 stádia Alzheimerovi choroby. Pro každé z těchto stádií existují charakteristické znaky, přičemž některé z nich se mohou objevit v jakémkoli stádiu. Na druhé straně některé z těchto znaků se nemusí objevit vůbec. Přejchod mezi jednotlivými stádii může probíhat i několik let [11].

První stádium – Pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky

Projevy: Zhoršení paměti, přechodná časová dezorientace, prostorová dezorientace, ztráta iniciativy a průbojnosti, obtížné hledání slov.

První stádium trvá obvykle mezi dvěma až čtyřmi roky, pro které je typické, že se nemocný často opakuje, ztrácí a zapomíná věci, obtížně hledá slova (i pro pojmenování známých předmětů), projevují se u něj změny v osobnosti (např. sklon k pasivitě).

Mnoho nemocných je nástupem těchto příznaků vyděšeno a deprimováno, což může přinést další komplikace [11].

Druhé stádium – Výraznější příznaky a problémy

Projevy: Významné výpadky paměti, snížená schopnost postarat se sám o sebe, ztrácení se i na známých místech, zhoršování řečových schopností, halucinace.

Toto stádium trvá mezi dvěma až deseti lety. Charakteristické pro něj je zhoršování mentálních funkcí. Již se začínají objevovat poruchy chování. U nemocných se projevuje stále vyšší míra zmatenosti, dochází ke zpomalení jejich pohybů a jsou hašteřivější [11].

Třetí stádium – Úplná závislost (významný rozklad osobnosti)

Projevy: Obtíže spojené s příjmem příjmu potravy, neschopnost poznat přátele a členy rodiny, problémy s chůzí, neudržení moči nebo stolice, významné poruchy chování.

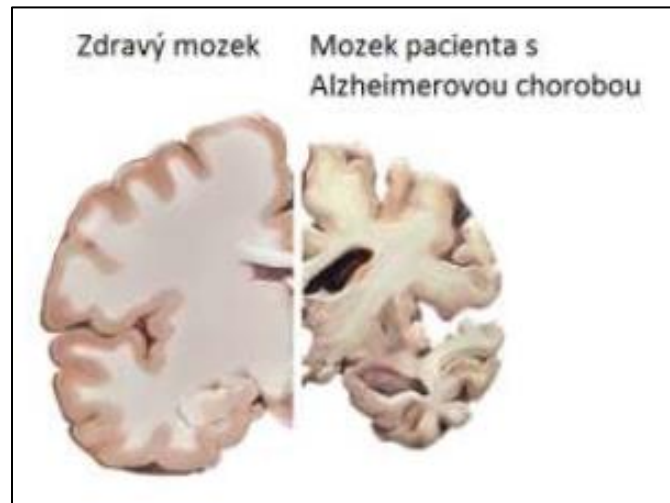
Jedná se o nejzávažnější stádium Alzheimerovy choroby, kdy již není možné zaznamenat žádné nezávislé funkce na jakékoli úrovni. Nemocný již není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč. Také není schopen poznat členy rodiny, dokonce ani sám sebe v zrcadle. Díky všem těmto obtížím už nemocný není schopný se o sebe postarat a je zcela závislý na svém pečovateli [11].

2.1.3 Fungování mozku

Dlouho před prvními příznaky choroby dochází k prvním mikroskopickým změnám v mozku. Nervové buňky v mozku tvoří hustou síť, obsahující další pomocné buňky, které se starají o dodávku živin i odvod odpadních látek metabolismu nervových buněk. Nervové buňky jsou seskupeny ve funkčních celcích, které zastávají širokou škálu funkcí. Díky tomu v mozku vznikají specializovaná centra pro zrak, sluch, paměť a jiné funkce [14].

V důsledku Alzheimerovy choroby dochází k poruchám v těchto centrech, které mají za následek omezení jejich funkčnosti. S postupným rozšiřováním tohoto poškození dochází také ke zhoršování celkového stavu pacienta. Mozek osob zasažených Alzheimerovou chorobou je odlišný od mozku zdravých lidí. Tato odlišnost je nejmarkantnější výskytem plaků a klubek. Za plak je považováno nahromadění bílkovin (beta-amyloidů), které se

ukládají mezi jednotlivé nervové buňky. Na druhá straně klubka jsou zamotané shluky bílkovin (tau), které se hromadí uvnitř buněk [14].



Obrázek 1 Zdravý mozek x mozek zasažený AN [5]

2.1.4 Léčba

Přestože je známo, že Alzheimerovu nemoc zatím nelze léčit, je možné brzdit její postup. K těmto účelům se využívají tzv. kognitiva, inhibitory cholinesteráz. Jejich účinek je individuální. V některých případech nastane výrazné zlepšení, jindy nejde poznat rozdíl před začátkem léčby a v jejím průběhu. Je potvrzeno, že v boji proti Alzheimerově nemoci výrazně pomáhá aktivizace dané osoby. Proto je vhodné, aby se její nejbližší okolí nespolehalo pouze na farmakologický způsob léčby, ale především na jejich vlastní možnosti, jak pomoci zvýšit kvalitu života seniora [15].

2.2 Demence

Termín poprvé použil Aurelius Cornelius Celsus ve svém díle „De medicina“. Slovo pochází z latinského demens, jehož význam je „šilžený“. Slovo samotné je složeno z předpony de (od) a přípony mens (mysl). Termín samotný byl do moderní psychiatrické klasifikace zařazen roku 1814 a zavedl jej Dominique Esquirol [16].

Na základě MKN 10 je demence definována jako syndrom způsobený chorobou mozku, nejčastěji chronické nebo progresivní povahy, při níž dochází k poruše velkého množství

vyšších nervových funkcí (paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek) [10].

Dle Hořejšího [11] je demence organicky podmíněný a trvale postupující pokles různých složek intelektu, jež má za následek významnou limitaci kognitivních, funkčních a behaviorálních schopností, což zákonitě ovlivňuje každodenní sociální a ekonomické aktivity nemocného [11].

Demence může být způsobena přibližně šedesáti různými onemocněními a stavy. Tato skutečnost vedla k nutnosti její klasifikace. V současné době existuje několik možností jak rozlišovat tuto nemoc. Mezi nejužívanější patří klasifikace dle MKN 10 a DSM IV.

Obecně dle MKN 10 rozdělujeme demence na demenci u Alzheimerovy choroby, vaskulární demenci, demenci u jiných nemocí a neurčenou demenci [6].

2.2.1 Příznaky

Demence se projevuje celou řadou příznaků, které jsou uvedeny například v DSM IV. Tyto symptomy je možné rozdělit na dvě hlavní skupiny. První je rozvoj mnohočetných poruch poznávacích funkcí. Druhá část je tvořena poškozením fungování jedince způsobené vlivem defektů poznávacích funkcí [10,11].

Samotné defekty těchto poznávacích funkcí se projevují:

- Poškozením paměti
- Afázií – poruchou jazyka
- Apraxií – neschopností výkonu hybných funkcí vyššího řádu při zachované motorice
- Agnozií – neschopností poznávat nebo určovat předměty při zachování smyslové funkce
- Poruchou exekutivních funkcí – poruchou plánování, organizování, sekvencování a abstrahování

2.2.2 Stádia a formy

Pro určení stádia demence existuje široká škála stupnic. Mezi dvě nejpoužívanější patří Hughesova a Raisbergova. Hughesova stupnice je 5-ti stupňová a byla sestavena v roce 1982. Je založena nejen na vyšetření paměti, orientace, úsudku a řešení problémů, ale také

na zvládnání společenských závislostí, osobních zájmů a koníčků dané osoby. Raisbergova stupnice je 7-mi stupňová a pochází také z roku 1982.

Tabulka 1 Hughesova stupnice [17]

Stupeň 0	Zdraví	Samotná paměť není porušena nebo je ovlivněna jen mírnými nekonstantními nedostatky. Pacient je plně orientován a dobře řeší každodenní problémy, je sociálně nezávislý a je schopen o sebe bez problémů pečovat.
Stupeň 0,5	Podezření na demenci	Začíná docházet k výskytu lehké zapomnětlivosti, pacient je plně orientován. Dochází také k výskytu prvních problémů spjatými s rozhodováním o rozdílech a podobnostech. Pacient o sebe pečuje v plné míře a jeho osobní život je chorobou jen lehce dotčen.
Stupeň 1	Lehká demence	Dochází k zapomínání čerstvých událostí spolu s poruchami orientace v čase, objevují se také obtíže s řešením složitějších problémů, sociální úsudek zůstává zachovalý. Péče o sebe sama je oslabena, vyžaduje povzbuzení.
Stupeň 2	Střední demence	Dochází k rychlému zapomínání nových informací, nemocný je dezorientován v čase i místě a není schopen samostatné činnosti mimo domov. Jsou zachovány omezené zájmy a potřebuje pomoc s hygienou a oblékáním.
Stupeň 3	Těžká demence	Z paměti zůstávají pouze fragmenty, nemocný není schopen řešit žádné problémy, usuzovat a ani pobývat mimo domov. Je nutná asistence u všech činností (hygiena, oblékání). Často se v těchto případech vyskytuje inkontinence.

Tabulka 2 Reisbergova stupnice [17]

1. Stupeň	Kognitivní funkce jsou nepostiženy
2. Stupeň	Počínající postižení kognitivních funkcí – nemocný zapomíná jména lidí, nebo si neuvědomuje, kde nechal odložené předměty.
3. Stupeň	Lehké postižení kognitivních funkcí – objevují se funkční poruchy (pokles výkonu, poruchy paměti, ztrácení předmětů, porucha soustředění).
4. Stupeň	Středně těžké postižení kognitivních funkcí – dochází k poruchám v oblastech povědomí o současném a minulém dění, poruchám soustředění, poznávání lidí, dezorientaci ve známém prostředí a poruchám v každodenní péči o sebe.
5. Stupeň	Pokročilé postižení kognitivních funkcí – dochází k časové dezorientaci. Bez jisté formy asistence není pacient schopen samostatného života.
6. Stupeň	Těžké postižení kognitivních funkcí – zapomínání jmen nejbližších osob, a důležitých okamžiků svého života. Je nutná asistence a objevují se úzkosti, bludy, neklid a útočné chování.
7. Stupeň	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí – vyhasínají všechny řečové funkce, pacient vydává pouze zvuky, není schopen chodit a je inkontinentní.

2.2.3 Jiné příčiny demence

Demence může být způsobena i jinými příčinami než je Alzheimerova nemoc. V následující kapitole budou jednotlivé příčiny rozebrány s uvedením krátké charakteristiky.

Mezi tyto příčiny patří [16]:

- Vaskulární demence
- Parkinsonova nemoc
- Normotenzní hydrocefalus
- Creutzfeld - Jacobova nemoc
- Pickova choroba
- Demence s Lewyho tělísky
- Huntingtonova nemoc
- Deprese

2.2.3.1 Vaskulární (multiinfarktová) demence

Příčinou jsou časté, případně větší infarkty v určitých oblastech mozku. Projevuje se dezorientací, zmateností a změnami chování. Na multiinfarktovou demenci neexistuje žádná léčba, ale samotné chorobě je možné předcházet zdravou životosprávou a řešením problémů s vysokým krevním tlakem [16].

2.2.3.2 Parkinsonova nemoc

Dochází ke ztrátě kontroly nad činností svalů, třesu a problémům s řečí. V pozdních stádiích nemoci může dojít až k zamrznutí hybnosti. Postupem času se společně s Parkinsonovou nemocí může objevit i Alzheimerova choroba. Současné medikamenty umožňuje stabilizovat stav pacienta, nejsou ale schopny ovlivnit neustále se zhoršující mentální schopnosti [16].

2.2.3.3 Normotenzní hydrocefalus

Poměrně vzácné onemocnění, kdy dochází k poruše cirkulace a absorpce mozkomíšního moku po prodělání meningitidy, meningoencefalitidy, vzácněji (nebo v méně případech) po

nádoru mozku. Choroba se u nemocných projevuje ztrátou paměti, pomalou chůzí nebo také inkontinencí. Tuto chorobu je možné často vyléčit chirurgickým zákrokem [16].

2.2.3.4 Creutzfeld – Jacobova nemoc

Onemocnění je způsobeno infekcí. Postihuje mozek a mezi jeho následky patří zhoršování paměti, změny v chování a zneschopnění koordinace pohybů. Choroba má rychlý postup a ve většině případů končí během jednoho roku smrtí. Creutzfeld – Jacobova nemoc není v současné době léčitelná [16].

2.2.3.5 Pickova nemoc

Nemoc je ve své podstatě velmi podobná Alzheimerově chorobě, a proto je její diagnóza velmi obtížná. Oproti Alzheimerově nemoci jsou výraznější změny chování (až do míry společensky nepřiměřeného), osobnosti člověka, dochází k zhoršování paměti a dezorientaci [16].

2.2.3.6 Demence s Lewyho tělísky

Z pohledu symptomů je možné tuto chorobu považovat za kombinaci Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Syndrom demence je doprovázen abnormálními pohyby, typickými pro Parkinsonovu chorobu. V současné době není známa žádná účinná léčba [16].

2.2.3.7 Huntingtonova nemoc

Je dědičnou chorobou, která se projevuje změnami osobnosti, apatií, poruchami emotivity a podrážděností. Porucha je doprovázena nepravidelnými pohyby končetin a motorickým neklidem. Huntingtonovu nemoc je poměrně snadné diagnostikovat. Přestože je možné pohybové a psychiatrické problémy léčit, není možné zastavit její postupné zhoršování [16].

2.3 Deprese

Kvalitu života a soběstačnost seniorů silně ovlivňuje jejich vnitřní motivace a stav emotivity. Mezi nejčastější nemoci, jež negativně ovlivňují náladu, emotivitu, motivaci, základní mobilitu apod., jsou deprese a určité typy postižení mozku. Deprese ve stáří jsou

do určité míry specifické a odlišují se od těch, jež se vyskytují v mladším věku. Jsou komplexnější, často probíhají skrytě a někdy si lidé jejich příznaků ani nevšimnou [18].

Přestože se, v případě výskytu depresí, nejedná o demenci v pravém slova smyslu, mohou její symptomy být s demencí zaměňovány (označuje se pak za pseudodemenci). Tato nemoc má polymorfní příznaky a proto se stává, že není diagnostikována a tudíž ani léčena. Těmito symptomy jsou problémy s koncentrací a myšlením, smutek, pocity beznaděje a sebevražedné sklony. V některých případech se mohou objevit i poruchy paměti (krátkodobé i dlouhodobé) [18].

Deprese je jedno z nejčastějších psychiatrických onemocnění ve stáří. Výhodou ovšem zůstává, že depresi je možné léčit. Lze tedy tvrdit, že deprese ovlivňují značnou složku všech geriatrických somatických onemocnění. Často se vyskytují společně s demencí a mohou zhoršovat jejich průběh. Mezi příznaky této nemoci patří nesoustředěnost, narušení kognitivních funkcí, subjektivně pociťovaná nepohoda, skleslost, úzkost, rozmrzelost a snížení schopnosti prožívat kladné emoce [18].

2.4 Delirium

Název delirium vznikl z latinského delirare, což znamená blouznit a v českém jazyce je jím označován stav zmatenosti. Jedná se o závažnou kvalitativní poruchu vědomí projevující se narušením kognitivních schopností, pozornosti a vnímání. Pod skupinu F05 pak spadají pouze ta deliria, jež jsou vyvolána jinak než návykovými látkami, nebo alkoholem. Většinou vznikají závažnějším postižením mozku.

Onemocnění se odlišuje několika markantními rozdíly od demencí. Mezi nejdůležitější znaky deliria patří náhlý začátek ve večerních hodinách, nebo v noci s délkou trvání několik hodin až týdnů. Projevuje se časovou a prostorovou dezorientací. Člověk je schopen orientovat se pouze vlastní osobou, tedy například ví, jak se jmenuje a kde se narodil. Pro klinický obraz deliria bývá také častý výskyt zkresleného vnímání reality, objevují se pravé iluze a komplexní halucinace, člověk tedy často vidí celé postavy a předměty. Především věří, že to, co vidí je pravda a není možné mu to vyvrátit. S deliriem se mnohdy pojí i stav úzkosti. Demence se tak zřetelně odlišují svým pozvolným začátkem, jasným vědomím a délkou trvání měsíce až roky. Navíc, u demencí se jen opravdu zřídka setkáme

s halucinacemi, tedy patologickými vjemy, vznikajícími bez vnějšího reálného podkladu a iluzemi, čili zkreslenými vjemy na reálném podkladě [19,20].

2.5 Mírná kognitivní porucha

Jedná se o nejednotný termín, který je v praxi nepřesně označován jako „poruchy paměti“. Existuje větší množství definic mírné kognitivní poruchy (dále jen, MCI), ale v podstatě se jedná o různé popisy klinického stavu na pomezí syndromu demence a důsledky normálního stárnutí. Lidé s MCI již vykazují objektivní změny, které ale nesplňují kritéria pro demenci, ani pro „normální kognitivní stárnutí“ [10].

Při stanovování MCI je kladen důraz na anamnézu, rozhovor s dotyčnou osobou a jejím subjektivním pocíťováním obtíží. V neposlední řadě se na stanovení diagnózy může podílet i blízké okolí klienta. Je totiž obvyklé, že spolu s dotyčnou osobou zaznamenávají tyto změny také. Objektivní stanovení MCI je možné za pomoci standardizovaných testů [21].

MCI se projevuje mírným zhoršením schopnosti zvládat složitější, komplexní každodenní situace. Přičemž jsou tyto denní aktivity stále zachovány, nebo jen mírně narušeny poklesem kognitivní výkonnosti. Přestože MCI časem přechází do demence, různé studie uvádí, že u značné části lidí se tak nestane, a to ani po dlouhé době [15].

2.6 Benigní stařecká zapomnětlivost

Tento stav popisuje lehké změny především paměti. Jedná se o zejména o její výbavnost a všítipivost. Člověk s benigní stařeckou zapomnětlivostí nemá problémy v sociálních oblastech, nemění se jeho chování a postiženy nejsou ani jeho denní aktivity [20].

3. Individuální plán klienta

Z dovedností starých lidí se nevytrácejí ty dovednosti, které se v mládí naučili, a byly aktivně používány. To je také důvod proč je nutné znát historii klientů, jejich záliby a schopnosti pro návazné využití při volbě terapií. Může se stát, že určité aktivity budou pro některé seniory neatraktivní, nudné či naopak složité. Je tedy vhodné program přizpůsobit jejich preferencím a úrovni schopností. Zacílením na konkrétní oblíbenou činnost je tak respektována unikátní osobnost každého z účastníků a je mu dán prostor pro osobní růst a sebevyjádření. Individuální plány působí preventivně proti pasivnímu přijímání služeb. Staví klienta do pozice spolutvůrce aktivit, čímž podporují jeho důstojnost. Cílevědomým zapojováním do nabízených služeb se podporuje udržení soběstačnosti klienta na přijatelné úrovni [8,22].

Terapie – definice:

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tyto přístupy mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapií (psychoterapie, dramaterapie, arteterapie apod.), nebo nepřímo v rámci jiných odborných a cílených, na člověka zaměřených činností (v institucionální výchově znevýhodněných osob apod.).“ [21,s 123]

Aktivizace - definice

„Vědomé, cílené a pozorné zaměření na určité osoby, na skupiny s různými potřebami v rozdílných směrech; má za úkol splnit potřeby, které mají velký význam pro pocit pohody a tím i kvalitu života ve stáří.“ [23, s 20]

Aktivizace zpomaluje proces stárnutí a zvyšuje kvalitu života seniorů. Zlepšuje fyzickou kondici, čímž pozitivně ovlivňuje zdraví a tak také působí jako prevence vzniku onemocnění. Navozením nových mezilidských vztahů pozitivně působí na sociální začlenění jedince. Aktivizace podporuje samostatnost, motivaci, seberealizaci a podporuje pocit dobře stráveného času společně s rostoucí životní spokojeností [8,24].

Mlýnková [26] dělí aktivizační činnosti na 3 skupiny dle oblastí, které podporují. První okruh se zaměřuje na mentální schopnosti, hlavně na trénink paměti a kognitivních funkcí. Řadí se sem terapie zaměřené na orientaci v prostoru a realitě, kognitivní rehabilitace a reminiscenční terapie. Druhý okruh činností se věnuje rozvíjení fyzických schopností. Patří sem různá cvičení např. jóga, opakování pohybů po terapeutovi, kondiční cvičení, procvičování jemné motoriky a nácvik činností u imobilních osob. Třetí okruh se zaměřuje na podporu sensorických schopností za využití např. arteterapie, ergoterapie, nebo muzikoterapie [25,26].

3.1 Ergoterapie

„Cílem ergoterapie je podpořit zdraví a celkový pocit pohody jedince prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Ergoterapeuti jsou přesvědčeni o tom, že zdraví může být ovlivněno činností člověka. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života.“ [27, s 13]

Prostředkem ergoterapie a zároveň i jejím cílem je činnost, neboť základní lidskou potřebou je být aktivní. Práce stimuluje rozvoj schopností a dovedností, pomáhá zachovat důstojnost a respekt, dává životu smysl, organizuje chování a je důležitým aspektem pro udržení zdraví, duševní pohody a optimální kvality života. Ergoterapie se zaměřuje také na aktivní zapojení do společnosti a zvládání běžných denních činností při snížené soběstačnosti. Hru a volnočasové aktivity lze využít jako kondiční prvek terapie s relaxačními účinky uvolňující napětí a snižující stres. Podporují komunikaci a rozhodování, stimulují hrubou a jemnou motoriku, rozvíjí kognitivní schopnosti, zvyšují sebedůvěru a sebehodnocení. V neposlední řadě mají pozitivní účinek na představitost, motivaci a kreativitu seniorů [27].

Jsou rozeznávány 3 kategorie [27]:

- Všední denní činnosti
- Pracovní nebo produktivní činnosti
- Hra, zájmové nebo volnočasové činnosti

Mezi všední denní činnosti se řadí například oblékání, osobní hygiena, chůze, stravování, nakupování, vaření a telefonování. Další kategorií jsou pracovní nebo produktivní činnosti, tedy péče o domácnost, vzdělávací aktivity a činnosti související se zaměstnáním.

Nejdůležitější složkou ergoterapie v denních stacionářích je hra, zájmová nebo volnočasová činnost, tedy veškeré aktivity konané mimo zaměstnání. Vhodné činnosti jsou vybírány na základě věku, pohlaví, fyzických dispozicí a dovednostech jedince. [27].

Příklady aktivit, podporujících pocit smysluplné činnosti, jsou malování, kreslení, práce s papírem, výroba keramiky, drátkování a košíkářství, stolní a karetní hry, hry na něco, pohybové hry a hraní na hudební nástroj [27].

3.2 Muzikoterapie

Muzikoterapii je možné rozumět jako léčení hudbou. V terapii seniorů se často využívá prostý poslech hudby a zpívání písní s doprovodným nástrojem, nebo bez něj [28].

Zelevová [30] považuje za důležité, aby se muzikoterapie nevyužívala jen pro obecnou oblíbenost hudby. Je vhodné, aby se muzikoterapie vybírala také jako odpověď na patologický stav klientů. Jejím účinným faktorem je zvuk, který převážně vychází z hudebního nástroje a ne přímo z terapeuta. Tímto způsobem je možné dosáhnout naprosto odlišných výsledků, než za použití slov. Muzikoterapie celkově zlepšuje duševní a tělesnou stabilitu, pozitivně ovlivňuje prožívání a zprostředkovává specifické zážitky, například významně podporuje vybavování vzpomínek. Pomáhá s prolomením komunikační bariéry a stimuluje autonomní potřebu navazovat vztahy. S tím se pojí i narůstající sebevědomí, což dále podporuje sebevyjádření a zlepšení schopnosti vyjádřit své pocity. Hudební zkušenost je nejčastěji chápána jako samotný poslech hudby a také její produkce. Využívá se jejího zvuku, rytmu a často se kombinuje s mimohudebními aktivitami, jako jsou pohyb a imaginace [29].

3.3 Dramaterapie

„Dramaterapie využívá dramatických postupů k vyjádření sebe samého, sebepoznání či pochopení mezilidských vztahů.“ [26,s 54]

Při práci se starými lidmi má tato metoda svá unikátní specifika. Pracuje se se skutečností, že senioři mohou být konfrontováni s beznadějností vyplývající z nenaplnění života. Je tedy vhodné zaměřit se i na neurotické konflikty, vyrovnání se s prožitky

z minulosti a posílení integrity ega. Dramaterapie slouží jako nástroj k expresi pocitů a přání, které se jinak těžko vyjadřují a k navázání vztahů s ostatními účastníky [26].

3.4 Arteterapie

„Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky.“ [26, s 51]

Za umění se považuje jak hotové dílo, tak i činnost vedoucí k jeho vzniku. Cílem terapie je i samotný proces tvorby. Arteterapii je vhodné zařadit do komplexní léčby klientů s depresemi a jinými duševními onemocněními, protože tato odpočinková tvůrčí činnost pomáhá rozvíjet psychické zdraví [30].

Při práci se seniory je výtvarná práce využívána jako cvičení krátkodobé paměti, nástroj pro posílení sebehodnocení a kreativity, stimulace fyzické kondice a v neposlední řadě je také vhodná pro rehabilitaci jemné motoriky. Obecně pomáhá při vyrovnávání se změnou sociální role při vstupu do důchodového věku [30].

Výtvarná práce přináší uvolnění, sebeprožívání, svobodu a možnost vyjádření emocí. Celkově rozvíjí osobnost a fantazii. Slouží i k prolomení komunikační bariéry, pochopení druhých lidí a jejich ocenění. Díky možnosti transformace nevyjádřitelných slov do hmatatelných, konkrétních skutků se arteterapie nabízí jako východisko v případech, když selhává verbální komunikace. Arteterapie nabízí způsob vyrovnání se se svou minulostí a se svými psychickými obtížemi [26,30].

Výtvarné techniky se používají samostatně, nebo v kombinaci, na ploše či v prostoru. Hlavní okruhy činností jsou malování, kreslení a tvorba grafiky. Při práci se seniory se často s úspěchem setkává tvorba koláží. Vhodnou formou arteterapie pro klienty s depresemi je také modelování z keramické hlíny [30].

3.5 Terapie pomocí zvířat

Mnoho lidí chová nebo někdy chovalo nějaké zvíře a mazlíčci obecně bývají objekty lidské fantazie, což může být jedním z důvodů, proč má pet-terapie velký úspěch. Tento léčebný přístup je vhodné zařadit do komplexní péče jako pravidelný návštěvní program a

kombinovat je s dalšími terapiemi. Některá zařízení zvířata chovají samy, případně se mohou využívat mazlíčci zaměstnanců.

Významný vliv má při léčbě seniorů stížených demencí. Ovlivňuje nervovou činnost a podílí se na redukci depresí a úzkostí. Výrazně podporuje prosociální chování, zlepšuje komunikační dovednosti. Na fyzické úrovni způsobuje lehké snížení krevního tlaku a zpomalení srdeční činnosti. Mezi nejčastěji používaná zvířata v pet-terapii zaměřenou na seniory jsou psi, kočky, z hlodavců především morčata, dále pak ptáci a rybičky. Výrazně pozitivní vliv má například haptilní stimulace neboli dotýkání se srsti zvířat. Osamělí lidé tak mohou beze studu a pocitu nevhodnosti kompenzovat svou potřebu hmatové stimulace. Samotný akt hlazení zvířete může být prostředkem pro vyjádření emocí, prožití slasti, lásky a vzniknutí pocitu vzájemného respektu [28,31].

Pro pet-terapii není vždy nutné, aby docházelo k tělesnému kontaktu. Nezanedbatelný vliv má i pouhé sledování zvířat. Například pohled na spící zvíře přináší celkové zklidnění a naopak, měnící se zrakové podněty při sledování přírodního světa ryb v akváriu podněcují pozornost a zároveň působí až meditačně [31].

Mnoho seniorů si velmi cení kontaktu se zvířaty, protože „nehodnotí a nevysmívají se“ poruchám řeči, tělesným handicapům, ani neodsuzují specifický vzhled starých lidí nebo jejich zmatenost. Mohou tak vnikat bezproblémová a jedinečná přátelství zkvalitňující život ve stáří. Významným léčebným prvkem je nonverbální komunikace pomocí očí, mimiky a pohybů. Možnost komunikace s mazlíčkem beze slov dokáže stimulovat navazování nových vztahů mezi lidmi navzájem. Zvíře působí jako katalyzátor, podněcuje ke komunikaci a společenskému kontaktu. Tato skutečnost je využívána u klientů zamlklých, či jinak vyhýbajících se společenským aktivitám [31].

3.6 Kinezioterapie

„Kinezioterapie je cíleným působením pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu využívajícího prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her. [28, s 29]“

Mnoho lidí je přesvědčeno, že ke stáří patří chronické nemoci, celkové oslabení těla a že není možné tyto negativní stavy zvrátit. Častým činitelem, spolupodílejícím se na tělesných

obtížích, bývá právě sedavý způsob života seniorů, absence pohybových návyků a nechuť ke cvičení. Terapií pohybem rozumíme aktivity jako plavání a vodní sporty, ranní rozcvičku, dechová cvičení, cvičení zvyšující obratnost, různé pohybové hry (např. badminton, házení balonem a frisbee), procházky, turistiku a cyklistiku. V dnešní době vzrůstá také obliba jógy [32].

Další variantou je taneční terapie, tedy využití tance jako terapeutického pohybu, který má pozitivní vliv na emotivitu, kognitivní schopnosti, koordinaci pohybu i rovnováhy a především na sociální integraci starých lidí. Stmeluje terapeutickou skupinu a zlepšuje její schopnost komunikace, včetně nonverbální komunikace [28].

Klevetová [34] tvrdí, že v určité míře lze klienty, kteří zatím odmítají aktivní participaci, motivovat k budoucímu zapojení se do cvičení. Považuje za vhodné je pobízet, aby si svůj pohyb alespoň představovali a tak posilovali vlastní touhu udělat pro sebe něco pozitivního. Upozorňuje také na možnost využití hudby, tleskání a pohupování v rytmu, což je aktivita vhodná i pro sedící osoby. Pro harmonizaci psychiky a těla doporučuje využívat autosugesci, řízenou sugesci představ a relaxační cvičení [33].

Všechny tyto aktivity příznivě ovlivňují činnost srdce, dýchací a nervové soustavy, včetně pozitivního působení na mechanismy regulující oběh krve. Dokáží také regulovat poruchy spánku, zmírňovat deprese, snižovat nadváhu a zároveň proti ní působit preventivně. Zvyšují odolnost těla a snižují riziko vzniku nemocí. Terapie pomocí pohybu zlepšují vnímání vlastního těla a posilují psychosomatickou jednotu, čili jednotu duševna a tělesna. Snižují výskyt nežádoucího chování, prohlubují pocit sounáležitosti a zlepšují komunikaci, neboť některé cviky se provádějí ve dvojicích, či skupinově. Protože je při pohybové terapii vyžadována aktivní účast, posiluje se také schopnost koncentrace. Pro zvýšení kvality života, jejího udržení nebo stabilizaci jsou tyto programy v zařízeních tvořeny dlouhodobě [28,32].

Jejich nejdůležitějším přínosem je, že zpomalují proces stárnutí a prodlužují období fyzické výkonnosti. Podporují tak spokojenost, zlepšují zdraví a zvyšují sebehodnocení.

3.7 Reminiscenční terapie

Reminiscenci neboli práci se vzpomínkami popisuje Holczerová a Dvořáčková [1] jako: *„Proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné události z minulosti.“* [1, s. 64]

Dle Malíkové [8] je reminiscence „*technika záměrného řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje.*“ [8, s. 238]

Tuto metodu terapie lze využít u osob, u nichž zůstaly zachovány určité kognitivní funkce a mohou si tak vybavit zážitky z minulosti uložené v dlouhodobé paměti. Velmi často se používá u nesoběstačných, imobilních a dlouhodobě ležících seniorů. Největší uplatnění má u lidí stížených demencí. Reminiscence pomáhá pracovníkům zařízení pochopit osobnost seniora, včetně možnosti porozumět jeho minulosti za vzájemného upevnění vztahu mezi terapeutem a seniorem [1,34].

Pro tuto metodu se mohou vytvářet tzv. „vzpomínkové krabice“ obsahující staré fotografie, různé předměty mající nostalgickou hodnotu, hudební nahrávky, staré časopisy a filmy. Pracovník nechá klienta vybrat jakýkoliv předmět a pak aktivně naslouchá vyprávění. Tato metoda může být využita jak v individuální, tak ve skupinové práci se seniory [1,34].

Reminiscence by nikdy neměla nahrazovat psychoterapii nebo vyvolávat negativní vzpomínky spojené s bolestnými emocemi. Jejím cílem je totiž znovuprožití pozitivních emocí spojených s událostmi mladého a středního věku, porozumění životu a hledání jeho smyslu. Skrz tyto příjemné prožitky tak dojde k příznivému působení vzpomínání na aktuální celkový psychický stav seniora. Dodáním prostoru pro sebevyjádření se posiluje sebeúcta klienta a omezuje se riziko sociálního vyloučení [1,34].

3.8 Validační terapie

Validační metoda neboli validační péče byla založena Naomi Feil, jako terapie osob s demencí, u nichž jiné přístupy selhávaly. Dřívější způsob terapií se zaměřoval na vtahování nemocných seniorů do reality a zklidňování nezvládnutého chování. Opomíjelo se, že staří lidé se vyrovnávají s dávnými traumaty specifickým způsobem. Skrze nepružné způsoby práce s těmito lidmi se tak ignorovaly jejich jedinečné projevy a vznikal nedostatek respektu na obou stranách [8,34].

Filozofie validace, jako přístupu k osobě s demencí staví na komunikačních technikách založených na empatii. Teorie Feil vychází z předpokladu, že veškeré chování seniorů stížených demencí je zapříčiněno nedořešenými, nezvládnutými konflikty z minulosti a nezpracovanými emočními prožitky. Pracovník by tak měl být schopen u klienta správně analyzovat minulé emocionální příčiny nynějšího chování a akceptovat je. Senioři mnohdy

potřebují pomoc další osoby při vyrovnávání se s událostmi ze svého života ve formě naslouchání, bezpodmínečné akceptace, projevení ocenění a respektu. Validáční terapie dává prostor pro rychlé střídání témat hovoru a hodí se tak i pro klienty, kteří dlouho neudrží pozornost [8,34].

Skrze validační péči se vytváří atmosféra bezpečí a empatický vztah mezi zúčastněnými, založený na důvěře. Pomáhá lidem uzavřít neuzavřené problémy z minulosti, čímž dává možnost vyrovnat se se svým životem. Zvyšuje kvalitu života, sebehodnocení, obnovuje sebeúctu, snižuje stres způsobený životními rozvraty a působí preventivně proti úpadku do vegetativního stadia. Cílem této metody je doprovázení starých lidí s demencí, aby na sklonku života nebyli osamělí a měli možnost vyrovnat se se svými traumaty i vyjádřit všechny své pocity a přání [8,34].

3.9 Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě

Patří k prvním přístupům, které byly v minulosti zavedeny do praxe. Dříve tato terapie spočívala v napravování mylných představ vzniklých na základě dezorientace vlivem demence. Díky poruše kognitivních funkcí totiž lidé s onemocněním demencí vnímají realitu jinak, než jaká je ve skutečnosti. Konstantním vyvracením mylných domněnek se nemocní lidé sice mohou lépe orientovat v reálném světě, ale často brzy zapomenou, co jim vlastně bylo vysvětleno. Jediné, co jim pak zůstává, jsou pocity smutku a diskomfortu. V některých případech je dokonce možné vyprovokovat až nežádoucí chování [35].

Dnešní přístup k seniorům je zaměřen na zvýšení komfortu a zlepšení psychického rozpoložení klientů, proto se terapeuti příliš nezaměřují na důsledné vyvracení mylných představ. Tato metoda se v moderní podobě nevyužívá jako celek, snaží se jen o zařazení různých prvků a pomůcek usnadňující orientaci v prostoru a čase. Využívají se například hodiny a kalendáře, upomínající na aktuální roční období, na dobře viditelných místech, barevná označení, zřetelné nápisy a tematické nástěnky [35].

3.10 Terapie zaměřená na zvýšení kognitivních schopností

Kognitivní trénink se úspěšně využívá pro aktivizaci lidí s mírnou až středně pokročilou demencí, kdy sice není možné dosáhnout zlepšení kognitivních funkcí, vzhledem k progradujícímu charakteru nemoci, ale slouží spíše k procvičování schopností a jako zdroj

zábavy. Obtížnost cvičení je podmíněna schopnostmi klientů. I přes tuto skutečnost, může být terapie stresující, především pro seniory s mírnou demencí. Je důležité účastníky vhodně motivovat, chválit a poskytovat jim pozitivní zpětnou vazbu. Pro klienty s rozvinutou demencí, se používají cvičení, které se více zaměřují na dlouhodobou paměť [36].

Pro rozvoj mentální kondice, koncentrace, verbálních dovedností a kreativity je možné využít předpřipravené úkoly. Mohou to být například tabulky s čísly, případně s písmeny, kde se vyhledávají chyby nebo určité kombinace znaků. Oblíbené jsou hry na dokončování vět, slovní fotbal, hledání alternativního způsobu použití předmětů, mající svůj specifický každodenní účel, hry s přesmyčkami, kvízy, doplňování částí slov a písmen [36].

III. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Vlastní šetření

V rámci vlastního výzkumu bylo nutné zvolit vhodnou výzkumnou metodu, jejímž cílem bylo určení nejfrekventovanějších a nejméně frekventovaných terapeutických metod, využívaných při práci se seniory trpícími organickými duševními poruchami. Vzhledem k charakteru předpokládaných dat, která jsou podobnější statistickým datům, se jako vhodná metoda jevil kvantitativní výzkum, s jehož pomocí lze dostatečně popsat frekvenci využívaných terapeutických metod při práci se seniory v rámci většího územního celku. Zkoumanou oblastí byl zlínský kraj. Konkrétní metodou sběru dat byl dotazník. Využití dotazníku skýtá možnost oslovení mnoha respondentů s výrazně nižšími časovými nároky a výsledky šetření pak lze navíc generalizovat. Provedení kvantitativního výzkumu je poměrně jednoduché, nenáročné a umožňuje statistického zpracování dat. Určitou jeho nevýhodou je obecnost a poměrně nízká hloubka řešeného problému.

V rámci šetření současné situace z pohledu používaných metod terapie ve zlínském kraji, byl navržen krátký polouzavřený dotazník, který obsahoval 11 otázek. Tyto otázky slouží jako základní náhled do problematiky péče o klienty s organickými duševními poruchami. Validita dotazníku byla konzultována s dřívějším pracovníkem sociálně-psychiatrického centra pracujícího se seniory.

Dotazník byl vytvořen pomocí webové služby vyplnito.cz, která funguje jako efektivní nosné médium dotazníku. Tato webová stránka umožňuje aplikovat analyzační prvky v rámci jednotlivých otázek i co se týče vzájemného provázání otázek (např. funkce segmentace respondentů a ověřování hypotéz, nebo zjišťování závislosti odpovědí). Tyto funkce práci sice ulehčují, neboť se starají o mechanické vyhodnocení, ale závěry a definování podmínek analýz si uživatel musí určit sám. Výstupy odpovědí (grafy) jsou využity ty, jež jsou vygenerovány aplikací, až na některé výjimky, které bylo nutno vzhledem k charakteru otázky editovat.

V průzkumu celého šetření bylo přímo osloveno 166 respondentů, kteří se podílejí na péči o seniory, především s klienty trpícími organickými duševními poruchami, z celkově 56 zařízení ve zlínském kraji. Z celkového počtu 166 lidí na dotazník skutečně odpovědělo 70 respondentů.

Výsledky dotazníku si je možné prohlédnout na URL adrese:

<https://nefarmakologicke-terapie-sen.vyplnto.cz>.

Hlavním cílem výzkumu bylo určení nejfrekventovanějších terapeutických metod používaných v zařízeních, které pracují se seniory s organickými duševními poruchami. Práce si klade jednu hlavní výzkumnou otázku a několik výzkumných podotázek, s přihlédnutím k nim bylo i sestaveno dotazníkové šetření. Hlavní výzkumná otázka zní: **„Jsou v rámci práce se seniory s organickými duševními poruchami ve zlínském kraji napříč různými zařízeními využívány podobné, případně shodné metody terapie?“**

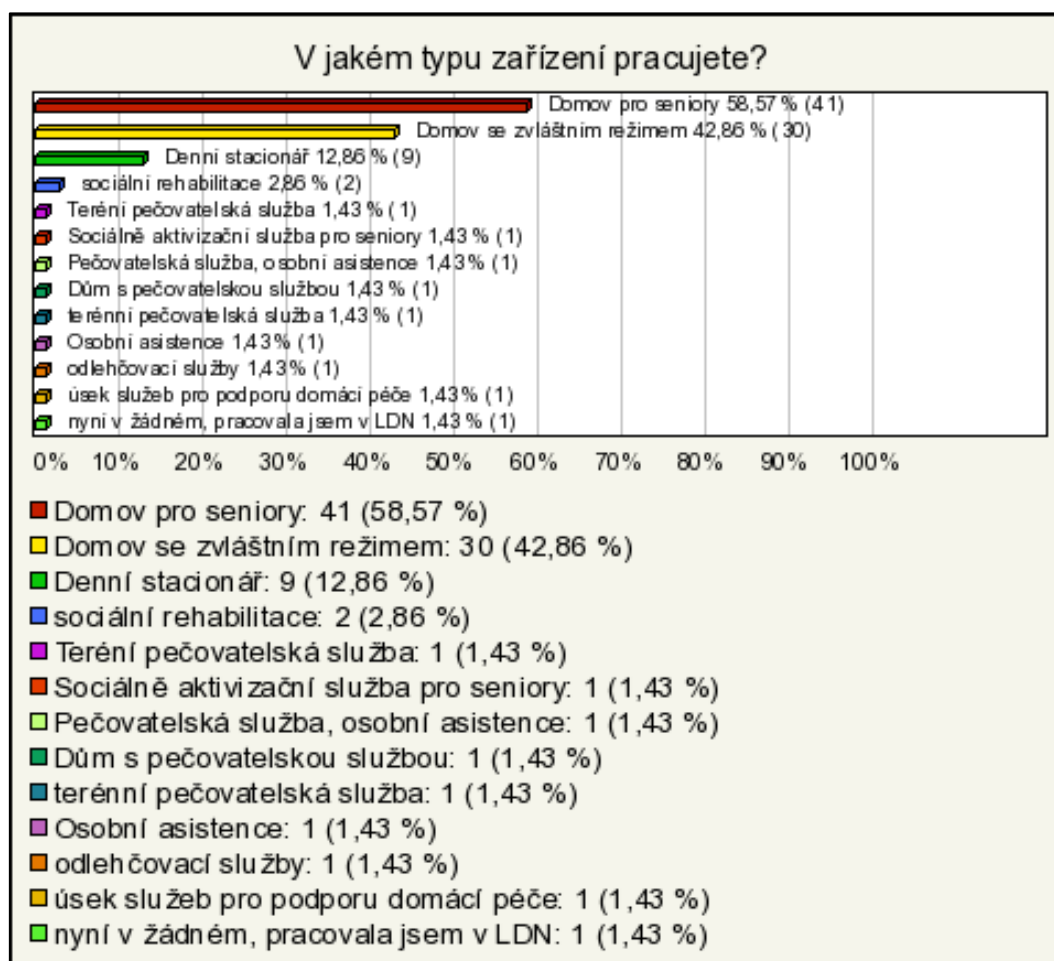
Další výzkumné podotázky jsou:

- Jaký typ zařízení, pracující se seniory s organickými duševními poruchami je nejčastější?
- Jakého charakteru je vzdělání pracovníků?
- Jaké metody terapie jsou nejčastější?
- Jaké metody terapie jsou nejméně časté?
- Ovlivní vzdělání a délka praxe zaměstnanců volbu terapeutických metod a tvorbu aktivizačního programu?
- Jaké záliby jsou mezi seniory nejčastější?
- Promítají se tyto záliby do zvolených terapií?
- Naplňují zařízení duchovní potřeby klienta?

1. Otázka

„V jakém typu zařízení pracujete?“

První otázka měla za cíl identifikovat nejčastější typ zařízení, v nichž respondenti pracují a tedy i identifikovat v jakých zařízeních se nejčastěji pohybují klienti s organickými duševními poruchami. Označit bylo možné více odpovědí, neboť některá zařízení se vyskytují v kombinacích, současně bylo možné vložení vlastní odpovědi.



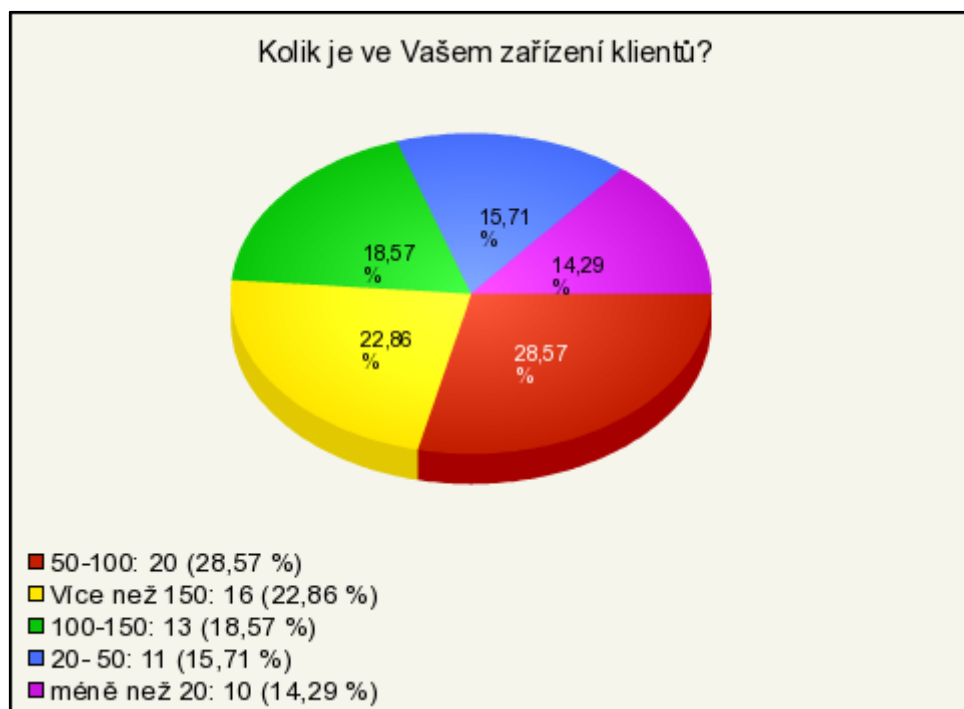
Obrázek 2 Typ zařízení

Na základě výsledků je možné vyvodit závěr, že většina klientů se nachází v domovech pro seniory (58,57%) a následně v domovech se zvláštním režimem (42,86%). Dalšími častými zařízeními jsou denní stacionáře (12,86%). Všechna ostatní zařízení jsou na zlínském kraji v poměrně drastické menšině (max. 3% pro zařízení).

2. Otázka

„Kolik je ve Vašem zařízení klientů?“

Cílem otázky je vytvořit představu o velikosti jednotlivých zařízení, tedy kolik klientů pod sebou sdružují. Současně je nutné si uvědomit, že ne všichni klienti jsou postiženi některou z organických duševních poruch. V rámci otázky je možné zvolit jednu z 5 odpovědí.



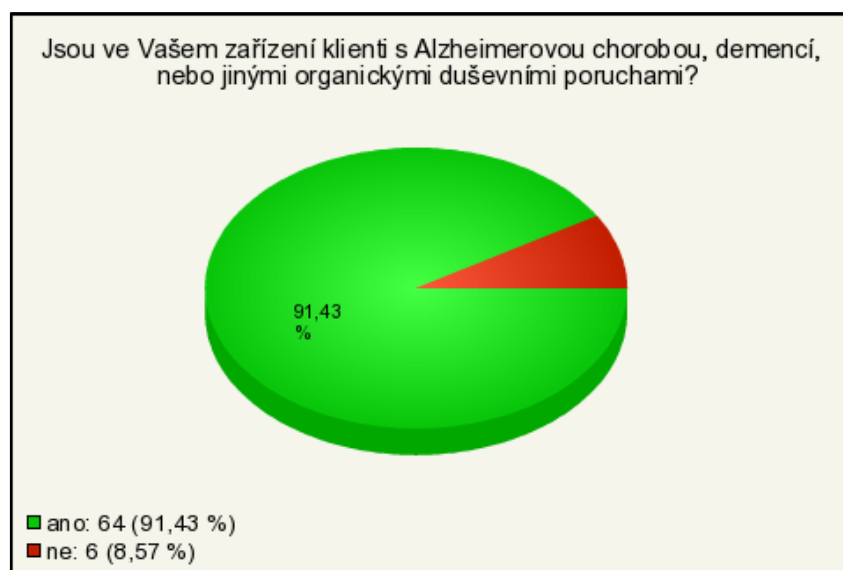
Obrázek 3 Počet klientů

Přestože možností, z nichž lze zvolit je pět, pro potřeby vyhodnocení budou rozlišeny pouze 3 skupiny. Tyto skupiny budou velká zařízení, středně velká zařízení a malá zařízení. Nejčastěji jsou ve zlínském kraji pokryta velká zařízení se 100 až 150 klienty nebo více (celkově 41,43%), dalšími v pořadí jsou malá zařízení s méně než 50 klienty (30%) a středně velká zařízení s 50 až 100 klienty (28,57 %). Výsledky dotazníku ukazují, že ve zlínském kraji jsou poměrně rovnoměrně zastoupeny všechny zařízení všech velikostí. Dá se předpokládat, že tato tendence bude podobná v rámci celé České Republiky.

3. Otázka

„Jsou ve Vašem zařízení klienti s Alzheimerovou chorobou, demencí, nebo jinými organickými duševními poruchami?“

Ne ve všech zařízeních pracujících se seniory se musí vyskytovat lidé postižení nějakou organickou duševní poruchou, proto je důležité v rámci šetřených zařízení v kraji identifikovat, jestli zde takoví lidé jsou. Některá zařízení dokonce nepřijímají osoby s organickými duševními poruchami.



Obrázek 4 Přítomnost klientů s organickými duševními poruchami

S naprostou majoritou (91,43%) se v zařízeních tito klienti vyskytují. V souvislosti s nejčastějšími zařízeními, v nichž se se seniory pracuje a výsledky této otázky, je možné předpokládat, že v téměř všech domovech pro seniory nebo domovech se zvláštním režimem se vyskytují lidé s Alzheimerovou chorobou nebo jinou organickou duševní poruchou. Tento výsledek potvrzuje obecná očekávání společnosti a výskytu těchto nemocí.

4. Otázka

„Jaký obor jste vystudoval/a?“

Zajímavým údajem je i vystudovaný obor pracovníků, kteří s lidmi s organickými duševními poruchami pracují. Dalo by se předpokládat, že se bude jednat o obory, které jsou této problematice blízké. Tento předpoklad se sice potvrdil, ale přesto se v celé skupině

respondentů vyskytují i nepříbuzné obory. Pravděpodobné je, že po tomto vzdělání si respondent dodělal například kurz na pracovníka v sociálních službách. Vzhledem k charakteru otázky, kdy otázka byla volná a bylo zde možné napsat jakoukoli odpověď, bylo nutné přepracovat originální odpovědi z aplikace (vyplnto.cz), která sloužila jako nosné médium pro dotazník.



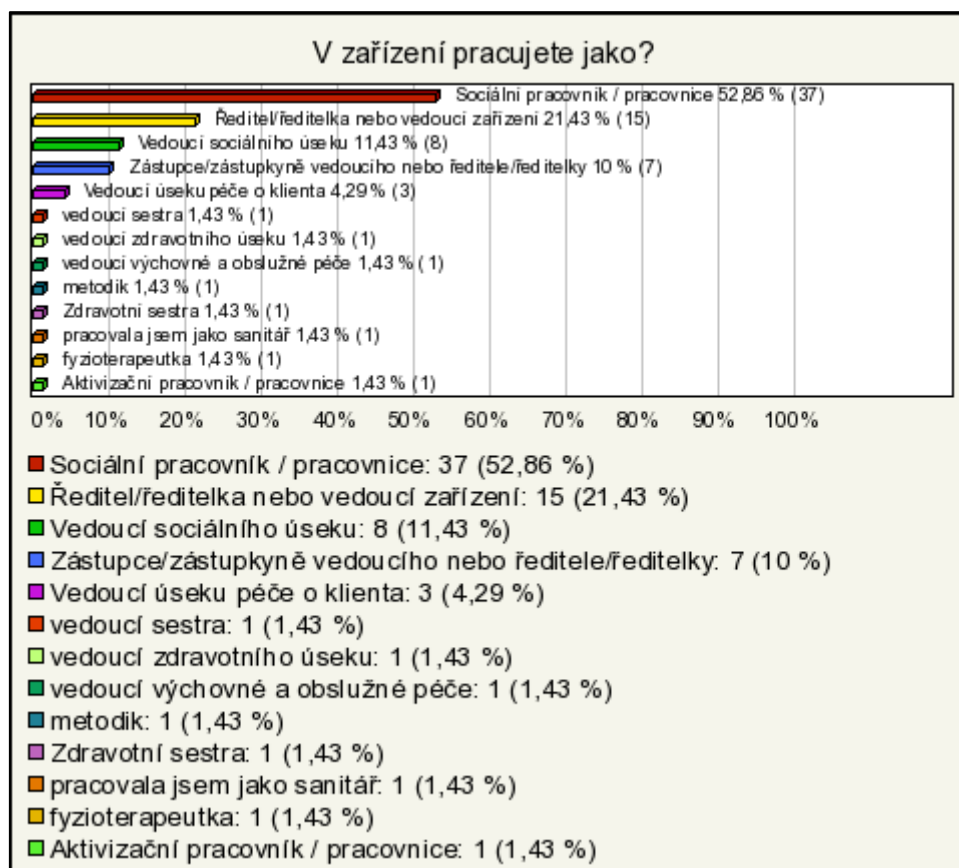
Obrázek 5 Vystudovaný obor

Nejčastěji studovaným oborem byl obor Sociální práce (38,23%) a Sociální pedagogika (30,88%). Dalšími častými obory jsou zdravotní obory, které sdružují zdravotní školy apod. a jiné pedagogické obory (každý 10,29%). Méně časté jsou následně obory ekonomické, filozofické, technické a přírodní vědy.

5. Otázka

„V zařízení pracujete jako?“

Péče o seniory s organickými duševními poruchami se zpravidla účastní všichni zaměstnanci zařízení, přesto je vhodné identifikovat jednotlivé pracovní pozice, které se zde vyskytují. Obecně se dá předpokládat, že ředitelů, či vedoucích pracovníků bude méně než jiných „běžných“ pracovních pozic v těchto zařízeních, což se také potvrdilo. V otázce bylo možné označit jednu odpověď s možností napsat vlastní odpověď.



Obrázek 6 Typ zařízení

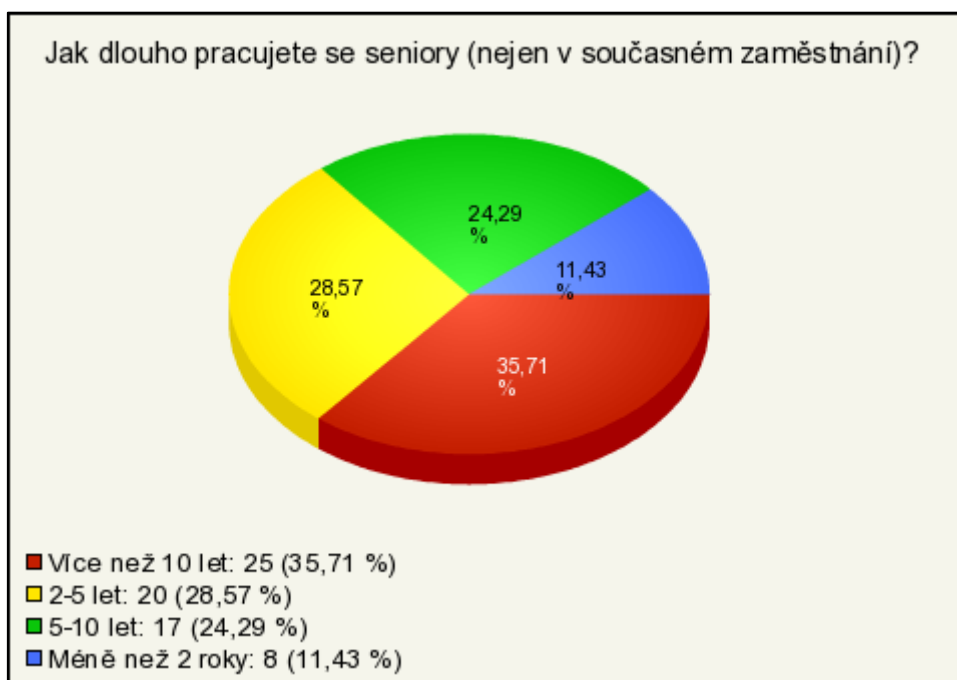
Naprostá většina je zastoupena pozicí sociálního pracovníka/pracovnice (52,86%), která byla následována pozicí ředitel/ředitelky nebo vedoucích zařízení (21,43%). Další časté pozice jsou vedoucí úseků a zástupci ředitele/ředitelky. Malé zastoupení je napříč pozicemi zdravotních sester, fyzioterapeutů a aktivizačních pracovníků.

Tyto výsledky mohou být ovlivněny charakterem vlastního šetření. Vzhledem ke způsobu a množství oslovených lidí nebylo možné zajistit vyplnění dotazníku všemi zaměstnanci jednoho zařízení. Obecně je ale možná vyvodit závěr, že nejvíce pracovních pozic v rámci těchto zařízení je realizováno formou sociálního pracovníka.

6. Otázka

„Jak dlouho pracujete se seniory (nejen v současném zaměstnání)?“

Otázka má za cíl tvorbu obecného přehledu a určení zda délka praxe pracovníka může ovlivnit přístup k používáním metodám, případně vést k volbám jiným (s pomocí otázky 7). V rámci otázky bylo možné volit ze 4 odpovědí.



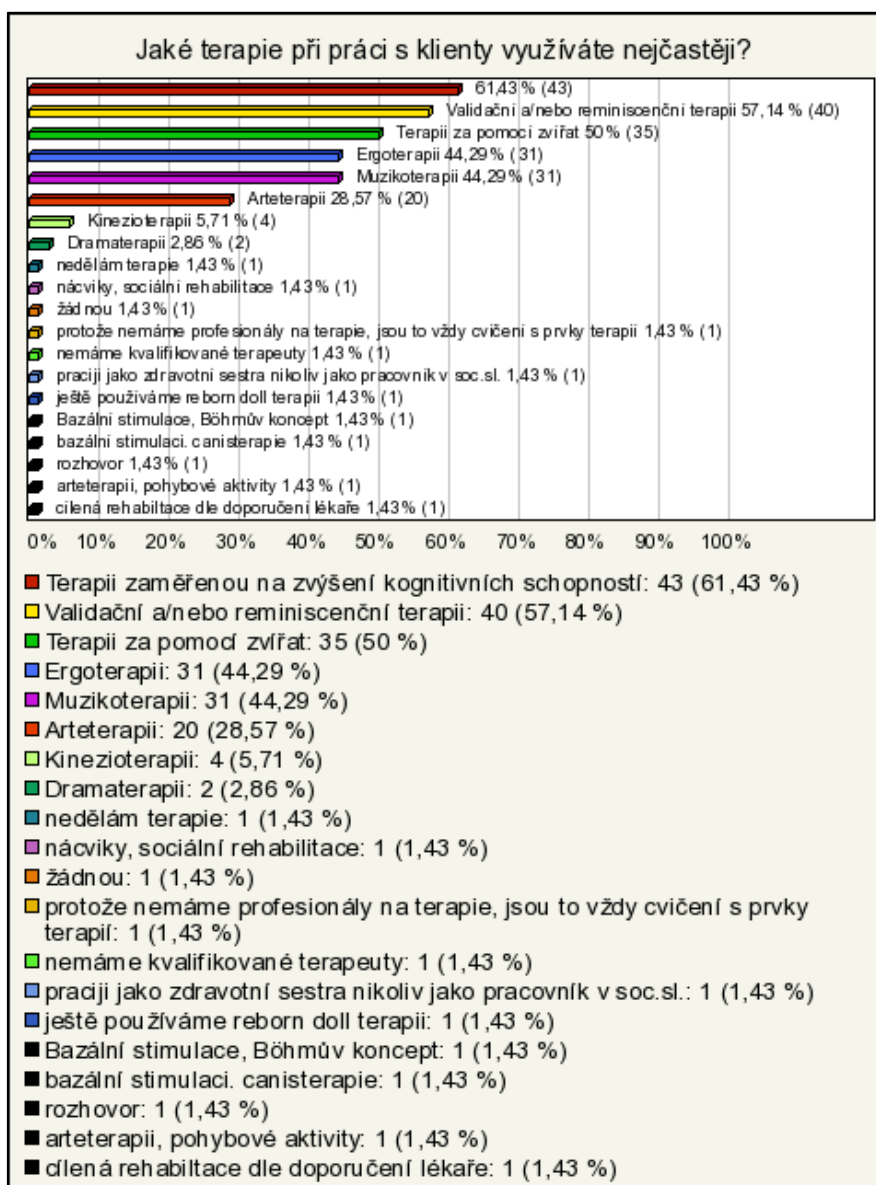
Obrázek 7 Praktické zkušenosti

Rozložení délky této praxe je také poměrně rovnoměrné, z čehož plyne, že v rámci zařízení se setkávají lidé zkušenější s lidmi méně zkušenými. Tyto případy jsou ideální pro předávání znalostí a osobních zkušeností mezi pracovním kolektivem. Po porovnání odpovědí jednotlivých skupin na otázku 7 se nezdá jako pravděpodobné, že by délka praxe měla vliv na volbu konkrétní terapie. Tento stav se dal předpokládat, neboť každá terapie má své náležitosti a cílovou skupinu.

7. Otázka

„Jaké terapie při práci s klienty využíváte nejčastěji?“

Cílem je identifikovat nepoužívanější metody terapie při práci se seniory organickými duševními poruchami. Jedná se o jednu z nejdůležitějších otázek dotazníku, spolu s otázkami 8 a 9. Tato série otázek pomáhá dotvořit ucelený obraz o používaných, případně nepoužívaných metodách terapiích v rámci domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, případně denních stacionářů, kterých se v dotazníku vyskytuje nejvíce. V rámci otázky bylo možné zvolit více odpovědí současně a možnost vložit vlastní odpověď.



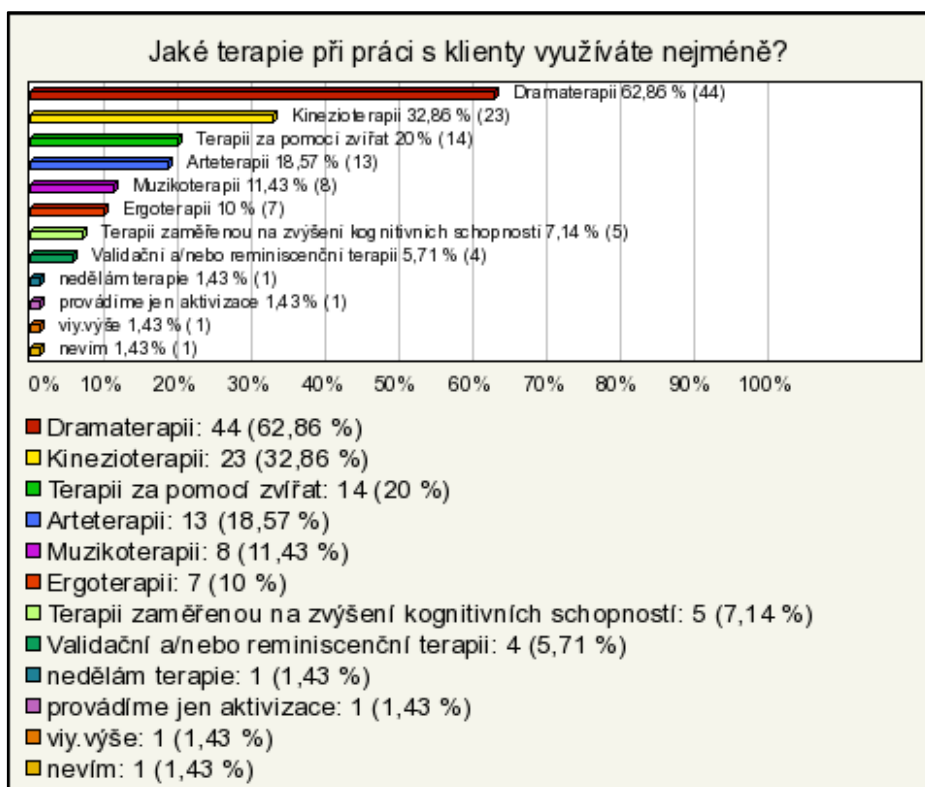
Obrázek 8 Nejčastější metody terapie

Z výsledků je patrné, že mezi nejvíce užívané metody patří terapie zaměřená na zvýšení kognitivních schopností (61,43%), validační a reminiscenční terapie (57,14%), terapie za pomoci zvířat (51,43%), ergoterapie (44,29%), muzikoterapie (44,29%) a arteterapie (30,30%). Ostatní metody jsou v menšině, na druhé straně se ve výsledcích vyskytují i jiné zajímavé terapie, mezi které patří reborn doll terapie, která cílí u nemocných seniorů na jejich fixaci v minulosti (děti, které již v dnešní době jsou třeba dospělé, ale senior je stále hledá) nebo Böhmvův koncept v rámci bazální stimulace.

8. Otázka

„Jaké terapie při práci s klienty využíváte nejméně?“

Vzhledem k předchozímu šetření nejčastěji používané metody, není možné nechat bez povšimnutí metody, které jsou nejméně používané. Na základě výsledků sedmé otázky je možné vytvořit si určitou představu o nejméně používaných metodách. V rámci otázky bylo možné zvolit více odpovědí současně a vložit vlastní odpověď.



Obrázek 9 Nejméně časté metody terapie

V první řadě je nejméně používána dramaterapie (62,86%), následovaná kinezioterapií (32,86%). Další metodou v pořadí je terapie pomocí zvířat (20%), zde je ovšem zajímavé, že v mnoha zařízeních je uváděna jako jedna z častějších metod a je možné dojít k závěru, že zařízení, která tuto odpověď zvolili v této otázce, prostě neměli možnost ji praktikovat, spíše než že by ji nepovažovali za účinnou. Další metody jsou už v menšině a jejich užití, či neužití bude pravděpodobně ovlivněno velmi specifickými faktory, přesahující rámec tohoto šetření.

9. Otázka

„Jaké terapie podle Vás mají největší přínos pro klienty (např. nejvíce aktivizují, motivují; mají pozitivní odezvu)?“

Poměrně zajímavou a důležitou informací je názor samotných pracovníků, kteří jsou se seniory v každodenním styku, terapie sami provádějí nebo jsou u nich přítomni a mohou tedy vidět jejich výsledky v dlouhodobějším měřítku. Cílem je identifikovat metody, které jsou z pohledu pracovníků nejefektivnější a sledují s nimi u klientů dlouhodobě pozitivní odezvu, či pokroky v práci. I metody, které se vyskytují v menší míře, mají v problematice své nepopiratelné místo a není vhodné je zatracovat, ať již z pohledu individuality jedince, tak z pohledu specifické skupiny lidí, kteří jsou jejich cílem. V otázce je možné zvolit více odpovědí, případně doplnit vlastní odpověď.



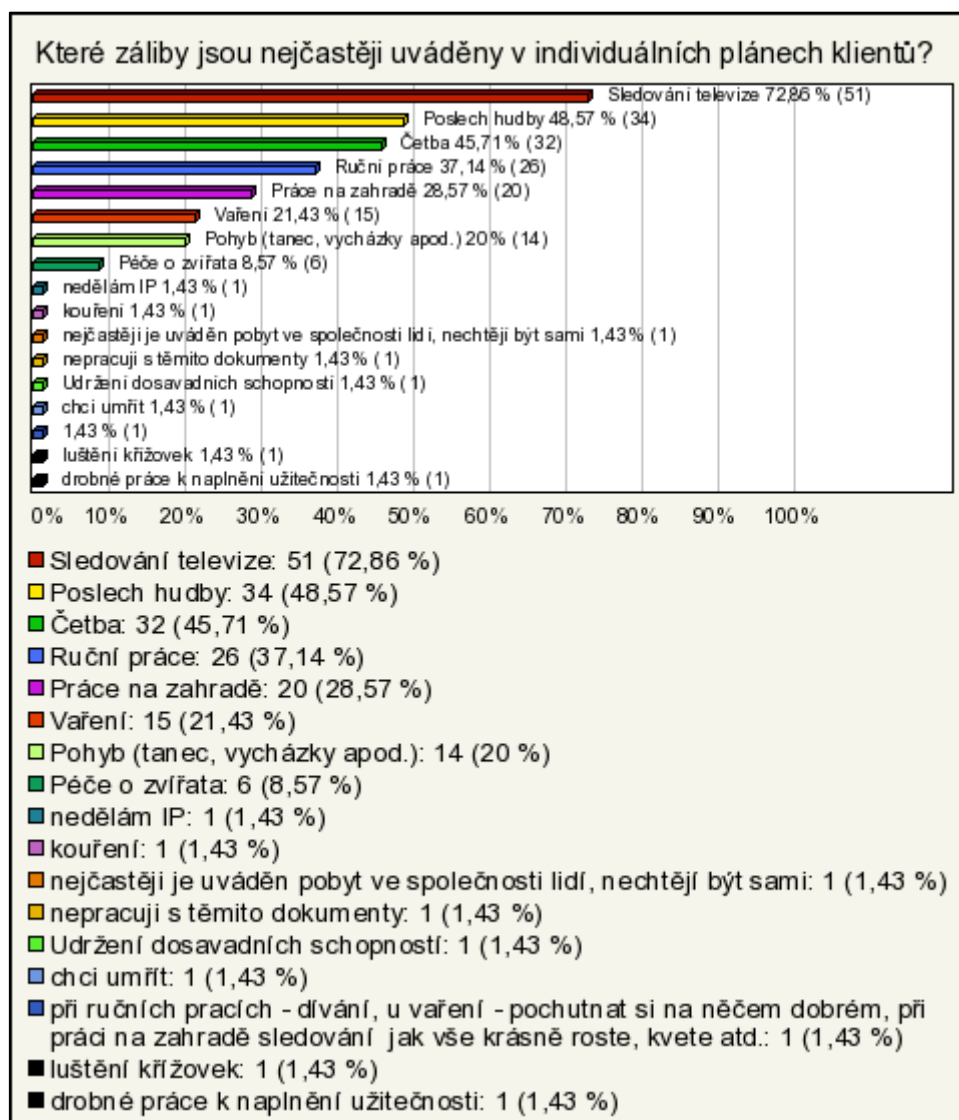
Obrázek 10 Nejpřínosnější metody terapie

Většina respondentů považuje za nejpřínosnější kombinaci validační a reminiscenční terapie (62,86%). Je tedy zřejmé, že práce se vzpomínkami starých lidí u nich vyvolává pozitivní odezvu a napomáhá celému procesu terapie. Následně jsou pozitivně hodnoceny terapie za pomoci zvířat (55,71%), muzikoterapie (45,71%) a terapie zaměřená na zvýšení kognitivních schopností (45,71%). V již menším zastoupení, byť stále nezanedbatelným, se mezi odpověďmi vyskytují ergoterapie (35,71%) a terapie zaměřená na orientaci klienta v realitě (24,29%). Použité terapie budou hojně ovlivněny jedinečnou osobností člověka a ne pro každého jsou vhodné všechny. Na základě těchto výsledků je možné dojít k závěru, že nejvíce přínosné terapie jsou poměrně univerzální, nebo jsou podpořeny charakteristickou skupinou klientů (vracení se k milníkům v dlouhodobé paměti, zvláště ve chvíli, kdy krátkodobá paměť nefunguje jak dříve).

10. Otázka

„Které záliby jsou nejčastěji uváděny v individuálních plánech klientů?“

Aby bylo možné zvolit správnou metodu terapie, která bude použita u konkrétních klientů, je vhodné znát jejich koníčky a záliby. Nedá se předpokládat, že by terapie byla účinná, pokud ji klient nebude chtít dělat a nebude jí motivován.



Obrázek 11 Záliby klientů

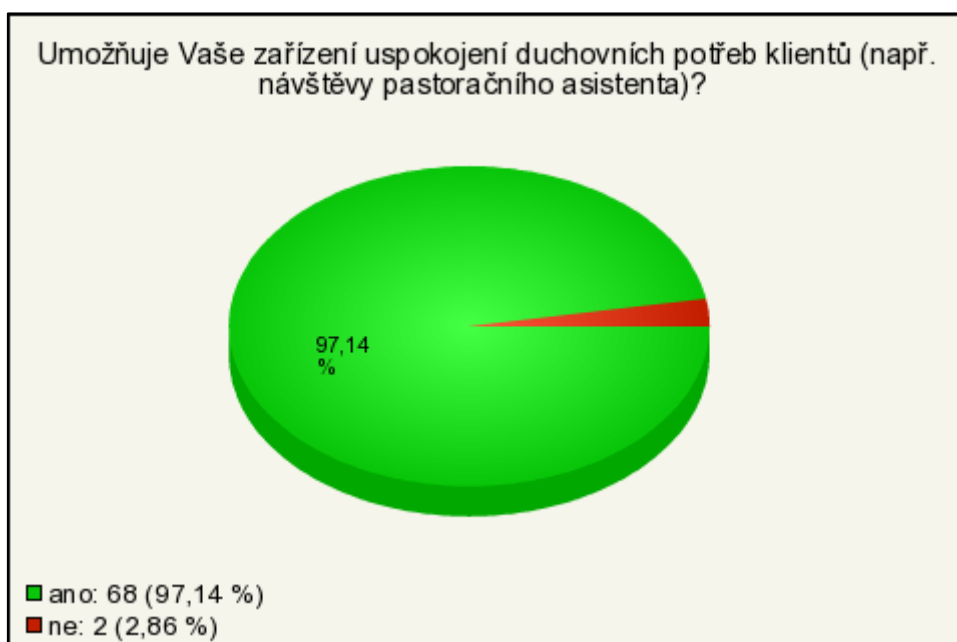
V dnešní době již nepřekvapí, že naprosto nejčastější zálibou klientů uvedených v individuálních plánech je sledování televize (72,86 %). Druhou nejčastější zálibou je pak poslech hudby (48,57 %), přičemž tyto dvě aktivity mohou být propojeny v rámci některých

konkrétních televizních stanic (např. televize Šlágr). Dalšími uváděnými koníčky jsou četba (45,71%), ruční práce (37,14%), práce na zahradě (28,57%), vaření (21,43%) a pohyb (20%). Dá se předpokládat, že pohyb je realizován převážně formou procházek a samotného pobytu venku. Ve výsledcích je možné vidět, že dva nejčastější zájmy klientů jsou poměrně pasivní a nedá se tvrdit, že by byly dostatečným stimulem pro kvalitní udržování kognitivních funkcí (výjimku mohou možná tvořit dokumentární pořady). Zajímavým výsledkem je uvedení pohybu jako koníčku, což by se do budoucna mohlo odrazit v častějším zařazení kinezioterapie do denního programu.

11. Otázka

„Umožňuje Vaše zařízení uspokojení duchovních potřeb klientů (např. návštěvy pastoračního asistenta)?“

Vzhledem ke skutečnosti, že se mnoho klientů ve vyšším věku obrací k bohu, nebo jsou duchovně založení již z dřívější doby, je dobré zjistit, zda zařízení umožňují naplnění duchovních potřeb.



Obrázek 12 Uspokojení duchovních potřeb

Zde téměř všichni respondenti (97,14%) uvádějí, že jejich zařízení umožňuje naplnění těchto služeb.

4.1 Výsledky šetření

Z výsledků dotazníku plyne, že nejčastějšími zařízeními, jež pracují s lidmi s organickými duševními poruchami, jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, v menší míře pak denní stacionáře. V rámci zlínského kraje jsou pokryty velká i malá zařízení a téměř ve všech se vyskytnou lidé s onemocněním Alzheimerovou chorobou, či jinou organickou duševní poruchou. Většina pracovníků absolvovala studium oborů, které se blíže dotýkají sociálních témat (sociální práce a sociální pedagogika). Majoritní pracovní pozicí v rámci zařízení jsou sociální pracovníci/pracovnice, ředitelé zařízení a vedoucí pracovníci jednotlivých úseků, přičemž tyto výsledky mohou být ovlivněny formou vlastního provedení výzkumu, neboť nebylo možné zajistit odpovědi všech zaměstnanců z daných zařízení a nebylo tedy možné zjistit skutečné rozložení všech skupin zaměstnanců. Ukázalo se, že délka praxe neovlivnila zvolené metody terapie.

Nejdůležitější částí dotazníku byla trojice otázek, jež se zabývala nejčastěji a nejméně užívanými metodami a názorem samotných pracovníků na účinnost těchto metod. Mezi nejčastější metody patří terapie zaměřená na zvýšení kognitivních schopností, validační a/nebo reminiscenční terapie, terapie za pomoci zvířat, ergoterapie, muzikoterapie a arteterapie. Nejméně užívané metody na druhé straně jsou dramaterapie a kinezioterapie. Zaměstnanci samotní vidí největší přínos ve validační a/nebo reminiscenční terapii, terapii za pomoci zvířat, muzikoterapii, terapii na zvýšení kognitivních schopností a ergoterapii. Do volby použité terapie se promítají záliby jednotlivých klientů, neboť je vždy přínosné, pokud klient k nějaké činnosti má pozitivní vztah a tato aktivita ho baví. Mezi nejčastější záliby patří sledování televize, poslech hudby, četba a ruční práce.

4.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Dotazníkové šetření přineslo odpovědi na výše položenou hlavní výzkumnou otázku a jednotlivé podotázky

„Jsou v rámci práce se seniory s organickými duševními poruchami ve zlínském kraji napříč různými zařízeními využívány podobné, případně shodné metody terapie?“

Na základě výsledků dotazníkového šetření (převážně frekvence nejčastěji užívaných metod) je možné prohlásit, že pravděpodobně ano. Dalo by se předpokládat, že tyto nejfrekventovanější metody budou v široké míře využívány na celém území České Republiky.

„Jaký typ zařízení, pracující se seniory s organickými duševními poruchami je nejčastější?“

Nejčastějším typem zařízení jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Odpověď je do určité míry překvapivá, neboť některé domovy pro seniory nenabízejí své služby lidem trpícími demencí.

„Jakého charakteru je vzdělání pracovníků?“

Nejčastěji vystudovanými obory jsou sociální práce a sociální pedagogika, tedy obory blízké sociálním tématům. V rámci dotazníkového šetření se vyskytly i obory nepříbuzné, dalo by se říci přímo odlišné (elektrotechnika, chemie). Dá se ovšem předpokládat, že před nástupem do tohoto zaměstnání si absolventi těchto oborů udělali kurz pracovníka v sociálních službách.

„Jaké metody terapie jsou nejčastější?“

Mezi nejčastěji užívané terapie patří terapie zaměřená na rozvoj kognitivních funkcí, validace a reminiscence, terapie za pomoci zvířat, ergoterapie, muzikoterapie a arteterapie. Do určité míry bylo možné tyto odpovědi předpokládat, neboť do nejvyššího věku je zachována schopnost vybavovat si vzpomínky (reminiscence) a prokázání zájmu, respektu a ochoty práce k člověku (validace). Terapie pro rozvoj kognitivních schopností je očekávána díky svému stimulačnímu charakteru na jednotlivé kognitivní, což pomáhá udržení schopností a samostatnosti člověka. Ergoterapie neboli různé drobné ruční práce (vyšívání apod.) a arteterapie, na druhé straně vedou k rozvoji jemné motoriky a napomáhají tak udržení kvality života člověka. Současně existuje ve společnosti předpoklad, že tyto lidé mají spoustu těchto činností jako své zájmy, čili k nim mají i určitý pozitivní emocionální vztah. Poslední zmíněnou terapií je muzikoterapie, jejíž výskyt může být spojený se zálibami seniorů.

„Jaké metody terapie jsou nejméně časté?“

Jako nejméně užívané metody jsou uváděny dramaterapie a kinezioterapie. V rámci dramaterapií může být tento výsledek ovlivněn jejich obtížností, emocionálním a sociálním tlakem na člověka (nepochopení přínosu metody; strach ze zesměšnění před kolektivem, z

čehož plyne neochota spolupráce na metodě; otevření starých emocionálních ran apod.). Cílovou skupinou těchto terapií jsou obecně také mladší lidé s emocionálními problémy, nikoliv klienti s organickými duševními poruchami. Kinezioterapie by na druhé straně mohla být problematická z hlediska fyzických omezení klientů a z toho plynoucího nebezpečí pro zdraví. Dalším důvodem menšího nasazení této metody by mohl být nižší počet pracovníků v zařízeních, což zabraňuje efektivnímu individuálnímu přístupu ke každému klientovi., byť je terapie jako taková považována ve světě mezi jednu z velmi důležitých terapií.

„Ovlivní vzdělání a délka praxe zaměstnanců volbu terapeutických metod a tvorbu aktivizačního programu?“

Odpověď na tuto otázku není jednoznačná, ale na základě dostupných dat z výzkumu (porovnání odpovědí skupin v rámci jednotlivých studijních oborů, a jednotlivých skupin délky praxe s odpověďmi na nejčastěji používané metody) se zdá spojitost nepravděpodobná.

„Jaké záliby jsou mezi seniory nejčastější?“

Jako nejčastější záliby jsou uváděny sledování televize, poslech hudby a ruční práce. V rámci sledování televize a poslechu hudby se jedná o nenáročné záliby pasivního charakteru určené k relaxaci. Ruční práce jsou na druhé straně často spojeny s historií člověka. Dalo by se předpokládat, že ženy budou preferovat práce typu vyšívání, pletení košíků, vaření apod., kdežto muži budou volit komplexnější aktivity.

„Promítají se tyto záliby do zvolených terapií?“

Na základě nejpoužívanějších terapií (ergoterapie, muzikoterapie) se zdá toto promítání jako pravděpodobné.

„Naplnují zařízení duchovní potřeby klienta?“

Vzhledem ke skutečnosti, že se někteří lidé ve stáří více obracejí na víru, je poměrně příjemným zjištěním, že majoritní podíl všech zařízení se stará o naplňování duchovních potřeb svých klientů.

5. Diskuze

Jana Šmerdová ve své diplomové práci z roku 2015 s názvem Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v rámci odlehčovací služby uvádí, že mezi nejčastěji užívané a dlouhodobě praktikované aktivity v rámci daného zařízení bylo pletení košíků z papírových ruliček, šití a pletení, tedy činnosti řadící se do ergoterapie. Každý den se také prováděly pohybové aktivity, jako třeba ranní rozvíčka, spadající do kinezioterapie. Mezi méně časté pak patřily arteterapie a muzikoterapie, kdy se ovšem především jednalo o poslech hudby a v poslední řadě biblioterapie, ve formě čtení knih, nebo předčítání [37].

Pavla Nekardová ve svém díle Aktivizace seniorů v Domovech pro seniory v regionu Uherské Hradiště tvrdí, že pokud se staří lidé nějaké činnosti účastní, je to ze společenských důvodů, což znamená, že jsou rádi mezi lidmi, anebo z prostého faktu, že je konkrétní aktivita baví či zajímá. V domově pro seniory 80% dotazovaných klientů uvádělo, že si nejvíce oblíbilo pohybové aktivity. Dle tvrzení většiny dotazovaných bylo cvičení jejich celoživotní náplní a sami cítili, že je nevíce udržuje v kondici. Dokonce měli zájem o možnost vycházek do přírody, které se ale z organizačních důvodů neuskutečňovaly [38].

Další oblíbenou činností, jak mezi klienty pobytové služby, tak i mezi klienty navštěvující centrum denních služeb pro seniory bylo zpívání, ergoterapie (jež probíhala i individuálně, na pokojích), arteterapie a reminiscence. Autorka uvádí, že v zařízení se díky častému sociálnímu kontaktu posilovaly také kognitivní funkce. Samotný trénink paměti se naopak řadil mezi méně oblíbené činnosti [38].

Jana Skořepová ve své práci Aktivizační činnosti seniorů v domově pro seniory [39], podobně jako Pavla Nekardová, zjistila, že klienti se aktivit účastní ze společenských důvodů a z osobního zájmu o danou činnost. Celých 61% dotazovaných uvádělo, že je tyto aktivity posilují po tělesné i psychické stránce [39].

Srovnávala také nejoblíbenější aktivity ve dvou pobytových zařízeních. V prvním zařízení bylo nejoblíbenější tělesné cvičení, což uvedlo 28% dotazovaných, a mezi další vyhledávané aktivity patřilo zpívání, sledování divadelních a pěveckých vystoupení. Ve druhém zařízení cvičení prohlásilo za nejoblíbenější činnost hned 47% dotazovaných. Velké oblibě se těšila také ergoterapie [39].

Skořepová navíc zkoumala, zda dřívější zájmy seniorů korespondovaly s jejich aktuální náplní dne. Bohužel, pouze 40,5% dotazovaných mělo možnost věnovat se svým zálibám a ostatní nemohli tyto činnosti vykonávat, například z důvodu problémů s jemnou motorikou.

Mezi konkrétní aktivity patřilo pletení a háčkování. Dalším důvodem, proč zájmy neodpovídaly náplni programu zařízení, bylo to, že tyto aktivity klienti dříve neznali anebo neměli příležitost je vykonávat [39].

V diplomové práci Jarmily Janíčkové s názvem Aktivizace seniorů v denním stacionáři jsou rozebírány názory pracovníků v denním stacionáři pro seniory. Uváděli, že motivačním prvkem pro účast na terapiích byla touha po společenském kontaktu, prožití radosti, zábavy a možnost osvojení si nové dovednosti. Vedlejšími vlivy, plynoucími z účasti na aktivitách, byly dle zaměstnanců posílení pocitu důstojnosti, vhodné trávení volného času, prevence osamělosti a vyrovnávání se se stářím díky kontaktu s vrstevníky [40].

Mezi nejoblíbenější aktivity dle pracovníků patřilo trénování kognitivních schopností, tělesné cvičení, tanec, zpěv a hry. Uváděli ovšem, že tyto aktivity mají nejvíce pozitivní ohlas, pokud jsou vykonávány celou skupinou zároveň. Činnosti, které do budoucna chtěli zařadit sami klienti zařízení, byly častější vycházky a jakékoliv aktivity vykonávané ve skupině, například společenské hry a sledování živých vystoupení [40].

Všechny autorky dosáhly podobného výsledku ohledně tělesného cvičení. Obecně by se dalo tvrdit, že senioři si cení pohybu, rádi cvičí a pokud by to dovolily možnosti zařízení, měli by zájem o vycházky do přírody. Jako další oblíbené činnosti byly uváděny ruční práce, poslech hudby, popřípadě zpěv a skupinové činnosti.

Pokud výzkumy řešily trénink kognitivních schopností, došly k podobnému závěru a to tomu, že tato aktivita má větší úspěch, pokud je vykonávána ve skupině.

Prvkem, prolínajícím uvedené práce, byl kontakt s lidmi. Senioři si cení společnosti a zájmu o jejich osobu. Pozitivně je stimuluje a skýtá možnost efektivního trávení volného času.

Na rozdíl od výše zmíněných výzkumů byla tato práce zaměřena na problematiku pouze z pohledu zaměstnanců. To je pravděpodobně důvod, proč zde vznikly určité neshody, například v přístupu ke kinezioterapii. Na základě výsledků této práce se totiž kinezioterapie řadí mezi méně užívané metody, což jak se zdá, nemusí reflektovat skutečná přání klientů. Z pohledu jiných metod je napříč těmito pracemi uváděna obliba v ručních pracích, čili ergoterapii. Výsledky tohoto výzkumu se shodují se zjištěními výše zmíněných autorek a ergoterapie má v rámci terapie seniorů s organickými duševními poruchami neodmyslitelné místo v těchto zařízeních. Dá se tvrdit, že ke shodě dochází i z pohledu využití

muzikoterapie, neboť ve všech pracích je v určité formě zmíněna jako užívaná metoda. Ve výsledcích výzkumů příliš nefigurovala reminiscenční či validační terapie, ale lze usuzovat, že je používána natolik přirozeně, že ji autorky do svých šetření více nezahrnuly. Mnoho klientů promítá své dřívější zájmy v rámci jednotlivých terapií (muzikoterapie, ergoterapie) a zároveň si někteří nacházejí nové koníčky. Obecně je možné tvrdit, že i přes odlišné pohledy na problematiku užívaných aktivit (ze strany klientů a pracovníků) dochází ke shodě v hlavních bodech, čili v nejméně skutečně používaných terapiích, přestože nemusejí být v naprostém souladu s přáními klientů. Zářným příkladem může být úroveň kinezioterapie, kterou by klienti chtěli praktikovat častěji, nebo ve větším rozsahu, ale ne ve všech zařízeních je možné ji organizačně zajistit.

IV. Závěr

Stáří i stárnutí mají v lidském životě své místo a každý člověk se s nimi potýká různě. Hlavní rozdíly v procesu stárnutí jsou způsobeny jak aktuálním psychickým a zdravotním stavem, tak také vlastním sebepojetím člověka. Základním projevem stárnutí je pokles adaptačních schopností a oslabování jednotlivých funkcí organismu. V rámci identifikace stáří člověka je možné vycházet jak z kalendářního, tak také z funkčního věku člověka. Stárnutí jako takové je provázeno zhoršením somatického stavu, které se může lišit z pohledu rozsahu a závažnosti. Míra tohoto zhoršení je ovlivněna jak genetickými predispozicemi, tak životním stylem.

Ve stáří dochází k fyzickým, psychickým i sociálním změnám. Fyzické změny ovlivňují celé tělo, včetně jeho orgánů, tkání a buněk i jednotlivých molekul. Buněčné rezervy jsou pomalu vyčerpávány, následkem čehož dochází k oslabení a poklesu adaptačních mechanismů. Psychické změny jsou často vyvolány fyzickými změnami (strukturálními a funkčními změnami v mozku), které mohou vést k narušení kognitivních schopností, případně k celkovému zpomalení. Tento stav, ať již je spojen s organickou duševní poruchou nebo se vyskytuje samostatně, může vést k rozvoji psychických obtíží. Z pohledu sociálních změn dochází ke změně sociální role. Senioři jsou vystaveni specifickým situacím a předsudkům společnosti (ageismus, senilita, staromódnost, zhoršení ekonomické situace apod.).

Mezi nejrozšířenější organické duševní poruchy patří Alzheimerova choroba a demence. Alzheimerova choroba je nevléčitelnou nemocí, která postihuje všechny skupiny obyvatelstva bez ohledu na jejich sociální vrstvu, pohlaví, etnikum nebo území. Jedinou v dnešní době prokazatelnou souvislostí je věk jedince, neboť nemoc postihuje převážně starší osoby. V důsledku choroby dochází k deteorizaci paměti a myšlení, což zákonitě vede k narušení soběstačnosti nemocného v osobním životě. Paměť je ovlivněna ve všech složkách, dochází ke vzniku poruch chování a myšlení. Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, při níž dochází k narušení velkého množství vyšších nervových funkcí. Uvádí se, že může být způsobena až 60 dalšími onemocněními.

V rámci boje s organickými duševními chorobami jsou využívány různé metody terapie. Je důležité při volbě a praktikování konkrétní metody mít na paměti historii těchto lidí. Z jejich dovedností se totiž nevytrácí ty, které se naučili v mládí a aktivně je používali. Je potřeba vytvořit pozitivní emoční odezvu na konkrétní terapii. Není tedy vhodné seniorovi,

který celý život neměl rád hudbu (operu apod.) předepisovat muzikoterapii, stejně tak jako člověku, který se bojí, případně se štítí zvířat předepisovat pet-terapii. Mimo vytvoření pozitivní odezvy je v případě práce se zálibami klienta, prokázán respekt k jeho individualitě. Tyto záliby a další informace jsou uvedeny v individuálních plánech klientů a slouží jako prevence proti pasivnímu přijímání služeb. Klient se dostává na úroveň spolutvůrce programu.

Práce byla zacílena na identifikaci nejčastěji užívaných metod terapií se seniory, kteří trpí některou z organických duševních poruch. Pro určení těchto metod bylo realizováno dotazníkové šetření, kterého se účastnilo 70 respondentů ze zařízení, v nichž se nemocní senioři vyskytují, v rámci zlínského kraje. Dotazník byl polouzavřeného charakteru a respondenti tedy mohli u většiny otázek doplnit vlastní odpověď, v případě, že by některá z nabízených nevyhovovala. Krom určení nejčastěji užívaných metod slouží dotazník také jako základní náhled na problematiku a práci se seniory, jež jsou postiženi organickými duševními chorobami. Na začátku tvorby dotazníku bylo předloženo několik výzkumných otázek. Jejich hlavním cílem bylo identifikovat, zda jsou v rámci práce se seniory s organickými duševními poruchami ve zlínském kraji napříč různými zařízeními využívány podobné, případně shodné metody terapie, které se řadí mezi nejčastěji užívané a které na druhé straně mezi nejméně užívané.

Při hledání nejčastěji a nejméně užívaných metod terapie jistě vznikl prostor a mnoho nových příležitostí pro možný budoucí výzkum, který nebyl součástí této práce. Ať již by se jednalo o zohlednění seniorů, kteří sice organickými duševními poruchami netrpí, ale projevy jejich problémů mohou být podobné, případně o vliv aplikace stejných terapií na mladší jedince postižené některou z organických duševních poruch.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [2] KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [3] KRAMPOLOVÁ, Kateřina. Aktivizační činnosti u osob seniorského věku. Olomouc, 2012. Diplomová. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. Vladimíra Kocourková, PhD.
- [4] ZDRAŽILOVÁ, Lenka. Determinanty tvořivé činnosti ve stáří. Brno, 2007. Diplomová. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Prof. PhDr. Josef Švancara, CSc.
- [5] World Health Organisation (2011). World Report on Ageing and Health, ISBN 978-92-4-156504-2
- [6] VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [7] MÜHLPACHR, Pavel. Kvalita života seniorů. Brno: MSD, 2017. ISBN 978-80-7392-260-3.
- [8] MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [9] PACOVSKÝ, Vladimír. Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
- [10] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR MKN - 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize. Aktualizovaná druhá verze. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- [11] HOŘEJŠÍ, Jaroslav, ed. Alzheimerova choroba. Praha: Galén, 1999. Symposium (Galén). ISBN 80-7262-025-8.
- [12] HOLMEROVÁ, Iva - JAROLÍMOVÁ, Eva - SUCHÁ, Jitka. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [13] 1. Česká alzheimerovská společnost. Česká alzheimerovská společnost. Dostupné z: <http://alzheimer.cz/?PageID=2>>
- [14] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

- [15] KONRÁD, Jiří. Duševní nemoci ve stáří. ISSUU [online]. Berlon: Česká asociace pro psychické zdraví, 2014. Dostupné z: https://issuu.com/capz/docs/du__evn___nemoci_ve_st_____
- [16] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [17] TREZNEROVÁ, Eva. VYUŽITÍ FELINOTERAPIE U OSOB S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU. Olomouc, 2012. Diplomová. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
- [18] HOLMEROVÁ, Iva. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0.
- [19] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [20] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- [21] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
- [22] WALSH, Danny. Skupinové hry a činnosti pro seniory: interakce a sebepoznávání, hry se slovy, kvízy, cvičení a relaxace, každodenní aktivity. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.
- [23] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.
- [24] NOVÁKOVÁ, Radana. Pečovatelství II: učební text pro žáky oboru Sociální péče-pečovatelská činnost, 1. vyd. Praha: Triton, 2011
- [25] MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2011,
- [26] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [27] JELENÍKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. : Ergoterapie, Portál, Praha 2009. ISBN 978-80-7367-83-7

- [28] HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. Kinezioterapie demencí. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.
- [29] ZELEIOVÁ, Jaroslava. Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.
- [30] ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6.
- [31] GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. Canisterapie: pes lékařem lidské duše. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
- [32] ROSŁAWSKI, Adam. Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]. Brno: Computer Press, 2005. Zdraví pro každého (Computer Press). ISBN 80-251-0774-4.
- [33] KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.
- [34] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [35] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [36] BÍLKOVÁ, Jana. Kognitivní trénink pro třetí věk: 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0067-5.
- [37] ŠMERDOVÁ, Jana. Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v rámci odlehčovací služby. Zlín, 2015. Diplomová. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.
- [38] NEKARDOVÁ, Pavla. Aktivizace seniorů v Domovech pro seniory v regionu Uherské Hradiště. Olomouc, 2015. Bakalářská. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
- [39] SKOŘEPOVÁ, Jana. Aktivizační činnosti seniorů v domově pro seniory. Olomouc, 201. Bakalářská. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
- [40] JANÍČKOVÁ, Jarmila. Aktivizace seniorů v denním stacionáři. Zlín, 2011. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Ing. Mgr. Svatava Kašpárková, Ph.D.

- [41] HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [42] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zdravý mozek x mozek zasažený AN [5]	18
Obrázek 2 Typ zařízení	37
Obrázek 3 Počet klientů.....	38
Obrázek 4 Přítomnost klientů s organickými duševními poruchami.....	39
Obrázek 5 Vystudovaný obor	40
Obrázek 6 Typ zařízení	41
Obrázek 7 Praktické zkušenosti.....	42
Obrázek 8 Nejčastější metody terapie	43
Obrázek 9 Nejméně časté metody terapie	44
Obrázek 10 Nejpřínosnější metody terapie	46
Obrázek 11 Záliby klientů	47
Obrázek 12 Uspokojení duchovních potřeb	48

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hughesova stupnice [17]	20
Tabulka 2 Reisbergova stupnice [17]	21

VYMEZENÍ POJMŮ

WHO World Health Organisation

ČALS Česká Alzheimerovská společnost

MKN 10 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize

DSM IV Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 4. revize

MCI Mild Cognitive Impairment

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Dotazník

P1 Dotazník

Nefarmakologické metody terapie seniorů s organickými duševními poruchami

1. V jakém typu zařízení pracujete?

- Denní stacionář
- Týdenní stacionář
- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem
- Vlastní odpověď

2. Kolik je ve Vašem zařízení klientů?

- méně než 20
- 20- 50
- 50-100
- 100-150
- Více než 150

3. Jsou ve Vašem zařízení klienti s Alzheimerovou chorobou, demencí, nebo jinými organickými duševními poruchami?

- Ano
- Ne

4. Jaký obor jste vystudoval/a?

5. V zařízení pracujete jako?

- Ředitel/ředitelka nebo vedoucí zařízení
- Zástupce/zástupkyně vedoucího nebo ředitele/ředitelky
- Vedoucí sociálního úseku
- Sociální pracovník / pracovnice
- Pracovník / pracovnice v sociálních službách
- Aktivizační pracovník / pracovnice
- Vedoucí úseku péče o klienta

- Vlastní odpověď

6. Jak dlouho pracujete se seniory (nejen v současném zaměstnání)?

- Méně než 2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- Více než 10 let

7. Jaké terapie při práci s klienty využíváte nejčastěji?

- Ergoterapii
- Terapii zaměřenou na zvýšení kognitivních schopností
- Terapii za pomoci zvířat
- Muzikoterapii
- Arteterapii
- Validační a/nebo reminiscenční terapii
- Dramaterapii
- Kinezioterapii
- Vlastní odpověď

8. Jaké terapie při práci s klienty využíváte nejméně?

- Terapii zaměřenou na zvýšení kognitivních schopností
- Validační a/nebo reminiscenční terapii
- Terapii za pomoci zvířat
- Kinezioterapii
- Arteterapii
- Ergoterapii
- Dramaterapii
- Muzikoterapii
- Vlastní odpověď

9. Jaké terapie podle Vás mají největší přínos pro klienty (např. nejvíce aktivizují, motivují; mají pozitivní odezvu)?

- Kinezioterapie
- Terapie zaměřená na zvýšení kognitivních schopností
- Ergoterapie
- Terapie zaměřená na orientaci klienta v realitě
- Muzikoterapie
- Arteterapie

- Terapie za pomoci zvířat
- Validační a/nebo reminiscenční terapie
- Dramaterapie
- Vlastní odpověď

10. Které záliby jsou nejčastěji uváděny v individuálních plánech klientů?

- Četba
- Pohyb (tanec, vycházky apod.)
- Práce na zahradě
- Sledování televize
- Poslech hudby
- Ruční práce
- Vaření
- Péče o zvířata
- Vlastní odpověď

11. Umožňuje Vaše zařízení uspokojení duchovních potřeb klientů (např. návštěvy pastoračního asistenta)?

- Ano
- Ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nela Vrtková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Simona Dobešová Cakirpaloglu, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Metody terapie seniorů s organickými duševními poruchami
Název v angličtině:	Methods of therapy of retired people with organic mental diseases
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá nejčastěji užívanými metodami terapie seniorů s organickými duševními poruchami. Teoretická část práce přibližuje pojmy stáří, rozebírá jednotlivé organické duševní poruchy a metody terapie. Praktická část je realizována formou polouzavřeného dotazníku pro organizace, pečující o seniory v rámci zlínského kraje s cílem identifikovat nejčastěji a nejméně užívané metody terapií seniorů s organickými duševními poruchami.
Klíčová slova:	senioři, demence, Alzheimerova nemoc, organické duševní poruchy, reminiscenční terapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, pet-terapie, kinezioterapie, kognitivní trénink
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with the most frequently used methods of seniors' therapy with organic mental disorders. The theoretical part describes the concepts of aging, individual organic mental disorders and methods of therapy. The practical part is implemented in the form of semi-closed questionnaire for organizations, care for seniors within the Zlín Region, with the aim of identifying the most frequently used and the least used methods of therapy of seniors with organic mental disorders.

Klíčová slova v angličtině:	seniors, dementia, Alzheimer's disease, organic mental disorders, reminiscence therapy, arttherapy, music therapy, ergotherapy, pet therapy, kinesiotherapy, cognitive training
Přílohy vázané v práci:	I. Polouzavřený dotazník
Rozsah práce:	64+3 příloha
Jazyk práce:	Čeština