

Volný čas seniorů s Alzheimerovou chorobou

Bakalářská práce

Studijní program: B7505 – Vychovatelství
Studijní obor: 7505R004 – Pedagogika volného času
Autor práce: **Barbora Micková DiS.**
Vedoucí práce: Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Micková**
Osobní číslo: **P15000148**
Studijní program: **B7505 Vychovatelství**
Studijní obor: **Pedagogika volného času**
Název tématu: **Volný čas seniorů s Alzheimerovou chorobou**
Zadávací katedra: **Katedra pedagogiky a psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Popsat dostupné možnosti trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v České republice. Na základě zjištěných informací vytvořit konkrétní doporučení pro podporu trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou.



Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

CALLONE, Patricia R. a Lucie SMÉKALOVÁ. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. Doktor radí. ISBN 978-80-247-4139-0.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4746-975.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Joklíková, Ph.D.


Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **1. května 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. května 2018**


prof. RNDr. Jan Pícek, CSC.
děkan




doc. PhDr. Tomáš Kasper, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 20. června 2017

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:



Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Haně Joklíkové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi při vedení této práce věnovala.

Děkuji tímto i respondentům, kteří se mnou spolupracovali při dotazníkovém šetření a pomohli tak mou práci dovést do konce.

Na závěr bych ráda poděkovala své babičce, která již není mezi námi, ale inspirovala mě při tvorbě této práce, jelikož i ona trpěla Alzheimerovou chorobou.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá nabídkou volnočasových aktivit v péči o seniora trpícího Alzheimerovou chorobou. Jejím cílem je zmapování volnočasových aktivit a jejich následné využití v domácí péči.

V teoretické části se práce zabývá tématy vztahující se ke stárnutí jedince, mezi něž patří i demence, která se vyskytuje u jedinců staršího věku. Práce dále některé z druhů demence přiblíží detailněji, zejména Alzheimerovu chorobu, ke které budou vybrané volnočasové aktivity vhodné v péči o seniora s Alzheimerovou chorobou.

Empirická část práce popisuje postup výzkumu, který byl prováděn ve vybraných sociálních zařízeních v České republice. Díky němu byly zmapovány volnočasové aktivity nabízené seniorům s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinám v sociální sféře. Kdy se

Výsledkem této práce je vytvořené doporučení pro trávení volného času seniora s Alzheimerovou chorobou v domácí péči. Součástí doporučení jsou vypsané jednotlivé aktivity, které jsou pro péči o seniora s Alzheimerovou chorobou nejvhodnější.

Klíčová slova: senior, demence, Alzheimerova choroba, volný čas, volnočasové aktivity

ANNOTATION

The bachelor thesis pursues the issue of an offer of leisure time activities utilized during care of senior suffering from Alzheimer disease.

In theoretical part the thesis refers to the topic of aging which is closely described as well as the disease the majority of senior populations suffers from which is dementia. Among diseases which lead to dementia, the thesis is focused on Alzheimer disease which is described in detail.

Second chapter is dedicated to leisure time and its specification related to the way of life as well as leisure activities for seniors and seniors suffering from Alzheimer disease.

The empiric part describes the method of the research which was conducted in chosen social institutions in Czech republic. The purpose of the research was to list leisure time activities offered to seniors suffering from Alzheimer disease in Czech republic. Based on the received data a set of recommended leisure time activities for seniors suffering from Alzheimer disease in Czech republic were described.

Keywords: senior, dementia, Alzheimer disease, leisure time, leisure time activities

OBSAH

Seznam grafů.....	9
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Stáří.....	11
1.1 Periodizace stáří.....	11
1.1.1 Biologické stáří.....	11
1.1.2 Kalendářní stáří.....	11
1.1.3 Sociální stáří.....	12
1.2 Změny ve stáří.....	12
1.2.1 Fyzické změny.....	12
1.2.2 Psychické změny.....	13
1.2.3 Sociální změny.....	13
2 Demence.....	15
2.1 Příčiny demence.....	15
2.1.1 Atroficko-degenerativní procesy.....	15
2.1.2 Sekundární demence.....	15
2.2 Projevy demence.....	15
2.3 Diagnostika demence.....	16
2.4 Průběh demence.....	17
2.4.1 Mírná kognitivní porucha.....	17
2.4.2 Fáze rozvinuté demence.....	18
2.4.3 Pokročilá a terminální fáze demence.....	18
2.5 Léčba demence.....	19
2.5.1 Biologická léčba.....	19
2.5.2 Nebiologická léčba.....	19
3 Alzheimerova choroba.....	22
3.1 Příznaky Alzheimerovy choroby.....	22
3.1.1 P-PA-IA schéma.....	23
3.2 Průběh Alzheimerovy choroby.....	23
3.2.1 Lehká demence.....	24
3.2.2 Střední demence.....	24
3.2.3 Těžká demence.....	24
3.3 Terapie Alzheimerovy choroby.....	24
3.3.1 Farmakoterapie.....	25

3.3.2 Nefarmakologická terapie	25
3.4 Česká alzheimerovská společnost (ČASL)	26
3.5 Alzheimerova choroba - zajímavá fakta	26
3.5.1 Výzkum Alzheimerovy choroby	26
3.5.2 Knižní bestseller.....	27
4 Volný čas jedinců s Alzheimerovou chorobou	28
4.1 Volný čas	28
4.2 Životní styl	29
4.3 Volnočasové aktivity pro seniory	29
4.4 Volnočasové aktivity pro seniory s Alzheimerovou chorobou.....	30
4.4.1 Aktivity využitelné v péči o jedince s Alzheimerovou chorobou	31
4.4.2 Sociální služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou.....	35
 EMPIRICKÁ ČÁST	
5 Metodologie práce	36
5.1 Cíl práce a výzkumné otázky	36
5.2 Metody sběru dat.....	37
5.3 Popis výzkumného vzorku	37
5.4 Sociální zařízení.....	41
6 Vyhodnocení a interpretace dat	48
7 Odpověď na výzkumné otázky a dílčí cíle	55
7.1 Dílčí cíle.....	55
7.2 Výzkumné otázky	57
8 Doporučení pro praxi	59
 ZÁVĚR.....	 61
 SEZNAM ZDROJŮ	 63
 SEZNAM PŘÍLOH.....	 65

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	40
Graf 2: Pracovní pozice.....	40
Graf 3: Nabídka volnočasových aktivit.....	50
Graf 4: Vedení volnočasových aktivit	50
Graf 5: Spokojenost klientů	52
Graf 6: Spokojenost rodinných příslušníků.....	53

ÚVOD

Alzheimerova choroba je v současné době rozšířeným a čím dál více známým onemocněním u seniorů. Tato nemoc spadá do kategorie demencí, kdy dochází k poškození nervových buněk v lidském mozku. Příčina nemoci může být genetického původu, ale ve většině případů má jinou příčinu, která ještě není přesně specifikována, ale jednu z hlavních rolí zde hraje opotřebení tkání v mozku.

Ve většině případů, kdy starší jedinec začne zapomínat, se přisuzuje jeho „skleróza“ stařecké demenci. Ta ovšem, jak uvádí mnoho autorů, není žádnou lékařskou diagnózou. Je to pouze lidové označení pro jedince, kteří mohou ve skutečnosti trpět velmi vážným onemocněním, které díky své prognóze má za následek smrt jedince.

V současné době se o jedince trpící demencí ve většině případů starají členové rodiny. Vzhledem k rozšíření této nemoci a počtu jedinců trpících touto chorobou, je totiž v České republice, dle osobního názoru, nedostatek sociálních zařízení. Případně jsou pro rodinu tak finančně nákladná, že si nemohou dovolit, aby v nich byl jedinec umístěn a bylo o něj postaráno. Proto má většina rodin nemocného jedince v domácí péči a rodinní příslušníci se o něj snaží co nejlépe postarat sami, nebo s pomocí sociálních služeb, které jsou poskytovány buď terénní službou nebo formou poradenství. Většinou však rodiny tápou v tom, jak s jedincem trávit čas, kromě pravidelné zdravotní péče, a je proto pro ně velmi psychicky zatěžující se o jedince starat.

Velmi často se stává, že rodiny odkládají nemocné jedince do nemocnice, aby si od nich odpočinuli, protože sami jsou psychicky nevyrovnaní z náročné péče o nemocného jedince. Velmi často to je zapříčiněno tím, že nevědí, jak mají s jedinci trávit volný čas. Když totiž není jedinec zaměstnán a netrénuje žádným způsobem své kognitivní funkce, může nemoc o to rychleji postupovat a pacient padá do negace, je agresivní, načež i rodinní příslušníci díky tomu strádají. A tomu se dá zabránit vhodnými volnočasovými aktivitami.

Z toho důvodu a také osobní zkušenosti s péčí o seniora s Alzheimerovou chorobou bylo vybráno téma této práce. Práce si klade za cíl popsat dostupné možnosti trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v České republice a na základě zjištěných informací vytvořit konkrétní doporučení pro podporu trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou. Doporučení bude primárně určeno pro rodiny pečující o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Kdy by toto doporučení mohlo být preventivním opatřením syndromu vyhoření v domácí péči o seniora s Alzheimerovou chorobou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří

„Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně.“ (Čeledová 2016, s. 11)

1.1 Periodizace stáří

Většina autorů uvádí ve svých dílech jako začátek stáří věk 65 let. I když se k definici stáří používají 3 kritéria, která nám věk 65 let jako věk stáří u individuálního jedince mohou posunout na jinou věkovou hranici. Těmito kritérii jsou kalendářní stáří, biologické stáří a sociální stáří.

1.1.1 Biologické stáří

Biologické stáří není přesně vymezené, záleží na každém jedinci individuálně. Biologické stáří je totiž soubor změn u jedince, které již nejsou vratné. Patří sem různá onemocnění, genetické predispozice, životní styl jedince, úrazy ale i psychický stav jedince. Biologický věk jedince se dá určit podle zubů či kostí. Toho využívají hojně archeologové u svých vykopávek. Věk, který archeologové určí je však pouze přibližný, nedá se určit přesně. (Čeledová 2016, Čevela 2012)

Biologické stárnutí můžeme rozdělit ještě do dvou podskupin, a to na primární a sekundární stáří. „Primární stárnutí je definováno biologickými změnami spojenými s věkem jedince, jež nezávisí na stávajícím celkovém zdravotním stavu člověka nebo na vnějších vlivech prostředí. Oproti tomu sekundární stárnutí je dáno samotným procesem stárnutí závislým na aktuálním zdravotním stavu člověka a také vlivech okolního prostředí.“ (Janiš 2016, s. 44)

1.1.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří, občas nazývané i jako kalendářní věk, je nejpřesnější určení období stárnutí. Je dáno dosažením určitého věku, který je předem stanovený jako věk stáří.

Nejčastěji jsme zvyklí dělit kalendářní stáří do následujících etap, která se mohou v některých knižních titulech lišit o pár let. Jsou jimi tyto etapy:

65 - 74 let = mladí senioři

75 - 84 let = staří senioři

85 a více = velmi staří senioři (Holmerová 2003)

Janiš (2016) ve své knize uvádí dělení podle Sýkorové a Haškovcové, které akceptují i gerontologičtí experti Světové zdravotnické organizace (WHO) rozdělením kalendářního stáří do těchto etap:

60 - 74 let = rané stáří

75 - 89 let = pravé stáří

90 a více let = dlouhověkost

V současné době se spekuluje o tom, že by se věk stáří mohl posunout, oddálit, jelikož se setrvale zlepšuje zdravotní i funkční stav nově stárnoucích jedinců. (Čeledová 2016)

1.1.3 Sociální stáří

Jako začátek sociálního stáří je nejčastěji uváděn odchod jedince do důchodu. I když sociální stáří pojímá i jiné aspekty, kterými jsou sociální zkušenosti, sociální status, generační příslušnost, změna sociálního postoje, odchod dětí z rodiny či přijetí role penzisty. Všechny tyto změny jsou součástí sociálního věku. Toto období můžeme tedy shrnout jako největší změnu v životě jedince, kdy dochází k velké změně v jeho životě, a to díky změně jeho role v sociální oblasti. (Čeledová 2016, Čevela 2012)

1.2 Změny ve stáří

Periodizace stáří nám ukázala základní dělení této oblasti života jedince, v následující podkapitole si proto uvedeme základní změny, které se dějí při procesu stárnutí. Toto dělení je v některých aspektech velmi podobné etapám stárnutí v jeho periodizaci.

1.2.1 Fyzické změny

Do těchto změn patří zhoršující se zdravotní stav, ale také vizuální změny, na které má nejvíce vliv náš životní styl, typ povolání během jedincova života a také genetické predispozice.

Mezi vizuální změny patří změna barvy vlasů, vzhledu nehtů, pevnosti pokožky (povislá kůže ze svalů, vrásky, suchá pokožka) apod.

Zdravotní změny v tomto období nesou větší váhu než vizuální změny. S přibývajícím věkem se totiž zvyšují i různá rizika v oblasti zdraví jedince.

Nejčastějšími změnami jsou smyslové změny, kdy dochází u většiny seniorů ke zhoršení zraku a sluchu. U některých se může objevit i ztráta chuti, čichu či hmatu.

Tyto změny však nejsou příliš rizikové, tak jako změny v oblasti tělesných funkcí, kdy dochází k ochabování svalstva, zpomalení pohybových reakcí, objevují se různá onemocnění kardiovaskulárního či pohybového aparátu.

V tomto věku se také velmi často začínají u jedince projevovat chronické choroby, ke kterým může mít jedinec i genetické predispozice, jako je například diabetes druhého typu, artritida nebo hypertenze.

Poslední fází u fyzických změn je smrt jedince, kdy jeho tělesná schránka už nedokáže odolávat jak vnitřním, tak vnějším vlivům a dojde k celkovému selhání organismu. (Janiš 2016, Vágnerová 2007)

1.2.2 Psychické změny

Během stárnutí dochází k úbytku mozkové tkáně a tím i ke změně kognitivních funkcí. U jedinců dochází k takzvanému zpomalení, kdy jedinec potřebuje více času na danou činnost či na zpracování informací. Tyto změny jsou však u jedinců v seniorském věku individuální. (Janiš 2016)

Vágnerová (2007) ve své knize uvádí, že psychické změny ve stáří jsou ovlivňovány jak geneticky, tak i životním stylem jedince. Nejvíce má genetická predispozice vliv na kognitivní funkce jedince, kdy dochází k syndromu demence, který bude podrobněji popsán v následující kapitole. Dále autorka uvádí u jedince změnu emocionality, která pomáhá jedinci v orientaci a adaptaci. Tato oblast je často podmíněna i biologicky, a to díky změně hormonů, jejich poklesem.

S psychickými změnami souvisí, jak již bylo výše uvedeno, i úbytek mozkové tkáně. K tomuto tématu se ještě vrátíme v samostatné kapitole s názvem „*Demence*“

1.2.3 Sociální změny

Tyto změny jsou nejčastěji spojovány s odchodem jedince do důchodu. Jedinec je totiž postaven před dva nejdůležitější aspekty, které ho budou doprovázet až do konce jeho života. Jedním z nich je odchod do důchodu, se kterým se těžko ztotožňují jedinci, kteří na tom nejsou nikterak zdravotně špatně a byli zvyklí celý život pracovat a s tím související změna finančního příjmu, jelikož jediný příjem, který nyní bude jejich základním finančním kamenem, je starobní důchod. (Janiš 2016)

Dochází tedy k omezení kontaktů se svými kolegy (např. po odchodu do důchodu), ale i odchodu dětí z domova, či odchodu partnera a celkové změně životního režimu. Jedinec se adaptuje na velkou změnu svého života. Nejen že se musí vyrovnat s tím, že

již není jeho úloha zabezpečit finančně svou rodinu, ale postačí mu zabezpečit sebe, ale také se musí naučit využívat volný čas, který u něj právě nastal. Už nemá doma malé děti, o které by se staral, může mít doma vnoučata, ale již jim nebude tolik fyzicky i psychicky stačit jako kdysi svým dětem. V tomto období také jedince opustí jeho životní partner, který dojde na konec své životní cesty. Takto mohou jedince opustit i jeho přátelé z řad vrstevníků. (Vágnerová 2007)

V tomto období je proto velmi důležité se o jedince postarat jak fyzicky, tak psychicky, aby se necítil sociálně vyloučený a nebyl tak urychlen jeho odchod ze života.

2 Demence

Demence je skupina projevů postižení mozku, která jsou ve většině případů ireverzibilní, nevratná. U jedince dochází jak k fyzickým změnám (především na mozku), tak i psychickým změnám (především v oblasti kognitivních funkcí, denních aktivit a emocí).

Péče o jedince s demencí je těžká jak pro jedince, který s nemocí bojuje, tak i pro rodinu, či zdravotní personál, který o jedince pečuje. Díky demenci se z jedince stává jiná osoba, často se mohou u jedince objevovat i bludy, úzkost, deprese a stavy náhlé zmatenosti. (Čeledová 2016, Jirák 2011)

2.1 Příčiny demence

Příčiny vzniku demence můžeme rozdělit do 2 hlavních skupin, kterými jsou atroficko-degenerativní procesy a sekundární demence.

2.1.1 Atroficko-degenerativní procesy

U této příčiny dochází k zániku mozkových nervových buněk a jejich spojů. Dále dochází k degradaci některých bílkovin a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Díky těmto příčinám tedy dochází k porušení funkce mozku, což má za následek syndrom demence. (Čeledová 2016, Jirák 2011)

2.1.2 Sekundární demence

Může vzniknout cévní příčinou, kdy dochází k omezení průtoku či uzavěrům mozkových tepen, což má za příčinu mozkový infarkt. Mozek může zasáhnout jeden větší infarkt nebo vícero menších infarktů, které následně poškodí mozek.

Další příčinou spadající do této skupiny jsou symptomatické příčiny, kam patří úraz, nádor, zánět, hypoxické a toxické poškození, která ovlivňují činnost centrálního nervového systému. (Čeledová 2016, Jirák 2011)

2.2 Projevy demence

Demence se může projevit několika způsoby, u každého jedince jsou projevy individuální. Někdy se může projevit jedna porucha a k ní se postupně přidávají další. Někdy se však může stát, že se objeví vícero poruch naráz.

Tyto poruchy můžeme rozdělit do 3 skupin:

1. Kognitivní poruchy

Do kognitivních poruch patří poruchy paměti, soustředění, orientace a myšlení jedince. Tato porucha je nejčastějším projevem demence.

2. Poruchy chování (behaviorální)

Tento projev je charakterizován neklidností, agresivitou, ale i bludy a halucinacemi. V tomto stavu může docházet k velmi závažným psychózám, které mají za následek i vizuální představy jedince (vidí kočku v posteli apod.). Taktéž může dojít k narušení spánku, kdy se jedinec dostane až do takového stavu, že ve dne spí a v noci plně funguje.

3. Sociální změny/změny aktivit denního života

V této fázi dochází ke ztrátě soběstačnosti jedince. Jedinec nezvládá denní úkony, je nesoběstačný, začíná se stranit společnosti, zneprátní si mnohdy své okolí. U velmi těžkých případů demence je pak jedinec odkázán čistě na pomoc svého okolí, jelikož už nezvládá ani základní věci jako je oblékání, či vylučování nebo stravování. Většinou je takovýto jedinec plně připoután k lůžku. (Holmerová 2003, Jiráček 2011)

2.3 Diagnostika demence

Při vyšetření jedince s demencí je používán pohled jak nemocného jedince, tak ošetřující/pečující osoby. Často je demence zaměňována za stáří. Stav je tedy přisuzován věku jedince, je proto důležité projít s postiženým pacientem určitá vyšetření, která by případně demenci vyloučila nebo jí potvrdila.

Proces vyšetření zahrnuje tyto aspekty:

- anamnéza – rodinná, osobní, farmakologická, nynější onemocnění, je důležité přihlídnout i k různým úrazům hlavy, depresím či mozkovým příhodám
- somatické vyšetření – krevní odběry, EEG, EKG, tlak a puls
- orientační vyšetření – testy paměti a poznávacích funkcí, lékař zde testuje pacientovu neurologicko-psychiatrické funkce
- zobrazovací techniky – CT, MR (magnetická rezonance), PET a již zmiňované EEG (Koukolík 1998)

2.4 Průběh demence

Průběh demence se dělí do 3 stádií:

1. *„Počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí.*
2. *Středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý či převážný dohled.*
3. *Pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit.“ (Holmerová 2003, s. 50)*

Nejvíce ho ovlivňují tyto aspekty:

- příčina onemocnění
- pokročilost onemocnění
- přidružená onemocnění a léky
- osobnostní rozvoj jedince (např. slovní zásoba)
- vliv prostředí. (Čeledová 2016, Holmerová 2003)

Podle příznaků, postižení mozku a původu můžeme demenci dále rozdělit na určité typy.

Kdy nejčastější jsou tyto typy demence:

- Alzheimerova choroba
- Vaskulární demence
- Demence s Lewyho tělísky
- Demence u Parkinsonovy choroby
- Frontotempolární lobární demence
- Progresivní supranukleární obrna
- Huntingtonova chorea
- Demence infekčního původu
- Limbická encefalitida
- Některé reverzibilní demence (Koukolík 1998)

2.4.1 Mírná kognitivní porucha

V tomto období dokáže pacient sám na sobě poznat, že u něj dochází ke ztrátě paměti, zapomíná některé z aktivit a pozoruje výpadky událostí, které již zažil. Zde je důležitá včasná návštěva specialisty a provedení vyšetření pro potvrzení nebo vyloučení demence u pacienta.

Včasná diagnóza v tomto období může pomoci pacientovi do budoucna. Pokud mu bude včas a správně vysvětlen průběh nemoci, může se pacient, případně jeho rodina, připravit na další postup nemoci a její následky v životě pacienta. (Holmerová 2003, Jirák 2011)

2.4.2 Fáze rozvinuté demence

V této fázi je už zapotřebí zajistit pacientovi dohled a pomoc v péči. Pacient již začíná být ovlivňován svou nemocí a mohou se u něj objevit bludy a různé představy. Také se proto začíná využívat farmakologické i nefarmakologické terapie v širším měřítku.

Je dobré, aby pacient v této fázi byl buď v domácím prostředí, kde ale bude pod nepřetržitým dohledem anebo ve specializovaném zařízení pro pacienty s demencí, kde má také nepřetržitý dohled. Případně může rodina využívat denních stacionářů, kde může pacient trávit denně určitý čas.

Důležité je snažit se neomezovat pacienta, a to jak fyzicky, tak i farmakologicky. Je potřeba zbytečně ho nevystavovat stresu a zátěži, vyloučí se tím pacientovo negativní chování, stres a deprese. (Holmerová 2003, Jirák 2011)

2.4.3 Pokročilá a terminální fáze demence

V této fázi už dochází k vymizení verbální komunikace jedince a postupným terminálním stádiem. Pacient není schopen rozpoznat členy své rodiny, není schopen sám se najíst nebo napít, neoblékne se, zhoršuje se u něj mobilita, dochází k inkontinenci a může dojít i k poruše polykání.

I když pacient není schopen verbální komunikace, je zapotřebí, aby si pečující všiml jeho neverbálních gest, které mohou usnadnit péči o pacienta. V této fázi již pacient také přechází do terminálního stádia. Proto by měl pečující dbát na jeho komfort a zbytečně pacienta nestresovat různými výkony, ale spíš se snažit ho uklidnit a zpříjemnit mu poslední chvíle života.

Zda se již pacient dostal do terminálního stavu poznáme podle toho, že komunikace již téměř vymizela, pacient je připoután k lůžku a pouze ho polohujeme, přijímá pouze tekutou stravu (odmítá stravu úplně), dochází k úbytku hmotnosti a dehydrataci, přestává reagovat na podněty a většinu času spí. (Holmerová 2003, Jirák 2011)

2.5 Léčba demence

Některé druhy demencí jsme v současné době schopni vyléčit plně, bez návratu, některé však jsou neléčitelné, můžeme je pouze zpomalit, případně oddálit jejich příznaky.

2.5.1 Biologická léčba

Nejběžnější biologickou léčbou je farmakoterapie, kterou dále můžeme rozdělit na 2 typy, kterými jsou:

1. Kognitivní farmakoterapie

Tato léčba je zaměřena spíše na příčiny dané demence. I když u některých se příčina nedá jasně zjistit, zaměřují se lékaři v léčbě na přibližné příčiny

Látkami užívanými v této léčbě jsou inhibitory acetylcholinesteráz, memantin, látky likvidující volné kyslíkové radikály, nootropní farmaka a příbuzné látky. Při některých léčbách se užívají i antirevmatika, která dokáží potlačit zánětlivý proces i v mozku.

2. Nekognitivní farmakoterapie

Tato terapie má za úkol ovlivnit „*poruchy chování, změny nálad a afektů, poruchy spánku u demencí.*“ (Jirák 2011, s. 89)

Při této léčbě se nejčastěji užívají antipsychotika II. generace, antidepresiva a anxiolitika. (Jirák 2011)

2.5.2 Nebiologická léčba

Při této léčbě je důležitá komunikace s pacientem a dodržování určitých zásad v péči o něj. Nejdůležitější jsou v této léčbě tyto aspekty:

- Programování aktivit

V léčbě demence je důležité, aby pacient dodržoval denní aktivity, které jsou běžné pro zdravého jedince, avšak nesmíme ho do ničeho nutit. Pokud pacient sám činnost vykonávat nechce, mělo by být cílem pečující osoby, aby alespoň tyto aktivity sledoval. Tento způsob se užívá u pacientů se středně rozvinutou demencí.

- Individuální aktivity

Individuální aktivity zahrnují také denní aktivity, ale už ne v takovém širokém rozsahu. Jsou totiž užívány u pacientů s pokročilou fází demence. Tito pacienti jsou už často připoutáni k lůžku a jejich možnosti jsou tudíž omezeny, proto je vhodné dělat s pacienty jednoduché činnosti.

- Reflektivní podpora

V této metodě se nejvíce využívá rehabilitačních a stimulačních prostředků. Je velmi důležitá komunikace mezi pacientem a pečující osobou a rodinou. Jednou z hlavních zásad této metody je, nedělat nic, co by nebylo pacientovi příjemné, a to jak fyzicky, tak i psychicky.

- Orientace realitou

Zde je užíváno především ukazatelů období (kalendář, hodiny), případně barevných označení, jelikož pacient s demencí často bývá dezorientován a nemá představu v jaké době (místě a čase) žije. Občas i zapomíná, že některé osoby v jeho okolí jsou již zesnulé. S touto domněnkou je zapotřebí pracovat opatrně, aby se pacient nedostal do depresí.

- Validace

Tento způsob je založen na menší podpoře pacientových domněnek, které se mu pečující osoba nesnaží vyvrátit. Pečující přijme jeho představu a snaží se s ním o tom bavit, avšak nerozvíjí tuto představu, jen se jí opatrně snaží přesměrovat na aktivitu, kterou chce pečující s pacientem vykonávat.

- Kognitivní trénink

Kognitivní trénink je v léčbě demence užíván spíše pro procvičování a zábavu pacienta. Jelikož u této nemoci nemůžeme očekávat žádný progres, ani posun pacienta k lepšímu, jelikož to sama nemoc znemožňuje.

- Reminiscence

V rámci této terapie se vracíme do minulosti pacienta. Nejlépe k tomu poslouží fotky, informace od rodiny, případně hudba či písně. Dále, než do středního stáří by se však nemělo zacházet, jelikož by to mohlo vyvolat u pacientů špatnou reakci.

- Naučené postupy

Tento aspekt je v péči o člověka s demencí velmi důležitý, jelikož dodržováním denních režimů a zvyklostí pacienta může pečující předejít agresi či nevhodnému chování pacienta. Je vhodné využít zde zkušeností rodiny či předchozího zdravotního zařízení a návyky pacienta neměnit.

- Příjemné prostředí

Prostředí by mělo být pro pacienta příjemné a v rodinném duchu. Prostory by měly být přizpůsobeny jeho zdravotnímu stavu, např. odstranění prahů, žádné překážky v prostoru, madla v koupelně a na záchodě. (Jirák 2011)

- Kinezioterapie

„Kinezioterapie v jakékoli formě je přínosem také pro lidi s demencí a přispívá zejména k udržení svalové síly a stability, ale je i dobrou prevencí problémového chování.“ (Jirák 2011, s. 100)

3 Alzheimerova choroba

Alzheimerovou chorobou se označuje onemocnění mozku, při kterém dochází ke ztrátě nervových buněk díky ukládání bílkoviny, která vzniká chorobně. Je to jeden z nejčastějších typů demence, kdy dochází k poruše paměti, kognitivních funkcí, intelektuálních a fyzických schopností.

Takovýto jedinec začíná být postupně závislý na každodenní pomoci jiného člověka. (Holmerová 2003, Jirák 2009)

Americká psychiatrická asociace uvádí jako definici Alzheimerovy choroby toto:

„A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:

1. Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím nebo znovu vybavovat informace již naučené).

2. Jeden nebo více z následujících specifických příznaků:

a) afázie (porucha řeči)

b) apraxie (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy)

c) agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že sensorické funkce nejsou postiženy)

d) poruchy výkonu činností (např. plánování, organizace, řazení podle posloupnosti, abstrahování).

B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka a vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování.

C. Průběh Alzheimerovy nemoci je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností.“ (Zgola 2003, s. 20)

3.1 Příznaky Alzheimerovy choroby

Jako první z příznaků se uvádí, že dochází k zapomínání denních událostí (např. co měl jedinec k obědu, nebo co snídal). Postupně jedinec začíná ztrácet slova, nebo jeho slova postrádají význam, kdy on sám neví, co chtěl svými slovy říct. Později se začíná jedinec ztrácet v prostoru, neorientuje se, kde se nachází u něj doma záchod, kudy na autobusovou zastávku, nebo se nedokáže vrátit z procházky nazpět domů.

U některých jedinců se též může projevit porucha sekvence činností (vykonávají pravidelnou denní činnost v jiném pořadí, než to doposud dělali), nebo se projeví porucha

ne-kognitivních funkcí, kdy dochází k depresím či halucinacím. Nemocní jsou většinou silně přesvědčeni, že jim nic není, odmítají přiznat si svou nemoc i přijetí léčby. (Koukolík 1998, Jirák 2009)

3.1.1 P-PA-IA schéma

Toto schéma České Alzheimerovské společnosti slouží k popisu a určení pokročilosti nemoci.

První stádium – P (paměť)

V tomto stádiu je jedinec soběstačný, ale ve velké míře se zde objevují poruchy paměti a výbavnosti.

Druhé stádium – PA (programované aktivity)

Jedinec v tomto stádiu již potřebuje dohled, jelikož se zhoršují poruchy paměti, a to hlavně v oblasti denních aktivit (oblékání, stravování apod.)

Třetí stádium – IA (individuální asistence)

V tomto stádiu již musí být veškeré aktivity jedince plánovány pečující osobou. Může se objevit negativismus, agrese, jedinec přestane poznávat osoby ve svém okolí, včetně rodinných příslušníků.

Čtvrté stádium – ošetrovatelská péče

V tomto stádiu je jedinec již plně závislý na péči druhé osoby, často bývá připoután trvale na lůžko, inkontinentní a jeho slovní zásoba je minimální. (Čeledová 2016)

3.2 Průběh Alzheimerovy choroby

Průběh Alzheimerovy choroby je pomalý a plíživý, kdy dochází ke zhoršování stavu jedince. Někdy může dojít k zastavení nebo zpomalení nemoci, vždy ale nemoc po určitém čase dále pokračuje. V terminálním stádiu je pacient většinou postižen nemocí, která je u pacientů netrpících Alzheimerovou chorobou léčitelná (např. bronchopneumonie), nebo jakýmikoliv úrazy (které jsou méně pravděpodobné u zdravých jedinců). (Jirák 2011)

Pacient, kterému byla diagnostikována Alzheimerova choroba, žije s touto nemocí v průměru ještě následujících 7 let (někteří autoři uvádějí 7-10 let). Jednotlivá stádia trvají 3-5 let, poté nastupuje další stádium až do terminální fáze. (Callone 2008, Zvěřinová 2017)

3.2.1 Lehká demence

Toto stádium je někdy také označováno jako rané stádium. U pacienta dochází k odumírání mozkových buněk v paměťové části mozku. Pacientovi začínají vypadávat nedávné události (špatná funkce krátkodobé paměti), dochází k profesním poruchám, k poruchám pravidelných denních aktivit a mohou mu dělat problém cesty na vzdálenější místa, než je zvyklý chodit (či je navštěvovat). Můžou se objevovat i symptomy deprese. (Callone 2008, Zvěřová 2017)

3.2.2 Střední demence

Stadium označované také jako mírné stádium nemoci. Zde dochází k rozšíření odumírání mozkových buněk do celého mozku. Pacient přestává ovládat aktivity denního života, jako je oblékání, stravování, používání běžných předmětů (např. lžíce, propiska, kapesník) a také ztrácí ve velkém orientaci. Dochází také k dezorientaci v čase, objevují se i poruchy chování a obtíže psychického charakteru demence. (Callone 2008, Zvěřinová 2017)

3.2.3 Těžká demence

Těžká demence je již pokročilé stádium onemocnění. Pacient už ztrácí schopnost reagovat na podněty, dochází ke ztrátě logického myšlení. Pacient je plně dezorientován a není schopen ani rozpoznat osoby ve svém okolí (rodinné příslušníky, ošetřující personál). Délka dožití pacienta v tomto stádiu je velmi závislá na péči jeho okolí, jelikož on už vůbec není schopen se o sebe postarat. (Callone 2008, Jiráček 2011, Zvěřinová 2017)

3.3 Terapie Alzheimerovy choroby

Na Alzheimerovu chorobu není přímo lék, spíše se v terapii snažíme zmírnit příznaky nemoci, a tak zpomalit průběh nemoci.

„Terapie Alzheimerovy nemoci má být komplexní. Zahrnuje farmakoterapii, psychosocioterapii (především kognitivní trénink a další behaviorální postupy), léčbu interkurentních onemocnění, rehabilitaci tělesných funkcí a v neposlední míře i práci s rodinou a dalšími pečovateli nemocného.“ (Koukolík 1998, s. 213)

Jak už bylo zmíněno v předchozí kapitole s názvem Demence, dělíme terapii i u této nemoci na farmakoterapii (kognitivní a nekognitivní) a nebiologickou terapii.

3.3.1 Farmakoterapie

Jak již bylo výše zmíněno, lék na Alzheimerovu chorobu ještě není znám, ve farmakologické léčbě proto využíváme léky pro zpomalení postupu nemoci. V této léčbě tedy užíváme kognitivní farmakoterapie, kdy se využívá mozkových inhibitorů acetyl- abutyrylcholinesteráz. Díky tomuto působení se zpomaluje postup demence v mozkových buňkách. V této terapii se využívají farmaka působící na neurotransmiterový systém, farmaka zvyšující odolnost nervové tkáně v mozku k hypoxii, látky odstraňující volné kyslíkové radikály, protizánětlivé preparáty a neuropeptidy.

Nekognitivní terapie se u pacientů s Alzheimerovou chorobou zaměřuje na přidružená onemocnění, jimiž mohou být halucinace, paranoia, poruchy chování a spánku, neklid, deprese a úzkost.

V současné době se také testuje působení ginkgobiloby, u které zaznamenali vědci působení na nervový systém a také se spekuluje o využití omega-3- mastných kyselin v léčbě. (Koukolík 1998, Zvěřová 2017)

3.3.2 Nefarmakologická terapie

Při nefarmakologické terapii se využívá nejvíce různých cvičení a rehabilitací, která podporují kognitivní i nekognitivní funkce pacienta. Je důležité udržovat pacienta co nejdéle (v rámci možností) soběstačného, či s minimální potřebou pomoci druhé osoby. U této péče se zaměřujeme na denní aktivity a návyky pacienta. Je dobré mít velké hodiny a kalendář, aby se pacient lépe orientoval čase, místnosti označeny názvy (toaleta, koupelna apod.) pro lepší orientaci v prostoru.

Je také dobré využívat různých aktivizačních skupin v centrech pro podporu rodin s pacienty trpící demencí. Případně provádět cvičení i v domácím prostředí s pečovatelem či členem rodiny. Dále není vhodné měnit pacientovo domácí prostředí, pokud to není opravdu nutné (nemocnice, domov pro seniory), může to totiž způsobit u pacienta adaptační syndrom, který může vést až ke smrti pacienta. (Koukolík 1998, Zvěřová 2017)

3.4 Česká alzheimerovská společnost (ČASL)

Tato asociace vznikla na podnět profesionálů a rodinných příslušníků, starajících se o nemocné s Alzheimerovou chorobou, a to na základě domněnky, že je u nás v republice věnováno málo pozornosti problematice s demencí a péče o nemocné.

Asociace funguje již od roku 1997, kdy je k dispozici každý den od 8:00 do 20:00hod. Kontaktní a informační centrum, dále je k dispozici webová stránka www.alzheimer.cz. V Kontaktním a informačním centru, i na webových stránkách jsou poskytnuty veřejnosti základní informace o problematice s demencí a o službách, které mohou lidé využívat.

Dalšími službami, které nabízí ČASL je „Čaj o páté“ a „Relax“. „Čaj o páté“ je skupina, která se schází jednou za 14 dní a rodinní příslušníci si tu pod vedením profesionálního pracovníka vyměňují své názory a zážitky a řeší své případné problémy. Oproti tomu „Relax“ je skupina podporující rodinu již po ztrátě nemocného jedince s Alzheimerovou chorobou, kdy je setkání v přítomnosti psychologa a je vedeno spíše jako relaxační proces.

Péče o pacienta s demencí je velmi náročná pro rodinné příslušníky starající se o nemocného jedince. Proto ČASL nabízí respitní péči, kdy jejím principem je převzetí si pacienta na několik hodin v týdnu, aby si pečující rodina mohla tzv. „odpočinout“ (často je tato služba využívána, aby si pečující jedinec zařídil povinnosti, které nemůže zastat při neustálé péči o nemocného jedince). (Holmerová 2011, Jirák 2009)

ČASL též vydává brožury a letáky pro veřejnost ohledně demence a její diagnózy, či informace pro jedince již postižené demencí. Dále jsou vydávány informační listy, materiály pro pracovníky pečující o nemocné (příručky). Asociace se též podílela „*na přípravě a vydání pomůcek pro kognitivní trénink pacientů s počínající demencí či kognitivní poruchou*“. (Jirák 2009, s. 102)

3.5 Alzheimerova choroba - zajímavá fakta

3.5.1 Výzkum Alzheimerovy choroby

Výzkum ohledně této nemoci je ve světě velmi významný. Řadí se mezi výzkumy AIDS, nádorů apod. a to z důvodu, že je tato nemoc podle prognózy jednou z nejzávažnějších onemocnění s vysokou mírou postižení kvality života jedince, náročnosti práce pečovatelů a ekonomickou náročností.

Výzkum je především zaměřen na genetickou modifikaci buněk, které nemoc zapříčiňují, již je vytvořené očkování, proti bílkovinám podílejících se na průběhu nemoci (zatím pouze výzkum) a jsou vyvíjena léčiva, která by měla jedincům s tímto

onemocněním pomoci v léčbě. Ukazuje se však, že vliv na vznik této nemoci u zdravého jedince má i jeho BMI (body mass index). Jedinci s nižším BMI mají větší šanci onemocnět Alzheimerovou chorobou, a to díky většímu ukládání amyloidů. (Jirák 2009, Zvěřová 2017)

Nové poznatky ve výzkumu však ukazují i na to, že by tato nemoc mohla být způsobena infekcí, jelikož vědci zjistili, že se mozek nenachází ve sterilním prostředí, jak si doposud mysleli. Proto si myslí, že by mohl mozek být napaden některou z infekcí, načež začne tělo reagovat, díky svému imunitnímu systému, zvýšenou tvorbou protilátek, které mají na následek degeneraci neuronů. (Zvěřová 2017)

„Základním předpokladem infekční hypotézy je, že infekční agens persistují v mozcích v latentní formě, aniž by způsobily obraz infekce. K jejich aktivaci může dojít stárnutím, stresem, snížením imunity, případně kombinací všeho.“ (Zvěřová 2017, s. 77)

3.5.2 Knižní bestseller

Jako významný fakt o této nemoci bych chtěla vyzdvihnout knihu s názvem „*Ještě jsem to já*“ (z originálu *Still Alice*) od autorky L. Genova. Kniha byla též zfilmována se stejnojmenným názvem v angličtině a v českém překladu s názvem „*Pořád jsem to já*“.

Hlavní hrdinkou je zde profesorka lingvistiky, která zprvu zapomíná slova a později jí je diagnostikována Alzheimerova choroba a rodina se musí začít náležitě o nemocnou starat.

Příběh je dosti realistický a ve všech aspektech názorně ukazuje průběh celé nemoci od jejich prvotních příznaků až po závěr, kdy je hlavní hrdinka plně závislá na péči svého okolí a její paměť je téměř celá v zapomnění.

4 Volný čas jedinců s Alzheimerovou chorobou

4.1 Volný čas

Jako definice volného času by se dalo uvést, že je to čas mimo naše pracovní povinnosti, je to čas, kdy danou činnost (dané činnosti) děláme dobrovolně a podle vlastního uvážení, které nás dále naplní pocitem blaženosti a radosti.

Pod tímto pojmem jsou zahrnovány aktivity jako je odpočinek (relaxace), zábava, cestování (rekreace) či dobrovolná činnost (např. pomoc při vysazování stromků v lese). Pro některé se volnočasovými aktivitami mohou stát i aktivity, které jsou v běžném životě standartní, jako je příprava pokrmů (často mají lidé pečení či vaření jako svůj koníček).

Někteří autoři také uvádějí, že do volného času nespádají aktivity, ze kterých má jedinec nějaký užitek. Tím pádem by výše zmíněné pečení tzv. „pro radost“ nebylo volnočasovou aktivitou, nebo když se jedinec učí plést, ve finále je z toho nějaký produkt, takže by to někteří autoři také nebrali jako volnočasovou aktivitu. Názory na to, co opravdu spadá do volného času se liší, ale jedno mají společné, a to, že je to činnost, kterou vykonáváme mimo své povinnosti (škola, práce, aktivity denního života). (Janiš 2016, Pávková 2002)

U seniorů, jejichž volnému času se bude tato kapitola věnovat, je volný čas spíše návratem k činnostem, které dříve praktikovali.

Velmi zřídka se chtějí senioři věnovat ve svém věku úplně novým aktivitám. Spíše se vrací k tomu, co dělali ve svém mládí (nejčastěji se jedná o sportovní aktivity) nebo k aktivitám, na které neměli při svém zaměstnání a péči o děti čas (zahradu, cestování). (Holczerová 2013)

Janiš (2016) také ve své knize uvádí, že má volný čas v životě jedince určité funkce, kterými jsou:

1. Výchovně vzdělávací funkce – působení na jedince různými aktivitami a chováním jeho okolí

2. Zdravotní funkce – přinášení zdravotních benefitů v podobě sociální a duševní pohody a zdravého fyzického stavu (v rámci možností jedince)

3. Sociální funkce – úzce spjata se zdravotní, jedinec je členem společnosti, kde se cítí dobře, a to i ve zdravotnických, případně sociálních zařízeních.

S tím se ztotožňuje s Pávkovou (2002), která ještě přidala k těmto funkcím čtvrtou funkci, a to funkci preventivní, která má za úkol obeznámit jedince s různými druhy závislostí, kriminalitou a vandalstvím, záškoláctvím, šikanováním apod.

4.2 Životní styl

„Životní styl je tvořen totalitou života v průběhu celé životní dráhy a 24 hodin denně.“ (Holczerová 2013, s. 30)

Životní styl je nedílnou součástí volného času, jak uvádí většina autorů ve svých dílech. Někteří tyto pojmy zaměňují nebo je spojují jako synonymum. Životní styl je však myšlen jako styl našeho života, tedy průběh celého lidského života, který je ovlivňován jeho průběhem. Je změněn vždy změnou životní situace jedince. Když si jedinec najde partnera, spojí se jeho životní styl se stylem jiného jedince a vznikne tak zase jiný druh životního stylu, kdy se jedinec nezaměřuje pouze na uspokojování svých potřeb, ale musí svůj styl života přizpůsobit i osobě sobě blízké. Životní styl se také mění nástupem do školy, do zaměstnání, příchodem nového člena rodiny (svatba, narození dítěte), odchodem do důchodu, smrtí blízké osoby. (Holczerová 2013, Janiš 2016)

4.3 Volnočasové aktivity pro seniory

V seniorském věku je důležité, aby jedinec neupadl do nečinnosti. Hrozí tím propad do depresí, urychlení procesu stárnutí a také se mění jeho osobnost.

Při tvorbě volnočasových aktivit pro seniory je zapotřebí pojmout hodně oblastí, a to jak pro fyzickou stránku jedince, tak pro jeho psychickou stránku. Je dobré zahrnout do programů cvičení, ergoterapii, nácviky všedních aktivit, společenské aktivity (různé společenské hry, čtenářský klub apod.), muzikoterapii, zooterapii, arteterapii a další aktivní programy. (Holczerová 2013, Janiš 2016)

Nejrozšířenější a pro seniory nejvhodnější terapií je ergoterapie, která je hojně využívána ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ale i v domácí péči. Díky ergoterapii je podporováno zdraví jedince, jeho duševní, ale i fyzická pohoda, zlepšují se tím manuální schopnosti jedince. Je tím podporována kognitivní funkce, jedinec je socializován (ať už ve skupině či v rodině) a může se i podílet na plánování terapie. (Holczerová 2013)

Do volnočasových aktivit pro seniory můžeme zahrnout ale i vzdělávání. To má pozitivní vliv na seniory, a to především díky tomu, že se nejen naučí něco nového, ale

také je to může připravit na věci, které jsou pro ně v budoucnu nevyhnutelné. Instituce, které takovéto vzdělávání pro seniory nabízí, jsou především Univerzita třetího věku, kdy je možnost i virtuální univerzity, dále pak Akademie třetího věku, ale i kluby pro seniory či seniorská centra. (Janiš2016)

Oblasti, které by měly zahrnovat aktivity pro seniory shrnul Janiš (2016) do 3 skupin, kterými jsou:

Tělesná oblast přinese zlepšení v oblasti kardiovaskulárního systému, zlepšuje koordinaci pacienta a může celkově zlepšit fyzický stav jedince. Jedinec se po tělesné námaze může cítit lépe a uvolněně.

Psychická oblast se zlepší díky fungování ve skupině a také má na ni velký vliv i tělesná oblast, jelikož díky cvičení dochází k lepší regulaci krve a díky tomu i okysličování mozku a následnému zlepšení psychického stavu.

Sociální oblast přinese zlepšení vztahů ve skupině, udržení si určité role jedince. Pacienti se tolik neuzavírají a nesnaží se izolovat od ostatních jedinců.

4.4 Volnočasové aktivity pro seniory s Alzheimerovou chorobou

Pro jedince s Alzheimerovou chorobou nemůžeme sestavovat volnočasový program, tak jako pro zdravé jedince. Žádné vyvěšené programy na nástěnce, žádné nucené programy s jejich přítomností. Nemocný jedinec by se měl do dané aktivity zapojovat sám a spontánně. Není vhodné jedinci něco vnucovat. Může spadnout do negace a být i agresivní či v depresi. (Callone 2008, Zgola 1998)

„Aktivity, ke kterým jsou lidé nuceni, pro ně nemají smysl.“ (Zgola 1998, s. 153)

Pomocí správně situovaných aktivit pro nemocného zajistíme, že zůstane stále aktivní, i když ztrácí některé ze svých schopností a díky tomu se využijí zachované schopnosti jedince. Pro jedince je to stejně důležité jako fyzická činnost a výživa. Často se však stává, že se pečující osoba snaží pro nemocného jedince dělat vše, aby byl spokojený a plně zabezpečený, aniž by si uvědomila, že díky tomu jedinec strádá a postup nemoci se tak může urychlit. Je proto důležité nemocného jedince zapojovat do všech aktivit, které v rámci svého zdravotního stavu ještě zvládne. (Callone 2008, Zgola 1998)

U jedince s Alzheimerovou chorobou je velmi důležitý individuální přístup. Pro plánování jeho aktivit v sociálním zařízení je zapotřebí znát, co byl zvyklý dělat sám doma, co bylo jeho náplní dne, jaké měl záliby, co ho baví apod. Podle toho pak můžeme sestavovat aktivity, kterých se může jedinec zúčastnit i ve skupině, aby se socializoval.

Jedinec by se měl na společenskou aktivitu dostavit z vlastní iniciativy, protože ho to bude zajímat. (Callone 2008, Zgola 1998)

Pro domácí péči je individuální přístup také důležitý. V rámci aktivit je vhodné pokračovat dál v rituálu denních aktivit, na které byl zvyklý, když byl v domácnosti sám. Nejvhodnější je nechat klienta v jeho vlastním domově, i když někdy je zapotřebí, aby se nastěhoval k rodině, která o něj bude pečovat. V rámci volnočasových aktivit je vhodné co nejvíce podporovat pacienta v jeho rutinních aktivitách, na které je zvyklý. V daných aktivitách by ho měl pečující podporovat, nenutit do něčeho co nechce, ale na druhou stranu nenechat nemocného, aby dlouhou dobu setrval v nečinnosti. Může se totiž dostat do negace a následné deprese. (Callone 2008)

Kromě denních a aktivit je vhodné naplnit program jedince i aktivitami, kterými bude procvičovat kognitivní funkce (pexeso, hry na zapamatování), motorické funkce (stříhání, vyrábění z plastelíny) či své smysly (čichové, oftalmologické). Aktivity, které jsou nejvhodnější pro seniory s Alzheimerovou chorobou budou přiblíženy v následující kapitole. (Callone 2008, Zgola 1998)

4.4.1 Aktivity využitelné v péči o jedince s Alzheimerovou chorobou

V péči o člověka s Alzheimerovou chorobou je zapotřebí, jako u jiných demenčních postižení mozku, trénovat kognitivní funkce, ale současně i využívat aktivního pohybu jedince, dokud o tuto schopnost nepřijde.

Ergoterapie

Cílem této terapie, jak uvádí Holczerová (2013), je „*dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů*“, i když s postupem onemocnění tato možnost pomalu upadá. Pomocí ergoterapie se snaží pečující u nemocného co nejdéle zachovat jeho soběstačnost v rámci denních aktivit, udržení duševní pohody jedince. Záměrem této terapie je prolínání několika spolu souvisejících, či na sebe navazujících činností, aby to dávalo pacientovi smysl (aby nedělal danou aktivitu jen tak, bez následného využití), můžeme toho docílit například pečením.

Pacient tedy v rámci této terapie provádí aktivity jako je vaření (pomoc při vaření), uklízení, práce na zahradě, práce v dílně, pletení apod. Dané aktivity je dobré doprovodit například poslechem hudby, případně vonnými svíčkami, abychom prováděnou činnost co nejvíce pacientovi zpříjemnili a působili na co nejvíce pacientových smyslů. (Holczerová 2013, Holmerová 2009)

Muzikoterapie

Tato terapie pojímá jak duševní schránku jedince, tak i jeho stránku fyzickou. Díky hudbě může dojít u pacienta k uklidnění, případně hudbou může naopak vyjádřit své pocity, taktéž je může vyjádřit tancem na danou hudbu. Některé výzkumy poukazují na to, že zvukové vlny působí na tělo člověka a díky tomu může utěšit i chronickou bolest a navodit u člověka pocit úplného tělesného i duševního uklidnění. (Holczerová 2013)

Holczerová (2013) dále ve své knize uvádí formy muzikoterapie, kterými jsou poslech a tvorba hudby, zpěv, pohyb na hudbu, hudební a imaginární cvičení. Od poslechu hudby se tedy může pacient přesunout až k její samotné tvorbě, kdy může následně využívat různých nástrojů (nejčastěji se využívají Orffovy nástroje).

Pohybové aktivity

Pohybové aktivity jsou pro jedince s demencí velmi vhodné, a to nejen díky tomu, že se zlepšuje jeho fyzická stránka, ale také díky ovlivňování centrální nervové soustavy má pohyb příznivý vliv na psychický stav jedince. (Holczerová 2013)

Aktivity můžeme rozdělit do několika okruhů, které uvádí Holczerová (2013) ve své knize:

1. Léčebná tělesná výchova

Tuto terapii je zapotřebí provádět nejlépe pod lékařským dohledem, kdy se využívá speciálních přístrojů, které podporují jak pasivní pohyby těla, tak například dechový systém.

2. Zdravotní tělesná výchova

Toto cvičení je vedeno profesionálními pracovníky, kdy se pacient účastní např. skupinových cvičení, rekondičních pobytů apod.

3. Habituální pohybová aktivita

Tato aktivita je běžnou denní aktivitou, jako je například chůze. Tudíž jí provádíme každý den, když se někde přemísťujeme chůzí.

4. Rekreační sport

V tomto případě se jedná o aktivity jako je například turistika, plavání, či kolektivní hry, kterých se může jedinec účastnit v kolektivu.

Taneční terapie

Tato terapie je využívána u starších jedinců trpících demencí spíše jako psychologická terapie, kdy si jedinec uvědomuje sám sebe pomocí pohybů svého těla. Tanec má v tomto případě tedy vliv „na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické“ stránky pacienta. V rámci této terapie je využíván pohyb u běžných aktivit,

není používán v rámci daného systému po sobě jdoucích kroků jako například u tanečního sportu. Pohyb je zde volný a zaměřený na vnímání jedince a jeho uvolnění při tanci. (Holczerová 2013)

Arteterapie

Arteterapie využívá výtvarného umění, díky němuž může jedinec projevit své pocity, a to různými formami. Může zde využít různých výtvarných prostředků, stylů, technik. Jeho díla mohou být i vystavována, případně je může někomu darovat, což zase přispěje k lepšímu psychickému stavu jedince. Tato metoda podporuje u starších jedinců jemnou motoriku a jejich krátkodobou paměť. (Holczerová 2013)

Dramaterapie

Tuto terapii by měl vykonávat zkušený terapeut, který je obeznámen s geriatrickou problematikou jedince a jeho zdravotním stavem. Aplikací dramaterapie můžeme docílit zklidnění klienta, zmírnění jeho agrese. Pomocí této terapie může vyjadřovat své pocity a případné nedořešené konflikty. Často tak projevují své pocity a potřeby, které nemohou vyjádřit verbálně. (Holczerová 2013)

Kinezioterapie

Kinezioterapie využívá cvičení, které podporuje svalovou sílu a stabilitu jedince. Může se využít i taneční terapie, která podporuje jak fyzickou část jedince, tak i psychickou a sociální. Jedinec přijde do bližšího kontaktu s jinou osobou díky společnému tanci a díky tomu se může zlepšit jeho sociální citění. (Jirák 2009)

Homlerová (2009, s. 189) ve své knize uvádí, že „*kinezioterapie podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepce stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím, má euforizační účinky, zlepšuje mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace.*“

Pet terapie

V rámci této terapie se využívají pro stimulaci jedince zvířata, která mají pozitivní vliv na fyzický a psychický stav jedince. „*Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, srdeční činnost se zklidňuje a navozuje se stav celkového uvolnění.*“ (Holmerová 2009, s. 229)

V rámci této terapie také můžeme u jedince procvičovat jeho kognitivní funkce péčí o zvíře.

Validační terapie

Tato terapie od Naomi Feil je založená na konverzaci pacienta a pečující osoby na téma, které pacient sám začne. Je založená na jeho domněnkách, které se mu pečující

nesnaží vyvrátit, ale také pokud nejsou pravdivé, nesnaží se je plně podporovat, spíše přesměrovat nenápadně hovor na pravdivější informace. (Jirák 2009)

Psychoterapie

V rámci této terapie se snaží pečující o udržení denních aktivit u nemocného jedince. V rámci této péče je také důležité udržovat a rozvíjet schopnosti, které si ještě nemocný jedinec dokázal udržet a zvládá je. Patří sem označení místností či pokoje pacienta, označení dne v kalendáři, hodiny (předejdeme tak dezorientaci jedince v prostoru a čase). (Jirák 1998)

Kognitivní trénink (trénink paměti)

U této terapie nelze očekávat žádné velké zlepšení kognitivních funkcí nemocného jedince. V rámci této terapie dochází pouze k procvičování a aktivizaci jedince. S progresem nemoci přecházíme v rámci této terapie z krátkodobé paměti (která pomalu mizí) na dlouhodobou. Pracujeme hlavně s tím, co si je nemocný jedinec schopen vybavit, abychom ho zbytečně nestresovali tím, že něco neví. (Zvěřová 2017)

Vhodnou formou terapie v tomto případě jsou různé stolní hry, u kterých jedinec potřebuje přemýšlet (např. pexeso, šachy). Dobré jsou i aktivity, kdy se spojí chuťové buňky pacienta s přiřazením k ovoci, či čichové k různým druhům květin. Pomáhá i pokládání potřebných věcí na známá místa a poukazování na ně, aby jedinec věděl, co je to za věc a kde ji viděl naposledy. Pro jedince s demencí není vhodné přemísťovat věci v bytě nahodilým způsobem, zhoršuje to pacientovu orientaci. (Holczerová 2013)

Reminiscenční terapie

V rámci reminiscenční terapie se vrací jedinec zpátky do své minulosti. Jelikož tento návrat vzpomínek je u člověk v postupných fázích demence častější, je to velmi vhodná terapie v jeho péči. Jedinec se velmi často vrací do svého mládí, případně i dětství. Úkolem pečující osoby je v tomto případě naslouchání a povídání si o tom s nemocným (je důležité být v tomto případě empatičtí a chovat se k pacientovi citlivě). Avšak musíme si dát pozor, aby jedinec ve svých vzpomínkách nesetrval příliš dlouho, aby nedošlo zpětně k jeho depresi či úzkosti. (Holczerová 2013, Holmerová 2009)

Snoezelen

Tento terapeutický přístup využívá místnosti, která je speciálně upravená pro potřebu nemocného jedince. V této místnosti se podporuje jak psychická složka, tak i fyzická složka jedince. Jedinec je podporován jako celek a místnost je zaměřena na jeho hlavní potřeby pro zlepšení jeho stavu. Místnost může být různě barevná, může obsahovat různé pomůcky, namísto lůžka se zde může nacházet pouze veliký polštář, nebo je

postel ve tvaru květiny, může zde hrát hudba, či se měnit světla v místnosti nebo může být i ovoněná příjemnou vůní pro pacienta. (Filatova 2010)

Bazální stimulace

Tato terapie je nejvíce vhodná pro jedince, kteří jsou již v terminálním stadiu onemocnění. Jedná se o terapeutický proces, při kterém dochází ke stimulaci somatické (tělesné), taktilněhaptické (osvojování manipulace s předměty), vestibulární (orientace v prostoru), vibrační, orální (receptory chuti), optické, olfaktorické (čichové) a auditivní (vjem zvuků). Pacient je při této stimulaci brán komplexně jako jeden celek, o který je pečováno z různých terapeutických pohledů (fyzicky, psychologicky). Tuto terapii může praktikovat jak specializovaný pracovník, tak rodinný příslušník v domácí péči. (Friedlová 2005)

4.4.2 Sociální služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou

Respiční péče

Jedná se o odlehčovací službu pro pečující rodiny o nemocného jedince, kdy je pečujícímu umožněno na několik hodin opustit nemocného (může si odpočinout, či zařídit věci, které s nemocným zařídit nemůže). Tato služba je poskytována jako terénní, ambulantně v denních stacionářích nebo pobytovou formou (týdenní stacionář). (Jirák 2009)

Denní a týdenní stacionáře

Jedná se o sociální zařízení, kam jedinec pravidelně dojíždí, a to z toho důvodu, jelikož nemůže být sám doma a není kdo by se o něj v domácím prostředí po určitý čas postaral (např. rodinný příslušníci musí do práce). Jedinec zde vykonává pravidelné denní aktivity a je zde snaha o udržování jeho soběstačnosti. (Mlýnková 2011)

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují péči pacientům trpícím také Alzheimerovou chorobou. Péče je zde přizpůsobena individuálním potřebám pacienta, je zde podporováno zvládání denních činností, je zde široká nabídka různých terapeutických a aktivizačních programů pro nemocné jedince. (Mlýnková 2011)

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologie práce

V teoretické části této práce jsme si specifikovali stáří, demenci a přiblížili si specifika ohledně Alzheimerovy choroby, která je v současné době často diagnostikovanou chorobou u lidí trpících demencí a také jaké všechny volnočasové aktivity se mohou seniorům s demencí nabídnout.

V praktické části jsou volnočasové aktivity, využitelné při práci s jedincem trpícím Alzheimerovou chorobou, blíže specifikovány. Je tomu tak díky sociálním zařízením, ve kterých bylo prováděno výzkumné šetření. Na základě výsledků šetření je vytvořeno doporučení pro rodinné příslušníky, pečující o nemocného s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.

5.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat dostupné možnosti trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v České republice. Na základě zjištěných informací vytvořit konkrétní doporučení pro podporu trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Díličními cíli práce bylo:

- Zmapovat nabídku volnočasových aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou ve vybraných sociálních zařízeních v České republice.
- Popsat, které z volnočasových aktivit lze praktikovat v domácí péči o jedince s Alzheimerovou chorobou.
- Na základě zjištěných informací vytvořit doporučení týkající se trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Výzkumnými otázkami k této bakalářské práci byly následující otázky:

1. Jaké volnočasové aktivity nabízejí vybraná sociální zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou v České republice?
2. Které z nabízených volnočasových aktivit je možno realizovat také v domácí péči o jedince s Alzheimerovou chorobou?
3. Jaká je charakteristika volnočasových aktivit poskytovaných seniorům s Alzheimerovou demencí?
4. Jaká doporučení pro trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou lze na základě zjištěných informací zformulovat?

5.2 Metody sběru dat

Pro výzkum byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, jehož hlavními aspekty jsou cíl a výzkumné otázky, které doprovází celý výzkum až do jeho závěru. Základem dobrého kvantitativního výzkumu je, určit si co chceme pomocí výzkumného šetření zjistit. Nejdůležitější je jejich specifikace, díky níž se jedinec lépe zaměří na cíl výzkumu.

Dalším důležitým aspektem je získání dat, zde je důležitá metoda, kterou data získáme. V této práci je užitá metoda dotazníkového šetření, které je předem připraveným souborem otázek, na něž budou respondenti odpovídat. Důležitým aspektem u dotazníku, kromě otázek, je i vysvětlení, za jakým účelem byl dotazník vytvořen, aby respondent věděl, z jakého důvodu má dotazník vyplnit. V hlavičce dotazníku je tedy stručně shrnut záměr dotazníkového šetření. Dotazník dále může být anonymní, jako je tomu v případě výzkumu této bakalářské práce, nebo může obsahovat informace o respondentovi, k čemuž je však zapotřebí respondentův souhlas. U dotazníku je také velmi důležité zvolit správné otázky, aby nám zodpověděli vše, co potřebujeme zjistit a také aby byly dobře zformulované (pochopitelné, srozumitelné, k tématu apod.). (Kutnohorská 2009, Punch 2008)

Pro výzkum je též vhodné dobře zvolit výzkumný vzorek, který určuje, od koho budou data získávány, aby byly v souladu s problematikou daného výzkumu. Důležitá je i strategie sběru a analýza dat, aby zjištěná data přinesla odpovědi na výzkumné otázky. Na závěr výzkumu se poté uvádí zpráva, která shrne celý postup výzkumu a jeho nejdůležitější aspekty (cíle, metodu a výsledky). (Punch 2008)

5.3 Popis výzkumného vzorku

Cílovou skupinou tohoto výzkumu byly osoby pracující v domovech pro seniory, která se zaměřují na péči o seniory trpící Alzheimerovou chorobou. Většina pacientů trpící Alzheimerovou chorobou je umístěna v domovech se zvláštním režimem. Výzkumu se účastnil pouze jeden Domov pro seniory, který není se zvláštním režimem.

Pracovníci výše jmenovaných sociálních zařízení měli v tomto výzkumu za úlohu, upřesnit aktivity pro seniory s Alzheimerovou chorobou, které se praktikují u nich v sociálním zařízení a které by bylo vhodné využít pro domácí péči o jedince s Alzheimerovou chorobou.

Aby výzkum pokryl celou Českou republiku, byla oslovena sociální zařízení z celé České republiky. Z každého kraje, kterými jsou hlavní město Praha, Středočeský kraj,

Jihočeský kraj, Plzeňský kraj, Karlovarský kraj, Ústecký kraj, Liberecký kraj, Královéhradecký kraj, Pardubický kraj, Kraj Vysočina, Jihomoravský kraj, Olomoucký kraj, Zlínský kraj a Moravskoslezský kraj, byly osloveny vždy 4 sociální zařízení. A to tak, aby získaná data z každého kraje byla jak z domova pro seniory, a tak z domova pro seniory se zvláštním režimem.

Při výběru sociálních zařízení pro výzkum bylo zjištěno, že mnoho domovů pro seniory, v České republice, zaštiťuje jedna společnost (např. Alzheimercentrum, SeneCuraSeniorCentrum). Nebo pod jeden domov v určitém městě spadá vícero domovů, které jsou v jeho okolí a dané město je spravuje (např. Uherské Hradiště).

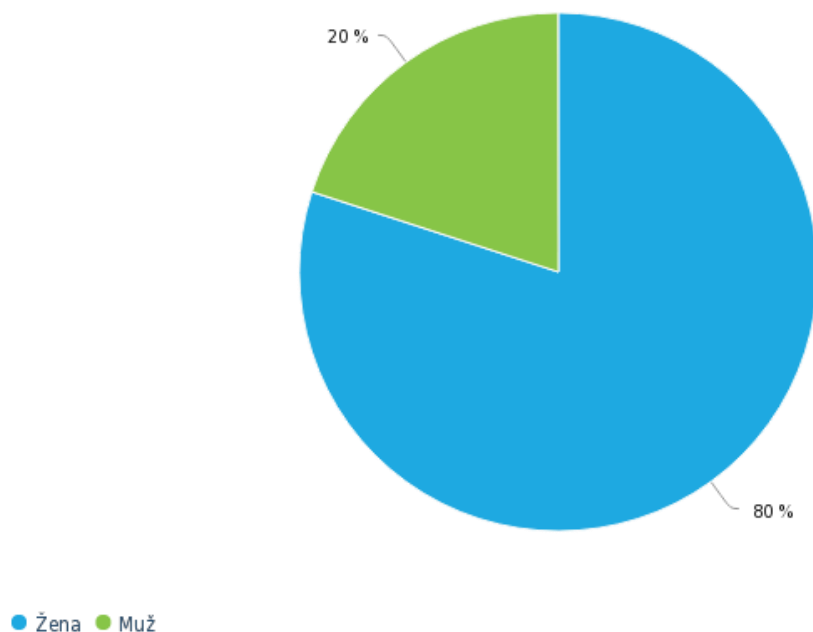
Z oslovených 56 sociálních zařízení byla návratnost vyplněných dotazníků 54%. Z každého domova, který byl ochotný dotazník vyplnit, byl získán 1 vyplněný dotazník, který celkově shrnoval péči v daném domově. Celkem bylo tedy získáno 30 vyplněných dotazníků z celé republiky. Z každého kraje se povedlo získat minimálně 2 dotazníky, až na Plzeňský kraj, což můžeme vidět v následující tabulce č. 1.

Samosprávný kraj	Počet získaných dotazníků
Hlavní město Praha	3
Středočeský kraj	2
Moravskoslezský kraj	2
Zlínský kraj	2
Olomoucký kraj	2
Jihomoravský kraj	2
Kraj Vysočina	2
Pardubický kraj	3
Královéhradecký kraj	2
Liberecký kraj	2
Ústecký kraj	2
Karlovarský kraj	3
Plzeňský kraj	1
Jihočeský kraj	2
Celkem získaných dotazníků	30

Tabulka 1: Počet získaných dotazníků

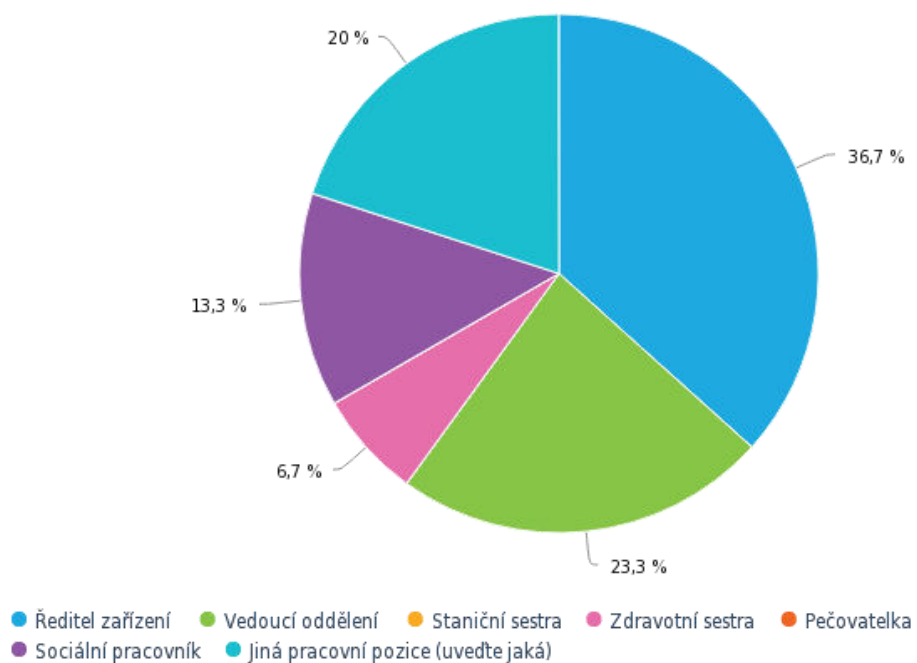
Dotazník v sociálních zařízeních vyplňovali převážně ženy, jak ukazuje graf č. 1. V navazujícím grafu č. 2 je poté vidět, že nejvíce respondentů bylo z řad vedoucích pozic čili ředitel nebo ředitelka daného sociálního zařízení. Dalšími pracovními pozicemi byly sekretářka (zástupce ředitele), vedoucí oddělení, sociální pracovnice. Dalo by se tedy říci, že v oblasti sociální a zdravotní péče o seniory s Alzheimerovou chorobou se převážně angažují ženy spíše než muži.

Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1: Pohlaví respondentů

Jaká je Vaše pracovní pozice?



Graf 2: Pracovní pozice

5.4 Sociální zařízení

Většina sociálních zařízení, která poskytují péči seniorům s Alzheimerovou chorobou, svou péči poskytují více než 21 jedincům postiženým již zmíněným onemocněním. V zařízení, kde se na péči o seniory s Alzheimerovou chorobou přímo nespécializují, ale také jim svou péči poskytují, bylo klientů s tímto onemocněním maximálně do 21, což bylo pouze jedno zařízení, které je vedené pouze jako Domov pro seniory.

Sociální zařízení účastníci se výzkumu:

Sociální zařízení č. 1 (Alzheimer centrum)

Tato společnost zajišťuje po celé republice tzv. Alzheimercentra, která jsou přímo specializovaná pro péči o pacienty trpící Alzheimerovou chorobou a ostatními druhy demence. Je zde nepřetržitá péče o pacienty již od počátku jejich onemocnění. Tato společnost také zajišťuje poradenství pro rodiny pečující o pacienta v domácím prostředí.

Sociální zařízení č. 2 (Domov se zvláštním režimem)

Tato společnost je soukromá a nepochází z České republiky, ale již několik let zde formou Alzheimer center zajišťuje péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou v celé České republice. Společnost poskytuje jak péči o seniory, tak i péči o seniory trpící Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demencí.

Sociální zařízení č. 3 (Domov se zvláštním režimem)

Tato společnost se nachází přímo v Liberci, kde jedincům postiženým Alzheimerovou chorobou poskytuje ubytování v domově pro seniory se zaměřením na seniory trpící Alzheimerovou chorobou, kteří již nejsou soběstační nebo se o ně nemohou starat rodinní příslušníci. Přednost pro ubytování v tomto domově mají osoby žijící v Libereckém kraji, nebo pokud zde žijí jejich rodinní příslušníci.

Sociální zařízení č. 4 (Domov se zvláštním režimem, terénní služby)

Tato společnost poskytuje pro pacienty s Alzheimerovou chorobou pobyt v jejich sociálním zařízení, kdy v tomto zařízení využívají psychobiografický model péče profesora Erwina Böhma. V této péči je kladen důraz na respekt ke stáří a pacient je vnímán jako úctyhodná individuální osobnost.

Společnost také nabízí sociální služby (terénní), kterými pomáhá pacientům a jejich rodinným příslušníkům v péči v domácím prostředí. Kdy je podporována samostatnost jedince. Pomoc je vykonávána především v aktivitách, které pacient nebo rodina nedokáže zvládnout sami.

Sociální zařízení č. 5. (Domov se zvláštním režimem, terénní služby)

Tato společnost poskytuje pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou zázemí v domovech se specializací pro péči o seniory trpící demencí, především Alzheimerovou chorobou. Současně je také poskytována terénní péče o pacienty žijící v domácím prostředí, nebo u rodiny, která o pacienta pečuje.

Sociální zařízení č. 6 (Domov se zvláštním režimem)

Toto zařízení poskytuje pouze pobytovou službu pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demencí, kdy se snaží od ostatních zařízení výlučně odlišit svou péčí, která je zaměřena na respektování zvláštních potřeb pacientů s demencí, kdy se snaží zachovat bezpečnost, důstojnost a udržet soběstačnost a ostatní zachované schopnosti pacienta co nejdéle.

Sociální zařízení č. 7 (Domov se zvláštním režimem)

Tato společnost zajišťuje pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou pobytovou službu formou specializovaného zařízení. Kdy se snaží, aby se zde pacient cítil co nejvíce jako doma, a to jak úpravou pokoje pacienta, tak prostředím a péčí domova.

Sociální zařízení č. 8 (Domov se zvláštním režimem)

Domov nabízí péči pro jedince postižené demencí, a to od lehkého stupně až po těžkou formu demence. Domov se skládá z několika budov, ve kterých se specializovaný personál, v oboru zdravotnictví, o jedince stará. V tomto domově se dodržují zásady pravidel 5ti P, jimiž jsou pochopit, podpořit, přizpůsobit se, pomoci, provést.

Sociální zařízení č. 9 (Domov se zvláštním režimem)

Tento domov poskytuje pomoc jedincům trpícím Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby. Domov také pořádá každým rokem akci s názvem Univerzita volného času, která probíhá celý rok, kdy každý měsíc se

mohou klienti domova účastnit přednášek na různá témata. Přihlášení je nezávazné a účast dobrovolná.

Sociální zařízení č. 10 (Domov se zvláštním režimem)

Tento domov je již od roku 2013 držitelem Certifikátu vážka. Tento certifikát uděluje Česká Alzheimerovská společnost sociálním zařízením, která poskytují kvalitní péči jedincům trpícím demencí. Domov se snaží poskytovat svým klientům bezpečné a klidné prostředí, kde se snaží, aby byli zaměstnanci s klienty v partnerském kontaktu.

Sociální zařízení č.11 (Domov se zvláštním režimem)

Domov poskytuje službu jedincům trpícím různými typy demencí, včetně Alzheimerovy. Domov se snaží na základě svých poznatků z praxe tvořit metodika vhodná pro péči o nemocné jedince. Služba je tedy maximálně přizpůsobena nemocnému jedinci. Kladen je i důraz na kontakt s rodinou jedince.

Sociální zařízení č. 12 (Domov se zvláštním režimem)

Tento domov se snaží pro klienta zajistit co nejvíce přirozené prostředí, na který byl klient zvyklý. Proto před příchodem nového klienta, je ve spolupráci s rodinou, vybaven klientův pokoj prostředky z jeho domácího prostředí, aby se cítil co nejlépe. Domov tím chce docílit toho, aby se klient cítil co nejlépe, jako doma.

Sociální zařízení č. 13 (Domov pro seniory)

Péče v tomto domově se snaží být velmi individuální. Před nástupem klienta do domova jsou zjišťovány veškeré individuální potřeby jedince a na jejich základě je poté sestaven rozsah a způsob poskytování služeb. Tyto služby jsou průběžně vyhodnocovány a upravovány podle aktuálního stavu a potřeb klienta.

Sociální zařízení č. 14 (Domov se zvláštním režimem)

Tento domov při své péči využívá svých zásad, které se snaží dodržovat. Jsou jimi: partnerství, akceptace, respekt, trpělivost, empatie, důvěra, lidskost, důstojnost, individualita a úcta. Domov se také snaží co nejdéle udržet jedince soběstačného a posílit jeho sociální začlenění.

Sociální zařízení č. 15 (Domov se zvláštním režimem)

Zařízení kdysi původně fungovalo jako chudobinec, postupem času se z něj však stal domov pro seniory. Kdy jsou zde 2 domovy, jeden pro seniory trpící různými druhy demencí, v druhém je poskytována služba seniorům, kteří nemohou žít sami v domácím prostředí. Inspiraci pro péči a vzhled prostředí získalo sociální zařízení ze zařízení nacházejících se v Německu, Holandsku a Rakousku.

Sociální zařízení č. 16 (Domov se zvláštním režimem)

Domov se zvláštním režimem poskytuje svým klientům velmi rozsáhlou nabídku služeb, kdy jejich cílem je pomáhat, obnovovat a upevňovat kontakty s přirozeným sociálním prostředím, podporovat klienta, realizovat individuální plány, udržet schopnosti a dovednosti u klienta co nejdéle. Dále jsou zde také podporovány zájmy a koníčky klientů.

Sociální zařízení č. 17 (Domov se zvláštním režimem)

Domov poskytuje svou službu jedincům již od 45 let, kteří trpí některým z typů demence, především však je péče zaměřená na jedince trpící Alzheimerovou chorobou. Domov klade důraz na důstojnost, podporu nezávislosti klienta a snaží se zajistit příjemné podmínky pro pobyt klienta v zařízení.

Sociální zařízení č. 18 (Domov se zvláštním režimem)

Jedná se o soukromou instituci. Kdy domov poskytuje službu jedincům s těžkou nebo úplnou závislostí na pomoci jiné osoby. Domov se snaží podporovat jedince k aktivnímu životu a motivovat je k aktivnímu zapojování se do péče, aby bylo docíleno plnohodnotného života jedince v rámci možností domova.

Sociální zařízení č. 19 (Domov se zvláštním režimem)

Domov poskytuje svou službu jedincům trpícím chronickým duševním onemocněním. Snaží se dodržovat své nastavené zásady, kterými jsou zachování lidské důstojnosti, respektování osobnosti, dodržování lidských práv a svobod, podpora soběstačnosti jedince, poskytování individuální péče a týmová spolupráce.

Sociální zařízení č. 20 (Domov se zvláštním režimem)

Zařízení poskytuje své služby jedincům postiženým stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Služba je poskytována nemocným jedincům již od věku 27 let. Domov se snaží nabídnout klientům důstojný a kvalitní život v bezpečném prostředí s respektováním zdravotního stavu jedince. V rámci péče jde nejvíce o zachování manuální zručnosti, soběstačnosti a paměti jedince.

Sociální zařízení č. 21 (Domov se zvláštním režimem)

Domov poskytuje péči jedincům trpícím stařeckou demencí nebo Alzheimerovou chorobou a pomáhá jim při zachování soběstačnosti, samostatnosti a snaží se udržet kontakt mezi jedincem, jeho rodinou a přáteli. V rámci péče je respektována osobnost jedince, je kladen důraz na důvěru mezi klienty a zaměstnanci, a vzájemnou komunikaci.

Sociální zařízení č. 22 (Domov se zvláštním režimem)

Tato služba je přednostně určená obyvatelům hlavního města Prahy, kteří trpí některým z typů demencí. Domov se zvláštním režimem zajišťuje velmi rozsáhlou péči a jeho kapacita je 119 klientů o které se stará speciálně proškolený personál. Pravidelné denní činnosti jsou v kombinaci s aktivitami, které podporují soběstačnost a paměť jedince.

Sociální zařízení č. 23 (Domov se zvláštním režimem, odlehčovací služba)

Zařízení se zaměřuje na péči o jedince trpící různými typy demencí, včetně Alzheimerovy choroby. Snaží se nemocnému jedinci poskytnout co nejpříjemnější prostředí, ve kterém by se cítil jako doma, podporuje ho v aktivizačních činnostech. Dále vytváří pro své klienty pestrý program akcí, které podporují i socializaci jedince a jeho zdravotní stav. Pro rodiny pečující o jedince s Alzheimerovou chorobou, je zde nabídka odlehčovací služby.

Sociální zařízení č. 24 (Domov se zvláštním režimem)

Tento domov se snaží přispět ke snížení stigmatizace klientů s duševním onemocněním a podpořit sociální začleňování takového klienta. Snaží se rozvíjet u svých klientů soběstačnost a samostatnost. Poskytované služby jsou pro každého klienta individuálně plánované.

Sociální zařízení č. 25 (Domov se zvláštním režimem, odlehčovací služba)

Domov poskytuje jak nepřetržitou pečovatelskou službu, pro seniory trpící různým typem demence, včetně Alzheimerovy choroby, tak i odlehčovací službu. Ta poskytuje pečujícím rodinám odpočinek, od péče o nemocného, avšak tato služba je časově omezená.

V domově se zvláštním režimem se snaží poskytnout nemocnému jedinci sociálně terapeutické, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Sociální zařízení č. 26 (Domov se zvláštním režimem, odlehčovací služba)

Sociální zařízení poskytuje nejen služby pro jedince umístěné v jejich domově, ale také pro rodiny poskytující domácí péči nemocnému jedinci. Služba pro rodiny, která je nabízena je odlehčovací služba a poradenská služba. Jendou z nabízených služeb je i paliativní péče, kdy zařízení klade důraz na důstojnost a komplexnost péče o nemocného jedince.

Sociální zařízení č. 27 (Domov se zvláštním režimem, odlehčovací služba)

Toto zařízení má kapacitu pouze 25 lůžek, ale rodinám pečujícím o jedince, trpícího Alzheimerovou chorobu, v domácím prostředí, poskytuje také odlehčovací službu s kapacitou 6 lůžek. Maximální doba pobytu v odlehčovací službě jsou 3 měsíce.

Sociální zařízení č. 28 (Domov se zvláštním režimem)

Tento domov se snaží o vytvoření ideálního místa k prožívání aktivního stáří, které představuje rovnováhu mezi nezávislostí jedince a péčí od druhé osoby. Domov se specializuje na péči o jedince s nízkou mírou soběstačnosti, problémem v orientaci a ztrátou kognitivních funkcí.

Sociální zařízení č. 29 (Domov se zvláštním režimem)

Péče v tomto zařízení je zajištěna kvalifikovaným personálem, který prochází pravidelnými kurzy pro dosažení nejlepší péče o jedince trpící různými typy demence. Domov se zvláštním režimem je především zaměřen na péči o jedince trpící Alzheimerovou chorobou, kdy je cílem udržení jedince co nejdéle ve stavu soběstačnosti a nabídnout mu veškerou péči potřebnou k naplnění jeho potřeb. Domov nabízí širokou škálu volnočasových aktivit a kulturních programů.

Sociální zařízení č. 30 (Domov se zvláštním režimem)

Klientům v tomto domově je poskytována zvýšená péče a dohled, podpora, která je zaměřena na zvládnutí projevů jejich onemocnění, především tedy demence. Domov se snaží držet svých pravidel, kterými je vytváření příznivých podmínek, individuální přístup, trpělivá péče, aktivizace klienta a laskavost spojená s důstojností v poslední fázi klientova života.

6 Vyhodnocení a interpretace dat

Tato kapitola se zabývá vyhodnocením a interpretací dat, která byla získána pomocí dotazníkového šetření. Výzkumu se bohužel téměř polovina respondentů odmítla účastnit.

Každé zařízení, které se účastnilo výzkumu, zaslalo jeden vyplněný dotazník, který celkově shrnoval práci v daném zařízení. Výsledky dotazníkového šetření byly rozděleny do 4 skupin, které byly nazvány následovně:

- Nabídka volnočasových aktivit
- Další nabídka služeb
- Doporučení
- Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit

Nabídka volnočasových aktivit

Tato část se zabývala nabízenými aktivitami v rámci péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v sociálních zařízeních. Jejím cílem bylo určení nejvíce praktikované aktivity, která je nejvhodnější v péči o seniora s Alzheimerovou chorobou.

Jak ukazuje níže uvedený graf č. 4, byla u klientů nejvíce praktikována ergoterapie. V následujícím grafu č. 5 je uvedeno, že aktivity jsou vedeny zdravotní sestrou, případně přímo ergoterapeutem. V několika zařízeních volnočasové aktivity vedl přímo pracovník pro volnočasové aktivity nebo rehabilitační asistent.

Další často praktikovanou volnočasovou aktivitou je muzikoterapie a reminiscenční terapie. Nejméně praktikována je validační terapie, které bylo přisuzováno, že bude v těchto zařízeních více praktikována, jelikož je tato terapie speciálně zaměřena na jedince trpící Alzheimerovou chorobou.

Z ostatních aktivit, která neměla své zastoupení v dotazníku byly uvedeny následující:

- komunální služby (kadeřnice, pedikérka)
- rehabilitace
- čtení (čtenářský klub)
- nácvik denních aktivit, doprovod na nákupy
- vaření, pečení
- kognitivní tréninky
- snoezelen
- terapeutická zahrada, procházky
- felinoterapie

- mše svatá
- kulturní akce
- socioterapie
- psychoterapie
- oslavy jubilantů

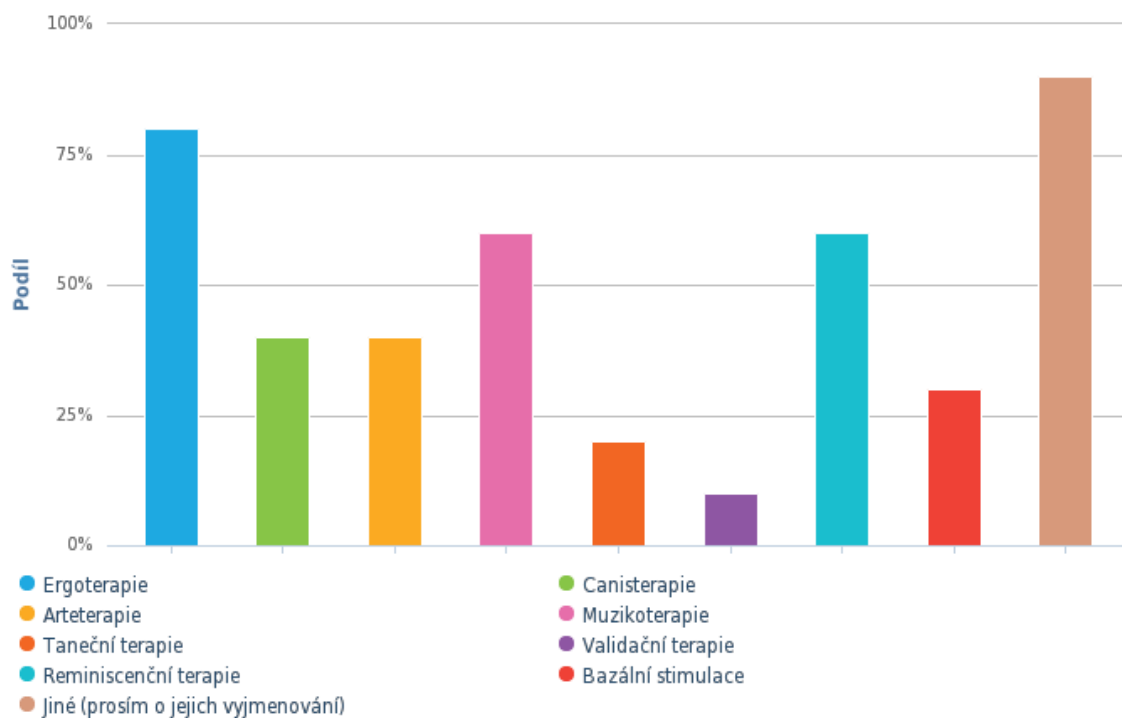
Z dalších nabízených služeb je velmi zajímavá nabídka snoezelenu, či terapeutické zahrady nebo přímo zahradničení na vlastním prostoru. V rámci terapie se zvířaty je většinou využívána canisterapie (působení na klienta pomocí psa), ale v některých zařízeních využívali k psychosociálnímu a fyziorehabilitačnímu působení i felinoterapii, což je působení na klienta pomocí kočky.

Volnočasové aktivity jsou pro klienty dobrovolné a pod vedením pracovníka sociálního zařízení jsou vedeny většinou v dopoledních hodinách ve dvouhodinovém intervalu, což nám ukazuje následující tabulka č. 2. Některá sociální zařízení mají řízený program i v odpoledních hodinách a to většinou 1,5 hodiny. O víkendech je prostor pro aktivity s rodinami případně jsou pořádány kulturní akce pro klienty i jejich rodiny.

	dopoledne	odpoledne	večer
Všední den (pondělí - čtvrtek)	Dvouhodinové bloky řízených volnočasových aktivit Léčebné a rehabilitační programy Volný přístup do společenské místnosti, knihovny, kavárny Návštěvy rodin a přátel	Jeden a půl hodinový blok řízených volnočasových aktivit Procházky s klienty (př. zahrada, nákupy) Volný přístup do společenské místnosti, knihovny, kavárny Návštěvy rodin a přátel	Vlastní program klienta (sledování TV, čtení)
Pátek	Dopolední programy situovány tak, jako v ostatní všední dny Odpolední program se může prolínat s večerním	Vlastní program klienta Společný program pro klienty Návštěva kulturní akce	
Víkend	Individuální program klienta Rodinné návštěvy, výlety Procházky s klienty Volný přístup do společenské místnosti, knihovny, kavárny Výlety pořádané zařízením		Vlastní program klienta Společný program pro klienty Návštěva kulturní akce

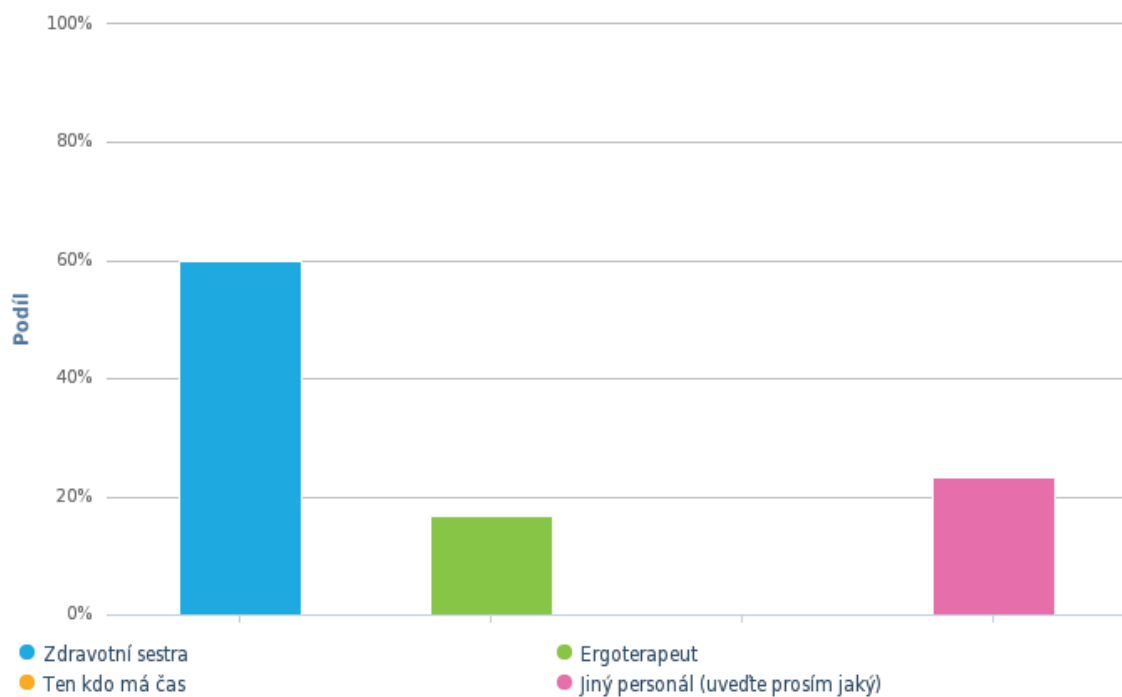
Tabulka 2: Rozvrh aktivit

Jaké volnočasové aktivity nabízíte, ve Vašem zařízení, pro klienty s Alzheimerovou chorobou?



Graf 3: Nabídka volnočasových aktivit

Kdo vede volnočasové aktivity ve vašem zařízení?



Graf 4: Vedení volnočasových aktivit

Další nabídka služeb

Domovy, které se účastnily výzkumu, poskytují svým klientům i služby, kdy mohou klienti opustit domov a účastnit se například kulturní akce či výměnného pobytu. V rámci výměnného pobytu jedou klienti na určitou dobu do jiného, spřáteleného, sociálního zařízení.

Jako další aktivity, které pro své klienty sociální zařízení pořádají, byly uvedeny následující:

- solná jeskyně
- návštěvy restauračních zařízení
- akce mateřských a základních škol
- návštěvy trhů
- akce okolních měst
- masopust, ples
- pálení čarodějnic
- návštěva divadla

Volnočasových aktivit se mohou účastnit také rodinní příslušníci či návštěvy klientů. Kdy jakákoliv pomoc při pořádání aktivit je vítána, například doprovod na akce, odvoz.

Doporučení

V otázce ohledně nejvhodnějších aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou a doporučení aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou pro domácí péči se většina domovů shodla v tom, že by měly být aktivity pro klienty tzv. „ušity na míru“. Citováno z jedné z odpovědí: *„péče je a musí být navýsost individuální....předpokladem je znalost životního příběhu, osobnosti, jeho zvyklostí, rituálů, zájmů, profese....i když třeba před 50lety...tomu je třeba přizpůsobit volnočasovku a to přesně podle klinického stavu jedince.“*

Nejvíce však respondenti doporučovali kognitivní trénink a aktivity pravidelných denních činností. Ostatními aktivitami, které byly v dotazníku uvedeny, byly následující:

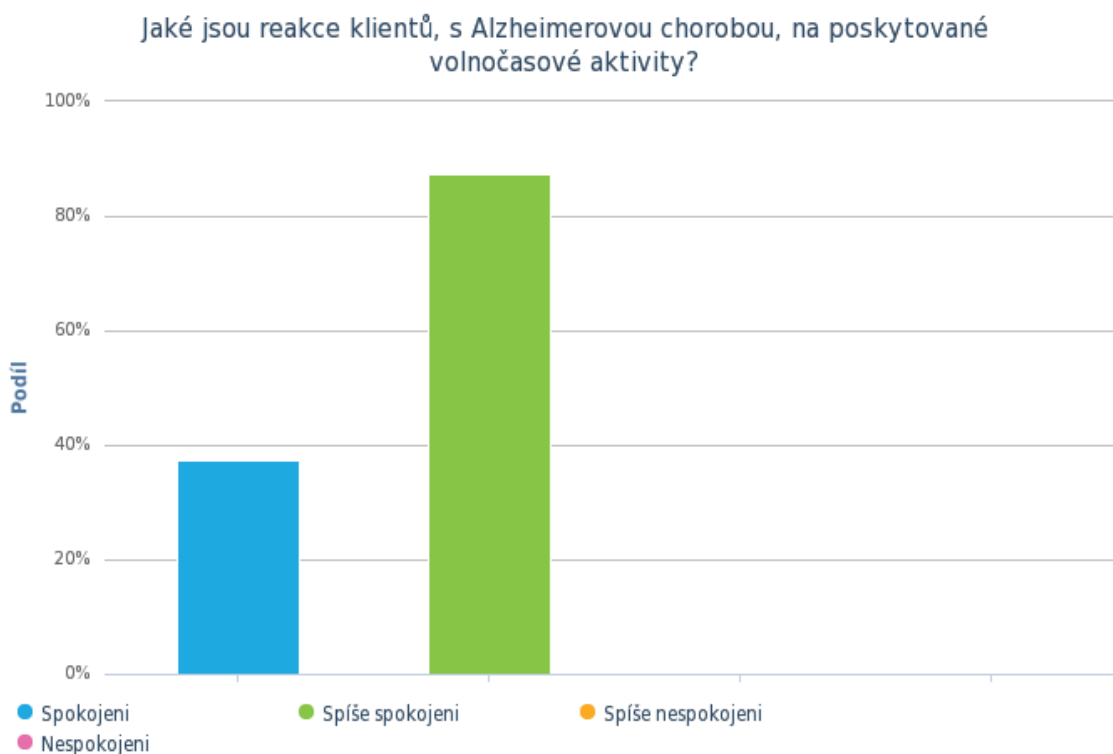
- reminiscenční terapie
- pečení, vaření,
- čtení knih

- procházky, výlety
- sociálně-terapeutické činnosti

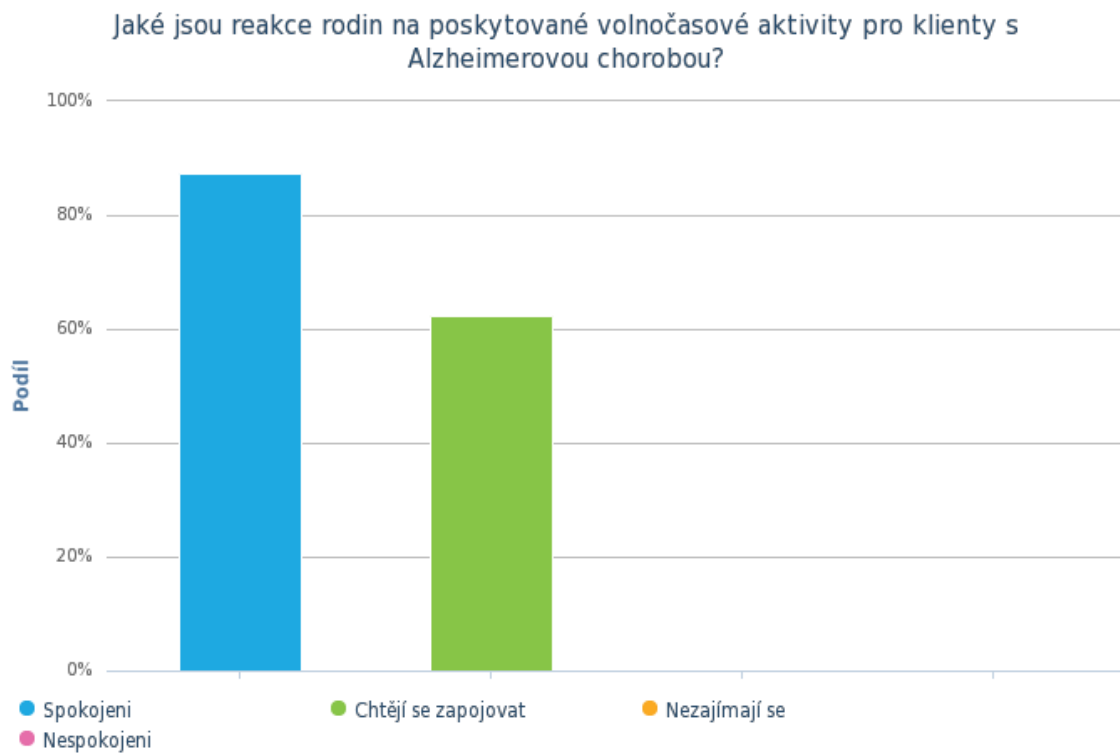
Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit

Spokojenost klientů se z důvodu jejich onemocnění nedá příliš hodnotit, proto byl dotaz brán z úhlu pohledu zaměstnanců sociálních zařízení. Dotaz na spokojenost rodin klientů byl brán ze zkušeností pracovníků v sociálních zařízeních, kdy některá zařízení si vedou svůj vlastní výzkum zabývající se spokojeností rodin i klientů s poskytovanou péčí.

Pracovníci sociálních zařízení uvedli, že klienti i rodinní příslušníci jsou s nabízenými službami v sociálním zařízení spokojeni a často se chtějí do aktivit i zapojovat.



Graf 5: Spokojenost klientů



Graf 6: Spokojenost rodinných příslušníků

7 Odpověď na výzkumné otázky a dílčí cíle

7.1 Dílčí cíle

Zmapovat nabídku volnočasových aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou ve vybraných sociálních zařízeních v České republice.

Na základě dotazníkového šetření prováděného v sociálních zařízeních v České republice, kdy se povedlo získat minimálně jeden dotazník z každého kraje, lze říci, že zmapování pokrylo opravdu celou Českou republiku, i když návratnost vyplněných dotazníků byla nižší, než bylo osobním předpokladem.

Nabídka volnočasových aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou je v sociálních zařízeních velmi podobná. Sociální zařízení pečující o seniory s Alzheimerovou chorobou nabízí volnočasové aktivity, které podporují především kognitivní funkce jedince, a to pomocí kognitivních tréninků, reminiscenční terapií či pomocí nejčastěji využívané ergoterapie. Tato terapie sama o sobě pokryje většinu oblastí, které je u jedince s Alzheimerovou chorobou potřeba aktivovat a procvičovat.

Další aktivity v sociálních zařízeních podporují fyzickou stránku jedince, a to například v rámci rehabilitace, nácviku denních aktivit nebo pomocí procházek. Sociální začlenění je v zařízeních podporováno socioterapiemi, kulturními a společenskými akcemi (divadlo, představení ZŠ a MŠ apod.), ale také komunálními službami, které zahrnují kosmetické či kadeřnické služby.

Nestandardní službou, která je v sociálních zařízeních nabízena, je například snoezelen, který zmínilo pouze jedno zařízení. Dále byla uvedena i návštěva solné jeskyně.

Čtvrtina sociálních zařízení také nabízí svým klientům duchovní služby, a to formou mší, případně lze pro klienty zařídit návštěvu faráře v daném sociálním zařízení nebo se může klient pravidelně účastnit návštěvy kostela.

Popsat, které z volnočasových aktivit lze praktikovat v domácí péči o jedince s Alzheimerovou chorobou.

Volnočasové aktivity, které lze praktikovat v domácí péči, byly výzkumem shrnuty jako aktivity jedincova běžného života. Jedinec by neměl být nucen do aktivit, které mu jsou nepříjemné a nepřístojné.

Aktivity by měly klienta bavit a naplňovat ho. Měly by ho podporovat v žití plnohodnotného života, samozřejmě v rámci možností jeho zdravotního stavu.

Nejvhodnější volnočasové aktivity pro jedince s Alzheimerovou chorobou jsou aktivity na procvičování paměti, zlepšování fyzické zdatnosti a zdravotního stavu jedince. Dále aktivity zajišťující socializaci jedince a podporující jeho zdravý psychický stav.

Podrobněji uvedenými volnočasovými aktivitami vhodnými pro jedince trpící Alzheimerovou chorobou jsou ergoterapeutické aktivity, rehabilitační cvičení, procházky v přírodě, aktivity denního života (např. vaření, čtení, praní prádla), nebo účast na kulturních akcích.

Na základě zjištěných informací vytvořit doporučení týkající se trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Prvotním krokem v péči o jedince trpícího Alzheimerovou chorobou je identifikace jeho denních aktivit a zájmů. Na základě zjištěných informací by měl být následně sestaven program volnočasových aktivit, které lze využít v péči o něj.

Volnočasové aktivity lze konzultovat se sociálními zařízeními, které se starají o nemocné jedince a podávají poradenské služby pro pečující osoby.

„Rádi rodinám pomůžeme s domácí péčí, poradíme co a jak na základě informací o jejich rodinném příslušníkovi“

Další, kdo byl ve výzkumu od respondentů označen jako zdroj doporučení a pomoci pro pečující rodinu byl psycholog, který má v péči jedince trpícího Alzheimerovou chorobou. Doporučená byla i konzultace v rámci ergoterapeutické či fyzioterapeutické poradny.

Pokud však pečující osoba nechce konzultovat volnočasové aktivity, doporučovali respondenti jako nejvhodnější volnočasovou aktivitu pro jedince trpícího Alzheimerovou chorobou procvičování aktivit denního života, které mohou být doplněny kognitivním tréninkem.

„Aktivity denního života jsou pro jedince s demencí nejdůležitější. Asi tak jako pro každého jiného člověka.“

Souhrnně by měli volnočasové aktivity vhodné pro jedince trpícího Alzheimerovou chorobou pokrývat aktivity, které se zaměří jak na fyzickou stránku jedince, tak na stránku psychickou.

7.2 Výzkumné otázky

Jaké volnočasové aktivity nabízejí vybraná sociální zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou v České republice?

Sociální zařízení nabízejí spousty aktivit pro seniory, kteří jsou u nich ubytováni. Od fyzických aktivit přes sociální až po kognitivní. Nejvíce nabízenou aktivitou byla v sociálních zařízeních ergoterapie, která byla prováděna v 80% dotazovaných zařízení. Další velmi často praktikovanou terapií byla muzikoterapie, kdy tuto terapii uvádělo 60% dotazovaných zařízení. Jako třetí nejčastější aktivitou byla respondenty uvedena reminiscenční terapie, kterou uvedlo také 60% respondentů

Které z nabízených volnočasových aktivit je možno realizovat také v domácí péči o jedince s Alzheimerovou chorobou?

V otázce ohledně aktivit, které sociální zařízení doporučovaly se v 90% shodli, že aktivity by měly být pro jedince sestaveny individuálně. A to vzhledem k jeho fyzickému, psychickému a zdravotnímu stavu. Pokud ale respondenti uváděli některé z aktivit pro domácí péči, uvedlo 80% respondentů aktivity denního života. Další z uvedených aktivit byl kognitivní trénink (zahrnuta i odpověď: trénink paměti), který jako vhodný pro domácí péči uvedlo 60% respondentů. Poslední nejvíce zmiňovanou aktivitou byl pobyt v přírodě (procházky, výlety, zahrada), kdy tuto aktivitu uvedlo 56% respondentů.

Jaká je charakteristika volnočasových aktivit poskytovaných seniorům s Alzheimerovou demencí?

Volnočasové aktivity pro seniory s Alzheimerovou chorobou jsou a měly by být dobrovolné. Měly by se přizpůsobit jak zdravotnímu, tak psychickému stavu jedince. I když nejsou aktivity pro jedince povinné, měly by být zahrnuty do jeho denního programu. Podpoří se tím v mnoha ohledech stav jedince a takovouto péčí lze docílit i pomalejšímu postupu nemoci.

Podle průzkumu ohledně časového harmonogramu je nejvhodnější čas pro plánování volnočasových aktivit v dopoledních hodinách. V odpoledních hodinách by se aktivity měly vykonávat též, ale už ne v tak velkém časovém rozsahu. Ve večerních hodinách by měl následovat už jen klidový režim.

Aktivity poskytované sociálními zařízeními měly at' už u samotných klientů, tak i u rodin, kladný ohlas. Toto se dá doložit výzkumy spokojenosti, která provádí některá

sociální zařízení osobně. Aktivit se mohou účastnit i rodinní příslušníci nebo přátelé klientů, což má také velmi příznivý vliv na stav klienta a může přinést sociálnímu zařízení dobré ohodnocení.

Jaká doporučení pro trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou lze na základě zjištěných informací zformulovat?

Žádný z respondentů neuvedl, že by se v domácí péči neměly vykonávat žádné volnočasové aktivity. Naopak uváděli aktivity, které podporují jedince v jeho pravidelných aktivitách denního života a aktivity podporující kognitivní trénink jedince. Kromě aktivit, které lze praktikovat přímo v domácím prostředí, uváděli respondenti jako další aktivity kulturní a společenské akce. Tyto aktivity byly od některých respondentů uváděny s poznámkou ohledně vlivu těchto akcí na socializaci jedince a příznivého vlivu na jeho psychický stav.

8 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací byla vytvořena konkrétní doporučení pro podporu trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou. Tato doporučení by měla přispět k péči o nemocného jedince. Doporučení by mělo přispět ke změnám v péči o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí a měly by mít pozitivní dopad jak na rodinu, tak na seniora trpícího Alzheimerovou chorobou.

Nejprve je v domácí péči velmi důležité mít zmapované aktivity, na které byl jedinec zvyklý vykonávat před tím, než se u něj začala projevovat Alzheimerova choroba. Zjistit harmonogram jeho denních aktivit, které budou zahrnovat jak aktivity, které vykonává každý jedinec (hygiena, oblékání, stravování), tak aktivity, které jsou pro jedince individuální (sledování televize, čtení, procházky, nákupy apod.). V rámci péče o jedince trpícího Alzheimerovou chorobou je totiž velmi důležitý individuální přístup, jelikož tato nemoc je velmi specifická a díky ubývajícím schopnostem jedince je zapotřebí ho aktivizovat v oblastech, které jsou u něj ještě zachovány a toho bez individuálního přístupu nelze dosáhnout.

Na základě zjištěných informací je dále vhodná konzultace se specialistou. Tuto konzultaci může rodině poskytnout psycholog, v jehož péči se jedinec nachází, nebo dle zjištění z výzkumu prováděného v sociálních zařízeních mohou informace ohledně péče a volnočasových aktivitách podat rodině i sociální zařízení, která jsou zaměřená na péči o seniora s Alzheimerovou chorobou. Případně jim mohou nabídnou terénní službu, která jim může poskytnout pomoc přímo v domě nemocného jedince.

Pokud však rodina nechce nebo nemá čas na konzultaci ohledně volnočasových aktivit, které by s nemocným jedincem mohla vykonávat, existují určité obecné aktivity, které se mohou v péči o nemocného jedince využít. Jak již bylo výše zmíněno, nejdůležitější je podpora nemocného jedince v oblasti denních aktivit. Rodina by měla nechávat jedince vykonávat aktivity, na které byl zvyklý do té doby, dokud je sám zvládá vykonávat. Pokud pečující dojde zjištění, že jedinec už ztratil některou z pravidelně vykonávaných aktivit (hygienické návyky, nejí, nepije, nedokáže si uvařit), v tu chvíli by se měl zaměřit na aktivizaci v této oblasti

Do pravidelných denních aktivit také spadají aktivity jako je sledování televize, čtení, procházky a podobně. Na tyto aktivity by měla rodina také dávat pozor, jelikož jedinec může spadnout do nečinnosti, kdy se může urychlit postup nemoci a také může dojít k negaci jedince a následně k agresivitě. Proto by měly být zahrnuty do denního programu pravidelné

vycházky. Je vhodné, aby se nemocný jedinec účastnil i nákupů. Podporuje se tím socializace jedince a také si nebude připadat nesoběstačný. Vhodná je i občasná návštěva kulturních a společenských akcí, divadla nebo třeba i trhů.

Vhodná je též reminiscenční terapie, která může pečujícímu zkvalitnit jeho péči o nemocného jedince, jelikož se v této terapii tzv. „vracíme v čase“. Pomocí této terapie se tedy může pečující osoba dozvědět, jaké aktivity nemocný dříve rád vykonával. Co ho nejvíce bavilo, případně, pokud to neví, i jeho nesplněné sny a na základě těchto informací vytvořit další volnočasové aktivity, které by mohl nemocný jedinec vykonávat. Tato terapie je nejvíce vhodná, když je nemocný jedinec ve stádiu, kdy se stává jeho minulost přítomností a vzpomíná si pouze na svůj život v době, kdy byl jedinec mladý.

Péče o seniora trpícího Alzheimerovou chorobou je velmi psychicky náročná i pro rodinu. Proto je vhodné využívat pro oblast jeho volnočasových aktivit i terénní péči, kterou nabízí různá sociální zařízení a také je vhodná i respitní péče, která není tolik rozšířenou péčí v České republice. Ale pokud je v okolí pobytu rodiny s nemocným jedincem, je vhodné jí využít jako odlehčovací službu.

V terminální fázi je nejvhodnější volnočasovou aktivitou bazální stimulace. Pokud však má rodina možnost, je vhodný i snoezelen, který však díky rekonstrukci místnost může být pro rodinu finančně nákladný.

ZÁVĚR

Práce s názvem Volnočasové aktivity pro seniory s Alzheimerovou chorobou měla za cíl zmapovat aktivity, které jsou nabízené pro seniory v sociálních zařízeních v České republice. Dále se práce zabývala nabídkou volnočasových aktivit pro domácí péči o jedince trpícího Alzheimerovou chorobou. Práce byla rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část byla rozdělena do několik kapitol. Tyto kapitoly se zabývaly stářím a s ním souvisejícími aspekty, dále demencí, do které spadá Alzheimerova choroba, která byla jedním ze základních aspektů této práce. Dalším aspektem této práce byl volný čas, což je čas, který zbude jedinci po splnění všech povinností, ať už pracovních nebo osobních. V práci byly dále popsány vybrané volnočasové aktivity, které jsou nejvhodnější pro jedince trpícího Alzheimerovou chorobou, pokrývající využitelnost ve všech fázích tohoto onemocnění.

Využitelnost volnočasových aktivit seniorů s Alzheimerovou chorobou by měla tedy pokrývat jak fyzické aktivity, tak i aktivity podporující psychickou stránku jedince a stránku sociální. Velmi důležitým aspektem u této nemoci je kognitivní trénink, který se dá procvičovat nejlépe volnočasovými aktivitami.

Druhá polovina práce zabývající se výzkumem, shrnuje cíl práce, jeho dílčí cíle a výzkumné otázky, které byly položeny na začátku výzkumu. V práci byly stanoveny 3 dílčí cíle, jimiž byly: Zmapovat nabídku volnočasových aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou ve vybraných sociálních zařízeních v České republice, dále Popsat, které z volnočasových aktivit lze praktikovat v domácí péči o jedince s Alzheimerovou chorobou, a Na základě zjištěných informací vytvořit doporučení týkající se trávení volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou. K těmto dílčím cílům byly stanoveny ještě výzkumné otázky, které je doplnily, a na jejich základě byl poté sestaven výzkumný dotazník.

V této části práce byl popsán i výzkumný vzorek a sociální zařízení, ve kterých byl výzkum prováděn. Výzkum byl prováděn pomocí dotazníkového šetření, který se jevil nejvíce vhodný. Byl vybrán z důvodu toho, že bylo zapotřebí pojmout sociální zařízení v rámci celé České republiky, kdy mohly díky dotazníku být oslovena zařízení opravdu ze všech krajů. Zjištěná data byla poté převedena do tabulek a na jejich základě byly vytvořeny grafy, ať už kružnicové nebo sloupcové. U volných odpovědí byly dané odpovědi v práci uveřejněny v seznamu dalších odpovědí na otázku.

Pomocí dotazníkového šetření se nám podařilo získat odpovědi na výzkumné otázky i cíle práce. Bylo zjištěno, že nejdůležitějším aspektem a tzv. „stavebním kamenem“ volnočasových aktivit seniorů s Alzheimerovou chorobou v rámci domácí péče je

individuální přístup. Souhrnné doporučení pro trávení volného času seniora s Alzheimerovou chorobou vzniknout mohla, ale pro úspěšnou aplikaci v domácím prostředí je velmi důležité vybrat z daných aktivit takové aktivity, které budou pro jedince natolik vhodné, aby ho co nejvíce aktivizovaly a pomohly rodině ve zvládnání péče o nemocného jedince.

Tato práce dala základ možnému výzkumu zaměřenému na aplikaci doporučení volnočasových aktivit pro seniory s Alzheimerovou chorobou v rámci domácí péče. Se zvyšujícím se počtem seniorů a k němu nízkému počtu sociálních zařízení a s tím související i cenovou relací pobytu v těchto zařízeních, je velmi pravděpodobné, že většina seniorů nebude ve speciálních domovech umístěna. Budou se o ně tedy muset starat rodinní příslušníci v domácím prostředí, což může mít neblahý vliv na populaci dospělých jedinců, jelikož budou psychicky vyčerpaní, nebudou mít dostatek volného času a nebudou moci fungovat tak, jak by měli.

SEZNAM ZDROJŮ

CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008, 118 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4

FILATOVA, Renáta a Kateřina JANKŮ. *Snoezelen*. Frýdek-Místek: Kleinwächter, c2010, 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 2005. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016, 156 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5535-9

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

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7

PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času: [teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času]*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 231 s. ISBN 80-7178-711-6

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8

SEZNAM PŘÍLOH

1.Dotazník

Dotazník

Dobrý den, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci, která se věnuje tématu „Volnočasové aktivity pro seniory s Alzheimerovou chorobou“. Kdy mapuji nabízené aktivity, pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou, v sociálních zařízeních v České republice. Dotazník je rozeslán do sociálních zařízení v České republice a je anonymní. Výsledky dotazníku budou využívány pouze pro zpracování bakalářské práce.

V níže uvedeném dotazníku prosím o zaškrtnutí jedné z odpovědí, u otázky č. 8 možno označit vícero odpovědí. U otázek s odpověďmi ANO/NE je uvedená otázka, z jakého důvod, zde prosím o stručné odůvodnění. U otevřených otázek prosím o stručný popis informací.

1. *Jakého jste pohlaví?*

Muž Žena

2. *V jakém zařízení pracuje?*

Domov pro seniory Domov se zvláštním režimem Denní stacionář

3. *Jaká je Vaše pracovní pozice?*

Ředitel zařízení Vedoucí oddělení Staniční sestra
Zdravotní sestra Pečovatelka Sociální pracovník
Jiný pracovní post (prosím uveďte jaký)

4. *Kolik je ve Vašem zařízení klientů s Alzheimerovou chorobou?*

0-5 6-10 11-20 21 a více

5. *Jaké volnočasové aktivity nabízíte ve Vašem zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou?*

Ergoterapie
Canisterapie
Arteterapie
Muzikoterapie
Taneční terapie
Validační terapie

Reminiscenční terapie

Bazální stimulace

Jiné (prosím o jejich vyjmenování)

6. Kdo vede volnočasové aktivity ve Vašem zařízení?

Zdravotní sestra

Ergoterapeut

Ten, kdo má čas

Jiný personál (prosím uveďte jaký)

7. Do následujících tabulek prosím uveďte, rozvržení volnočasového programu ve Vašem zařízení.

	dopoledne	odpoledne	večer
Pondělí			
Úterý			
Středa			
Čtvrtek			
Pátek			
Sobota			
Neděle			

8. Jsou Vaše volnočasové aktivity pro klienty povinné?

Ano

Ne

9. Pořádáte pro klienty s Alzheimerovou chorobou nějaké výlety?

Ano

Ne

Pokud je odpověď ANO, uveďte prosím jaké

10. Mohou se volnočasových aktivit/výletů účastnit i rodinní příslušníci/návštěvy klienta?

Ano

Ne

Pokud ANO, jakým způsobem se mohou zapojit

Pokud NE, z jakého důvodu

11. Pomáháte rodinám pečujícím o seniora s Alzheimerovou chorobou i v domácnosti?

Ano Ne

Pokud je odpověď ANO, uveďte prosím, jakým způsobem tak činíte

12. Jaká volnočasová aktivita je, podle Vašeho názoru, nejvhodnější pro klienty s Alzheimerovou chorobou?

13. Jaké volnočasové aktivity byste doporučili pro domácí péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

14. Jaké jsou reakce klientů, s Alzheimerovou chorobou, na poskytované volnočasové aktivity?

Spokojeni Spíše spokojeni Spíše nespokojeni Nespokojení

15. Jaké jsou reakce rodin na poskytované volnočasové aktivity pro klienty s Alzheimerovou chorobou?

Spokojeni Chtějí se zapojovat Nezajímají se Nespokojeni

Děkuji Vám za Váš čas strávený nad vyplňováním výše uvedeného dotazníku, pomůže mi při vypracování mé bakalářské práce. V případě dotazů se na mě můžete obrátit prostřednictvím emailu: barbora.mickova@tul.cz, na který zašlete prosím i vyplněný dotazník.

S poděkováním
Barbora Micková DiS.