

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Marie Rybářová

**Možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova  
typu**

**Prohlášení,**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího práce. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne .....

.....

## **Poděkování,**

Ráda bych poděkovala Mgr. Oldřichovi Müllerovi, Ph.D. za poskytnuté cenné rady, odborné vedení mé bakalářské práce a za čas, který mi věnoval. Děkuji pracovníkům ze zařízení Vila Vančurova v Opavě a Domovu na Zámku v Kyjovicích, kteří mi věnovali svůj čas a zapojili se do mého výzkumu. Dále děkuji paní Bc. Radce Pobodové, Dis. za to, že mi umožnila spolupráci se zařízením Vila Vančurova, také za její ochotu se mnou spolupracovat a za pomoc při výběru respondentů pro můj výzkum. Nejvíc musím poděkovat své rodině a všem mým nejbližším za podporu, trpělivost a pomoc, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení</b>	Marie Rybářová
<b>Katedra</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce</b>	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
<b>Rok obhajoby</b>	2020
<b>Název práce</b>	Možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova typu
<b>Název práce v angličtině</b>	Care options for seniors with Alzheimer's dementia
<b>Anotace práce</b>	Obsahem teoretické části práce je popsání pojmů stáří, typické změny ve stáří, demence, Alzheimerova demence, možnosti péče, aktivizační metody a expresivní terapie. V praktické části práce jsou rozvedeny závěry průzkumu zaměřeného na řešení problematiky, jaké vhodné možnosti péče lze uplatnit v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Cílem práce je zjistit všechny možné a prospěšné varianty možnosti péče a aktivizačních metod pro seniory trpící s demencí Alzheimerova typu žijících v domovu pro seniory se zvláštním režimem.
<b>Klíčová slova</b>	Stáří, změny ve stáří, demence, typy demencí, etiologie, demence Alzheimerova typu, Česká alzheimerovská společnost, domov pro seniory, domov pro seniory se zvláštním režimem, aktivizační metody, expresivní terapie.
<b>Anotace práce v angličtině</b>	The content of the theoretical part of the work is a description the concepts of old age, dementia, Alzheimer's dementia, care options, activation methods and expressive therapy. In the practical part of the work, the conclusions of the survey aimed at solving the problem of what suitable care options can be applied in homes for the elderly with a special régime are elaborated. The aim of the work is to find out all possible and beneficial variants of care options and activation methods for seniors suffering from Alzheimer's dementia living in a home for the elderly with a special regime.

<b>Klíčová slova v angličtině</b>	Old age, changes in old age, dementia, types of dementia, etiology, Alzheimer's type dementia, Czech Alzheimer's society, home for the elderly, home for elderly with a special régime, activation methods, expressive therapy.
<b>Přílohy vázané k práci</b>	Příloha č. 1 – Informovaný souhlas ke zpracování osobních údajů Příloha č. 2 – Otázky pro aktivizační pracovníci Příloha č. 3 – Otázky pro sociální pracovníci Příloha č. 4 – Otázky pro zdravotní pracovníci Příloha č. 4 – Přepis rozhovorů s respondenty
<b>Rozsah práce</b>	64 + 9
<b>Jazyk práce</b>	Český

# Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 Základní terminologie .....	10
1.1 Vymezení stáří .....	10
1.2 Periodizace stáří .....	11
1.3 Změny ve stáří .....	13
1.3.1 Tělesné změny .....	13
1.3.2 Psychické změny .....	13
2 Demence.....	15
2.1 Klasifikace demence .....	16
2.2 Příznaky demence .....	18
2.3 Typy demencí .....	20
2.3.1 Vaskulární demence .....	20
2.3.2 Demence s Lewyho tělísky.....	20
2.3.3 Demence u Huntingtonovy choroby.....	21
2.3.4 Demence u Parkinsonovy choroby .....	21
3 Demence Alzheimerova typu (DAT).....	22
3.1 Etiologie (rizikové faktory vzniku AD).....	23
3.2 Stádia nemoci.....	23
3.2.1 1. Stádium.....	23
3.2.2 2. Stádium.....	24
3.2.3 3. Stádium.....	24
3.3 Česká Alzheimerovská společnost (ČASL).....	25
4 Možnosti péče o osoby s DAT .....	26
4.1 Sociální služby.....	26
4.1.1 Domov pro seniory se zvláštním režimem .....	27

4.2	Aktivizační metody a terapie .....	27
4.3	Aktivizace pomocí expresivních terapií.....	31
5	Charakteristika zařízení.....	34
5.1	Vila Vančurova v Opavě.....	34
5.2	Domov na Zámku Kyjovice.....	34
6	Cíl praktické části a výzkumné otázky.....	36
7	Metodologie .....	37
7.1	Kvalitativní výzkum .....	37
7.2	Výběr výzkumného souboru .....	37
7.3	Metoda sběru dat.....	39
7.4	Metoda zpracování kvalitativních dat.....	41
7.5	Metoda analýzy kvalitativních dat.....	41
8	Zpracování výzkumných dat .....	42
9	Diskuse a shrnutí průzkumu .....	54
	BIBLIOGRAFIE .....	58
	SEZNAM PŘÍLOH .....	64

## ÚVOD

Předložená bakalářská práce se zabývá tématem „Možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova typu“. Hlavním důvodem ke zvolení tohoto tématu byl můj osobní zájem a pozitivní vztah k seniorům. O problém demence jsem se začala zajímat až se začátkem souvislých praxí během mého studia oboru Speciální pedagogika – andragogika na Univerzitě Palackého. Praxe jsme si mohli vybírat podle zvolených preferencí a já často nahlédla do domovů pro seniory a domovů pro seniory se zvláštním režimem, kde se touto problematikou zabývají a o takto nemocné seniory se starají. Tyto praxe mě velmi zaujaly a vtáhly do uvedené problematiky natolik, že jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat blíže a rozvést myšlenky, které se ho týkají.

Jelikož jsem byla celé mé dětství obklopena starými lidmi, můj zájem a starost o ně byl o to větší. Vidět trpící seniory s takto těžkou diagnózou a jejich rodinné příslušníky, kterým tato nemoc také ovlivňuje život a změni tak zavedené rituály není příjemné. Proto předmětem mého zájmu je osoba s demencí Alzheimerova typu, která žije v různých sociálních resortech a jaká péče je mu poskytnuta.

Jakmile jsem se rozhodla pro toto téma, kontaktovala jsem známé zařízení, kde jsem v minulosti absolvovala souvislé praxe, zda - li s nimi mohu spolupracovat i nadále. Ve všech domovech pro seniory jsem se cítila velice komfortně, přirozeně a prostředí ve mně budila dobrý dojem.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První částí je teoretická a tou druhou je část praktická.

Teoretická část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první je vymezen stáří a jaké změny mohou nastat v seniorském věku. Další kapitola se zabývá demencí, jsou v ní popsány příznaky demence, další typy demence a jsou zmíněny dvě nejdůležitější klasifikace. Třetí kapitola se zabývá preferovanou demencí Alzheimerova typu. Podrobněji jsou rozepsána jednotlivá stádia, rizikové faktory a známá Alzheimerova společnost fungující v České republice. V poslední kapitole jsou uváděny důležité možnosti péče, jako jsou aktivizační metody, expresivní terapie, sociální zařízení a další pomoc pro tyto nemocné osoby.



V praktické části jsou stručně vymezené dva navštívené domovy pro seniory se zvláštním režimem, kde mi bylo umožněno zrealizovat výzkum. Výzkumnou metodu byl polostrukturovaný rozhovor, který byl nahráván na audio záznamník. Rozhovory byly prováděny s pracovníky, kteří se každý den podílí na péči seniorů trpící demencí Alzheimerova typu.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjištění možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova typu v domovech pro seniory se zvláštním režimem ve dvou vybraných zařízeních v Moravskoslezském kraji.

Dílčí cíle a výzkumné otázky byly stanoveny během rozhovoru. Dílčím cílem bylo pokusit se nalézt odpověď na otázku, zda se klientům poskytuje dostatek terapií a aktivizačních metod, které přispívají k dobrému stavu seniora.

Touto bakalářskou prací bych chtěla mladé lidi inspirovat k pomoci seniorům, kteří se také o nás starali a nezapomněli na nás, dávali nám veškerou péči a pomocnou ruku a byli nám skvělými pomocníky v dětství. Proto by se na naše staré členy rodiny nemělo zapomínat. Také věřím, že tato práce může být přínosem pro osoby, které zvažují práci s touto klientelou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Základní terminologie

V první kapitole je popsán termín stáří a změny typické pro toto období. Pohled na stáří je přiblížen prostřednictvím názorů několika autorů, kteří se zabývají poslední vývojovou fází lidského života.

*„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ.“*

*Menandros*

### 1.1 Vymezení stáří

*„Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně“* (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s.11).

Stáří je poslední část lidského života. Neexistuje přesné měřítko, kdy stáří začíná, neboť je to velmi individuální proces a u každého probíhá jinak. Někdy bývá měřítko začátku stáří kolem 60. roku, nicméně mnoho seniorů pracuje ještě po 60.věku a jsou naprosto fit a také s celkovým rozvojem společnosti, a i díky existujícím moderním medikacím se hranice věku posouvá stále výš. Právě medikace jsou pro seniory významnou součástí poslední části života. (Klevetová, 2017).

Kalvach (2004) definuje stáří jako označení pro pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života, kde dochází k projevu a důsledku involučních změn funkčních, morfologických, které probíhají specifickou rychlostí s velmi výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu, který známe pod označením stařecký fenotyp. Je dán vlivem prostředí, zdravotním stavem a životním stylem, vlivy sociálně ekonomické a psychické převážně sebehodnocením, adaptací, přijetí role a aspirace.

*„Stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince“*  
(Mlýnková, 2011, s.13)

## 1.2 Periodizace stáří

Za nejznámější periodizaci stáří můžeme považovat tu, kterou popsal Václav Příhoda (1974) ve své knize Ontogeneze lidské psychiky a svou poslední fázi pojmenoval **sénium** a dále ji dělí do třech kategorií.

První kategorii pojmenoval *senescence*, neboli stárnutí, která trvá od 60 do 74 let a základním prvkem této dlouhé etapy je ustupující vývoj u jednotlivých orgánů i v psychofyzickém celku, jenž napřímo souvisí se zmenšováním odolnosti vůči nepříznivým vlivům. Stupeň celkového oslabení organismu má vícero etap, které se liší tempem a intenzitou vývojových změn. V tomto období hraje velkou roli kvalita zárodečné buňky a také působení vnějšího prostředí, především životospráva, ale v období *senescence* je organismus zpravidla schopný a imunní.

Druhá etapa pojmenovaná jako *kmetství*, jenž je ohraničeno od 75 do 90 let charakterizuje především chátrání celé osobnosti. Toto období představuje pro lidské tělo postupnou degeneraci orgánů a její důsledky jsou patrné pro celkové ochabování organismu, například ztráta chrupu komplikuje zažívání. Význam slova kmet je odvozeno z latinského *comes*, to lze definovat jako společník nebo průvodce. Základním psychologickým rysem druhého období je považováno odchýlení od materiálních hodnot k duchovním.

Poslední etapa, nazývaná *patriachium* je vymezená od 90 let a tento významný mezník lidského života představuje osamělost zapříčiněnou značným úmrtím vrstevníků, dále dochází k postupnému odloučení rodiny a také přátel, a proto u tohoto jedince se častěji objevuje rezignace a smíření se s koncem života (Příhoda, 1974).

Definování a členění stáří je daleko těžší i skrz daný fakt, že každý jedinec je individuální a u každého se jinak projeví četnost příčin a příznaků a jejich nástup v různém věku a také jejich vzájemná podmíněnost a nekonzistence je hlavním problémem obtížného rozdělení a vymezení stáří.

Velice rozšířené a známé je dělení podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation = WHO), ta stáří vymezuje následovně:

- 60 – 74 let – rané stáří,
- 75 – 89 let – vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost (Mlýnková, 2011).

V souvislosti s věkem také Kalvach (2004) definuje stáří na termíny kalendářní, sociální a biologické.

**Kalendářní stáří (chronologické)** je orientačně členěno:

- 65 – 74 let – mladí senioři (young old) – vyskytují se problémy s přijutím faktu odchodu do penze, nadbytek volného času a potřeba rozvíjení seberealizace a plánování aktivit,
- 75 – 84 let – staří senioři (old old) – specifický pro toto období je zvýšený stesk, častější výskyt zdravotních problémů a chorob a také větší míra zátěže na jedince,
- 85 a více let – velmi staří senioři (very old old) – rizikem u takto starších jedinců se stává potíž s přibývajícím osamělostí a závislostí na druhých osobách.

„*Věk je jen číslo*“, toto slovní spojení je velmi známé a ne jednou ho každý jedinec ve svém životě použil, a proto je toto slovní spojení zahrnuto i tady. Někteří jedinci, kteří jsou právě ve věku, kdy jejich životní výkonnost a funkční stav pomalu upadá, jsou plní životního elánu, radosti a duševní pohody a naopak jiní, vykazují známky stárnutí velmi brzy a jejich věk tomu neodpovídá. Proto věk jako časový údaj se nemusí pokaždé shodovat s údaji, které jsou typické pro stáří.

**Sociální stáří** především řeší proměny sociálních potřeb a rolí, také životního stylu a ekonomického zajištění. Jako počátek sociálního stáří je možno brát dobu vzniku nároku na starobní důchod či penzi, zvýšenou odloučenost, riziko úbytku sebeobsluhy a sebeobslužných činností, omezování vyššího věku neboli diskriminace, kterou charakterizujeme jako *ageismus*.

Vymezení sociálního členění často využívá pojem *první věk*, představující období dětského věku a mládí, učení, přípravu na profesi, získání dovedností a zkušeností v sociální komunitě. Poté dále pokračuje *druhým věkem*, jenž probíhá v období dospělosti a řeší otázky celkové produktivity člověka napříč resorty. *Třetí věk* vymezuje jako postproduktivní fázi, což je pro většinu známo coby úbytek fyzické a psychické zdatnosti, produktivity a zvýšeného odpočinku. Konečný *čtvrtý věk* se v mnohých případech ztotožňuje s pojmenováním stádia závislosti mnoha podob, jenže toto tvrzení nemusí být vždy pravdou a především se jedná o patologickou závislost, nikoliv jako zákonitost (Kalvach, 2004).

**Biologické stáří** se zpravidla zabývá involučními změnami, které představují takové změny spojené s chorobami, jež se vyskytují ve vysoké míře spojené s přibývajícím věkem, například ateroskleróza. Stále trvá přesné určení a vymezení biologického stáří. Dodnes probíhají výzkumy vedené k hodnocení funkčního stavu jedince a jeho výkonnosti (Kalvach, 2004).

## **1.3 Změny ve stáří**

### **1.3.1 Tělesné změny**

Mlýnková (2011) popisuje změny, jež se projevují v mnoha lidských soustavách, které úzce souvisejí. Nejvíce si všimneme těch, které jsou na první pohled zřejmé, například na kůži nebo úskalí v pohybovém systému, ale potíže se vyskytují dále v kardiovaskulárním systému, dýchací i trávicí soustavě, problémy se spaním, poruchy smyslového vnímání a také jsou velmi časté problémy vyskytující s nedostačujícím vylučováním a pohlavní soustavou.

Známa autorka Haškovcová (2010) se zabývá také osobami vyššího věku. Shledává patrné odlišnosti u těchto jedinců, kterých si všimne každý, a které se liší svou specifičností. Za nejtypičtější projev stáří uvádí začínající šednutí a řídnutí vlasů, kdy vlasy postupně ztrácí svůj lesk, barvu a také správnou výživu a pružnost. Na obličeji přibývají vrásky, kůže se stává více pigmentovanou a suchou se zvýšeným svěděním. Velmi častý výskyt spatřujeme ve „stařeckých skvrnách“ hnědé barvy, převážně se objevují na horních končetinách a na obličeji. Nepřehlédnutelnými jsou pohyby chůze, u níž dochází k vratkosti, neobratnosti, zpomalenosti. Dochází i k patrnému zhoršování všech důležitých smyslů.

### **1.3.2 Psychické změny**

U osob seniorského věku se často setkáváme s atrofií, tj. úbytkem mozkové tkáně. Po 60. roce se změny zpravidla objevují u funkcí, které využívají práci s informacemi. Dochází k omezení poznávacích procesů a prodlužuje se čas na danou činnost. Problém nemají pouze se vstřebáním informace, ale také začínají obtíže se zvolením příhodné reakce, důvodem je strach a obtížnost se sám rozhodovat. Zpomalení se projevuje i zvýšenou citlivostí, osoby po 60. roce věku začínají být velice opatrné na jakoukoliv činnost. Oslabení zrakových

a sluchových funkcí podstatně omezuje příjem podnětů, a to má za následek chybnou orientaci v prostředí. Značně je ovlivněna i pozornost jedince, která už přestává být tak

rychlou a přesnou. Nedostatky pozorujeme i v paměti. Zhoršuje se zpracování, ukládání nových informací a také vybavování dřívějších vzpomínek (Vágnerová, 2007).

Klevetová (2017) popisuje změnu psychického stavu především ve vnímání, pozornosti, paměti, fantazii a v uvažování. Osoby vyššího věku se hůře vyrovnávají s novou situací a přizpůsobení se je ještě daleko těžší. Starší osoby jsou známé svou nedůvěřivostí a opatrností vůči svému okolí. Okolo 80 let se setkáváme s nárůstem poruchy osobnosti, zasažena je značně paměť a přidruženou nemocí je demence, převážně Alzheimerova choroba. Pro toto období je velmi specifické zhoršení soběstačnosti, kdy senior se pomalu stává závislým na svém okolí, především když jeden z partnerů zemře a pozůstalý trpí samotou a chutí dále žít. Celkově stáří je protkané velkou proměnou emočního prožívání. Senior se častěji dojíká a je zranitelnějším jedincem, kdy od okolí vyžaduje větší ohleduplnost a porozumění. Typickým milníkem se stává odchod do penze, kdy člověk se nestává výdělečným činným, ale naopak přichází nová role babičky/dědečka.

Tyto změny vystihuje také Venglářová (2007), jež v tabulce výstižně vymezila změny, které jsou typické pro seniory:

Tabulka 1. - Změny ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12).

<b>TĚLESNÉ ZMĚNY</b>	<b>PSYCHICKÉ ZMĚNY</b>	<b>SOCIÁLNÍ ZMĚNY</b>
Změna vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráty blízkých lidí
Degenerativní změny kloubů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	Změny vnímání	
Změny vylučování moči (častější nucení)	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

## 2 Demence

Demenci vymezuje (Haškovcová, 2012, s. 65) jako: „*soubor příznaků vznikajících v důsledku degenerativního či cévního onemocnění mozku a projevujících se jako výrazný úbytek intelektových schopností nemocného člověka*“.

Marcela Hauke (2017) popisuje demenci coby důsledek poškození mozku, převážně mozkové kůry a postupně i dalších struktur. Demence může být následkem procesů, které převážně poškozují mozkovou kůru, ať už následkem úrazu nebo otravou, ale také poškozením cévního zásobení mozku, které se objevuje často. Jako nejčastější příčinu je možno obecně znát neurodegenerativní onemocnění.

Pojmenování **demence** odvozené z latiny znamená po přeložení *bez myslí*. Předpona *de-*, představuje *odstranit* a druhá část *-mens* je výraz pro *mysl* (Hauke, 2017).

Hrdlička (1999) považuje demenci za daleko komplexnější poruchu a spatřuje potíže s pamětí. Zasaženo je i myšlení, orientace, řečová schopnost a způsobilost se učit novým věcem. S odstupem času se problémy promítají také do poruch emocí a chování. Poté nemoc zasahuje jedince při sebeobslužných činnostech, kdy jedinec se nedokáže o sebe postarat a vykonat si základní hygienické návyky, klesá soběstačnost a pohyb se stává velmi těžkým prvkem. Demence postupem času ovlivní celý život postiženého touto nemocí.

Demence je definována také podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů jako syndrom způsobený chorobou mozku, převážně chronického nebo progresivního charakteru, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž zařazujeme paměť, orientaci, myšlení, počítání, chápání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Většinou je přidruženo převážně porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, motivace a sociálního chování. Demence se vyskytuje především u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a jiných stavů a nemocí, které postihují mozek (Mühlpachr, 2004).

## 2.1 Klasifikace demence

V odborné literatuře je možné najít více klasifikačních schémat. V Evropě je nejvíce rozšířené schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10.revize), která se především využívá v medicínské praxi.

Demenci je možné najít v kapitole F00 – F09, která je pojmenována jako Organické duševní poruchy včetně symptomatických, schéma třídí demence následujícím způsobem:

**Schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů**  
(10. decenální revize):

### **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci (G30,-+)**

- F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+)
- F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+)
- F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)
- F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci nespecifikovaná (G30.9+)

### **F01 Vaskulární demence**

- F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- F01.1 Multiinfarktová demence
- F01.2 Subkortikální vaskulární demence
- F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- F01.8 Jiné vaskulární demence
- F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná

### **F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde**

- F02.0 Demence u Pickovy choroby (G31.0+)
- F02.1 Demence u Creutzfeldtovy – Jakobovy nemoci (A81.0+)
- F02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)
- F02.3 Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)
- F02.4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie HIV (B22.0+)
- F02.8 Demence u jiných určených nemocí zařazených jinde



### Demence u :

- mozkové lipidózy (E75.-+)
- epilepsie (G40.-+)
- hepatolentikulární degenerace (E83. +)
- hyperkalcemie (E83.5 +)
- hypotyreózy získané (E01, E03.-+)
- intoxikace (T36 – T65 +)
- sclerosis multiplex (G35+)
- neurosyfilis (A52.1. +)
- deficitu niacinu (pelagra) (E52+)
- systémového lupus erythematodes (M32.-+)
- trypanosomózy (B56.-+, B57.-+)
- karence vitamínu B12 (E 53.8+)

### **F03** Neurčená demence

Presenilní:

- demence NS
- psychóza NS,

Primární degenerativní demence NS

Senilní:

- Demence
- NS
- depresivní nebo paranoidní typ
- psychóza NS (Anon, 2000).

Klasifikace, která je používaná více, než je Mezinárodní klasifikace nemocí, v odborné literatuře využívá schématu **Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM V.)**, kde demenci najdeme pod neurokognitivní poruchou, které do 30. září 2014 byly uvedené v DSM. IV jako „demence, delirium, amnestické a další kognitivní poruchy“. Popsáno jako:

- Závažné nebo mírné podtypy NKP způsobené Alzheimerovou nemocí
- Vaskulární neurokognitivní porucha
- Neurokognitivní porucha s Lewyho tělísky

- Neurokognitivní porucha u Parkinsonovy nemoci
- Frontotemporální neurokognitivní porucha
- Neurokognitivní porucha z důvodu traumatického poškození mozku
- Neurokognitivní porucha v důsledku infekce HIV
- Neurokognitivní porucha vyvolaná léky a látkami
- Neurokognitivní porucha Huntingtonovou nemocí
- Neurokognitivní porucha způsobená prionovým onemocněním
- Neurokognitivní porucha v důsledku jiných onemocnění
- Neurokognitivní porucha v důsledku více etiologií a nespecifikovaná neurokognitivní porucha

Toto schéma je charakteristické svým specifikem, kde se rozlišuje následek poruchy, například u Alzheimerovy nemoci, nemoci s Lewyho tělísky, vaskulárního poškození mozku, Parkinsonovy nemoci, Huntingtonovy nemoci, jiných somatických onemocnění, nespecifikovaná etiologie, více etiologií, HIV infekce, užívání léků a látek, traumatického poškození mozku, frontotemporální lobární degenerace a prionové choroby. Dále je nutné odlišit, zda je porucha bez behaviorálních symptomů nebo s behaviorálními symptomy, také je řešena otázka závažnosti poruchy, jež může být mírná, středně těžká a těžká ale tento ukazatel je používán ojedinele v rámci závažných neurokognitivních poruch. (DSM-V, s.621)

Termín demence je zařazen do skupiny Závažná neurokognitivní porucha. Pojem demence je v DSM V. zanechán z důvodu návaznosti a dále se využívá v prostředí medicínském, kde se vyskytují různé lékařské profese a také pacienti, kteří na tento pojem jsou zvyklí. Často demenci spojujeme se starší populací, kde se jedná o degenerativní onemocnění, ale použití termínu neurokognitivní porucha lze využít převážně pro mladší jedince, u nichž dochází k vedlejším příčinám způsobených infekcí HIV nebo traumatického poškození mozku (DSM-V, s. 621).

## 2.2 Příznaky demence

Příznaky je možné rozdělit do třech základních skupin, které jsou obvykle označovány písmeny A představující *activities of daily life*, B jako *behavior* a písmeno C v předkladu vymezující *cognition* (Hauke, 2017).

Jiráček, Holmerová, Borzová (2009) definují tyto skupiny následovně:

1. Postižení kognitivních (poznávacích) funkcí,
2. Postižení aktivit denního života,
3. Behaviorální a psychologické příznaky demence.

Klíčovým rysem je narušení poznávacích funkcí, zejména paměti. Dále se objevuje i problém u dalších kognitivních funkcí, například koncentrace, pozornosti, rychlosti myšlení, schopnost řešení problémů a také porucha vyjadřování. Rodina postiženého jedince někdy vymezuje oblast paměti za nejmenší nesnáz. Je brána jako důsledek klasického stárnutí, kdy právě s přibývajícím věkem by se mělo počítat s úbytkem paměti. Toto období lze včasné upevnit a může najít podporu ve farmakoterapii, a to podáváním léků na zlepšení mozkové činnosti. Tímto způsobem dochází k oddálení závažnějších forem demence a jedinec může pokračovat v udržení své orientace, soběstačnosti a také kvality života (Hauke, 2017)

Dalším příznakem, který je specifický pro demenci a přidává se k další oblasti, je narušení aktivit denního života. V tomto případě jde o **instrumentální aktivity**, jež představují běžné činnosti v domácnosti jako vaření, schopnost nakládat s penězi a s tím spojené i nakupování, dále organizování svého času a následné plánování, poté používání domácích spotřebičů, telefonní komunikace s druhými osobami, celková péče o domácnost. Postupem doby nastávají problémy v **základních sebeobslužných činnostech**, kde se problém vyskytuje v neschopnosti obléknout a svléknout se, samostatně se najíst a napít. Rovněž je obtížné udržování a vykonávání základní osobní hygieny, použití WC, problém je i v nedostatečné chůzi a dochází i k mnoha dalším potížím, které znevýhodňují péči o vlastní osobu. Proto dochází ve větší míře k závislosti na péči svého okolí, za pomoci rodinných příslušníků, anebo je vyhledána pomoc v resortu sociálním. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Poslední příznaky typické pro demenci jsou behaviorální a psychologické, jež ve volném překladu z angličtiny znamenají poruchy chování. Tyto symptomy představují pro nejbližší okolí nejzávažnější typ projevů. Můžeme si jich začít všimnout už od samého počátku demence, ale většinou se vyskytují u rozvíjejících se středních stádií a dovršují v těžkých formách (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Mlýnková (2011) spatřuje problémy s poruchami chování i pro okolí nemocného jedince, poněvadž jsou velmi nápadné a náročné. Zařazuje do této kategorie častý neklid, výskyt útěku z domova, začínající slovní i fyzickou agresi, poškozování předmětů, zesilující

úzkost a strach, časté jsou poruchy spánku, kdy se jedinec vzbudí například ve 2 hodiny v noci s myšlenkou, že jde do práce a nepřijme fakt noci a spánku. Jedinci trpí depresemi, narušen je také kontakt s realitou, kde dochází k halucinacím, bludům a střídání různých emocí, protknuté výbuchem hněvu a následným překvapivý pláč.

Základní symptomy také dále definoval Glenner (2012), který spatřuje problém v percepcí a s koordinací pohybů. Pro toto období je specifická agnózie, což je ztráta schopností vizuálního vnímání, kdy dotyčný má potíže poznávat velmi známe předměty a své prostředí, ve kterém se nachází. Dále začínají problémy s rozsahem pozornosti. Se zvyšujícím věkem totiž ubývá i soustředěnosti na jakoukoliv činnost s různým trváním. Ubývá také dorozumivací způsobilost, a to jak psanou, tak i mluvenou formou a velmi často se objevuje afázie, jež je popsána jako porucha řečových schopností. Nejčastější nesnáz vidíme v paměti, kdy si člověk činnosti a věci neuvědomuje, tudíž si je nezapamatuje a nevybaví si je. Vyskytují se i problémy s ovládním emocí, například zvýšený smutek, vztek a úzkost. Jedinec, který není spokojený, tyto emoce dává nejednou najevo. Posledním typickým projevem pro tuto diagnózu je snížená schopnost racionálního uvažování a zvoleného úsudku.

## **2.3 Typy demencí**

Následující podkapitola je zaměřená na demence jiného druhu, kterých je veliké množství a svými příznaky se od sebe liší. Vybrané druhy jsou stručně popsány, avšak další část je věnována popíši pouze demenci Alzheimerova typu.

### **2.3.1 Vaskulární demence**

Hauke (2017) uvádí následky v poškození, postihující mozkovou kůru, ale zasaženy mohou být i další struktury mozku. Při této demenci nedochází k plynulému zhoršování stavu pacienta, ale problém se vyskytuje v časném výskytu cévních mozkových příhod, které tuto diagnózu velmi ovlivňují.

Mlýnková (2011) popisuje rizikové faktory, jež vedou k vaskulárním onemocněním, například hypertenze, cukrovka a onemocnění srdce.

### **2.3.2 Demence s Lewyho tělísky**

Jedná se o progresivní onemocnění, kdy dochází k typickým příznakům, jenž postihuje jedince ve vyšším věku. Projevuje se změnou poznávacích schopností, především paměti, jazyka a řeči. Jedinci s touto diagnózou také trpí obdobím zmatenosti, pro které je typické

časté střídání. Problém kolísání lze spatřit v každodenním životě, ale i během diagnostikování. (Koukolík, Jirák, 1999).

Tuto závažnou demenci popsala také Hauke (2017), která přidává přidružené potíže se zrakovou nebo sluchovou halucinací. Osoby špatně snášejí antipsychotika, která jejich stavu nezaručují zlepšení, ba naopak jejich situaci mohou negativně ovlivnit.

### **2.3.3 Demence u Huntingtonovy choroby**

Samotnou Huntingtonovou nemoc definuje (Koukolík, Jirák, 1999, str. 77) následovně: „Vzácné dědičné degenerativní neuropsychiatrické onemocnění. Dědičnost je autozomálně dominantní, takže každé dítě postiženého rodiče je stíženo s 50 % pravděpodobností, že onemocní také.“

Problematika demence se u této choroby objevuje velmi často, poněvadž je zasažen mozek. Prvotním znakem této choroby jsou mimovolné pohyby v obličejové části, rukou, při chůzi a v ramenech. Postupné zhoršování nemoci se zpomaluje a po 10 až 15 letech končí smrtí (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

### **2.3.4 Demence u Parkinsonovy choroby**

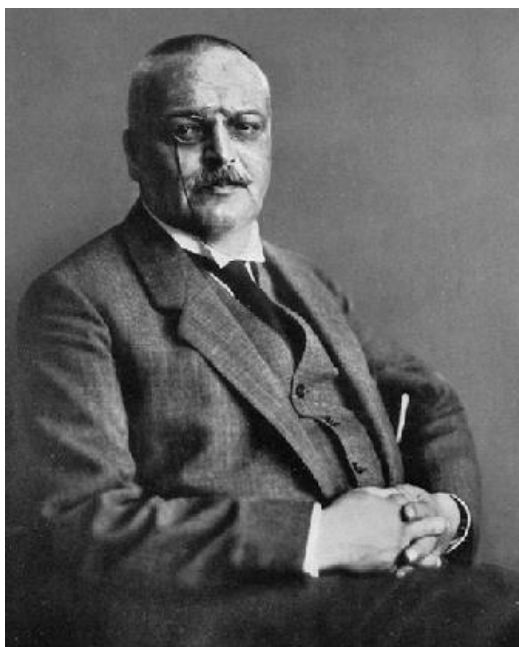
Parkinsonova nemoc je vymezena jako: „*neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky*“. (Jirák, Holmerová, Borzová, 1999, s. 40).

Pidrman (2007) odhaduje výskyt demenci při závažné chorobě nejméně 20 %, ale také spatřuje hlavní problematiku, kdy se zdravotní péče zaměřuje především na léčbu základní diagnózy a demence je dána do pozadí.

Typické klinické symptomy této demence popisuje Jirák, jenž největší problémy shledává v poruchách paměti, v poklesu pozornosti. Myšlení se zpomaluje a jedinci se stávají lhostejnými. Stěžejní situací se stává způsobilost řešit své záležitosti, logicky formulovat a třídit myšlenky a názory. Přichází také problém s aktivitami, které si sám jedinec neumí připravit a uskutečnit je. Aktivitu vykoná s jakoukoliv pomocí druhé osoby. Často dochází ke změně osobnosti spojenou se střídáním nálad, přidružené jsou také zrakové a sluchové bludy a halucinace (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

### 3 Demence Alzheimerova typu (DAT)

O problematiku a definování této demence se poprvé zasloužil v roce 1906 známý lékař, psychiatr a neuropatolog z Německa MUDr. Alois Alzheimer (1861 – 1915), který se věnoval také dalším duševním chorobám (Mlýnková, 2011).



Obrázek 1. - Alois Alzheimer

Zdroj: <https://www.researchgate.net>

*„Alzheimerova choroba je závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny“ (Zvěřová, 2017, s.10).*

Tento typ demence postihuje všechny důležité směry, které jsou velmi důležitým prvkem pro rozvoj a pomoc postiženým. Nejedná se jen o problém zdravotní, ale jsou zasaženy i stránky sociální a ekonomické (Hátlová, Suchá, 2005).

Hauke (2017) spatřuje v Alzheimerově nemoci nejčastější zdroj všech případů demence, zaujímá více než 60-70 %. Může se objevit ve formě čisté i smíšené. Nemoc má dlouhodobý charakter, kdy dochází specificky k úbytku mozkové tkáně.

Demence Alzheimerova typu se dělí na formu:

- S časným začátkem (presenilní forma) – do 65 let věku,
- S pozdním začátkem (senilní forma) – po 65 letech věku (Hátlová, Suchá, 2005).

### **3.1 Etiologie (rizikové faktory vzniku AD)**

Nejzásadnější okolností se stává vysoký věk, kdy ve stáří přibývá větší pravděpodobnost postihnutí této specifické nemoci. Dále studia ukazují na vyšší procento výskytu u žen a do popředí se dostává názor, že demence zasahuje většinou lidi s nižším vzděláním. Dalším faktorem se stává prodělaný úraz hlavy, vícečetné deprese, zvýšené užívání některých léků, obsahujících škodlivé látky a posledním důležitým prvkem je rovněž genetická dispozice (Hátlová, Suchá, 2005).

Zvěřová (2017) uvádí také výskyt Downova syndromu v rodině, kdy osoby starších 60 let s tímto syndromem mohou být ze 75 % postiženy demencí. Také důležité faktory, které jsou ovlivnitelné v dospělosti, se často stávají velkým problémem pro zmiňovanou nemoc. Patří mezi ně například cukrovka, vysoký tlak, obezita, nadměrná konzumace alkoholu a kouření. Samozřejmě i okolnosti v období od narození po rané dětství jsou velice důležité. K těmto okolnostem řadíme porodní váhu novorozence, průběh těhotenství, vývoj mozku. Smrt rodičů v dětském věku může být také důležitým faktorem pro větší výskyt této diagnózy.

### **3.2 Stádia nemoci**

Průběh této závažné choroby lze vymezit do tří stádií podle stupně demence, a to na lehké, střední a těžké stádium. Někteří autoři stádia charakterizují demenci také jako mírnou, rozvinutou a pokročilou (konečnou) fázi života jedince.

#### **3.2.1 1. Stádium**

Regnault (2011) popisuje značný výskyt problémů kognitivních funkcí, zasaženou oblastí se stává zejména paměť, kdy si člověk přestává vybavovat události odehrané v krátké době. Úkoly, které jedinec celý život bez problémů vykonával zcela normálně, začínají být velkou překážkou. Osoba přestává poznávat známé osoby, se kterými strávila značnou dobu svého života, například rodinu, kamarády, sousedy. Přidává se také výrazný pokles komunikačních dovedností. Řeč není tak jasná a srozumitelná. S řečí je spojeno i logické uvažování, kdy člověk se nedokáže koncentrovat na jednu zvolenou činnost.

Nemocní si tyto změny uvědomují, ale jejich reakce jsou velmi individuální. Některý jedinec se za své zhoršení chování stydí a nedokáže se s problémy ztotožnit a u jiných jedinců se vyskytuje zvýšená agresivita a podrážděnost. Problémy se týkají i jejich profese, kdy je osoba ve svých úkonech značně nejistá. Nejistota se přelévá i do sociálního života. Nemocní omezují kontakty na minimální úroveň a uzavírají se sami do sebe, tudíž ztrácí chuť

vykonávat své dosavadní oblíbené zájmy a činnosti. S tímto poměrně souvisí i ztráta motivace (Mlýnková, 2011).

### **3.2.2 2. Stádium**

Pro tuto fázi je velmi typický další pokles poznávacích funkcí. Aktivity běžného života, jako například vaření, uklízení a hospodaření se svými finančními prostředky, začínají být pro postiženého velkou starostí. Bývají zasaženy instrumentální výkony, do kterých zařazujeme ovládání domácích spotřebičů. Okolí, které se stará o postiženého jedince, zaznamenává změny v oblasti chování a osobnosti, které jsou vymezeny jako BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia – v českém překladu Behaviorální a psychologické poruchy). Za důležité nejasnosti v chování je považováno bezdůvodné vykřikování, opouštění svého bydlení, verbální a fyzická agrese (Zvěřová, 2017).

Mlýnková (2011) spatřuje problémy dále v časoprostorové orientaci. Jedinec si nedokáže vybavit jméno prezidenta, jaký je den, měsíc a rok. Časový přehled se týká i spánku. Má často zpřeházený harmonogram dne, kdy v noci se probudí, vstane a rozhodne se jít do práce nebo na procházku. Často se setkáváme s blouděním, touláním a halucinacemi. V tomto stádiu se začínají objevovat poruchy vylučovacího systému a pacienti se postupem času stávají inkontinentními. Střední stádium je charakterizováno jako nejdelší období, trvající až 10 let. S narůstajícím výskytem potíží se i péče stává časově, fyzicky i psychicky náročnou záležitostí. Pro rodiny je tady možnost využití denních center a stacionářů.

### **3.2.3 3. Stádium**

V posledním stádiu, kdy demence zasahuje všechny složky osobnosti, je pomoc ošetrovatelské služby nutností a velké procento klientů je zařazeno do domovů se zvláštním režimem. Pacient není schopen se sám o sebe postarat. Komunikace se stává velmi omezeným prostředkem dorozumívání. Pro snadnější sdělení informací využíváme prvky alternativní a augmentativní komunikace. Osobě ubývají síly i možnosti v chůzi a postupem času dochází k celkovému upoutání na lůžko (Mlýnková, 2011).

Podle Regnaulta (2009) jsou pro tuto fázi specifické značně se vyskytující zdravotní problémy, které velice ovlivňují průběh zákeřné nemoci a dožití jedince. Problémy se vyskytují v oběhovém systému, kdy člověk ztrácí svou obvyklou teplotu a tělo mu začíná chladnout. Trávicí trakt je také značně postižen, člověk nedokáže přijmout stravu a tekutiny. Potíže se týkají i dýchání, zrakového a sluchového vnímání. Převažuje střídání neklidu a zvýšená spavost.





Obrázek 2. - Porovnání mozku zdravého versus mozku postiženého Alzheimerovou chorobou

Zdroj: <https://www.nia.nih.gov>

### 3.3 Česká Alzheimerovská společnost (ČASL)

Tato organizace vznikla v roce 1996, a o rok později byla mezi registrovanými jako občanské sdružení. První faktor pro založení společnosti utkvěl v nepatrných setkáních multidisciplinárního týmu, jako jsou sociální pracovníci, lékaři, zdravotní sestry i studenti sociálních oborů a dalších profesionálů. Jde o celkovou spolupráci v oboru gerontologie, jejichž cílem je pomáhat a zabývat se problematikou občanů postižených diagnózou demence i těm, kteří se o tyto jedince starají. Společnost je součástí velice známých celosvětových organizací, které se demencí rozhodly zabývat a jimi jsou Alzheimer Europe a Alzheimer Disease (Regnault, 2009).

ČASL nabízí dvě registrované sociální služby. První velmi důležitou pomocí jsou konzultace, v rámci podpůrných skupin, anebo individuální setkání. Individuální konzultace jsou určeny nejen lidem s demencí, ale také rodinným příslušníkům. Konzultace probíhají v příjemném prostředí. Nejen, že v rámci konzultací jsou poskytovány nové informace o nemoci, ale také tato setkání slouží ke zlepšení psychického stavu, vzájemné podpoře pečujících, snížení stresu a zátěže a mnoho dalších. Druhou možností jsou svépomocné skupiny s názvem Čaj o páté. Tato setkání jsou specifická tím, že je přítomný i odborný tým, který odpovídá na dotazy pečujících. Pomáhají jim poradit ohledně pomoci v této těžké situaci. Druhá podpůrná skupina, nosící název Toulky pamětí a duší jsou určeny pro osoby v prvním stádiu demence, kdy je jim vysvětlen základní komplex informací týkající se vzniklé nemoci. Další registrovanou službou je respitní péče. Tento servis je poskytován osobám, které o nemocné pečují, ale potřebují také důležitý odpočinek pro vyřízení svých

povinností. Tudiž respitní péče je velice záchrannou a potřebnou situací pro tyto jedince. (Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>).

## **4 Možnosti péče o osoby s DAT**

Poskytované a nabízené služby a následná léčba by se měly stát provázanou záležitostí, na kterou se podílí celkový tým odborníků. Léčba může být založena na medikacích, v tomto případě jde o léčbu farmakologickou, ale zvolit lze rovněž léčbu nefarmakologickou, tedy léčbu využívající prvky alternativních terapií, aktivačních metod a tréninku kognitivních funkcí. K úspěšné léčbě se stává důležitým faktorem nápomocná rodina nemocného, která podporuje samostatnost a soběstačnost, udržení pravidelného režimu, vytváření příjemného rodinného prostředí a ochotu co nejdéle zůstat u nejbližších (Hátlová, Suchá, 2005).

### **4.1 Sociální služby**

Jedinci, kteří se nedokážou o sebe nadále postarat a rodina tuto situaci také není schopna zvládnout, mohou využít služeb sociální péče. Jedná se konkrétně o služby, které cílí na skupinu seniorů a rozdělují se na tři úrovně, a to na možnost péče v rodinném prostředí, dále na sociální péči o staré jedince poskytované v ambulantních podmínkách a konečně na sociální péči v pobytových zařízeních (Zgola, 2003).

Tyto služby spadají pod resort MPSV, tj. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jsou dány zákonem č. 108/2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „Zákon č. 108/2006 Sb.“). Tento zákon upravuje podmínky pro poskytování možnosti služeb, zaměřující se na osoby seniorské populace, které mají sníženou soběstačnost, zejména z důvodu věku nebo osoby s různými typy demence ve vybraných zařízeních:

- Denní stacionáře,
- Týdenní stacionáře,
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- Domovy pro seniory,
- Domovy pro seniory se zvláštním režimem.

#### **4.1.1 Domov pro seniory se zvláštním režimem**

Osoby s demencí Alzheimerova typu a jiným typem demencí bývají umísťovány do domovů pro seniory se zvláštním režimem. Tato zařízení nabízejí služby pro osoby, které nejsou dostatečně soběstačné, a proto je nutné jim poskytnout pravidelnou péči, kterou tyto nemocné osoby potřebují. Zařízení umožňují zařídit základní činnosti, kterými jsou ubytování, podávání stravy, podpora osobní hygieny a základních činností o vlastní osobu, soužití ve společenství, aktivizační metody, sociálně terapeutické aktivity, pomoc při zajišťování důležitých osobních povinností (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

#### **4.2 Aktivizační metody a terapie**

Na těchto činnostech se podílí tým odborníků, kteří svými technikami se pokouší alespoň částečně zlepšit psychickou pohodu nemocného a snaží se pomocí zachovat schopnosti, díky nimž je nemocný schopen fungovat ve společnosti a v kontaktu se svým okolím. Například se trénuje paměť a její zbývající kapacita, orientace v realitě, zachování pohybových dovedností, samostatnost, nácvik základních smyslů, uchování individuality jedince (Müller, 2006).

Pro člověka s Alzheimerovou nemocí jsou aktivity velice důležitým prvkem pro rozptýlení jeho neklidu, úzkosti a deprese. Při aktivitách, na kterých spolupracuje s odborníkem či rodinným příslušníkem se cítí zapojeným a rovnoprávným členem. Zvolené a individuálně naplánované činnosti musí být pečlivě a rozumně vybrány, aby člověka rozvíjely a podporovaly v samostatnosti, aktivitě a dosažení úspěchu. Samozřejmě je důležité dbát na dobrovolnost, aby se člověk cítil příjemně, svobodně a žádným způsobem poníženo a ve stresu (Zgola, 2003).

Pro úspěšné naplánování a realizování aktivizace klientů s demencí je důležité dbát na tyto body: (Wehner, Schwinghammer, 2013)

- Předměty, se kterými klient bude pracovat by měly být pro něj známé – z domácnosti, z rodiny, z dětství
- Pravidelnost aktivit – jestliže se dané aktivity budou pravidelně opakovat, můžeme u klienta vyzorovat určité zlepšení, anebo zmírnění emocí
- Dostatečné trvání činnosti – aktivita naplánovaná do 30 minut je pro klienta dostačující
- Komunikace s klienty - nechat klienta vyjadřovat své pocity, myšlenky

- Vyvarovat se tématům, které nejsou pro klienta vhodné (válka,..)
- Zvolit pečlivě dané aktivity a také formu průběhu (individuální x skupinová)
- Dbát na to, aby klient nebyl přehlčován požadavky.

Přehled základních charakteristik neexpresivních terapeutických postupů:

### **Činnostní a pracovní terapie**

Tyto terapie se vzájemně překrývají a zároveň se také zaměřují na podporu znevýhodněného člověka. U obou zmiňovaných je využívána aplikace manipulace s materiálním okolím, například je možné použít určité předměty, suroviny a materiály za vytyčeným účelem lidem pomoci zlepšit a změnit jejich chování, myšlení, emoce, pozornost, vůli a další důležité předpoklady pro osobní rozvoj. Dospělí a starší klienti terapeutický cíl splňují především prostřednictvím rukodělnou činností, kdy pracují s textilem, papírem, umělou hmotou, přírodním materiálem a také nácvikem každodenních činností (Müller, 2014).

### **Terapie zahradničením**

Využití přírody a oblíbené zahrádky jako prostředek ke zmírnění stresu, neklidu a úzkosti. Tato činnost je velmi oblíbená, protože klient rád pracuje na zahrádce, o kterou se celý život staral a také jim tato činnost dává pocit jejich fyzické schopnosti. Díky této fyzické aktivitě si senior procvičuje ruce, prsty, záda, celé tělo a také střídavě zrak do dálky, do blízka a celkovou koordinaci těla. Také velkým pozitivem pro seniory je změna prostředí a pobývání venku, individuální práce, učení se novým věcem a diskuse o dané činnosti s ostatními. Zahradničení schopným jedincům dává pocit zodpovědnosti, důležitosti a sebedůvěry (Rheinwaldová, 1999).

### **Terapie s účastí zvířete**

Jde o asistovanou psychoterapii prostřednictvím zvířat, které mají pozitivní vliv na celkový lidský organismus. Osobám s demencí výrazně zvířata pomáhají snížit depresi a úzkost. Celkově mají pozitivní přínos ve společenském zapojení a komunikaci. Společnost zvířete zlepšuje i tempo srdeční činnosti a dochází ke zmírnění krevního tlaku. Tato terapie probíhá v různých formách, například jako hra, mazlení, návštěvy dobrovolníků do zařízení (Hátlová, Suchá, 2005).

## **Reminiscenční terapie**

Při této terapii se nejvíce využívá znovuoobnovení příjemných vzpomínek z dávné doby, kdy různou formou zlepšujeme klientovu komunikaci a dlouhodobou paměť. Touto metodou jim přinášíme dobrý pocit, sebedůvěru, pocit vlastní identity, orientaci v čase, emoční podporu a pozornost druhých osob a personálu, odreagování a zlepšení nálady. Reminiscence může probíhat s jednotlivcem, ale i ve skupinové formě. Tato vzpomínková terapie bývá často obohacena různými pomůckami, předměty, díky kterým se lépe pracuje se smyslovými vjemy, např: staré fotografie, fotoalba, deníky, pohlednice, sběratelské předměty, knihy, předměty hmatové (látky), voňavé předměty (parfémy, známé koření a dochucovačla z kuchyně, květiny, pečivo a také známe pokrmy (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

## **Orientace v realitě**

Tento přístup se stal jeden z nejpoužívanějších k pacientům s demencí. Při této metodě jsou však využívány pouze některé prvky vhodné pro úspěšnou orientaci, nikoliv jako celek. Mnozí lidé zastávají názor, že člověk s demencí je dezorientován, a pečovateli nebo rodině má poskytovat nejlepší řešení a pomůcky k snadnější orientaci. To je samozřejmě pravdivé a dobré řešení situace, ale někdy tato pomoc může klienta dostat do jistého nekomfortu, nejasností, zhoršení stavu, smutku a chování. Nejvhodnějším řešením, kdy klient bývá orientován za doprovodu různých pomůcek, např: hodiny, kalendář se jmény a ročním obdobím na viditelném místě, nástěnka oblíbených činností a fotek z akcí. Nejdůležitější je mít jasné a čitelné nápisy, velká písmena, barevné vyznačení (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

## **Kognitivní rehabilitace**

Tato rehabilitace je vhodná pro klienty s mírnou demencí, kdy by měli pravidelně procvičovat krátkodobou paměť. Pacienti s pokročilejším typem demence mohou dlouhodobou paměť vhodně využívat k doplňování slov do známých vět, přísloví, hádanek, rčení, přesmyček a dalších. Také je možné se ptát na základní informace, např: Jaké je hlavní město České republiky? Kolik je božích přikázání? Které město je známé kyselou okurkou, a tak dále (Mlýnková, 2011).

## **Validace**

Toto označení představuje souhrn dobrých zkušeností pro úspěšnou péči o klienty s demencí. Principem validace se stává plnohodnotné přijetí klienta a respektování jeho diagnózy a projevovat k němu úctu. Klienti s demencí často mluví o blízkých v přítomnosti, i když jeho rodina a pečovatelé znají pravdu, že dotyčný zemřel. Každý pečující by měl zaujat postoj, který nechá klienta při mylné představě, nevyvracet mu tento názor, naopak přijímat dané téma, hovořit s ním o situaci, o společných činnostech a vzpomínkách. Postupem času se klient zklidňuje (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

## **Bazální stimulace**

Tento pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporuje u klientů vnímání, pohybové dovednosti a komunikaci člověka. Péče bývá realizována takovým způsobem, aby se podporovaly zachovalé schopnosti nemocného klienta. Bazální stimulace je známá především svými rehabilitačními technikami, které mají za úkol stimulovat vnímání klientovo tělo různými prostředky (vibrační, optické, chuťové). Při tomto konceptu záleží na individuálních potřebách, věku a stavu klienta (Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz>).

Podle Koběrské (2003) je důležité při bazální stimulaci také začít správně s klientem komunikovat, proto tyto zásady, které popisuje, mohou velice pomoci při odbourání strachu u klienta s demencí. Nejprve je důležité si vytvořit vhodné prostředí, ve větší míře přijímat iniciativy od klienta, správně komunikovat a neodbíhat od tématu, klienta povzbuzovat, chválit a dávat mu najevo, že dané činnosti dělá správně, používat známá slova, krátké a jednoduché věty, objasnit činnosti co dělám já a co klient.

## **Smyslová aktivace**

Tento koncept je velice důležitý právě pro klientelu s demencí, kdy si pod zvukem, vůní, tvarem procvičují dlouhodobou paměť. Pro vhodné stimulování hmatu se využívají neostré, špičaté předměty a převážně známé předměty každodenního života, např.: hřebec, zubní kartáček, lžice, kniha atd. Klient může zkoušet určovat tvar, velikost a povrch. Stimulování sluchu probíhá i při běžné komunikaci s personálem, při muzikoterapiích, ale i při činnostech, kdy se na nahrají známé zvuky zvířat, strojů, dopravních vozidel a snaží se je poznat. Na procvičování čichu je vhodné použít krabičky, pytlíčky, kdy se daný pokrm nebo surovina dá ukrýt a klient hádá známé vůně (koření, ovoce, květiny). Mezi poslední

důležitou stimulaci patří zrak, kdy klienti zkoušejí uhádnout barvy, tvary na kartičkách (Rheinwaldová, 1999).

### **4.3 Aktivizace pomocí expresivních terapií**

#### **Muzikoterapie**

Tato metoda používá hudbu jako léčebný prostředek ke zlepšení emocí, myšlenek a chování. U osob s demencí tuto metodu využíváme ve více formách, například volný poslech oblíbené hudby, zpívání s využitím a zapojením hudebních nástrojů nebo aktivní vytváření hudby. Muzikoterapie je jedna z nejběžnějších a nejpoužívanějších metod pro takto nemocné klienty, kdy vnímání hudby v nich probudí pozitivní emoce na tehdejší dobu (Hátlová, Suchá, 2005).

#### **Arteterapie**

Jako výsledek odvedené činnosti tato terapie využívá výtvarného projevu, převážně kresby. Výsledná kresba vyjadřuje mnoho emocí a komunikačních prostředků pro bližší poznání člověka. Kresba také nahrazuje v mnoha směrech běžně používanou řeč. Jako všechny zmíněné terapie se terapie pomocí kresby může využívat s jednotlivcem, ale také v kolektivu. Tuto terapii můžeme využívat hned několika metodami, např: volný výtvarný projev, řízený výtvarný projev, skupinová činnost, výtvarný projev na dané téma, při hudbě apod (Kozáková, Müller, 2006).

#### **Biblioterapie**

Využití literárních prostředků za účelem změnit klientovi jeho chování, emoce a myšlení. U osob s demencí nejvíce aplikujeme předčítání oblíbených literárních žánrů a novin. Mluvený přednes vzbudí příjemný a pozitivní pocit sounáležitosti (Müller, 2013).

#### **Canisterapie**

Pes je velice spolehlivé a společenské zvíře, proto se canisterapie stala oblíbenou a velice používanou terapií u klientů s demencí. Pes přináší pocit společenství, lásky, bezpečí, pomoci a také má výrazný vliv na psychiku a duševní zdraví člověka. Canisterapie může probíhat ve formě AAA neboli „Animal Assisted Activities“, kdy je pes využíván jako zdroj motivace, relaxace, obohacení života a radostných momentů, anebo součástí AAT, tzv:

„Animal Assisted Therapy“, což znamená, že pes je využíván pod odborným dohledem a je součástí terapeutického procesu (Müller, 2006).

### **Taneční terapie**

Aplikace metody tance ve spojení s hudbou, fantazie, improvizace za účelem pomoci osobám zmírnit jejich negativní myšlení, chování, emoce. Cílem se stává poznávání vlastního těla. U klientů s demencí je využívána jako příjemné setkání, podporující individuální komunikaci prostřednictvím tělesného pohybu, např: pohupování celého těla a vytřukávání rytmu. Člověk si za pomoci hudby a pohybu může vzpomenout na oblíbenou hudbu, rytmus z dětství (Müller, 2013).



## PRAKTICKÁ ČÁST

Nejprve je praktická část zaměřena na charakteristiku dvou vybraných zařízení, které projevili zájem a ochotu a poskytli své pracovníky pro potřebný výzkum.

Dále je vymezen cíl a následně dílčí díl pro tuto část, z nichž vycházejí námi zvolené výzkumné otázky. Poté tato práce charakterizují výběr výzkumného vzorku dle zvolených kritérií. Také jsou představeny postupně metody využití k výzkumnému šetření, jež jsou popsány z obecného hlediska a jsou uplatněny konkrétním šetřením.

V samostatné kapitole jsou popsány detailně výsledky polostrukturovaného rozhovoru s respondenty, které jsou členěny do samostatných hlavních témat. Získané poznatky jsou v závěru práce zhodnoceny a také jsou zodpovězeny výzkumné otázky.

## 5 Charakteristika zařízení

Výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou zařízeních. Jedním z nich byl Domov pro seniory se zvláštním režimem Vila Vančurova v Opavě. Druhým byl Domov na Zámku se zvláštním režimem v Kyjovicích. Obě zařízení se nachází v Moravskoslezském kraji.

### 5.1 Vila Vančurova v Opavě

Na začátku je nutno sdělit, že Vila Vančurova je nestátní neziskovou obecně prospěšnou společností. Vila je rozdělena do tří komplexů poskytující sociální služby seniorům. Ve vile sídlí Domov pro seniory se zvláštním režimem, kde byl prováděn příslušný výzkum. Mimo jiné zde sídlí domov pro seniory a odlehčovací služba.

V domově pro seniory se zvláštním režimem se nachází cílová skupina seniorů starších 65 let. Bývají to obvykle občané města Opavy a okolí, nebo občané kteří, mají kladný vztah k městu Opava a Moravskoslezskému kraji. Na zvláštní režim jsou přijati senioři, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění tohoto typu: organické duševní poruchy včetně symptomatických, tzn: demence, Alzheimerova demence, další typy demence, deprese a jiné), jenž jejich nemoc a situace vyžaduje pravidelný dohled a pomoc kvalifikovaných osob.

Domov pro seniory se zvláštním režimem je oddělen od jiné poskytované služby, nachází se ve 4. patře budovy. Také je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob a toto oddělení je polouzavřené s maximálním důrazem kladeným na co nejvyšší zachování lidské důstojnosti. Klienti se mohou pohybovat mimo oddělení pouze za doprovodu jiné osoby.

Pokoje jsou dvoulůžkové, kdy lůžka bývají odděleny závěsem pro zachování intimity. Každý pokoj má své sociální zařízení, dva pokoje mají koupelnu společnou. Koupelna je bezbariérová, zaopatřena potřebnými madly. V pokojích mají klienti polohovatelné lůžka, stolky a různé kompenzační pomůcky. Na 4. patře se nachází společenská místnost s jídelnou (Dostupné z: <https://www.vilavancurova.cz/>).

### 5.2 Domov na Zámku Kyjovice

Toto zařízení je na rozdíl od Vily Vančurova příspěvková organizace zřízená Moravskoslezským krajem. Zvláštností tohoto zařízení se stává zámecký areál, ve kterém se nachází dvě třípodlažní navzájem propojené hlavní budovy.

Tento domov se zvláštním režimem je určen osobám starší 60 let, u nichž míra závislosti na pomoci a podpory jiné fyzické osoby je středně těžká až úplná. Kapacita

Domova se zvláštním režimem je 52 uživatelů, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu Alzheimerovy demence a dalších typů demence.

Zásadami této sociální služby jsou individuální přístup, soběstačnost, začlenění, jednotný přístup ke klientovi, rovnost a důstojnost. Klienti jsou ubytováni v 19 jednolůžkových a 17 dvoulůžkových pokojích, které jsou vybaveny potřebným nábytkem s elektrickou polohovatelnou postelí s antidekubitní matrací. Některé pokoje mají vlastní sociální zařízení. Zbylé pokoje jsou rozděleny do komunit, u kterých je zařízená prostorná koupelna se sprchovým koutem a WC.

Klienti mají možnost využívat kompenzačních pomůcek. Pro práci s imobilním uživatelem zaměstnanci používají elektrické zvedáky, koupací křesla atd. Veškeré prostory jsou bezbariérové. Strava je poskytnuta normální a diabetická (Dostupné z: <http://www.domov-kyjovice.cz/>).

## **6 Cíl praktické části a výzkumné otázky**

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova typu ve dvou vybraných domovech pro seniory se zvláštním režimem v Moravskoslezském kraji.

Budeme se zaměřovat konkrétně na výpovědi respondentů a na jejich pocity tak, abychom lépe pochopili vážnost celé situace. Dále se budeme zajímat o celkovou práci s klientem a o to, jakým způsobem motivují pracovníci klienty k činnosti a ke spolupráci.

Dílčí cíl byl zvolen během rozhovoru z důvodu velkého množství informací, které nám poskytly pracovnice ve vybraných zařízeních. Dílčím cílem budeme zjišťovat množství terapií a aktivizačních metod, které přispívají k lepšímu stavu klienta, vhodně zvolenou komunikaci, celkovou spolupráci se zařízením.

Následně si vytyčíme dvě výzkumné otázky:

### **Výzkumná otázka**

- 1)** Jaké terapie a aktivizační metody jsou vhodné pro klienty s demencí Alzheimerova typu v domovech pro seniory se zvláštním režimem?
- 2)** Jakými prostředky by se dala zkvalitnit péče v domovech pro seniory se zvláštním režimem?

## 7 Metodologie

### 7.1 Kvalitativní výzkum

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní přístup. Definování kvalitativního výzkumu bylo zvoleno podle autora Reichela (2009), který tento přístup vymezuje jako prvek odlišných způsobů, jehož úkolem je nalezení názoru a pochopení zjištěného společenského problému.

Známý metodolog Cresswell (in Hendl, 2016, s. 46) definoval kvalitativní výzkum následovně: *„Proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“*.

### 7.2 Výběr výzkumného souboru

Nejprve byla zvolena metoda sněhové koule, která se dá kombinovat s metodou účelového výběru a prostého náhodného výběru. Primárním východiskem je získání kontaktu s důležitou první vlnou účastníků (nultá fáze), kteří doporučí a nominují potenciální osoby (první fáze). Pro začátek druhé fáze je důležitý souhlas s účastí ve výzkumu, a také získání potřebných informací, kdy účastníci dále nominují kandidáty pro konečnou fázi (Miovský, 2006).

Celé organizování možné spolupráce trvalo téměř půl roku. Komunikace se zařízením probíhalo e-mailovými zprávami a poté i telefonicky. Spolupráce s Domovem pro seniory Vila Vančurova v Opavě byla bezproblémová, protože výhodou byla v minulosti souvislá praxe, díky sociální pracovníci p. Pobodové byly doporučeny potenciální kandidátky pro úspěšný výzkum. S výběrem druhého zařízení, které bylo ochotné spolupracovat, bylo obtížnější. Domovy pro seniory byly kontaktovány e-mailovou zprávou. Setkali jsme se s většinovým odmítnutím. Mnoho zpráv zůstalo bez odpovědi. Poslední zařízení na Zámku v Kyjovicích nám vyšlo vstříc a potřebné zařízení pro uskutečnění praktické části bylo domluveno.

Metoda sněhové koule byla zkombinována s metodou záměrného (účelového) výběru, jež se dále rozděluje do čtyř různých variant podle své specifčnosti. Díky ní byla stanovena důležitá kritéria, které museli účastníci výzkumu splňovat.

Pro praktickou část byla vhodně využita první varianta prostého záměrného (účelového) výběru, jež je specifická svou jednoduchostí. Hlavní význam a důležitost představuje jev, že účastníci splňují zvolená kritéria, vhodnost správného respondenta a jeho důležitý souhlas. Tento způsob bývá uplatňován v případě, kdy nepotřebujeme značně hojný počet respondentů a osoby, které odpovídají našim kritériím jsou snadno přístupné společnosti (Miovský. 2006).

Účastníci museli splňovat určitá kritéria, která byla určena před začátkem spolupráce. První a hlavní podmínkou bylo nalezení třech vhodných zaměstnanců, kteří byli každý den v kontaktu s klienty trpící Alzheimerovou nemocí. Z každého zařízení byla vybrána ochotnou sociální pracovníci, aktivizační pracovníce a zdravotní sestra. Zvolení právě těchto zaměstnankyň bylo důležité, protože tyto se starají o celkovou péči u klientů s demencí, spatřují v nich změny, zlepšení, pokroky či naopak zhoršení, negativní emoce a stav. Následným kritériem byl souhlas účastníků s nahráváním rozhovoru.

### 7.3 Metoda sběru dat

Ke zvolení vhodné metody získávání kvalitativních dat byl použit polostrukturovaný interview (rozhovor).

Polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejrozšířenější podobu metody interview, ale na druhou stranu vyžaduje pracnější přípravu. Naším úkolem se stává sestavení požadované osnovy, jež specifikuje okruhy otázek, na které se dále budeme ptát. Pořadí otázek lze podle potřeby upravovat. Hlavní podstatou polostrukturovaného rozhovoru je kladení doplňujících otázek účastníkům za účelem dostat nejlepší informace k výzkumným otázkám. Při tomto způsobu vedení interview je vhodné použít inquiry, tzn.: upřesnění a následné vysvětlení odpovědi respondenta. Tudíž tímto způsobem si necháváme ověřit, jak danou věc myslel a zda jsme ji správně pochopili (Miovský, 2006).

Interview je rozděleno do pěti okruhů. Části na sebe navazují a otázky byly sestaveny tak, abychom dostaly co nejdůležitější informace pro získání potřebných dat. Místo, kde interview proběhlo, bylo předem domluveno se zástupcem daného zařízení. Respondenti byli upozorněni potřebnými informacemi o výzkumném šetření, např. k čemu budou výsledky využity a jak budou výpovědi zpracovány.

Prostředí bylo příjemné v obou případech. S navázáním důvěry s respondenty nebyl problém.

Účastníci byli před rozhovory upozorněni na nahrávání pomocí mobilního zařízení. Pro všechny zúčastněné byl zvlášť vytvořen informovaný souhlas účastníků o poskytnutí výzkumného interview. Také byl zúčastněný seznámen s anonymitou. Poté následovalo osobní seznámení a krátký úvod do dané problematiky. Jakmile respondent nechtěl na určitou otázku odpovědět nebo otázka byla špatně položená, byla vyjasněna nejasnost hned ze začátku, aby nedošlo k omylu během rozhovoru.

Na každou otázku měl respondent dostatek času, rozhovory se nesly v uvolněné atmosféře a prostředí bylo velice příjemné pro obě strany. Výběr prostředí byl zvolen respondenty. Samotné rozhovory trvaly přes půl hodiny až přes hodinu. Během rozhovorů byla přítomná pouze autorka bakalářské práce a respondent. Časové možnosti byly přizpůsobeny respondentům, aby byla zachována jejich pracovní povinnost a doba.

Důležité je ale zmínit situaci, která každého zasáhla jiným způsobem. Celá kauza s Covid – 19 pozměnila plány pro bakalářskou práci. Bohužel kvůli této pandemii a nejisté situaci Covid – 19 byla spolupráce s některými pracovníky obtížnější. Pokud by pandemie neproběhla, pracovníci by byli ochotnější spolupracovat při tvorbě této praktické části bakalářské práce. Kvůli určitým opatřením nebylo možné seznámit se dalšími zajímavými metodami vhodnými pro tuto práci.



## 7.4 Metoda zpracování kvalitativních dat

Pro dostatečné výpovědi a zpracování kvalitativních dat respondentů byl použit audiozáznam. Každý respondent byl o možnosti nahrávání seznámen na začátku rozhovoru a vyjádřil svůj souhlas podpisem. S pomocí nahrávacího zařízení byl rozhovor veden přirozeněji, proto respondenta autorka vnímala mnohem víc a mohla se soustředit na jeho výpovědi.

Miovský (2006) popisuje audiozáznam pro autora práce jako značnou podporu a pomoc. Nebývá svázán poznámkami během rozhovoru, protože zvukový záznam zachytí veškerý mluvený projev, který při rozhovoru proběhl. Záznam se stává přirozenou variantou, je autentický, nestranný a ukazuje nám celou realitu, jak se daný rozhovor odehrál.

Data získaná z audiozáznamu se nejčastěji převádí do písemné podoby. Tento proces bývá velice časově náročný, ale nesmírně důležitý pro vyhodnocení získaných dat. S daty lze pracovat různým způsobem a tento krok nazýváme transkripcí (Hendl, 2016).

## 7.5 Metoda analýzy kvalitativních dat

Pro analýzu kvalitativních dat byla použita metoda trsu, která se vyznačuje svým shromážděním informací do skupin, jež se následně rozdělují dle místa, jevů, případu. Stávají se z nich tzv.: trsy (skupiny) na základě vzájemné podobnosti. Tímto procesem vznikají obecněji z formulovatelné třídy, jejichž začlenění do trsů se stává důležitým faktorem pro opakující charakteristické společné znaky (Miovský, 2006).

V probíhajících rozhovorech s účastníky bylo dodržováno hlavní téma a výroky po celou dobu trvání interview. Získané data byla rozdělována do trsů. Některé informace nám byly sdělovány i mimo téma, které se pro tuto práci použít nedalo, a také některá tvrzení si účastníci nepřáli publikovat.

## 8 Zpracování výzkumných dat

Pro analýzu dat bylo vybráno 5 hlavních okruhů, které byly následně zpracované na základě podobných klíčových slov, které se nejvíce opakovaly v rozhovorech s respondenty. Popsané témata jsou dále stručně vysvětlené a shrnuty. Tyto vybrané okruhy byly dále nápomocné k zodpovězení výzkumných otázek.

### Okruh č. 1 – Každodenní práce a přístup ke klientům

#### Respondentka č. 1 (Kyjovice)

*„Na pracovišti zvláštního režimu je 52 uživatelů, klienty máme rozdělené mezi sebou napůl s kolegyní. Ale nemáme striktně rozděleno, který je můj a který je její. Všichni klienti jsou naši.“*

*„Specifická práce s touhle klientelou je především v tom, že se u nich vyskytuje porucha paměti. Ráno k nim přicházím, představím se, sdělím jim, jaký je den a většina mi neodpoví, nebo si nevybavují ty informace, které jsem jim právě sdělila. Když přijdu za chvíli, nepostřehnou, že jsem u nich už byla a mluvila na ně. Výraz v obličeji u nich zůstává pořád stejný, někdo už se ani neusměje. Motivace je velmi těžká, klienty dobře známe, co mají a nemají rádi. Chodím za nimi individuálně a sdělím mu jaké je dnes venku počasí, jaký je den a spatřuju, zda se na mě alespoň očima dívá nebo je beze zájmu, tak ho nechám. Velmi důležitý je dotek, pohlazení (rameno, ruka) a přítomnost, komunikace skrz mou osobou.“*

*„U nás v zařízení poskytujeme individuální přístup klientům, určitě se najdou jedinci, kteří mají spíše prostředí ve skupině, ale převažuje individuální kontakt“.*

#### Respondentka č. 2 (Opava)

*„Na zvláštním režimu je 8 lůžek. S klienty na zvláštním režimu mi pomáhají i pečovatelé, záleží na individuální domluvě a na zdravotním stavu uživatele.“*

*„Na zvláštním režimu je jedna klientka, která pravidelně nespolupracuje. Když vidím, že nemá svůj den, má špatnou náladu a nezajímá se o zvolenou činnost, nenutím ji. Opravdu se všichni snažíme zachovat individuální přístup a nikoho nenutit, aktivity jsou dobrovolné. Zkoušíme mírně motivovat, například: „pojdte, jenom si popovídáme, dáme si k tomu čaj.“*

*„Naše zařízení poskytuje hlavně individuální a láskyplný přístup, který si každý senior zaslouží a je pro něj důležitý. Nemáme tady přesně vyhraněný čas od-do na aktivity, senioři*

*také mají dotykový hlad, rodiny k nim nepřichází tak často nebo i někdy vůbec, tudíž bych ráda byla s každým mnohem déle, ale pořád jsem člověk a rozdělit se nemůžu, přizpůsobím činnosti tak, ať na každého přijde řada. Myslím si, že individuální přístup je pro ně dostačující a vyhovuje jim to.“*

### **Respondentka č. 3 (Kyjovice)**

*„Každý den je úplně jiný, každý den se liší svou specifickou prací. Moje práce je specifická v jednání se zájemci, vyřizování žádostí, jednání s rodinou, s uživateli, kteří potřebují poradit a pomoci, jednání s úřady, soudy.“*

*„Na zvláštním režimu je složitější komunikace, kde u některých neprobíhá vůbec, u některých je hodně špatná. Senioři bez této diagnózy si sami umí říct co potřebují, kdežto člověk s demencí si to neřekne. Jsou případy, kdy my něco zjistíme při sociálním šetření, poté rodina nám řekne svůj názor, je to individuální záležitost a hlavní zřetel je na kolektivu, jak si předají mezi sebou tyto informace (jak reagoval/nereagoval, jaký má být zvolený přístup).“*

*„Pokud klient není agresivní, tak je dobré ho nenutit, nechat. Určitě je hlavní na něj mluvit klidným, příjemným tónem.“*

*„Jsme malé a domácí zařízení, tak klient se tady cítí jak v rodině, získává si větší důvěru od ostatních, nepanuje tady neosobní prostředí. Pečovatelky mají rodinný přístup, máme tady více protknuté vazby, i smrt klienta zasáhne většinu personálu než v jiných zařízeních, kde jsem pracovala v minulosti.“*

### **Respondentka č. 4 (Opava)**

*„Den začíná ranní poradou, administrativou, vyřizují e-maily, telefony, nabízím poradenství pro veřejnost a sociálně právní poradenství pro naše klienty, kontroluji práci podřízených, probíhají rozhovory s klienty, kteří se obrátí o radu, spolupracuji s kolegyněmi a úřady. Spolupracuji také s institucemi (například: Úřad práce, ČSSZ, Okresní soud). Zařizuju osobní pohovory se žadateli o využití naší služby, eviduji žádosti, provádím sociální šetření, nástupy, vedu spisovou dokumentaci pro každého klienta, rozpočítávám předpisy plateb, archivace, kontroluji depozitu klientů.“*

*„Především nenutíme klienta, po chvíli znovu zkusíme navázat kontakt. Nerozumí-li slovnímu ani obrázkového obsahu, ukážeme mu názorně co má udělat. Gesta využíváme jako pomoc při vybavování slov (považujeme ji jako techniku nápovědy při podpoře paměti pro vybavování či spojování slov ve větě).“*

*„Určitě u nás je rodinná atmosféra a malý počet klientů na oddělení“.*

#### **Respondentka č. 5 (Kyjovice)**

*„Bohužel já v kontaktu s uživatelem zvláštního režimu moc nejsem. Jenom díky lékům, injekcím a převazům, ale bohužel specifickou péčí mu neposkytuju. Ač mě to mrzí, ale skrz menší pokrytí zdravotnického personálu máme tyto povinnosti.“*

*„Podporujeme jejich samostatnost a soběstačnost cvičením, trénujeme chůzi, u některých zkoušíme se posadit a postavit na krátký moment. Tyto důležité informace jsou napsány v individuálním plánování. Pohybové aktivity s nimi provádí pečovatelky, buď venku nebo vevnitř.“*

*„My víme z sociálního šetření, které je nám předáno, co klient umí a neumí. Pozorujeme klienta při činnostech, u kterých bylo zaevidováno, že je umí/neumí. Když klient danou činností zvládne, tak ho necháváme, když potřebuje s něčím pomoci, tak dopomůžeme.“*

*„Velmi se dbá na skupinový kontakt (činnosti probíhají v jídelně, kde je na to velký prostor). Ten, kdo chce být sám, tak se zavře v pokoji, ale klienti s demencí mají tendenci vycházet ze svých pokojů.“*

#### **Respondentka č. 6 (Opava)**

*„Já jako vedoucí zdravotního okrsku nejsem v kontaktu s klienty, ale pracovníci v přímé péči mají na starost přímou obslužnou péči o klienty, hlavní náplní práce je pomáhat s hygienou, podáním stravy, polohováním klientů upoutaných na lůžko, pečují také o prostředí, ve kterém klienti žijí. Klienti mají přiděleného klíčového pracovníka, který společně s klientem, nebo rodinou sestavuje individuální plán služby a iniciativně se věnuje potřebám daného klienta, hájí jeho zájmy.“*

*„S klienty pracujeme dle doporučených postupů české alzheimerovské společnosti, a hlavně se snažíme o individuální přístup, takže péče o každého klienta je rozdílná a také velmi náročná. U všech klientů, kteří nejsou trvale upoutáni na lůžko dodržujeme pravidelný režim dne, který rozdělujeme na aktivní a odpočinkovou část, tak abychom předešli nočnímu neklidu daného klienta, což vidím jako největší problém při přijetí klientů do našeho zařízení, společně ze strachem z neznámého prostředí a cizích lidí.“*

Z odpovědí prvních zmiňovaných pracovníků vyplynulo, že respondentka č. 1 má na starost více klientů než respondentka č. 2, ale v Kyjovicích spolupracují dvě aktivizační pracovníce na každodenní práci, kdežto v Opavě je na všechny klienty jen jedna pracovníce.

Dále z rozhovorů vyplynulo, že individuální přístup je častější a důležitější pro tuto vybranou klientelu. Také vyplynul fakt, že motivace je velice zásadním prvkem u této klientely z důvodu poruchy paměti, ale o to důležitější je klienta nenutit do činností, na které se necítí.

Z odpovědí zdravotních personálu lze jednoduše vyvodit, že se nepodílí na specifické práci klientů s demencí. Převážně obstarávají hygienu, aplikaci medikací atd. Také můžeme vyvodit důležitost individuálního plánu, ve kterém jsou všechny podstatné věci popsány a podle něj se orientují pracovníci. Popisují, jak péče o takto nemocného klienta je náročná a rozdílná, dochází k útekům, neklidu a strachu.

Podle odpovědí také se nám ukazuje důležitost individuálního přístupu a pravidelného režimu, ale také se dbá i na určitý kontakt se skupinou.

## **Okruh č. 2 – Spolupráce se zařízením**

### **Respondentka č. 1 (Kyjovice)**

*„Spolupracujeme s domovem Bílá Opava (jezdíme k nim na různé akce a činnosti, které pořádají.“*

*„Také k nám chodí 2 dobrovolnice už čtvrtým rokem. V létě chodíme s pejsky ven a ukazují klientům co umí, klienti jim dávají pamlsky. Tyto terapie jsou dobré i pro imobilní klienty, kdy zvíře pokládáme k tělu a canisterapeutka zvolí polohu, aby klient mohl pohladit zvíře. Klienti se přitom velmi uvolní, zrelaxují, odpočinou si, v zimě člověka pes zahřeje.“*

## **Respondentka č. 2 (Opava)**

*„Spolupracujeme se školou ILJA HURNÍKA v Opavě a v rámci projektu 72 hodin, děti ze školy přinesly své domácí mazlíčky (křeček, morče) a nabídly klientům si je pohladit, pohrát.“*

*„Probíhají u nás také mezigenerační setkání, které jsou velmi oblíbené a žádané, spolupracujeme s jinými domovy a organizacemi.“*

*„Naše zaměstnankyně má dva psy a s nimi dochází dvakrát týdně za klienty.“*

## **Respondentka č. 3 (Kyjovice)**

*„Rodina nám předává informace o člověku, tím pádem ty prvotní informace máme především od nich. Poté se podílí na tom, že doprovázejí klienty k lékaři, zajistí určité věci (nákupy). Ale i vztah v rodině je individuální záležitostí.“*

*„Dobrovolníci, kteří chodí číst knihy, hrají hry, povídají si s nimi.“*

*„Psycholog dochází jednou měsíčně a spolupracujeme s ním. Je to velmi žádaná záležitost pro klienty.“*

## **Respondentka č. 4 (Opava)**

*„Rodina dochází individuálně na návštěvy, některá denně, některá 1x měsíčně. Rodiny pomáhají s podáváním jídla, ukládáním ke spánku, vozí klienta na procházky, nakupují hygienické potřeby, oblečení, doprovázejí na vyšetření do nemocnice, ustanovení opatrovníci vyřizují jednání s úřady a finanční záležitosti. Klient, i když někdy příbuzného nepoznává, cítí se v jeho přítomnosti dobře, je mu známý alespoň hlad, příbuzný mu může připomínat příhody z minulosti, na které si rozpomene.“*

*„Spolupracuje s námi praktický lékař, psychiatr, ortoped, na přání také dochází pedikérka, kadeřnice.“*

## **Respondentka č. 5 a č. 6**

Bohužel od pracovníků zdravotního oddělení jsem nedostávala očekávané odpovědi. Celková spolupráce s těmito zaměstnankyněmi byla nejobtížnější. Pracovnice nejevily zájem o rozhovor, odpovídaly na mé dotazy velmi stručně, stroze, beze zájmu. Jakmile jsem

požadovala opětovný kontakt s nimi z důvodu zestručnění a doplnění dalších odpovědí, nedostala jsem od nich zpětnou vazbu.

Z odpovědí aktivizačních pracovníc vyplynulo, že obě dvě zařízení spolupracuje s dalšími, navzájem si pomáhají, navštěvují a ovlivňují. Také v Opavě probíhá mezigenerační setkávání, které je velmi důležité pro seniory, což z výpovědi zařízení v Kyjovicích říct nemůžeme. Dále spolupráce v obou zařízeních probíhá i v rámci canisterapie, do domova dochází pravidelně dobrovolnice s psy, kteří rozveselí seniory a díky nim klienti zrelaxují a dají jim pocit lásky.

Další potřebné informace byly zjištěny díky sociálním pracovnícím, které nám prozradily, že do jejich zařízení dochází i lékařská služba a pomoc psychologicko-psychiatrická. Navíc v Opavě dochází také požadované a potřebné služby, jako jsou kadeřnice, pedikérka, protože i člověk s demencí se chce cítit ve svém těle příjemně.

Dále vidíme veliký zájem rodiny, zajišťují potřebné věci a předávají pracovnícím důležité informace o svém příbuzném. Určitě je nutno dodat, že podpora rodiny je velice potřebným prvkem, ale jak citovala sociální pracovníce z Kyjovic „vztah v rodině je individuální záležitostí“, tudíž některá rodina jeví veliký zájem o svého příbuzného a druhá rodina téměř vůbec.

### **Okruh č. 3 – Nabídka terapií, aktivizačních metod a trávení volného času**

#### **Respondentka č.1 (Kyjovice)**

*„Probíhá u nás muzikoterapie (hudební nástroje, dešťová hůl), arteterapie (malování), ergoterapie (vyrábění různých předmětů), canisterapie (1x měsíčně díky dobrovolnici), biblioterapie (četba knih, časopisů).“*

*„Také jezdíme na výlety, cukrárny, Globus nákup, Opava, Kopřivnice, ZOO, Klimkovice lázně (procházky, návštěva cukrárny), domov Slunečnice v Ostravě hra pétanque, arboretum.“*

*„K trénování paměti využíváme vzpomínkové sady (kartičky z retro obrázky), převážně je denně upozorním, jaký je den, měsíc, co je za roční období, kdy toto období skončí, co dělali v tom období oni, ať se orientují v tom přítomném čase. Pokládám jim jednoduché otázky: „Které město je známe výrobou okurek?“ „Hlavní město České republiky?“, probíhá u nás i reminiscence s předměty (koš s retro věcmi), prolínáme tyto aktivity.“*

*„Zooterapii provádíme pomocí andulek a zakrslého králíka, dříve jsme tady měli i morčata.“*

*„Dobré je zmínit, že procvičujeme i smysly chuťové, čichové, sluchové. Při procvičování sluchových smyslů používáme k tomu různé zvuky na přehrávači a klient by měl říct, jaký to zvuk byl. Pro čich používáme dózy s bylinkami, houbami, parfémem, krémem a dáváme klientům čichnout. Taky máme pytlíček s předměty, kdy klient si vybere z něj předmět a zkusí po hmatu odhadnout co je to za předmět. Chuťové smysly procvičujeme čokoládou, likérem, slanou věcí.“*

## **Respondentka č. 2 (Opava)**

*„Reminiscence, muzikoterapie (poslech a zpět písní), arteterapie (malování, lepení), biblioterapie (čtení imobilním klientům), trénink kognitivních funkcí (cvik jemné motoriky), smyslová terapie, ergoterapie (pečení dezertů, zahradnický klub, výzdoba vily), canisterapie.“*

*„Dbám na střídání aktivit, abych všechny aktivity za ten týden stihla prostrádat, záleží na ročním období a náladě. V zimě jsou oblíbené skupinové činnosti (dětské vystoupení a besídky), naopak v letním období a podzimním období volíme aktivity venku (posezení u čaje, smyslová terapie, poslech hudby, příroda, zahrádka, rostliny), teplé počasí, svěží vzduch a sluníčko seniorům velmi prospívá.“*

*„U nás velmi oblíbená je muzikoterapie a to proto, že s každou osobou se pojí písničky celým životem, vzpomínají na své roky, co v tu dobu dělali, kdy tato píseň byla nová, písničky berou pozitivně a relaxují u nich.“*

*„Pro procvičování paměti používáme sadu, kterou máme od České Alzheimerové společnosti. Sada se skládá z dílků fotografií a klient se snaží fotografii dát dohromady celou, puzzle (dlouhodobá paměť), reminiscence, přísloví, písničky (doplňování slov v textu), hra člověče nezlob se, pexeso (čísla, vzpomínky na barvy, panáčky).“*

*„Reminiscence je velice oblíbená činnost, klienti rádi vzpomínají, co bylo, samozřejmě u nás probíhá vedená i nevedená. Vedená (na zvolené téma – předměty z retro doby, kartičky, hra „Babi, dědo, jak to bylo?“), nevedená (vytvořím přátelské posezení, uvařím čaj, zapálím svíce, připravím drobné občerstvení a sami si vedou rozhovory o minulosti).“*

*„Smyslová terapie probíhá různými způsoby, například zapálím svíčky v místnosti, záleží i na tom v jakém ročním období se pohybujeme a podle toho volím správné aktivity. Na jaře a na podzim přináším ze zahrady rostliny, květiny (šáhne si na to, očuchá si květinu*



*a hádá jaká známá je to květina), děláme i přitom různé výzdoby z květin (vánoční věnec, velikonoční koš).“*

*„S klienty procvičuji orientaci takovým způsobem že, na začátku každé aktivity mám informační okénko, kdy opakuju, jaký dneska je den, kdo slaví svátek, ptám se na význam jména, ptám se na jméno města, kde je naše zařízení, cvičím paměť s nimi i díky receptům (vzpomínky na ingredience, ukázka letáků – „dneska bych si ráda dala rajskou, co tam všechno patří?“), četba denního tisku.“*

### **Respondentka č. 3 (Kyjovice)**

*„Často využívaná je muzikoterapie, bazální stimulace (forma masáže), aromaterapie, mrzí mě, že u nás není vyloženě na to vytvořena místnost.“*

### **Respondentka č. 4 (Opava)**

*„Určitě provozování individuální aktivizace prostřednictvím procvičováním paměti, jemné motoriky, dále canisterapie a reminiscence, bazální stimulace, validace, paliativní péče.“*

### **Respondentka č. 5 (Kyjovice)**

*„V sociálním šetření je uvedeno, co měl rád, jaká byla jeho profese a my tyto podněty podporujeme (například: klient byl kuchař – zkoušíme na jazyk sladké, slané jídlo), trénujeme s ním paměť, mluvíme s klientem, orientujeme ho v čase.“*

### **Respondentka č. 6 (Opava)**

*„Polovina našich zaměstnanců byla proškolená v bazální stimulaci. V provozu aplikujeme z časových důvodů především přístup ke klientům dle zásad bazální stimulace. Např. při hygieně ať už na lůžku nebo ve sprše, říkáme, co budeme dělat, aby byli na to připraveni. Při polohování jim sdělujeme, na jakou stranu je otočíme atd. U klientů v paliativní péči využíváme masáž zklidňující stimulace, na kterou reagují velmi pozitivně, jsou uvolnění. Také polohování imobilních klientů je dle zásad BS.“*

*„S klienty nacvičujeme chůzi pomocí kompenzačních pomůcek, chodíme s nimi na procházky.“*

Na tento okruh se hlavně aktivizační pracovníce nejvíce rozpovídaly, z odpovědí na aktivizační zapojení klientů šel vidět na obou pracovnicích veliký cit a zájem o danou činnost.

Z odpovědí plyne, že v obou zařízeních je dostatečné množství různých terapií, činností, které rozvíjejí smysly, myšlení, pozornost a další důležité oblasti.

Další důležitá informace, která byla zjištěna od respondentek byla ta, že klienti tráví i volný čas venku, buď formou výletů, anebo v rámci různé terapie. Čerstvý vzduch a krásné počasí, zpěv ptáků má pozitivní účinek na klienty trpící s demencí.

Co se týče aktivizačních pracovníků, první citovaná je ve středním věku, tráví čas s klienty velmi ráda, ale z osobní zkušenosti musíme konstatovat, že aktivizační pracovníce z Opavy působila příjemnějším dojmem, všechny zvolené činnosti prováděla s velkým nadšením, tomu přidával určitě i mladý věk.

Ze všech získaných výpovědí je nutno podotknout, že můžeme vyvodit důležitost nabídky provozovaných terapií a metod pro tuto klientelu. Mezi nejčastěji využívané patří muzikoterapie, canisterapie, bazální stimulaci, reminiscence, aromaterapie a biblioterapie. Také je důležité procvičovat s klientem jejich paměť a chůzi.

## **Okruh č. 4 – Komunikace s klientem**

### **Respondentka č. 1 (Kyjovice)**

*„Důležité je pro zahájení úspěšné komunikaci je přijít v dobré náladě a s úsměvem na rtech a pozitivním přístupem ke klientům.“*

*„Když má klient problém v komunikaci poznáme to podle očí a výrazu v obličeji (podívá se na mě/ nepodívá se vůbec), používali jsme piktogramy, ale využíváme i slova, tabulky, znaky.“*

### **Respondentka č. 2 (Opava)**

*„Když přicházím na zvláštní režim s aktivitami, tak přistoupím k vybrané klientce a zvolím jednoduché otázky typu: „mohla byste mi prosím pomoci?“, „nechtěla byste se na to se mnou podívat?“, dám klientovi pocit, že je důležitý, připomínám své jméno, co budeme dělat, proč to budeme dělat, hlavně komunikovat s klientem a všimnout si i jejich neverbální komunikace.“*

*„Používám kartičky pro alternativní komunikaci (obrázková forma), zkusím u klienta i nácvik alespoň psané formy (dám mu do ruky propisku).“*

### **Respondentka č. 3 (Kyjovice)**

*„U nekomunikujících se používají smajlíky. Ale u případu s méně rozvinutou demencí je především komunikace slovem (ukazuje se mu příklad snídaně, oběda). Lidi s hlubokou demencí nekomunikuje, takže personál ho vezme, ukáže mu danou činnost nebo věc.“*

### **Respondentka č. 4 (Opava)**

*„Především komunikujeme prostřednictvím cíleným pohledem očí, obohatíme ho iniciálním dotykem, gestikulací a mimikou a používáme i piktogramy.“*

### **Respondentka č. 5 (Kyjovice)**

*„Většinou s pečovatelkami používáme písmenka, tabulky, obrázky, symboly, znaky.“*

### **Respondentka č. 6 (Opava)**

*„Důležité není jen pozorování, ale také komunikace i v tom přistupujeme individuálně. Některým klientům říkáme jen jednoduché věty, snažíme se mluvit pomalu a srozumitelně, vždy čekáme na reakci, a to hlavně při sebeobsluze u klientů, kterým to zdravotní stav dovolí. Např. oblečení podáváme postupně, říkáme a ukazujeme na jakou část těla daný kus oblečení patří. U některých klientů využíváme tabulky s písmeny, kdy ukazují a skládají slova. S těmi, co nezvládají ani tabulky je to složitější, klademe otázky, sledujeme reakce, výraz ve tváři, spolupracujeme s rodinou.*

*„Při komunikaci volíme také vhodná slova a přihlížíme k tomu z jakého prostředí přišel, zachováváme důstojnost klienta.“*

Při výpovědi respondentů bylo zjištěno, že hlavním prvkem pro zahájení úspěšné komunikace je pozitivní přístup ke klientovi, usmívat se na něj, pohladit ho, mít dobrou energii, náladu.

Dále je vhodné použít pro začátek konverzace jednoduché otázky, které klienta lépe zorientují na požadované činnosti. Také bylo zjištěno, že pro dobrou komunikaci s klientem je dobré zvolit vhodná slova, při průběhu je důležité sledovat reakci a výraz ve tváři, pohled očí.

S klienty trpící demencí Alzheimerova typu lze využívat různé druhy alternativní a augmentativní komunikace, např. piktogramy, smajlíky, tabulky s písmeny a další.

Respondentky se shodly, že je také dobré přidat ke komunikaci vhodná gesta a mimiku.

## **Okruh č. 5 – Změny u klienta v rámci specifické péče**

### **Respondentka č. 1 (Kyjovice)**

*„Klienti při reminiscenci jsou velmi šťastní, pozitivně naladěni. Žádné negativní reakce při této aktivitě nevidím.“*

*„Klienti se při canisterapii velmi uvolní, zrelaxují, odpočinou si, v zimě člověka pes zahřeje.“*

*„Na klientech, kteří opravdu nejsou schopni vykonávat velké činnosti, tak vidím, jak jsou šťastní i za přítomnost druhé osoby. Jsem ráda, že můžu vymýšlet aktivity do domova a je to součástí služby pro seniory.“*

### **Respondentka č. 2 (Opava)**

*„U jedné klientky jsme odbourali „strach a úzkost“ z nového začátku, a dokonce se ráda zúčastňuje většiny aktivit, navázala nová přátelství, spolupracuje i v kolektivu, je spokojená, má nějaký svůj režim a činnosti od pondělí do pátku.“*

*„Vnímám velmi změnu na psychice, že ty aktivity je naplňují a jsou spokojení, Určitě převážně spatřuji jen pozitivní reakce.“*

*„Samozřejmě někdy je reminiscence i negativní činností, hlavně když si klienti vzpomenou na období války.“*

*„Senioři při canisterapii rádi psům dávají pamlsky. Pes rozvíjí jemnou motoriku, sociální využití (dotyková hlad), zklidňuje psychiku.“*

### **Respondentka č. 3 (Kyjovice)**

*„Při činnostech je důležité uklidnění stimulu, také dotek za rameno, za ruku. Vrací se do dětských let, potřebují rozvíjet podněty, které byly v tom dětství.“*

*„Změnu spatřuji určitě, všechen personál velmi dbá na doteky, pohlazení a dobré zacházení, které je velice důležité pro tyto nemocné osoby.“*

*„Spokojenost přichází i od rodin, které nám posílají různé děkovné dopisy, kteří spatřují rozdíly v chování.“*

#### **Respondentka č. 4 (Opava)**

*„Na zlepšení jejich stavu mají velký vliv určité osobní věci z domácnosti, fotografie, známé předměty, návštěvy. Dále potřebují mít možnost si popovídat o svých vzpomínkách a lidech, které hledají, ale nechápou, že už nežijí.“*

#### **Respondentka č. 5 (Kyjovice)**

*„Důležité je mít při práci a činnostech s touto klientelou trpělivost a toleranci, klidný přístup a tón, bez toho tuto práci nelze vykonávat, senioři vycítí i zvláštní chování od personálu, tudíž různé metody/činnosti nechtějí dělat a změnu u nich nevidíme.“*

#### **Respondentka č. 6 (Opava)**

*„Myslím si, že naši klienti jsou spokojeni. Opakovaně si to i zjišťujeme dotazníky. Není-li klient schopen vyjádřit svůj pocit, vidíme to na jeho chování a rozhovory s rodinami.“*

Z posledního okruhu můžeme vyvodit důležité faktory pro úspěšnou práci s klientem, kdy se dočkáme pozitivních reakcí od rodiny, ale také změnu stavu samotného klienta. Pro zlepšení psychiky je velice účinná reminiscence, canisterapie a správná komunikace. Také je důležité být tolerantní, trpělivý a empatický vůči klientům a chovat se k nim s úctou a pokorou.

Dále se klientovi zlepší stav, když ve svém pokoji má známé věci ze svého minulého prostředí, kdy si na ně mohou vzpomenout. Velice důležitým faktorem je opět jakékoliv pohlazení, dotyk. Spokojenost přichází skrz vyplněné dotazníky či děkovné dopisy.

Podle výpovědí respondentek jsme zjistili, že péči, kterou vykonávají a poskytují seniorům s demencí Alzheimerova typu je na velice dobré úrovni.

## 9 Diskuse a shrnutí průzkumu

Cílem této praktické části bylo zjistit možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova typu ve dvou vybraných domovech pro seniory se zvláštním režimem v Moravskoslezském kraji. Dalším cílem bylo také prozkoumat množství terapií a aktivizačních metod, které přispívají k lepšímu stavu klienta.

Celkový dojem z absolvovaných rozhovorů s respondenty je velice přívětivý a pozitivní. I přes překážky koronavirové krize se celkový průzkum povedl a z něj je možno představit a vyhodnotit závěry a celkové dojmy. Rozhovory byly rozděleny do pěti hlavních témat, ve kterých se řešila daná problematika.

Prvním tématem byla každodenní práce a přístup ke klientům, kde od respondentů bylo zjištěno několik důležitých informací. Nejdůležitější informací a zjištěným faktem se stala skutečnost využití individuálního přístupu, který je i častěji používán s touto klientelou. Dále bylo zjištěno, že motivace klientů s demencí Alzheimerova typu je obtížná ale velice potřebná, aby klient vykonával určité činnosti a cítil se potřebným člověkem. U motivace se ale musí dbát na vhodné zacházení a jednání s klientem, kdy by se na klienta by se mělo mluvit pomalejším tempem a srozumitelnějším tónem a za žádnou cenu nenutit klienta k vykonávání určitých činností, když klient nám dává najevo svůj nesouhlas. Také bylo zjištěno z výpovědi zdravotního personálu, že se nepodílí na specifické péči o klienty, ale mají na starost jiné potřebné věci, jako je podávání medikace, provádění hygieny apod. Dále vyplynula potřeba a výjimečnost individuálního plánu, který ho každý pracovník dodržuje a podle plánu ví, co má klient rád, co naopak nemá rád a další klíčové informace, podle kterých se může orientovat. Poslední potřebnou informací bylo zjištění pravidelného režimu, který by se měl dodržovat, aby tyto osoby měli nastolený pevný řád a bylo by dobré se jej držet, aby nedošlo k negativním reakcím z klientovy strany, a také by se měl klást důraz na kontakt s ostatními klienty a trávit čas ve skupině.

Druhým tématem byla spolupráce se zařízením, kde byly z výpovědí respondentů zjištěny klíčové informace potřebné k vyvození dalšího závěru, který se může stát malým ale významným faktem ke zhodnocení všech zařízení v České republice. Dvě námi vybraná zařízení v Moravskoslezském kraji spolupracují i s jinými zařízeními v Moravskoslezském kraji, kdy se navzájem navštěvují, pomáhají a předávají různé nápady. Spolupráce probíhá i v rámci mezigeneračního setkávání, kdy je kontakt mezi dětmi a seniory pozitivním přínosem pro obě strany, také obě zařízení pravidelně navštěvuje dobrovolnice se psy, kdy

toto setkání probíhá v rámci canisterapie, která je velice pozitivní terapií pro klienty. Do jednoho zařízení dokonce dochází a spolupracuje na specifické péči psycholog a psychiatr, ale také je veliký zájem o pedikúru, manikúru a kadeřnici. Nejdůležitější spoluprací se zařízením je podpora rodiny, která obstarává potřebné záležitosti a předává pracovnícím klíčové informace o klientovi.

Dalším tématem bylo zjištění nabídky terapií a aktivizačních metod pro klienty s demencí Alzheimerova typu. Ze všech výpovědí byl vyvozen závěr, že obě zařízení nabízí a poskytují dostatečné množství terapií, činností, které pozitivně ovlivňují klientovy emoce, paměť, myšlení, pozornost, smysly a řeč. V rámci aktivit tráví klienti také čas venku na čistém vzduchu a také s pracovníky jezdí na výlety. Mezi nejčastější a nejpoužívanější aktivizační metody a expresivní terapie patří canisterapie, biblioterapie, reminiscence, muzikoterapie, smyslová aktivizace, bazální stimulace, arteterapie a další. Velký přínos a pozitivní energii přinášejí klientům aktivizační pracovníci. Díky jejich houževnatosti a lásce k práci se klienti velice rádi zapojují do činností.

Dále byla řešena otázka komunikace s klientem, která je dalším klíčovým prvkem ke kvalitní specifické péči u této klientely. Respondentky se shodly na tom, že je hlavní věst komunikaci s úsměvem, pozitivní energií, pohlazením a dobrou náladou, kdy na začátku každého rozhovoru je důležité na sebe a zvolené téma upozornit. Také je potřebné vhodně zvolit jednoduché věty a otázky, aby se klient mohl lépe zorientovat, co po něm pracovník žádá. Ke správné komunikaci je potřeba vhodně použít gesta, mimiku a výraz ve tváři klienta. Jakmile dochází k nepochopení ze strany klienta, je správné použít prvky alternativní a augmentativní komunikace, například piktogramy, tabulky s písmeny a smajlíky.

Poslední zjištěné byly odpovědi na páté téma, které se zabývalo změnou klienta v rámci specifické péče. Ze všech získaných výpovědí bylo zjištěno, že práce a přístup ke klientům s demencí Alzheimerova typu by se měl nést v duchu tolerance, empatie, trpělivosti, úcty a pokory. Důležité je také brát klienta jako rovnocennou osobu. Klientovo chování může ovlivnit i vybavenost pokoje, kdy jsou pozitivním přínosem pro jeho chování věci z minulosti. Na zlepšení stavu má podíl i dotek a pohlazení, ač už v rámci bazální stimulace nebo při každodenním soužití s pracovníky, kdy jednoduché doteky vzbudí v klientovi lásku, bezpečí, sounáležitost a potřebnost. Všechny aktivity a činnosti mají pozitivní účinky na klientovu psychiku a zdraví a rozvíjí jejich zbývající smysly. Navštívené zařízení si pravidelně zjišťují spokojenost klientů a příbuzných s péčí pomocí dotazníků a dopisy.

V závěru této diskuze jsou uvedené odpovědi na výzkumné otázky:

**1) Jaké terapie a aktivizační metody jsou vhodné pro klienty s demencí Alzheimerova typu v domovech pro seniory se zvláštním režimem?**

Z našich získaných výpovědí je možné konstatovat potřebnost a důležitost aktivizačních metod, činnosti a expresivních terapií v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Mezi nejčastěji aplikované terapie patří muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie a canisterapie v rámci zooterapie a ergoterapie, aromaterapie. Také se v těchto zařízeních využívá koncept bazální stimulace, reminiscence a smyslové aktivizace. Všechny tyto uvedené metody a činnosti rozvíjí klientovy zachované schopnosti, dovednosti a smysly. Díky pozitivnímu přístupu pracovníků je klient pozitivně naladěn a spolupracuje s okolím. Klíčovým prvkem je také zavedení alternativní a augmentativní komunikace.

**2) Jakými prostředky by se dala zkvalitnit péče ve vybraných zařízeních domovech pro seniory se zvláštním režimem?**

Na tuto otázku jsme odpověď dostali na konci každého rozhovoru s respondentem. Ve dvou navštívených zařízeních by pracovníci uvítali potřebný kvalifikovaný personál, převážně chybějící na zdravotním oddělení. Aktivizační pracovníce by ocenily společné setkávání aktivizačních pracovníků, díky kterému by se mohly navzájem motivovat a sdělit si nové poznatky a činnosti. Veliký přínos respondenti spatřují i v potřebnosti a zapojení fyzioterapeuta a ergoterapeuta, který v obou zařízeních chybí a činnosti, které vykonávají, musí zvládnout personál. Z výpovědí sociálních pracovníků lze říct, že zkvalitnění péče vidí převážně ve zvýšení počtu společných prostor pro klienty, kde mohou trávit volný čas spolu a také by bylo vhodné vytvořit uzavřenou zahradu pro volný pohyb klientů, dále aby každý klient měl jednolůžkový pokoj s výhledem na zahradu a prostorem pro návštěvy. V poslední řadě je nutno zmínit, že v zařízeních chyběla přímo určená aktivizační místnost nebo dílna, kde se dané činnosti mohou provádět.



## Závěr

V teoretické části první kapitoly bylo definováno stáří, vymezen seniorský věk a typické změny ve stáří, které byly rozděleny na psychické a tělesné. Další kapitola se věnuje demencí, klasifikací této diagnózy, její příčinou a typům demencí.

Třetí kapitola se zabývá naší určitě demenci Alzheimerova typu, jejími stádii a také společností v České republice s názvem Česká alzheimerovská společnost, která se věnuje této diagnóze a nabízí pomoc rodinám a jedincům, zasaženými touto diagnózou. Čtvrtá a poslední kapitola se věnuje možnostmi péče, jež je možné chápat jako sociální služby pro seniory, jako jsou domovy pro seniory, zvláště upřený zájem byl kladen na domov pro seniory se zvláštním režimem a také jaké aktivizační metody a činnosti jsou poskytovány v těchto pobytových zařízeních.

V praktické části jsou v první řadě charakterizované dvě zařízení, kde bylo výzkumné šetření realizováno. Dále byl popsán a vytyčen hlavní a dílčí cíl, také byly určeny výzkumné otázky. Další kapitola je zaměřena na metodologii této práce, výzkum probíhal pomocí kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru, který byl nahráván pomocí audio zařízení. S probíhajícími rozhovory byly vytyčeny hlavní témata a poté detailněji popsány a shrnuty. Závěr této práce je věnován zodpovězením výzkumných otázek.

Touto prací byla snaha poukázat na hledisko problémů v seniorském věku, ke kterému každý jedinec směřuje. Naše společnost rychleji stárne a vzhledem k rychlému stárnutí naší populace souvisí s tím i fakt zvyšování počtu seniorů. Proto je důležité si uvědomit důležitost těchto osob, kteří mezi námi stále jsou a brát je stejně vážně jako kohokoliv jiného. Naše společnost by měla brát v potaz více mezi sebe i osoby trpící s demencí. V naší republice chybí větší informovanost a pomoc těmto osobám, kteří potřebují každodenní specifickou péči, protože tato diagnóza se rozvíjí postupem času a zasáhne jedince i do každodenních činností, kdy jejich nesoběstačnost vede k trvalé závislosti na druhých osobách. Také je důležité zmínit fakt, že práce a péče s jedincem trpícím demencí je velice náročná a specifická, kdy každým dnem se jejich stav může změnit a pracovník se musí vyrovnat s obtížnostmi a smutnými chvílkami, kdy si klient nedokáže vzpomenout na základní věci, rodinu a přátelé. Tato práce se rychle stane rutinou jako každé druhé povolání. Proto je dobré neustále tuto péči rozvíjet novými způsoby a možnostmi, aby se zabránilo zavedenému koloběhu.

## BIBLIOGRAFIE

1. ANON., 2000. *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* 2. vyd., Praha: Psychiatrické centrum.
2. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
3. GLENNER, Joy A., Jean M. STEHMAN, Judith DAVAGNINO, Margaret J. GALANTE a Martha L. GREEN, 2012. *Péče o člověka s demencí: průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
6. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ, 2005. *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-564-7.
7. HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
8. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ, 1999. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-797-4.
10. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
11. KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
12. KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9568-8.

13. KOBĚRSKÁ, Petra, 2003. *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-851-1.
14. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.
15. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN isbn80-244-1552-6.
16. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
17. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
18. MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
19. MÜLLER, Oldřich, 2006. *Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1205-5.
20. MÜLLER, Oldřich, 2013. *Expresivní terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3686-9.
21. MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
22. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 9788024714905.
23. PŘÍHODA, Václav, 1974 *Ontogeneze lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: SPN, Učebnice vysokých škol (SPN). ISBN 14-429-74
24. RABOCH, J. et al. eds., 2015. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*, Praha: Hogrefe - Testcentrum.
25. REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

26. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
27. RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-7169-828-8.
28. SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
29. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
30. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
31. WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
32. ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.
33. ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: GRADA. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Alzheimer's Disease Fact Sheet. In: [Https://www.nia.nih.gov](https://www.nia.nih.gov) [online]. National Institute on Aging: <https://www.nia.nih.gov>, 2019 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-fact-sheet>
2. Bazální stimulace: O bazální stimulaci [online]. Praha: Institut, 2004 [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
3. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s [online]. Praha: Vizus, 2015 [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/socialni-sluzby-cals/>
4. Domov na Zámku Kyjovice: Domov pro seniory [online]. Kyjovice: Moravskoslezský kraj, 2019 [cit. 2020-06-04]. Dostupné z: <http://www.domov-kyjovice.cz/>

5. Engelhardt, Eliaz. Alois Alzheimer. In: *Https://www.researchgate.net* [online]. Dr. Ijad Madisch: ResearchGate, 2015 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/figure/Aloysius-Alois-Alzheimer-1864-1915\\_fig1\\_277975729](https://www.researchgate.net/figure/Aloysius-Alois-Alzheimer-1864-1915_fig1_277975729)
6. Vila Vančurova: Domov pro seniory [online]. Opava: MG Senior Centrum OP s.r.o, 2019 [cit. 2020-06-04]. Dostupné z: <https://www.vilavancurova.cz/>

## **ZÁKONY**

1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1. - Alois Alzheimer.....	22
Obrázek 2. - Porovnání mozku zdravého vs mozku postiženého Alzheimerovou chorobou...	25

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. - Změny ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12).....	14
--	----

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č.1 – Informovaný souhlas ke zpracování a zpřístupnění osobních a citlivých údajů

Příloha č. 2 – Otázky pro aktivizační pracovníci

Příloha č. 3 – Otázky pro sociální pracovníci

Příloha č. 4 – Otázky pro zdravotní pracovníci

Příloha č. 5 – Přepis rozhovoru s respondentkou



## **Příloha č. 1**

### **Informovaný souhlas ke zpracování a zpřístupnění osobních a citlivých údajů**

Já, níže podepsaný/á:

.....

podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR), tímto uděluji svůj výslovný a svobodný souhlas se zpracováním veškerých svých osobních a citlivých údajů, které jsem poskytl/a během rozhovorů pořizovaných ve zvukové podobě v rámci zpracování bakalářské práce na téma „Možnosti péče o osoby seniorského věku s demencí Alzheimerova typu“ na Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, studentce:

Marii Rybářové, bytem: Družstevní 263, Háj ve Slezsku, 747 92

tel.: 736 144 735

email: marie.rybarova01@upol.cz

Jsem si vědom/a skutečnosti, že správcem těchto údajů se podpisem tohoto souhlasu stává výše uvedená studentka, která může údaje použít pro potřebu doslovného přepisu. Tento bude anonymizován tak, aby byla zaručena ochrana všech zmíněných osob.

Souhlasím s tím, aby rozhovory a informace v nich obsažené byly poskytnuty v písemné či elektronické podobě také dalšímu subjektu, jímž je Ústav speciálně-pedagogických studií, a to výhradně pro účely vědeckého výzkumu v oblasti humanitních věd, publikační a vzdělávací činnosti a archivaci ve veřejném zájmu.

V ..... dne .....

Podpis respondenta:

Podpis studentky:

## **Příloha č.2**

### **Otázky pro aktivizační pracovníci**

1. Jaká je Vaše úloha jako aktivizační pracovníce? (popište svůj den)
2. Kolik klientů máte na starost na pracovišti na zvláštním režimu v porovnání s druhým úsekem (domov pro seniory)?
3. Věnujete se každému klientovi individuálně? Vnímáte změny v chování při individuálním přístupu u klientů?
4. V čem spočívá Vaše práce s klientem na zvláštním režimu? (na co ho motivujete, používáte k tomu nějaké prostředky?)
5. Setkala jste se někdy s agresivitou, negativní reakcí při aktivitě u klientů? (Jestli ano, jak je to časté, jak jste reagovala, jak tomu předejít a co děláte, když se objeví?)
6. Používáte ve své práci s klientem prvky terapie? (Jestli ano, tak jaké formy a jak takové terapie probíhají?)
7. Která terapie je pro Vaše klienty nejvíce oblíbená a nejvíce úspěšná, častá? (např: muziko – proč si myslíte, že zrovna tato terapie je u klientů oblíbená, skupinová x individuální?)
8. Tráví klienti svůj volný čas i mimo Vaše zařízení? (popřípadě v rámci terapií, zda tráví čas venku?)
9. Jaký přístup klienti preferují? (individuální x skupinový) Vnímáte změnu sociální pohody u klientů?
10. Jak zahájíte úspěšnou komunikaci s klientem? (čím ho motivujete k dané aktivitě, vyskytují se nějaké problémy?)
11. Používáte nějaké formy alternativní a augmentativní komunikace (jak, když má klient problém s běžnou komunikací?)
12. Jakým způsobem trénujete s klientem paměť? (používáte k tomu nějaké pomůcky?)
13. Používáte ve své práci prvky reminiscenční terapie? (mají tuto činnost klienti rádi? Rádi se zapojují? Jak tato terapie probíhá?)
14. Je možnost ve Vašem zařízení využití zooterapie? (Kdo jí provádí a jak často, je oblíbená u klientů, jak se při této terapii klienti chovají?) + Co vše rozvíjí canisterapie u klienta s demencí?
15. Najde se nějaká činnost či terapie kterou byste zařadila do svého plánu a chybí Vám pro klienty?

- 16.** Jak s klientem procvičujete orientaci v realitě? (jakými prostředky, co vše cvičíte s klientem)
- 17.** Jak klienta smyslově aktivizujete? (jakým způsobem, jak to probíhá)
- 18.** Jsou na klientovi patrné změny při využití terapií a aktivit? (negativní versus pozitivní)
- 19.** Je něco, čím Vaše zařízení vyniká v rámci aktivizačních metod pro klienty v porovnání s ostatními zařízeními?

## **Příloha č. 3**

### **Otázky pro sociální pracovníci**

1. V čem spočívá Vaše specifická péče pro osoby na oddělení zvláštního režimu?
2. V čem konkrétně se liší péče o klienta na zvláštním režimu od péče o ostatní klienty?
3. Co je pro Vás důležité pro přijetí nového klienta? V jakém stádiu Alzheimerovy demence nejčastěji je klient přijat a podle čeho se rozdělují klienti do pokojů?
4. Spolupracuje s Vámi i na péči rodina?, jestli ano – jak často, jakým způsobem se podílí na pomoci.
5. Spolupracuje na péči o klienty na oddělení zvláštního režimu i někdo jiný než personál? – Jestli ano, kdo? (+ Je možnost docházení psychologa ke klientům?)
6. Co kladně ovlivňuje průběh hospitalizace klienta?
7. Co naopak ovlivňuje záporně hospitalizace klienta?
8. Jaké alternativní terapie využíváte na oddělení zvláštního režimu? (které jsou nejvíce využívané a oblíbené), Co tyto terapie rozvíjí u člověka s demencí?
9. Vidíte zlepšení jejich sociální pohody díky těmto aktivitám a terapiím?
10. Jak zahájíte úspěšnou komunikaci s klientem? Používáte prvky AAK? (jaké)
11. Když klient odmítá s Vámi spolupracovat při činnostech a mluvit – jak zareagujete na tento negativní postoj?
12. V čem spatřujete rozdíl Vašeho zařízení a péče o klienty než jiné zařízení?
13. S jakými nejčastějšími poruchami chování se u klienta s AN setkáváte? (Jak na ně reagujete a postupujete při práci?)
14. Jak přistupujete ke konfliktním situacím s agresivním, nespokojeným klientem?
15. Myslíte si, že Vaše zařízení poskytuje dobrou péči pro klienty? Jsou spokojení?
16. Čím by se mohla zkvalitnit a zlepšit péče o klienty s AN?

## **Příloha č. 4**

### **Otázky pro zdravotní pracovníci**

1. Jak probíhá Váš klasický pracovní den?
2. V čem spočívá Vaše specifická péče pro osoby na oddělení zvláštního režimu?
3. Myslíte si, že péči, kterou vykonáváte denně je pro Vaše klienty dostačující? (Stihnete všechny důležité prvky vykonat?) Jestli ne – kolik času byste potřebovala nebo navrhnutí změny v personálu.
4. Jaké metody práce s klientem s demencí ve Vaší službě využíváte?
5. Využíváte prvky bazální stimulace? (popište její průběh, jak je spokojený klient?)
6. Jak na Vašem oddělení podporujete pohybovou aktivitu a orientaci s AN?
7. Jak Vy konkrétně podporujete kognitivní funkce klienta?
8. Dochází k problémům při stravování u klienta s AN? (pokud ano – jaké, jak postupujete při problému, jak podporujete klienta při stravování)
9. Jakým způsobem podporujete samostatnost klienta v hygieně, oblékání atd..?
10. S jakými nejčastějšími poruchami chování se u klienta s AN setkáváte? (Jak na ně reagujete a postupujete při práci?)
11. Popište mi hlavní zásady chování ke klientovi s depresí a úzkostí, která Vás ovlivňuje při vykonávání péče?
12. Když má klient problém s komunikací, jakou formu komunikace využíváte?
13. Čím by se mohla zkvalitnit a zlepšit péče o klienty s AN?

## Příloha č. 5

### Přepis rozhovoru s respondentkou

Respondentka č. 2 – Aktivizační pracovnice, Domov pro seniory Vila Vančurova

**Jaká je Vaše úloha jako aktivizační pracovnice? (popište svůj den)**

*„Mám na starost kulturní program, zachování u seniorů samostatnosti a činnosti, aby se cítili potřební a zdokonalovali se (nácvik chůze, reflexů, polykání, trénink paměti). Začínám od 7:30, ráno si připravím potřebné věci pro činnosti na zvláštní režim, kde jsem od 8:30 – 9:30, poté od 10 hodin do půl 12 probíhají činnosti na domovu pro seniory, doprovody na oběd, 12:30 – 14:30 chystání kulturních programů, pracuji na výzdobě vily, nabízím individuální aktivizaci a zařizuji různé činnosti s organizacemi, reminiscence, poté následují odpolední aktivity od 15:00 do 16:30 (záleží na aktivitě) a po aktivitách si dodělávám zbývající administrativu.“*

**Kolik klientů máte na starost na pracovišti na zvláštním režimu v porovnání s druhým úsekem (domov pro seniory)?**

*„Na zvláštním režimu je 8 lůžek a 48 lůžek je na domově pro seniory. S klienty na zvláštním režimu mi pomáhají i pečovatelé, záleží na individuální domluvě a na zdravotním stavu uživatele. A na úseku domova pro seniory se ve společenské místnosti pravidelně věnuji maximálně 15 osob.“*

**Věnujete se každému klientovi individuálně? Vnímáte změny v chování při individuálním přístupu u klientů?**

*„Ano, naše zařízení poskytuje hlavně individuální a láskyplný přístup, který si každý senior zaslouží a je pro něj důležitý. Nemáme tady přesně vyhraněný čas od-do na aktivity, senioři také mají dotkový hlad, rodiny k nim nepřichází tak často nebo i někdy vůbec, tudíž bych ráda byla s každým mnohem déle, ale pořád jsem člověk a rozdělit se nemůžu, přizpůsobím činnosti tak, ať na každého přijde řada. Myslím si, že individuální přístup je pro ně dostačující a vyhovuje jim to. U jedné klientky jsme odbourali „strach a úzkost“ z nového začátku, a dokonce se ráda zúčastňuje většiny aktivit, navázala nová přátelství, spolupracuje i v kolektivu, je spokojená, má nějaký svůj režim a činnosti od pondělí do pátku.“*

**V čem spočívá Vaše práce s klientem na zvláštním režimu? (na co ho motivujete, používáte k tomu nějaké prostředky?)**

*„Na zvláštním režimu mám klienty dezorientované s různým typem demence. Komunikuju s nimi díky alternativním pomůckám (kartičky), často trénuji s nimi rozvoj kognitivních funkcí (paměť), třídíme různé předměty do misek, reminiscence, poslech hudby, trénink chůze.“*

**Setkala jste se někdy s agresivitou, negativní reakcí při aktivitě u klientů? (Jestli ano, jak je to časté, jak jste reagovala, jak tomu předejít a co děláte, když se objeví?)**

*„Osobně jsem se s agresivním klientem nesečkala, ale kdybych se bohužel setkala, snažila bych se klienta uklidnit i tím, že aktivity jsou dobrovolné, nikdo ho nenutí.“*

**Používáte ve své práci s klientem prvky terapie?**

*„Reminiscence, muzikoterapie (poslech a zpět písní), arteterapie (malování, lepení), biblioterapie (čtení imobilním klientům), trénink kognitivních funkcí (cvik jemné motoriky), smyslová terapie, ergoterapie (pečení dezertů, zahradnický klub, výzdoba vily).“*

**Která terapie je pro Vaše klienty nejvíce oblíbená a nejvíce úspěšná a častá?**

*„Dbám na střídání aktivit, abych všechny aktivity za ten týden stihla prostrádat, záleží na ročním období a náladě. V zimě jsou oblíbené skupinové činnosti (dětské vystoupení a besídky), naopak v letním období a podzimním období volíme aktivity venku (posezení u čaje, smyslová terapie, poslech hudby, příroda, zahrádka, rostliny). U nás velmi oblíbená je muzikoterapie a to proto, že s každou osobou se pojí písničky celým životem, vzpomínají na své roky, co v tu dobu dělali, kdy tato píseň byla nová, písničky berou pozitivně a relaxují u nich. Probíhají u nás také mezigenerační setkání, které jsou velmi oblíbené a žádané, spolupracujeme s jinými domovy a organizacemi, tvorba keramiky.“*

**Tráví klienti svůj volný čas i mimo Vaše zařízení? (popřípadě v rámci terapií, zda tráví čas venku?)**

*„Ano, v létě a na podzim jsou časté aktivity venku, využijeme zahradní nábytek, seniorům nabídnou nápoj s bylinkami, posloucháme hudbu, malujeme mandaly, hrajeme bingo, cvičíme. Samozřejmě na aktivity chodí klienti, kteří podmínky pro chůzi zvládnou. Teplé počasí, svěží vzduch a sluníčko seniorům velmi prospívá.“*

**Jaký přístup klienti preferují? (individuální x skupinový) Vnímáte změnu sociální pohody u klientů?**

*„Na zvláštním režimu je to velmi individuální (trénink chůze, četba knihy), vnímám velmi změnu na psychice, že ty aktivity je naplňují a jsou spokojeni.“*

**Jak zahájíte úspěšnou komunikaci s klientem? (čím ho motivujete k dané aktivitě, vyskytují se nějaké problémy)?**

*„Když přicházím na zvláštní režim s aktivitami, tak přistoupím k vybrané klientce a zvolím jednoduché otázky typu: „mohla byste mi prosím pomoci?“, „nechtěla byste se na to se mnou podívat?“, dám klientovi pocit, že je důležitý, připomínám své jméno, co budeme dělat, proč to budeme dělat, hlavně komunikovat s klientem a všimnout si i jejich neverbální komunikace.“*

**Používáte nějaké formy alternativní a augmentativní komunikace?**

*„Používám kartičky pro alternativní komunikaci (obrázková forma), zkouším u klienta i nácvik alespoň psané formy (dám mu do ruky propisku).“*

**Jakým způsobem trénujete s klientem paměť? (používáte k tomu nějaké pomůcky?)**

*„Používáme sadu, kterou máme od České Alzheimerové společnosti. Sada se skládá z dílků fotografií a klient se snaží fotografii dát dohromady celou, puzzle (dlouhodobá paměť), reminiscence, přísloví, písničky (doplňování slov v textu), hra člověče nezlob se, pexeso (čísla, vzpomínky na barvy, panáčky).“*

**Používáte ve své práci prvky reminiscenční terapie? (mají tuto činnost klienti rádi? Rádi se zapojují? Jak tato terapie probíhá?)**

*„Ano, reminiscence je velice oblíbená činnost, klienti rádi vzpomínají, co bylo, samozřejmě u nás probíhá vedená i nevedená. Vedená (na zvolené téma – předměty z retro doby, kartičky, hra „Babi, dědo, jak to bylo?“), nevedená (vytvořím přátelské posezení, uvařím čaj, zapálím svíce, připravím drobné občerstvení a sami si vedou rozhovory o minulosti). Samozřejmě někdy je to i negativní, hlavně když si klienti vzpomenu na období války.“*

**Je možnost ve Vašem zařízení využití zooterapie? (Kdo jí provádí a jak často, je oblíbená u klientů, jak se při této terapii klienti chovají?) + Co vše rozvíjí canisterapie u klienta s demencí?**

*„Probíhá u nás canisterapie, naše zaměstnankyně má dva psy a s nimi dochází dvakrát týdně za klienty. Spolupracujeme i se školou ILJA HURNÍKA v Opavě a v rámci*



*projektu 72 hodin, děti ze školy přinesly své domácí mazlíčky (křeček, morče) a nabídly klientům si je pohladit, pohrát. Klienti jsou nadšení ze zvířat, u jedné klientky bohužel vidíme obavy ze psů (špatná zkušenost v minulosti). Senioři rádi psům dávají pamlsky. Pes rozvíjí jemnou motoriku, sociální využití (dotyková hlad), zklidňuje psychiku.“*

**Najde se nějaká činnost či terapie kterou byste zařadila do svého plánu a chybí Vám pro klienty?**

*„Velice ráda bych jezdila s klienty na výlety, ale tato aktivita je těžká na plánování. Tím, že jsme nezisková organizace nemáme tolik personálu, prostředku na to, abychom někam jeli, ale v našem zařízení je vysoký věkový průměr tak nevím, zda by někdo měl zájem vůbec někam jet jinam.“*

**Jak klienta smyslově aktivizujete? (jakým způsobem, jak to probíhá)**

*„Zapálím svíčky v místnosti, záleží i na tom v jakém ročním období se pohybujeme a podle toho volím správné aktivity. Na jaře a na podzim přináším ze zahrady rostliny, květiny (klient si na ně šáhne, očuchá si ji a hádá, jaká známá je to květina), děláme i přitom různé výzdoby z květin (vánoční věnec, velikonoční koš).“*

**Jak s klientem procvičujete orientaci v realitě? (jakými prostředky, co vše cvičíte s klientem)**

*„Na začátku každé aktivity mám informační okénko, kdy opakuju, jaký dneska je den, kdo slaví svátek, ptám se na význam jména, ptám se na jméno města, kde je naše zařízení, cvičím paměť s nimi i díky receptům (vzpomínky na ingredience, ukázka letáků – „dneska bych si ráda dala rajskou, co tam všechno patří?“), četba denního tisku.“*

**Jsou na klientovi patrné změny při využití terapií a aktivit? (negativní versus pozitivní)**

*„Určitě spatřuji pozitivní reakce.“*

**Je něco, čím Vaše zařízení vyniká v rámci aktivizačních metod pro klienty v porovnáním s ostatními zařízeními?**

*„Myslím si, že velmi neobvykle je naše pečení dezertů. Nevím, jak to probíhá v jiném zařízení, máme na plánu i různé stáže ať se můžeme navzájem podpořit a inspirovat*