

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Aktivizace seniorů s demencí

Bakalářská práce

Autor: Vendula Hubálková
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci
v etopedických zařízeních
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kalousová
Oponent práce: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor: Vendula Hubálková

Studium: P20K0304

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Aktivizace seniorů s demencí**

Název bakalářské práce Activation of seniors with dementia
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce na téma aktivizace seniorů s demencí se zabývá využitím aktivizačních činností a volnočasových aktivit ve stáří. Práce vysvětluje, co je demence, jaké jsou podoby demence, rizikové faktory a druhy. Teoretická část pojednává o stárnutí a stáří z bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska. Dále v teoretické části jsou definovány základní pojmy, jako je aktivizace, zásady, význam, a druhy aktivizace, následují praktické aktivity. Také je zde vysvětleno, jak taková aktivizace probíhá, zda určitá aktivita je lepší individuální nebo skupinová, a hlavně rozhodnout, zda je pro seniory vhodná.

FERTAĽOVÁ, Terézia, ONDRIOVÁ, Iveta. Demence nefamakologické postupy. Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2479-49.

KUČEROVÁ, Helena. Demence v kazuistikách. Grada, 2006. ISBN: 80-247-1491-4

HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2007. ISBN: 978-80-906320-7-3.

GLENNER, A., Joy. Péče o člověka s demencí. Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0154-0

REKTOROVÁ, Irena, a kol. Kognitivní poruchy a demence. Triton, 1. vydání, 2007. ISBN: 978-80-7387-017-1

STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. Portál, 1999. ISBN: 80-7178-274-2

WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER, Ylva. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Grada, 2013. ISBN: 978-40-247-4423-0.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kalousová

Oponent: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Aktivizace seniorů s demencí* vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Zuzany Kalousové, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Kalousové za odborné vedení, ochotu a cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Anotace

HUBÁLKOVÁ, Vendula. *Aktivizace seniorů s demencí*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024, 50 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá tématem aktivizace seniorů s demencí. Práce je tvořena z teoretické a praktické části. První kapitola práce pojednává o procesu stárnutí a o stáří z bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska. Teoretická část této práce definuje základní pojmy vztahující se k danému tématu. Empirická část práce zkoumá dva konkrétní domovy pro seniory s cílem zjistit, jak zde probíhá aktivizace a vzdělávání daných seniorů, kteří zde žijí. Výzkum je v této části práce proveden formou kvalitativního šetření, a to formou polostrukturovaných rozhovorů. V empirické části práce se nachází rovněž metodologie práce, formulace a odpovědi na výzkumné otázky. Cílem práce je zjistit, jaké aktivizační metody, případně jaké aktivizační činnosti se využívají pro udržení dobré kondice seniorů s demencí v Domově pro seniory v Pilníkově a ve Svobodě nad Úpou, a to po stránce fyzické, sociální a kognitivní.

Klíčová slova: Aktivizace, stárnutí, stáří, senioři, demence, motivace seniorů.

Annotation

HUBÁLKOVÁ, Vendula. *Activation of seniors s with dementia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024, 50 pp. Bachelor thesis.

This bachelor thesis deals with the topic of activation of seniors with dementia. The thesis consists of theoretical and practical parts. The first chapter of the thesis deals with the aging process and old age from a bio-psycho-social and spiritual point of view. The theoretical part of this thesis defines the basic concepts related to the topic. The empirical part of the thesis examines two specific homes for the elderly in order to find out how the activation and education of the elderly living there is carried out. The research in this part of the thesis is conducted in the form of qualitative research, in the form of semi-structured interviews. The empirical part of the thesis also contains the methodology of the work, the formulation and answers to the research questions. The aim of the thesis is to find out what activation methods or activities are used to maintain the well-being of seniors with dementia in the Home for the Elderly in Pilníkov and Svoboda nad Úpou, in terms of physical, social and cognitive aspects.

Key words: Activation, aging, old age, seniors, dementia, motivation of seniors.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	10
1 Stáří jako vývojové období člověka.....	12
1.1 Proces stárnutí	12
1.2 Potřeby seniorů	19
1.3 Postavení seniora ve společnosti.....	19
2 Demence a její klasifikace	22
2.1 Etiopatogeneze demence	23
2.2 Symptomy demence	24
2.3 Stupně demence	25
2.4 Klasifikace demence	26
2.5 Diagnostika a léčba demence	28
3 Teorie motivace	30
4 Teorie aktivizace	32
4.1 Průběh aktivizace	32
4.2 Faktory ovlivňující aktivitu.....	34
4.3 Aktivizační metody a terapie	35
5 Výzkumy zabývající se danou problematikou	37
6 Empirická část.....	39
6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	39
6.2 Metodika výzkumu a sběr dat	40
6.3 Subjekty výzkumu.....	40
6.4 Etické aspekty výzkumu	41
6.5 Tazatelské otázky	41
6.6 Analýza a interpretace dat.....	42
6.6.1 Otázka č. 1: Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?	42
6.6.2 Otázka č. 2: Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?.....	43
6.6.3 Otázka č. 3: Kdo vytváří aktivizační plán (program)?.....	43
6.6.4 Otázka č. 4: Dávají senioři přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?.....	43
6.6.5 Otázka č. 5: Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?	44

6.6.6 Otázka č. 6: V čem by se podle Vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit? ..	45
.....	45
6.6.7 Otázka č. 7: Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?	45
6.7 Interpretace výsledků kvalitativního výzkumu	46
6.8 Diskuze.....	48
Závěr	51
Seznam použitých knižních a internetových zdrojů	53
Seznam příloh.....	61

Úvod

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“ (Johann Wolfgang Goethe)

Bakalářská práce se bude zaměřovat na aktivizaci seniorů s demencí. Toto téma jsem si zvolila na základě mého osobního zájmu a zkušeností, které jsem čerpala nejen během svého studia a v rámci mého minulého povolání aktivizační pracovnice, ale i nyní jako sociální pracovnice v domově pro seniory.

V neposlední řadě jsem si toto téma vybrala ke zpracování i z toho důvodu, protože je mi toto téma blízké i co do mého studovaného oboru. Pedagogika totiž může poskytovat užitečné nástroje a přístupy pro práci s lidmi se specifickými poruchami, jako je tomu např. u seniorů trpících demencí. V případě seniorů trpících demencí zahrnuje pedagogika i metody, které podporují jejich aktivitu, komunikaci a celkovou kvalitu života. To zahrnuje vytváření specifických vzdělávacích programů, které jsou přizpůsobeny potřebám jednotlivců s demencí, a využívání metod, které podporují paměť, komunikaci a motorické dovednosti.

Specializace v pedagogice může napomoci k vytvoření prostředí, které je vhodné pro aktivizaci seniorů s demencí, a poskytnout odborné znalosti týkající se pedagogických strategií a metod, které jsou účinné při práci s touto populací. Je důležité vzít v úvahu individuální potřeby a schopnosti každého seniora s demencí a přizpůsobit pedagogický přístup k jejich konkrétním podmínkám.

Stáří spojené s demencí se v naší společnosti vyskytuje celkem početně. Staří lidé bývají často na okraji společnosti a jsou mnohdy podceňováni.

Pokud na danou problematiku nahlížíme z pohledu sociálního pracovníka, musíme připustit, že v posledních letech nastala spousta změn, a to nejen v oblasti rodinného života, ale i v oblasti pracovní, kdy dochází k oslabení funkce rodiny v péči o její stárnoucí a nesoběstačné členy. Tato realita je důsledkem toho, že stát přebírá tuto zodpovědnost na sebe. Avšak i sociální služby, které mají být kvalitní zde hrají velmi důležitou roli. Díky těmto službám mohou senioři žít důstojně v prostředí, ve kterém se budou cítit dobře. Ke kvalitním sociálním službám pak patří i aktivizační činnost, která udržuje seniory v dobré fyzické, duševní i sociální pohodě a zabraňuje jejich psychickému a fyzickému chátrání.

Téma aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních je velmi důležité a aktuální, protože jsme si ho vybrala i jako téma mé bakalářské práce. Toto téma jsem si

zvolila na základě mé čtyřleté zkušenosti na pozici aktivizačního pracovníka v domově pro seniory. Zde jsem zjistila, že aktivizace je velmi důležitým aspektem v domově pro seniory, a to proto, že senioři se mohou díky různým aktivitám a vzdělávání znovu cítit užitečnými. V neposlední řadě jsem si toto téma vybrala z toho důvodu, protože i když se tímto tématem zabývají různí autoři, jako např. Aman et al. (2021), Rogers a Swanson Ernst (2024), přesto není dané téma doposud dostatečně zpracované.

Tato zkušenost mě natolik oslovila, že jsem si dokázala představit i nadále pracovat v tomto typu zařízení.

Bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí, a to z teoretické části a empirické části.

V teoretické části bakalářské práce se budu zabývat pojmy jako je stáří, demence, aktivizace a druhy aktivizací, ať už se jedná o terapie či nějaké metody, které udržují seniora v dobré fyzické a duševní kondici, vzdělávání seniorů.

V empirické části práce se budu zaměřovat na rozhovory s aktivizačními pracovníky ze dvou domovů. A to z Domova pro seniory v Pilníkově a Svobodě nad Úpou, které jsou odlišné kapacitou. Domov v Pilníkově má kapacitu 45 klientů, naopak domov ve Svobodě nad Úpou má kapacitu 118 klientů.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření jsem si zvolila jakožto metodu techniku polostrukturovaného rozhovoru, na základě, kterého budu zjišťovat odpověď na cíl své práce, tj.: jaké aktivizační činnosti mohou napomoci v udržování seniorů v kondici. A zároveň zde budu zkoumat, jak v těchto zařízeních probíhá samotná aktivizace.

Veškeré zjištěné údaje shrnu na konci této bakalářské práce.

1 Stáří jako vývojové období člověka

1.1 Proces stárnutí

Aman et al. (2021) uvádí, že mnoho lidí neuznává skutečnost, že stárne. Křečovitě se drží mladosti, jako se housenka křečovitě přilepí k větvičce a nechce se stát motýlem, který by sám od sebe mohl vylétnout k nové svobodě. Starší muži a ženy si uzavírají před tímto faktem oči a myslí si, že jsou stále ještě mladí. Výše uvedení autoři konstatují, že postoj k vlastní starobě je do značné míry určovaný tím, jaký postoj k seniorům zaujímá společnost. Současná společnost upřednostňuje lidi v produktivním věku, což se nezbytně odráží v postojích lidí k vlastnímu stárnutí.

Stárnutí je specifický biologický proces. Vyznačuje se tím, že je dlouhodobě nakódovaný, nezvratný, neopakovatelný, má různý charakter, zanechává trvalé stopy a jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Stárnutí doprovázejí změny v tělesné, psychické a sociální oblasti. Mezi tělesné změny řadíme dle Poledníkové (2006) následující:

- Nervové a kosterní svalové změny: v případě nervového systému dochází ke ztrátě nervových buněk (což může ovlivnit celkový objem mozku a jeho funkce), změnám v neurotransmiterech (produkce neurotransmiterů, které jsou klíčové pro přenos nervových signálů, může být ovlivněna, což může zpomalit rychlost přenosu informací mezi nervovými buňkami) a v reflexech (může docházet k postupnému zpomalování reflexů). Na úrovni kosterních svalových změn dochází ke ztrátě svalové hmoty (s věkem se svalová hmota snižuje v důsledku kombinace faktorů, včetně nižší fyzické aktivity hormonálních změn a snížené syntézy bílkovin), svalové síly (svalová síla klesá, což může mít dopad na schopnost vykonávat fyzické úkoly), ke změnám ve svalové struktuře (svalová tkáň může ztrácet pružnost a může se objevit nahromadění tukové tkáně) a k osteoporóze (změny v kostní denzitě a struktuře mohou ovlivnit svalovou podporu a zvyšovat riziko zlomenin).
- Změny na kůži: kůže praská, ochabuje, je sušší a v podkoží ubývá tuk. Má voskový vzhled. Vlasy jsou tvrdší, šedivé nebo bílé, popř. vypadávají. Nastává i změna ochlupení, například u žen po menopauze se následkem hormonových změn zjevuje ochlupení na tváři.

- Změny v činnosti dýchacího a kardiovaskulárního systému: v případě dýchacího systému dochází ke ztrátě elasticity plic (plicní tkáň ztrácí svoji elasticitu s věkem, což může omezit schopnost plic rozšiřovat se a smršťovat), snížení vitální kapacity (vitální kapacita plic, což je maximální objem vzduchu, který lze vydechnout po maximálním nadechnutí, může klesat) a ztrátě síly dýchacích svalů (svaly zapojené do dýchání mohou oslabovat, což může ovlivnit efektivitu dýchání). Na úrovni kardiovaskulárního systému lze pozorovat ztrátu elasticity cév (cévy ztrácejí svou pružnost, což může vést k zvýšenému krevnímu tlaku a snížené schopnosti adaptace na změny tlaku, změny v srdci (srdeční sval může ztrácet na objemu a elasticity, což může ovlivnit jeho schopnost pumpovat krev efektivně), zvýšení tepové frekvence (v klidu může dojít k nárůstu tepové frekvence, protože srdce potřebuje pracovat intenzivněji, aby zajistilo dostatečný krevní oběh), zvětšení srdeční komory (komory srdce se mohou zvětšovat, což může ovlivnit srdeční výkon) a nárůst aterosklerózy (dochází k akumulaci tukových usazenin v cévách, což může vést k ateroskleróze a omezenému průtoku krve).
- Změny v činnosti trávicího systému: snížená chuť do jídla. Tu způsobuje snížená výkonnost orgánů trávicího systému, chuťového smyslu. Mnozí senioři sice udržují jistou pravidelnost v přijímání potravy, nejedí však proto, že by pociťovali hlad, ale „z povinnosti“. Protikladem je přejídání se a následná obezita.
- Poruchy spánku: insomnie. Jde o subjektivně nedostatečnou kvalitu spánku, těžké usínání, časté noční buzení, plytký spánek, včasné probouzení.

Kromě těchto změn dále Jarošová (2006) uvádí následující změny doprovázející proces stárnutí:

- Změny v činnosti vylučovacího systému: s přibývajícím věkem se funkce jater mění, klesá filtrační schopnost jako i počet fungujících nefronů. Co se týče degenerativních změn v tomto procesu, zde dochází ke snížené funkci ledvin (s věkem může klesat filtrační schopnost ledvin, což znamená, že ledviny mohou méně efektivně odstraňovat odpadní látky a udržovat rovnováhu tekutin v těle), změnám v močovém měchýři (elastičnost močového měchýře může klesat, což může vést k problémům s uchováváním moči a častějšímu nutkání na močení. Také se může zvýšit riziko infekcí močového traktu), změnám v močových cestách (u starších jedinců může být snížena citlivost močového systému na

infekce, což může vést k tomu, že infekce mohou být diagnostikovány později nebo mohou být asymptomatické), ztrátě funkce svalů podpírajících močový měchýř (svaly podporující močový měchýř a kontrolu močení mohou oslabovat, což přispívá k problémům s inkontinencí) a změnám v objemu moči (kapacita močového měchýře může klesat, což může ovlivnit schopnost uchovávat moč a vyprazdňovat močový měchýř efektivně).

- Změny ve smyslovém vnímání: zrak postupně ztrácí svou pružnost, a tím i schopnost akomodace, dostavuje se dalekozrakost, ale i další onemocnění jako například šedý zákal, zelený zákal. Sluch ztrácí svou citlivost pro vysoké tóny, svou ostrost. Často se objevuje tzv. psychická hluchota. To znamená, že sluch je celkem dobrý, ale trvá dlouho, než člověk pochopí význam slov. Ve starobě může být tato psychická nedoslýchavost projevem zpomalené látkové přeměny v ústředním nervstvu. Klesá chuť, což se dává do souvislosti s úbytkem počtu chuťových papil na jazyku, které podléhají atrofii.
- Změny v imunitním systému: v procesu stárnutí prochází imunitní systém určitými změnami, což může ovlivnit schopnost těla odolávat infekcím a reagovat na nemoci. Mezi klíčové aspekty těchto změn patří: snížená reaktivita (imunitní systém může být méně reaktivní v reakci na nové patogeny. To může znamenat, že starší jedinci mohou mít větší náchylnost k infekcím nebo mohou mít obtíže vytvářet účinné odpovědi na nové viry nebo bakterie), změny v produkci protilátek (může dojít k poklesu produkce protilátek, což může snížit schopnost imunitního systému bojovat proti infekcím), změny v buněčné odpovědi (bílé krvinky, které jsou klíčové pro boj proti infekcím, mohou mít omezenou schopnost rozeznávat a ničit patogeny), zvýšená zánětlivost (s věkem může dojít k chronické zánětlivé odpovědi, což může přispívat k různým onemocněním spojeným se stárnutím, jako jsou srdeční choroby, diabetes nebo artritida), změny v thymu (thymus, orgán podílející se na vývoji a zrání T lymfocytů, se s věkem zmenšuje a ztrácí svou aktivitu), změny v imunosenescenci (celkový proces stárnutí imunitního systému je známý jako imunosenescence, což znamená, že imunitní odpovědi mohou být méně efektivní a mohou být spojeny s vyšším rizikem některých chorob).
- Změny v činnosti endokrinního systému.
- Změny v tělesné teplotě.
- Změny v činnosti nervového systému.

- Změny v pohlavním systému.

Jarošová (2006) uvádí i psychické změny probíhající ve starobě:

- Kognitivní změny: s věkem může docházet k přirozenému snížení kognitivních funkcí, jako jsou paměť, pozornost a schopnost zpracovávat informace. Může se objevit mírná kognitivní dysfunkce nebo snížení rychlosti myšlení.
- Emoční změny: někteří lidé mohou zažívat změny v emoční regulaci. Mohou se objevit náladové výkyvy, náchylnost k úzkosti nebo deprese. Ztráta blízkých, zhoršení fyzického zdraví nebo sociální izolace mohou být faktory, které přispívají k emočním změnám.
- Sociální změny: s postupem stárnutí mohou lidé zažívat změny v sociálních vztazích. Může dojít k úbytku blízkých přátel a rodiny, k pensionování a změně životního stylu, což může mít vliv na psychický stav.
- Stres a zvládání stresu: zvládání stresu může být v důsledku stárnutí výzvou. Různé životní události a ztráty mohou přispívat k pocitu stresu. Někteří jedinci si však vyvinou zvládací strategie a schopnost přizpůsobit se změnám.
- Riziko psychických onemocnění: stárnutí je spojeno s vyšším rizikem pro výskyt psychických onemocnění, jako jsou demence, depresivní poruchy a úzkostné poruchy. Je důležité si být vědom toho, že psychické onemocnění není normální součástí stárnutí, a pokud se objeví, mělo by být řádně diagnostikováno a léčeno.
- Změny v sebeúctě: někteří lidé mohou zažívat změny v sebeúctě a sebevědomí v důsledku fyzických a sociálních změn spojených se stárnutím. Podpora a zapojení do aktivit, které posilují sebevědomí, mohou být pro zachování psychické pohody důležité.

Poledníková a kol. (2006) uvádí tyto sociální změny probíhající ve starobě:

- Odchod do důchodu: přináší se sebou na jedné straně prostor na oddech, spánek, péči o sebe samého, nové aktivity, záliby, osvobozuje od společenských tlaků, na druhé straně však omezuje společenský a sociální kontakt.
- Ekonomická změna: odchod do důchodu přináší s sebou snížení finanční nezávislosti, náklady na živobytí se neustále zvyšují a nejednou způsobují problémy. Ztráta finanční nezávislosti často ústí do odkázanosti na pomoc jiné osoby.
- Přemístění nebo změna bydliště.
- Smrt životního partnera.

„Léčba deprese by neměla spočívat pouze ve farmakologických opatřeních, ale pozornost by měla být věnována také psychosociální oblasti, neboť pro rozvoj deprese v pozdějším věku jsou podstatné především psychosociální faktory, které je potřeba včas identifikovat a zvolit vhodná protipatření“ (Stahelin, 2005, s. 165–176).

Co se týče kognitivních a emočních změn, nelze tvrdit, že by všechny tyto změny směřovaly s přibývajícím věkem pouze k nástupu negativních vlastností. U starších osob nalezneme i takové změny vlastností, které považujeme za pozitivní. Často můžeme pozorovat například vyšší rozvahu a opatrnost, vytrvalost, trpělivost, popř. snahu o pochopení druhých (Ptáčková, Ptáček, 2021).

U starších osob se lze rovněž setkat s poruchami chování, které jsou nejčastěji součástí syndromu BSPD, tj. behaviorálních a psychologických symptomů demence, které se projevují například halucinacemi, bludy atd.

U starších osob je rovněž velmi často zmiňován pokles pracovní produktivity, který je spojován s poklesem fyzické síly a zpomalením zpracování informací. Zpomalení rychlosti zpracování informací či ztráta schopnosti multitaskingu (komunikace) a fyzické síly nemusí mít tak jednoznačný negativní dopad na produktivitu práce. Do značné míry mohou být tyto úbytky kompenzovány životními a pracovními zkušenostmi, které napomáhají starším lidem volit ten správný postup či jednodušší cestu k řešení a díky tomu se mohou vyrovnat mladší generaci. Udržením práce schopnosti s ohledem na věk se zabývá pracovní gerontologie a koncept *age management* (např. Šolcová, 2017).

Umění důstojně a moudře stárnout, radostně prožít podzim života a zabránit předčasnému nástupu výrazných omezení staroby je do značné míry v rukách každého z nás. Záleží jen na nás samotných, zda se na sklonku svého života dokážeme postavit starobě tváří v tvář či nikoli (Ptáčková, Ptáček, 2021).

Beavers-Kirby a Segal-Gidan (2024) uvádí několik typů adaptace na starobu:

- Konstruktivnost: senior akceptuje stárnutí, je seberefektivní, aktivní, svůj život hodnotí pozitivně.
- Závislost: někteří jsou rádi, že jsou v penzi, jiní nikoliv, jsou utažení, stávají se pasivními.
- Obranný postoj: senior je aktivní, ale staroby se bojí, dělá vše pro to, aby na ni zapomněl, akceptuje ji jen tehdy, když je to nezbytné.
- Nepřátelství: rozhněvaní muži, hledají viníky za své neúspěchy, na vše reagují mrzutě, žijí v ústraní a hrozí jim izolace, jsou nepřátelští k mladým lidem, kritizují je.

- **Sebenenávist:** senior obrací nepřátelství vůči sobě, svůj život hodnotí pohrdavě a kriticky, je nepraktický, zveličuje svou bezmocnost. Vyhýbá se společenskému kontaktu, cítí se osamělý.

Podle Rogerse a Swanson Ernsta (2024) lze dělit přípravu na starobu do celkových tří časových celků:

Dlouhodobá příprava na starobu

Dlouhodobá příprava na stáří je klíčovým prvkem pro zachování kvality života v pozdějších letech. Finanční plánování hraje důležitou roli, a proto je vhodné pravidelně spořit nebo investovat pro budoucí důchod. Zajištění adekvátního zdravotního pojištění je rovněž nezbytné pro pokrytí nákladů na zdravotní péči.

Kromě toho je důležité udržovat zdravý životní styl. Pravidelná fyzická aktivita, zdravá strava a prevence onemocnění jsou klíčové pro udržení dobrého zdraví. Pravidelné návštěvy lékaře a zdravotní screeniny mohou identifikovat potenciální problémy v rané fázi.

Sociální sítě a vztahy hrají ve stáří rovněž důležitou roli. Udržování kontaktu s rodinou a přáteli a účast na společenských aktivitách mohou přispět k duševní pohodě. Dobrovolnická činnost může poskytnout nejen smysluplnou činnost, ale také rozšířit sociální kruhy.

Vzdělávání a rozvoj dovedností jsou také součástí dlouhodobé přípravy. Lze se naučit nové dovednosti a angažovat se v aktivitách, které člověka naplňují. Vzhledem k budoucnosti je také vhodné přemýšlet o možnostech bydlení a dopravy, které budou přizpůsobeny změnám v mobilitě a bezpečnosti.

Právní záležitosti, jako je sestavení závěti a plánování pozůstalosti, by měly být zařazeny do dlouhodobých plánů. Stejně tak je důležité zvážit plnou moc nebo zdravotní pokyny pro případ, že byste nebyli schopni rozhodovat o své péči.

Duševní a emocionální pohoda hrají klíčovou roli v celkovém zdraví. Je vhodné se naučit zvládat stres a hledat podporu, pokud je to potřeba. Vytvoření pravidelného času na relaxaci a aktivitu, která vás naplňuje, může být pro duševní pohodu velmi prospěšné.

Celkově lze říci, že dlouhodobá příprava na stáří by měla zahrnovat komplexní přístup k životu, zohledňující zdravotní, finanční, sociální a duševní aspekty. Je vhodné začít co nejdříve a pravidelně aktualizovat své plány v souladu se změnami v životní situaci.

Středně dlouhá příprava na starobu

Začíná ve středním věku asi kolem 45. roku. Zdůrazňuje zdravý životní způsob. V osobnostní rovině se má člověk naučit přijímat starobu jako součást života. V sociální rovině se příprava soustředí na pěstování mimopracovních aktivit, upevňování kontaktů mimo vlastní pracoviště. Připravuje se tím cílevědomě náhradní program.

Krátkodobá příprava na starobu

Krátkodobá příprava na starobu: začíná asi 3-5 let před předpokládaným vstupem do důchodu. Vstup do důchodu je psychicky náročné období. Člověk v něm ztrácí své dosavadní postavení. Mnozí se špatně adaptují na nové změny. Mluví se o tzv. důchodové krizi, důchodovém onemocnění. Aby se zabránilo vzniku negativních jevů, je nutné se cílevědomě soustředit na zvládnutí různých rizik. Je důležité starobu naplnit hodnotnou činností, novým programem a perspektivou života. Senior potřebuje před vstupem do důchodu zejména kvalitní informovanost o dalších možnostech aktivního způsobu života.

Přípravu na starobu lze dále členit na:

- zdravotnickou,
- psychologickou,
- sociální (Špatenková, Smékalová, 2015).

S vyšším věkem narůstá riziko zhoršení zdravotního stavu či úmrtí životního partnera, dalších členů rodiny, přátel. Lidé nebývají na smrt svého partnera připraveni, jejich životní partner se stal jejich součástí a náhle chybí společné zážitky, sdílení radostí, rozhovory, mění se i běžné fungování a každodenní činnosti. S úmrtím partnera se mohou dostavit zvýšené pocity ohrožení, osamělosti, deprese až apatie, ztráty perspektivy (Ptáček, Ptáčková, 2021).

Pocity osamělosti mohou mít negativní dopad na kvalitu života. Udržování vztahů je často hlavním bodem osobní pohody lidí ve vyšším věku, důležité jsou vztahy s rodinou, dětmi, vztahy s přáteli, sousedy, kolegy. Mezilidské vztahy mohou upevňovat a uspokojovat potřeby pocitu bezpečí, podpory, mohou přispívat i k vyšší fyzické aktivitě (např. setkávání v cukrárně či kavárně), podporovat samostatnost a soběstačnost (Ptáček, Ptáčková, 2021).

Rozdíl mezi samotou a osamělostí je ten, že samota je dobrovolná a člověku mnohdy i prospěšná, avšak osamělost není dobrovolná a je zpravidla škodlivá. Je deprivací zdravých mezilidských vztahů.

Osamělost je zpravidla doprovázena negativním emočním stavem, který indikuje absenci smysluplného vztahu s druhými lidmi (Ptáček, Ptáčková, 2021).

1.2 Potřeby seniorů

Stejně jako malé dítě nebo dospívající člověk, má i dospělý produktivní jedinec určité potřeby a ani senior není výjimkou. Jeho potřeby je možné rozdělit do pěti kategorií, kterými jsou:

- Potřeba stimulace, která je snižena – staršího člověka unaví a podráždí i běžné podněty, které pro něj představují zátěž.
- Potřeba učení, která je také snižena – senioři dávají přednost stereotypu, každá nová informace je zatěžuje, raději se věnují svým vzpomínkám.
- Potřeba citové jistoty a bezpečí se zvyšuje – podobně jako je pro malé dítě důležitá jistota, pocit bezpečí a závislost na jiných lidech, ve starobě znovu velmi výrazně vystupuje do popředí tato potřeba. Závislost souvisí se snížením celkových schopností jednotlivce a potvrzování citového vztahu k rodinným příslušníkům je odzrcadlením větší návaznosti na rodinu, dětech, vnucích.
- Potřeba seberealizace působí jako stresový faktor – nakolik se objevuje u staršího člověka úbytek schopností, rád vzpomíná na předchozí úspěchy a potřeba seberealizace je uspokojovaná alespoň symbolicky, prostřednictvím vzpomínek.
- Potřeba otevřené budoucnosti a naděje – každý jeden senior má strach z onemocnění, z opuštění i ze smrti. Pokud přijme představu vlastní budoucnosti, zachovává si vlastní sebeúctu (Holmerová, 2018).

Senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoli jiný. Často jsou velmi odkázáni na pomoc svého okolí. Věk sám o sobě však není důvodem zvýšené potřeby péče. Jejím důvodem je pokles funkčních schopností a soběstačnosti člověka.

1.3 Postavení seniora ve společnosti

Mezigenerační problém mezi společností a stáří může nastat v životních postojích, hodnotách a životním stylu.

Postoje ke stáří jsou formovány už samotnou strukturou moderní společnosti, ať už právní, politickou, vzdělávací, zdravotní či sociální. Neustále můžeme vidět snahy

vytlačít lidi vyššího věku z trhu práce, nedostatečné porozumění jejich potřebám, neadekvátní přístup k nim, zlehčování jejich zdravotních obtíží nebo neinformování seniorů o důležitých věcech v domnění, že mají stejně omezenou schopnost je pochopit. Staří lidé jsou často vnímáni jako fyzicky slabí, mentálně pomalí, zdravotně postižení či nemocní (Ptáčková, Ptáček, kol., 2021).

Mezi další problémy se řadí stereotypní a diskriminační postoje, které mohou být vyvolány strachem ze změn, které souvisejí s obdobím stáří, a vědomím, že tyto problémy mohou potkat každého z nás. Pokud nedochází k dostatečnému začleňování seniorů do společnosti, ale naopak je bráněno plnému zapojení seniorů do společenských, politických, ekonomických, kulturních a dalších činností, vzniká v souvislosti s tím řada společenských problémů (Ptáček, Ptáčková, 2021).

Hrozenská a kol. (2008) uvádí, že veřejnost často hodnotí období stáří jako období lidského života, které již nemůže přinést nic nového, originálního a konstruktivního. Toto životní období je opředené mýty a předsudky, ze kterých jsou nejrozšířenější:

- Nejvíce starších lidí žije ve vyspělých zemích: v podstatě je to pravda, více než 60 % starších lidí žije ve vyspělých zemích.
- Senioři jsou všichni stejní – senioři tvoří velmi různorodou skupinu. Mnozí z nich vedou aktivní a zdravý život, ačkoli jiní, někdy i mladší, mají kvalitu života chudší. Lidské stárnutí je jedinečné, závisí na množství faktorů, včetně pohlaví, etnického a kulturního pozadí, zda člověk žije v industriálních, nebo rozvojových zemích, ve městě či na venkově. Klimatické a geografické podmínky, velikost rodiny, životní zkušenosti a dovednosti, to vše jsou faktory a podmínky, které lidi čím dál tím více odlišují. Individuální rozdíly v biologických charakteristikách jsou většinou výraznější u starších lidí než u dětí.
- Muži a ženy stárnou stejně: v porovnání s muži žijí ženy déle. Část ženské výhody vzhledem k délce života je biologická, zdají se být odolnější než muži. V dospělosti mají též biologickou výhodu, přinejmenším do menopauzy, pokud je chrání hormony.
- Staří lidé jsou křehcí: i navzdory vyššímu věku většina starších lidí zůstává tělesně zdatná. Nadále zvládají dobře každodenní činnosti, zachovávají si svou funkční způsobilost. I navzdory tomu, že ženy žijí déle než muži, mají větší tendenci podléhat onemocněním v průběhu stárnutí jako muži toho stejného věku.
- Staří lidé nemají čím přispět společnosti: senioři jsou často velkým přínosem jejich rodinám, společnosti i ekonomice. Klasický pohled, který živí tyto mýty, je

participace na pracovní síle a ta upadá se zvyšujícím se věkem, mnoho lidí si myslí, že snižování počtu starších lidí v řádně placené práci je daň, kterou platí v důsledku úpadku funkční způsobilosti spojené se stárnutím. To ale neznamená, že snížení funkční způsobilosti se rovná ztrátě pracovní schopnosti. Menší počet starších lidí na pracovišti není způsobený věkem samotným, ale spíše nevýhodou nižšího vzdělání, tréninku a částečně i diskriminací v důsledku věku.

- Staroba je ekonomickou zátěží společnosti: i když starší lidé přispívají nespočetnými způsoby k ekonomickému rozvoji společnosti, k uvedenému mýtu přispívají dva vývojové trendy, které předpokládají, že společnost nebude v následujících letech schopná poskytovat ekonomické zabezpečení a zdravotnickou péči mladším lidem. Jedním trendem je prudký nárůst obyvatel, kteří dosáhnou seniorského věku ve 21. století a druhý trend klade větší důraz na kupní sílu téměř ve všech částech světa a mluví o odpovídající úloze státu v poskytování důchodového pojištění a zdravotnické péče občanům.
- Staroba = nemoc. Staroba není onemocnění, ale fyziologický stav člověka, avšak je doprovázená mnoha těžkostmi, příznaky, které připomínají onemocnění, ale i mnohými skutečnými onemocněními. Pokud bychom tedy chtěli být přesní, tak bychom mohli o starobě říci, že staroba je jako onemocnění.

Ve vztahu ke stáří a starým lidem se ještě chceme dotknout i tzv. ageismu. Ageismus je forma diskriminace nebo předsudku založená na věku. Týká se stereotypů, předsudků nebo diskriminačních postojů vůči jednotlivcům nebo skupinám lidí na základě jejich věku, obvykle zaměřených na starší lidi. Ageismus může ovlivnit různé aspekty života, včetně pracovního prostředí, zdravotní péče, sociální interakce a dalších oblastí (Ptáček, Ptáčková, 2021).

Jedním z projevů ageismu může být nedostatek příležitostí pro starší jedince, předsudky ohledně jejich schopností nebo předpokládaná nepřizpůsobivost k moderním technologiím. Tato forma diskriminace může mít negativní dopad na zdraví, pocity sebehodnocení a celkovou kvalitu života starších jedinců.

Boj proti ageismu zahrnuje snahu změnit negativní postoje a předsudky spojené s věkem, a podporovat respekt a rovnost bez ohledu na věk jednotlivce. (Ptáček, Ptáčková, 2021). O ageismu se lze mnoho informací dozvědět z publikací Tošnerové (2002), Haškovcové (2012) a Vidovičové (2008).

2 Demence a její klasifikace

Demence je získaný klinický syndrom, definovaný jako progresivní deteriorace kognitivních funkcí, způsobující závažné narušení funkčnosti organismu člověka v běžných denních aktivitách. Deteriorace kognitivních funkcí, nesouvisí s kvantitativní nebo kvalitativní poruchou vědomí či depresí (Buijssen, 2006).

Poprvé se slovo demence objevilo v 1. století po Kristu v knize *De medicina*, jejíž autorem je Aurelius Cornelius Celsus. Slovo „demence“ je odvozené z latinského *de-* (odstranit) a *-mens* (mysl). Doslovný překlad může znít „bez mysli“. Jako první použil termín „demence“ francouzský lékař Philippe Pinel, který tímto termínem označil vícera onemocnění způsobující úbytek intelektových schopností. Můžeme říci, že demence patří k získaným poruchám intelektu a specifických kognitivních funkcí (Buijssen, 2006; Králová, 2017).

Holmerová (2018) charakterizuje demenci jako syndrom způsobený neurodegenerativním nebo vaskulárním onemocněním mozku, jehož prevalence stoupá s věkem. Avšak může se vyskytnout i v dětství od 4. – 6. roku života, po vytvoření základních kognitivních funkcí dítěte (Jirák, 2014). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje demenci jako syndrom způsobený chronickým nebo progresivním onemocněním mozku. Dochází k poškození vyšších nervových kortikálních funkcí – paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, úsudku, jazyka a schopnosti učit se, a to v takové míře, která omezuje jedince v soběstačnosti po dobu trvání aspoň 6 měsíců (WHO, 2018).

V roce 2015 žilo na celém světě přibližně 46,8 milionů lidí s demencí. Podle statistik se počet lidí žijících s demencí každých 20 let zdvojnásobí. Do roku 2030 se předpokládá nárůst na 74,7 milionů a do roku 2050 počet vzroste na 135,5 milionů lidí (Mátl, Mátlová, 2015). Demence se stala celosvětovým lékařským, ale i společenským a ekonomickým problémem. Představuje psychickou a fyzickou zátěž pro opatrovatele. Pacienti si v pokročilém stadiu demence vyžadují 24hodinovou péči. Náklady na péči a léčbu činí 141 miliard eur ročně, což představuje 21 000 eur na jednoho pacienta za rok (Hort, 2011).

Demence se nejčastěji vyskytuje u starších lidí ve věku nad 65 let. U 65 a víceletých seniorů se demence objevuje u 5 % z této skupiny lidí. Dá se říci, že demencí trpí každý 13. člověk ve věkové skupině nad 65 let. S každou další dekádou se výskyt zdvojnásobuje. U lidí nad 80 let se demence objevuje u každého pátého člověka. A u

90letých a starších lidí má demence zastoupení až 45 %, tj. trpí jí pomalu každý druhý člověk v této věkové skupině (Mátl, Mátlová, 2015; Novotný et al., 2010).

2.1 Etiopatogeneze demence

Holmerová (2018) poukazuje kromě neurodegenerativních a vaskulárních příčin vzniku demence i na jiné, které poškozují zejména mozkovou kůru. Patří sem získané poškození mozku následkem úrazu, intoxikační příčinou jako je užívání návykových látek, alkoholu nebo otravou oxidem uhelnatým. Demence může propuknout i na podkladu infekčního onemocnění – HIV/AIDS, syfilis, priony a jiné. V neposlední řadě ji mohou vyvolat metabolická, psychická onemocnění nebo onemocnění centrální nervové soustavy.

Rizikovými faktory pro vznik demence podle Mlýnkové (2011) jsou zejména:

- Věk: prevalence stoupá s věkem, ve věku nad 60 let je výskyt výrazně vyšší.
- Genetika: pravděpodobnost výskytu roste s výskytem onemocnění u rodinných příslušníků.
- Vzdělání: podle mnoha vědců, kteří se zabývali problematikou rizikových faktorů na vznik demence, se demence častěji vyskytuje u lidí s nižším vzděláním proti lidem, kteří mají vyšší vzdělání.
- Cévní mozkové příhody: vznik cévních mozkových příhod má vliv na rozvoj syndromu demence.
- Alkohol: nadměrná konzumace alkoholu může způsobit zničení mozkových buněk.
- Úrazy hlavy: poškození mozkových struktur důsledkem úrazu hlavy má dopad na rozvoj demence.
- Deprese: pokud senior trpí depresí, zvyšuje se tím i vznik demence.
- Tělesná a duševní aktivita: prevencí před vznikem demence je pravidelná duševní a fyzická aktivita.

Etiopatogeneze demence zahrnuje studium různých faktorů, které přispívají k vzniku této složité a progresivní poruchy mozku. Zde jsou dle Rusiny a Matěje (2014) některé klíčové body a faktory, které mohou být relevantní při studiu etiopatogeneze demence:

- Genetické faktory: Některé formy demence mají genetickou predispozici. Například Alzheimerova choroba má známé genetické faktory, jako jsou mutace genů pro

amyloidový prekurzorový protein (APP), presenilin 1 (PSEN1) a presenilin 2 (PSEN2).

- Abnormální hromadění proteinů: Většina forem demence je spojena s abnormálním hromaděním specifických proteinů v mozku. Například u Alzheimerovy choroby jsou amyloidové plaky a neurofibrilární klubka spojeny s kognitivním úpadkem.
- Neuroinflamace: Zánětlivé procesy v mozku mohou hrát roli v etiopatogenezi demence. Aktivace mikroglíí a astrocytů, které vedou k uvolňování zánětlivých cytokinů, může přispět k neurodegeneraci.
- Vaskulární faktory: Vaskulární demence je spojena s cévními onemocněními, jako jsou cévní mozkové příhody (CMP) a cerebrovaskulární onemocnění. Progresivní poškození mozkových cév může vést k postižení kognitivních funkcí.
- Oxidační stres: Oxidační poškození buněk mozku je spojeno s demencí. Oxidativní stres může být způsoben volnými radikály a může přispět k neurodegeneraci.
- Environmentální faktory: Některé environmentální faktory, jako je expozice toxickým látkám, chronický stres a nedostatečná fyzická aktivita, mohou také ovlivňovat riziko vzniku demence.

Studium etiopatogeneze demence je klíčové pro pochopení mechanismů, které stojí za touto poruchou a pro vývoj nových terapeutických strategií.

2.2 Symptomy demence

Péče o pacienty s demencí není lehká, což je způsobené poruchami paměti, které se zhoršují, když choroba progreduje. Starší lidé trpící demencí zvyklí zapomínat na činnosti, které předtím vykonávali, na datum narození sebe i jejich vlastních rodinných příslušníků. Cítí se být ztraceni, zmateni. Pacienti postupně začínají mít problémy s návratem domů, každodenními činnostmi – praní, oblékání, příprava a konzumace jídla, instrumentálními činnostmi – nakupování, telefonování nebo manipulace s penězi. Nastávají změny nálady a chování. Dalším problémem jsou neurologické příznaky, které se týkají spontánních pohybů, těžkostí při vykonávání pohybů, změn svalového napětí, poruch komunikace (Gebková et al., 2015).

Syndrom demence postihuje tři základní oblasti, které se navzájem prolínají:

- oblast kognitivních funkcí,
- oblast nekognitivních funkcí: behaviorální a psychické funkce,
- oblasti aktivit každodenního života (Jiráček, 2011).

Podstatou demence je kognitivní úpadek. Ke kognitivním funkcím patří paměť, pozornost, myšlení, vnímání a řečové funkce. Z exekutivních funkcí schopnost plánovat, organizovat, řešit jednoduché i složitější úlohy a činnosti. Jako první si okolí na nemocném všimá zhoršení paměti. Později dojde ke zhoršení krátkodobé paměti, což se projevuje zapomínáním informací (Jiráček, 2011; Kabátová a kol., 2018; Zvěřová, 2017). Postupně dochází k poruše myšlení a zdravého úsudku. Pravidelně se vyskytuje porucha pozornosti a snížení motivační schopnosti (Sheardová, 2010).

S postupem času nastává poškození nekognitivních funkcí, které se navenek projevují jako behaviorální a psychické poruchy: poruchy nálady, poruchy spánkového rytmu, psychotické poruchy – bludy, halucinace a obsedantně-kompulzivní projevy (Carejeira et al., 2012). K symptomům demence se řadí i tělesné projevy. Jde o různé somaticko-vegetativní a neurologické příznaky onemocnění. Patří sem například změny hmotnosti (především hubnutí), změny trofie svalů a ubývání svalové hmoty, poruchy kontinence, extrapyramidové projevy a jiné (Králová, 2017).

Všechny vzpomínané symptomy, ať již kognitivní, nekognitivní nebo tělesné, způsobují u pacienta postupnou poruchu funkčnosti, která vede k nesamostatnosti pacienta, a jeho odkázání na pomoc a oporu druhých (Králová, 2017). U pacienta dojde ke zhoršení soběstačnosti nejprve v tzv. instrumentálních aktivitách denního života, jako je péče o sebe a domácnost, nakupování, mobilita, manipulace s penězi. Postupně nastává deficit i v základních aktivitách denního života, kam patří základní sebeobsluha, schopnost připravit si a sníst jídlo, zachovat hygienu, být kontinentní a být mobilní v rámci domácnosti (Holmerová, 2018).

2.3 Stupně demence

Podle stupně závažnosti demence, který se hodnotí na základě míry kognitivní a nekognitivní poruchy, jako i míry postižení ve funkční oblasti, můžeme demenci charakterizovat jako lehkou, středně těžkou a těžkou (Králová, 2017).

- **Lehká demence:** pacient potřebuje dohled jiné osoby. U lehké demence je zhoršená výkonnost při praktikování běžných denních činností. Jsou přítomné poruchy paměti – vstíplivosti, kterou si pacient uvědomuje, poruchy orientace, organizace a uspořádání myšlenek.
- **Středně těžká demence:** pacient nedokáže fungovat bez pomoci jiných při vykonávání každodenních činností, týkajících se např. nakupování, výběru

oblečení, telefonování. Je odkázaný na asistenci při úpravě vnějšku, oblékání a udržování hygieny. Přítomné jsou poruchy krátkodobé paměti, orientace v místě a čase, poruchy koncentrace, změny osobnosti a chování.

- Těžká demence: pacient má nedostatek až úplnou ztrátu kognitivních schopností a dovedností. Je odkázaný na celodenní péči a oporu (Novotný et al., 2010).

2.4 Klasifikace demence

Podle Mezinárodní klasifikace onemocnění (MKCH) 10. revize patří syndrom demence do kategorie „Organické duševní poruchy včetně symptomatických, které se nachází pod označením F00-F09. Pro syndrom demence je vymezené kódové označení F00-F03.

Podle místa postižení mozku známe demence:

- Kortikální (kůrové): následkem kortikálního poškození nastává deficit v symbolických schopnostech, jako je apraxie, afázie, agrafie, alexie a akalkulie. Konkrétně dochází k poruše paměti – v oblasti vstřípivosti s poruchou učení. Později se přidružuje porucha úsudku, abstraktního a logického myšlení, porucha pojmotvorby a porucha časové a prostorové orientace.
- Subkortikální (podkůrové): vlivem subkortikálního postižení bývají poškozené zejména bazální ganglie, hemisféry, bílá hmota a talamus. Jejich poškození se projevuje poruchou motorických a asociačních drah. Dochází ke zpomalení psychického tempa – psychomotoriky, myšlení a dysfunkci základních kognitivních funkcí (Králová, 2017).

Vzpomínané příznaky se při vícero typech demencí překrývají. Demence čistě kortikální nebo nekortikální neexistuje. Avšak obvykle dominuje jeden typ (Rektorová, 2016). Známe několik typů demencí, které se třídí podle etiologie a patogeneze do tří hlavních skupin:

- primární,
- sekundární,
- vaskulární (Rektorová, 2016).

Primární demence

Primární neurodegenerativní demence patří k nejčastěji se vyskytujícím demencím v populaci, tvoří až 60 % ze všech případů demencí. Při primárních demencích

v důsledku neurodegenerace dochází k progresivnímu a ireverzibilnímu úbytku neuronů a k atrofii kortikálních a subkortikálních mozkových struktur. Kauzální léčba doposud neexistuje. V etiopatogenezi sehrává důležitou úlohu genetika, a to predispozice ke vzniku onemocnění.

K primárním neurodegenerativním demencím patří:

- Alzheimerova choroba,
- Demence s Lewyho tělísky,
- Frontotemporální demence,
- Parkinsonova choroba,
- Huntingtonova choroba (Králová, 2017).

Sekundární demence

Při sekundárních demencích je syndrom demence částečně reverzibilní. Výskyt sekundární demence narůstá se zvyšujícím se věkem. Avšak je potřebné na ni myslet i tehdy, pokud se demence objeví před 65. rokem života (Yousuf et al., 2010).

Mezi sekundární demence patří např.:

- Demence u metabolických onemocnění,
- Demence infekční etiologie,
- Demence toxické etiologie: alkoholová demence,
- Demence při hypovitaminóze (Králová, 2017).

Při včasné diagnostice a léčbě může pacient dosáhnout takové úrovně kognitivních i nekognitivních funkcí, jakou měl před vypuknutím onemocnění (Králová, 2017).

Vaskulární demence

Vaskulární demence je zapříčiněná poruchou cévního zásobování mozku. Důsledkem ucpání nebo prasknutí cévy dochází k poškození mozku – anoxické, hypoxické nebo ischemické. Počet neprůchodných cév se postupně zvyšuje, a tím roste i objem poškození mozkového tkániva. Následným nedokrvením mozku propuká rozvoj demence. Nejvýznamnějším rizikovým faktorům vzniku vaskulární demence bývá zvýšený krevní tlak. Mezi další rizikové faktory patří: kouření, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, ateroskleróza a stres. Zvěřová (2017) upozorňuje při tomto typu demence na náhlý začátek a výrazné kolísání klinického stavu. V klinickém obraze bývá postižená hlavně krátkodobá paměť. Pacient si nedokáže vybavit názvy tří věcí po uplynutí pěti minut. Vaskulární demence představuje 15-30 % ze všech demencí. Často

se vyskytuje jako smíšený typ demence spolu s Alzheimerovou chorobou. Na rozdíl od Alzheimerovy demence při vaskulární demenci zůstává osobnost poměrně dlouho zachovaná (Zvěřová, 2017).

2.5 Diagnostika a léčba demence

Syndrom demence můžeme předpokládat u pacienta s nově objevenými kognitivními nebo behaviorálními příznaky, které interferují s jeho pracovními činnostmi a každodenními aktivitami (Rektorová, 2016). Kabátová a kol. (2018) doporučují důslednou diagnostiku. Diagnostiku vykonává neurolog, všeobecný lékař nebo psychiatr. Zahrnuje kompletní vyšetření, sestávající ze základního a speciálního vyšetření. Při základním vyšetření se opíráme při klinickém obrazu i o výsledky zobrazovacích metod, hlavně počítačové tomografie a nukleární magnetické rezonance. Speciální vyšetření zahrnuje diagnostiku kognitivních funkcí, vyšetření aktivit denního života pomocí Barthelového testu základních denních aktivit – ADL (activity daily living) a testu instrumentálních denních činností – IADL (instrumental activity daily living) (Hudáková a kol., 2018; Kabátová a kol., 2018). Dále se dělá vyšetření zaměřené na změny behaviorální a emotivní stránky člověka, které se zjišťují objektivní anamnézou od příbuzných nemocného (Kabátová a kol., 2018).

Léčba spočívá ve farmakologii a dalších nefarmakologických metodách, které sehrávají důležitou úlohu při efektivním fungování pacienta s deficitem. Farmakoterapie oddaluje symptomy onemocnění a zpomaluje zhoršování kognitivních funkcí – paměti, motivace, intelektu a taktéž nekognitivních funkcí – chování, emotivity a spánku (Kamanová, Tokovská, 2014). Jako farmakoterapie se indikují kognitiva: inhibitory cholinesterázy – donepezil, galantamin, rivastigmin, antagonisti NMDA receptorů – memantin. Z výživových doplňků mají pozitivní vliv na kognitivní funkce např.: vitaminy B12 a E, ginkgo biloba, omega 3 nenasycené mastné kyseliny a kyselina listová. Jejich příznivý účinek se projevuje snížením zápalových projevů a změn mozku, regenerací nervových buněk, účinkem na neurotransmitery a vychytáváním volných radikálů (Vavrušová a kol., 2012). K nefarmakologické léčbě se řadí socioterapie, psychoterapie, dietoterapie a nácvikové metody tzv. aktivizace seniorů. Stejně se doporučuje tělesné cvičení, pracovní terapie, reminiscenční terapie, arteterapie nebo muzikoterapie (Kamanová, Tokovská, 2014).

Snahou nefarmakologické léčby je udržet pacienta co nejdéle nezávislého a zapojeného do chodu domácnosti a sociálních aktivit. Nejdůležitější je reedukace paměti neustálou aktivizací, stimulací a konfrontací s realitou prostřednictvím aktivizačních metod (Zvěřová, 2017).

3 Teorie motivace

Slovo motivace je odvozeno z latinského slova *moveo* neboli hýbám.

„Motivace z psychologického hlediska je psychický proces, pro který je charakteristický vznik pohnutek motivů, které vedou ke konkrétní aktivitě a k určitému typu chování. Zahrnuje takové pojmy, jako snažení, touha, chtění, přání, očekávání, zájem, cíl“ (Paulínová, Neumannová, 2008, s. 48).

Nakonečný (2014) ve své knize *Motivace chování* chápe motivaci jako proces, který se odehrává v čase, a to je pak vymezováno různými silami, které na jedince působí a ovlivňují jeho chování, zejména pak formu smysluplné aktivity, kterou označujeme jako jednání.

Hrmo a Krelová (2010) tvrdí, že motivace je proces usměrňující a udržující chování, které vychází z určitých biologických zdrojů. Motiv popisuje jako příčinu činnosti člověka, která se zaměřuje na uspokojování potřeb, které jsou výsledkem vnitřního podnětu.

Můžeme rozlišit pudové teorie motivací na vnitřní faktory a incentivní neboli vliv vnějších událostí a okolností.

Motivace představuje psychologický koncept popisující sílu nebo podnět, který řídí chování jednotlivce. Tato síla může být vnitřní či vnější, pohání nás k jednání a dosahování cílů či uspokojování potřeb. Existují různé typy motivace, přičemž intrinzická motivace vychází z vnitřního uspokojení, zájmu nebo radosti spojené s činností samotnou. Naopak extrinzická motivace je spojena s vnějšími faktory či odměnami, jako jsou uznání, odměny nebo vyhnutí se trestu.

Sociální motivace vychází ze vztahů a interakcí s ostatními, zatímco biologická motivace se zaměřuje na fyziologické potřeby, například hlad, žízeň nebo spánek. Motivace je také spojena s potřebami a hodnotami jednotlivce, například touhou po bezpečí, lásce, úspěchu či autonomii.

Motivace hraje klíčovou roli ve formování chování a dosahování cílů v různých oblastech života. Bez ohledu na to, zda je to v pracovním prostředí, studiu, sportu nebo osobním rozvoji, motivace působí jako hnací síla směřující k dosažení předem stanovených cílů a potřeb.

Pojmy motivace a demence mají určitou spojitost, zejména pokud jde o chování a péči o osoby trpící demencí. Mezi hlavní aspekty této souvislosti patří:

- Motivace k aktivitě: u osob s demencí může být motivace k aktivitám ovlivněna. Někdy může dojít k poklesu motivace k vykonávání běžných činností nebo k aktivitám, které byly dříve oblíbené. To může být způsobeno změnami v mozku spojenými s demencí.
- Potřeby a motivace: osoby s demencí mohou mít specifické potřeby, ať už fyziologické, sociální nebo emocionální. Porozumění těmto potřebám může pomoci vytvářet prostředí, které podporuje jejich motivaci a pohodu.
- Komunikace a motivace: ztráta kognitivních funkcí spojená s demencí může ovlivnit schopnost komunikace. Porozumění změnám v komunikačních schopnostech a preferencích může být klíčové pro zachování motivace a komunikace s osobou trpící demencí.
- Intrinzická motivace: některé formy intrinzické motivace, jako radost ze samotné činnosti, mohou být stále přítomné u lidí s demencí. Je důležité hledat způsoby, jak podporovat tyto formy motivace a zajistit, aby byly zachovány kvalitní životní prožitky. Tento druh motivace je vnitřní a často je spojen s osobními zájmy, zkušenostmi a hodnotami jednotlivce.
- Péče a podpora motivace: při poskytování péče lidem s demencí je klíčové zohlednit jejich individuální potřeby, preference a motivaci. Personalizovaný přístup může pomoci vytvořit prostředí podporující jejich pohodu a motivaci. Každá osoba s demencí je jedinečná, a proto je důležité přistupovat k ní s porozuměním a respektem k jejím individuálním potřebám a očekáváním (Quinn, Clare, Woods, 2010).

Vzhledem k mojí praxi v sociálních službách, a to přímo se seniory, se domnívám že motivace a aktivizace spolu úzce souvisí. K většině činnostem je potřeba vhodně motivovat. Motivace je klíčová pro zapojení seniorů do různých aktivit a programů, které mohou přispět k jejich celkovému zdraví, pohodlí a kvalitě života. Proto jsem se rozhodla věnovat následující kapitole právě tématu aktivizace seniorů.

4 Teorie aktivizace

Aktivizace představuje proces, kdy klienti mohou být ve skupině, ale i samostatně vedeni k určité činnosti či je jim činnost umožněna. Klient by měl mít dobrý pocit, že jeho život je naplněn, že něco dělá pro sebe či dokonce pro své okolí.

Aktivizace je metoda, která má naplnit fyzické, psychické a společenské potřeby člověka a sebeúctu (Fertařová, Ondřiová, 2020).

O aktivitě ve stáří rozhodují čtyři dimenze. Jedná se tedy především o společenskou atmosféru, individualitu člověka, zdravotní stav a nabídku možností. K prodloužení aktivního života patří zdravý způsob života, prevence onemocnění a posilování zdraví (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Aktivizační programy v domovech pro seniory by měly umožnit každému člověku mít příležitost žít životem, který mu nejvíce vyhovuje, a chtěl by v tom nadále pokračovat.

Aktivizace si klade za cíl poskytovat pomoc starým lidem, aby mohli žít plnohodnotný život a aby mohli pozitivně zlepšovat emoční rozpoložení. Aktivizace má naplnit volný čas seniora, kdy daná metoda či terapie má zlepšit soběstačnost a posílit fyzickou a psychickou kondici seniora. Musíme ale také respektovat individuální přání seniora, a měli bychom vytvářet krátkodobé i dlouhodobé cíle, zažívat úspěchy a posílit sebeúctu (Fertařová, Ondřiová, 2020).

4.1 Průběh aktivizace

Aktivita se podle Procházkové (2008) spojuje s uspokojováním zájmů, potřeb a se seberealizací člověka. U seniorů trpících demencí je důležité efektivní trávení volného času, které napomáhá udržovat jejich integritu osobnosti. Pro správnou péči a aktivizaci je potřebné si jako první zjistit tzv. biografické údaje, abychom měli přehled o životě seniora a mohli ho blíže poznat. Biografie nám stejně pomůže při zhotovování individuálního plánu péče o konkrétního jedince.

Podle Malíkové (2020) zahrnuje aktivizaci 3 činností:

- zájmové aktivity,
- pomoc při udržování kontaktu se sociálním prostředím,
- pomoc při zlepšování motorických, psychických a sociálních schopností jedince,

Způsoby aktivizace jsou různé v závislosti na stádiu onemocnění. Mohou probíhat skupinovou nebo individuální formou. Prvořadé je předcházet pasivitě seniora a vytvářet

prostředí bohatého na stimuly. Činnosti mají zpříjemňovat a obohacovat život seniora. Podstatné je to, jak senior prožívá samotné aktivity, a ne jejich výsledek. Z tohoto hlediska je významná modifikace aktivit podle zdravotního stavu a potřeb seniora (Kamanová, Tokovská, 2014).

Gebková et al. (2015) tvrdí, že aktivizace starších lidí s demencí není jednoduchá a velmi závisí na našem postoji. Na to, abychom seniora správně motivovali a uvedli do činnosti je potřebné si u seniora vybudovat důvěru. Důležitý je správný terapeutický přístup s dávkou empatie a trpělivosti bez toho, aby se na seniora tlačilo.

Aktivizační programy pro seniory jsou navrženy tak, aby podporovaly jejich fyzickou, kognitivní, sociální a emocionální aktivitu. Průběh aktivizace v těchto programech může zahrnovat následující kroky (Kamanová, Tokovská, 2014):

1. Plánování a organizace: Prvním krokem je plánování a organizace aktivit, které budou zapojeny do programu. Tyto aktivity mohou zahrnovat cvičení, hry, umělecké a řemeslné činnosti, společenské události, rekreační aktivity a další.
2. Zahájení programu: Program může být zahájen uvítáním účastníků a krátkým úvodem nebo sezením, které může zahrnovat různé aktivity, jako je zpívání písní, zdravotní informace nebo mentální cvičení.
3. Rotace aktivit: Během programu se účastníci mohou zapojit do různých aktivit, které jsou navrženy tak, aby stimulovaly různé aspekty jejich pohody a zdraví. Například může být část programu věnována fyzickým cvičením, zatímco další část může zahrnovat kognitivní hry nebo sociální interakci.
4. Podpora účastníků: Vedoucí programu a další pracovníci mohou podporovat účastníky, aby se zapojili do aktivit, nabídli pomoc nebo vytvořili přátelské a podpůrné prostředí.
5. Konec programu: Program může být zakončen zpětnou vazbou od účastníků, krátkým ohlédnutím za událostí nebo dalšími informacemi o budoucích aktivitách.

Důležitým cílem aktivizačních programů pro seniory je poskytnout jim příležitost ke společenské interakci, fyzické aktivitě, udržení kognitivního fungování a podporu jejich celkového blahobytu. Průběh aktivizace v těchto programech je často flexibilní a přizpůsobuje se potřebám a schopnostem jednotlivých účastníků (Kamanová, Tokovská, 2014).

4.2 Faktory ovlivňující aktivitu

Prioritou je zabezpečit pokojné, bezpečné a stimulační prostředí. Stejně nezbytné je eliminovat nebezpečné předměty, rušivé vlivy a přizpůsobit prostředí potřebám seniora – vyvětrání místnosti před realizací, dostatečné osvětlení, zabezpečení potřebných pomůcek a materiálů, správné uspořádání stolů, stoliček.

Průběh aktivizačního programu závisí na těchto požadavcích:

- na spolupráci a nadšení personálu,
- na prostředí,
- na poznání seniorovy biografie,
- na připravenosti seniora přijmout aktivitu.

Někteří autoři rozdělují faktory ovlivňující aktivitu dle různých kritérií:

Faktory, které mají vliv na průběh aktivizace dle Kamanové a Tokovské (2014) lze rozdělit na:

1. Vnější: místnost, osvětlení, vybavenost, chování personálu, diskomfort seniora – těsnost oblečení, přeplněnost žaludku, plnost močového měchýře.
2. Vnitřní: primární a sekundární diagnózy seniora, psychický stav, vedlejší účinky léků – úmrtí, spavost, nepokoj.
3. Mezilidské: nedorozumění v komunikaci, kultura, víra, předchozí zkušenosti seniora, nedostatek ocenění a pozornosti.

Gebková et al., (2015) ještě více specifikovala tyto faktory:

1. Zdravotní stav: Zdravotní stav jednotlivce může mít velký vliv na jeho schopnost a ochotu se zapojit do aktivit. Chronická onemocnění, bolest, únavu nebo jiné zdravotní problémy mohou omezit schopnost provádět určité aktivity.
2. Fyzická kondice: Úroveň fyzické kondice a síly může ovlivnit schopnost vykonávat různé fyzické aktivity. Jednotlivci s lepší fyzickou kondicí mohou být ochotnější zapojit se do aktivit, které vyžadují fyzickou sílu a vytrvalost.
3. Psychický stav: Psychický stav, včetně emocionálního stavu a duševní pohody, může také ovlivnit aktivitu. Lidé s depresí, úzkostí nebo dalšími duševními problémy mohou mít nižší motivaci k aktivitě nebo se mohou cítit více omezovali ve svých schopnostech.

4. Sociální podpora: Podpora ze strany rodiny, přátel nebo komunity může motivovat jednotlivce k aktivitě a zapojení do společenských událostí. Naopak nedostatek sociální podpory může vést k izolaci a pasivitě.
5. Motivace a zájmy: Osobní motivace a zájmy hrají také důležitou roli při určování, jaké aktivity jedinec vybere. Lidé se pravděpodobně zapojí do aktivit, které je baví a zajímají.
6. Dostupnost zdrojů: Dostupnost finančních, časových a fyzických zdrojů může ovlivnit, jaké aktivity jsou pro jedinec dostupné a proveditelné. Například nedostatek financí nebo přístupu k dopravě může omezit možnosti účasti na různých aktivitách.
7. Okolní prostředí: Prostředí, ve kterém jedinec žije a pracuje, může také ovlivnit jeho schopnost a ochotu být aktivní. Například bezpečné a příjemné prostředí může podporovat aktivitu, zatímco nebezpečné nebo nepříjemné prostředí může bránit účasti na aktivitách.

Tyto faktory mohou vzájemně interagovat a mohou se měnit v průběhu času v závislosti na životních okolnostech a individuálních potřebách jedince. Porozumění těmto faktorům je důležité pro navrhování programů a intervencí, které podporují aktivitu a celkový blahobyt jedinců (Gebková et al., 2015).

4.3 Aktivizační metody a terapie

Matoušek (2016) popisuje aktivizační terapii jako cílevědomou metodu či činnost, při které se senior cítí dobře. Tvrdí, že pozitivní účinek na seniora je důležitější než výsledek terapie. Všechny aktivizační metody musí splňovat následující podmínky: aktivity mají být motivující, pozitivně laděné a mají mít preventivní charakter, aby nedošlo ke zhoršení fyzického nebo duševního stavu. V neposlední řadě musí dávat aktivity smysl samotnému seniorovi (Kamanová, Tokovská, 2014).

Seberíni a Tokovská (2011) rozdělují (vycházejíce z Maslowovy teorie potřeb člověka) aktivizační metody do těchto skupin:

- Tělesné/fyzické: pohyb, hygiena, sebeobsluha, sport, nácvik psaní, příprava jídla, tanec, práce v zahradě, procházky, výtvarné činnosti.
- Psychické/duševní: zahrnují vzdělávací a relaxační činnosti.
- Sociální: komunikace, vytváření sociálních vztahů.
- Spirituální: duchovní a estetické aktivity.

- Kombinované: spojením výše uvedených metod.
- Speciální: terapie zaměřené na jednotlivé oblasti – paměť, motorika, smysly.
- Podpůrné: podporují probíhající aktivitu, např. aromaterapie může podpořit relaxaci nebo pohyb.
- Ostatní: kreativní činnosti – malování, kreslení, háčkování, štrikování...

Mezi hlavní terapie, které se používají při práci se seniory s demencí patří:

- Muzikoterapie: jde o jakékoli využití hudby ve prospěch zklidnění klienta (Sheardová, 2010).
- Reminiscenční terapie: Reminiscenční terapie je terapeutická metoda, která se zaměřuje na aktivaci paměti a podporu psychického a emočního blahobytu tím, že jednotlivcům umožňuje sdílet a vyprávět své minulé zážitky, příběhy a vzpomínky. Tato terapie je často využívána u seniorů, zejména těch, kteří trpí demencí nebo jinými stavy, které mohou ovlivnit paměť (Fertalová, Ondriová, 2020).
- Terapie orientace reality (Reality Orientation Therapy) je intervenční metoda, která se často používá u jednotlivců s demencí, zejména v pokročilých stádiích, kde dochází k závažnému zmatení a dezorientaci. Cílem této terapie je pomoci jednotlivcům lépe porozumět svému okolí a zůstat co nejvíce orientovanými v čase, místě a situaci (Fertalová, Ondriová, 2020).
- Canisterapie je forma terapie, která využívá interakci mezi člověkem a zvířetem (často psem) k dosažení různých terapeutických cílů. Tato forma terapie je často používána k posílení fyzického, psychického a sociálního blahobytu jednotlivců v různých věkových skupinách (Velemínský a kol., 2007).
- Vedle těchto terapií existuje celá řada dalších, jako je např. arteterapie, fyzioterapie, Snoezelen, kinezioterapie, ergoterapie, choreoterapie, biblioterapie a mnoho dalších.

Obečně se staří lidé ve stáří uchylují k činnostem, které jsou pro ně příjemné, a hlavně jsou jim přirozené, protože vycházejí z jejich potřeb. Proto v každém zařízení pro seniory by měly být rovnoměrně zastoupeny všechny aktivity/terapie, aby si každý senior našel to své a mohl se rozvíjet po stránce psychické, fyzické a udržovat kontakt s okolím (Fertalová, Ondriová, 2020).

5 Výzkumy zabývající se danou problematikou

Problematikou aktivizace seniorů s demencí se zabývalo větší množství autorů, mezi kterými lze jmenovat například studii Livingstona et al. (2014) se zaměřili na hodnocení účinnosti různých ne-farmakologických intervencí při zmírnění agitace u osob s demencí. Zjištění ukázala na pozitivní účinky reminiscenční terapie a hudební terapie na snížení agitace. Podobné pozitivní výsledky přinesla studie Vinka et al. (2013), která zkoumala účinnost muzikoterapie u osob s demencí. Zjištění naznačují, že muzikoterapie může pozitivně ovlivnit náladu, sociální interakce a celkovou kvalitu života u osob s demencí.

Kognitivní terapie je dalším důležitým aspektem v péči o osoby s demencí. Aguirrea et al. (2013) provedli systematický přehled účinnosti kognitivní stimulační terapie u osob s demencí. Zjištění naznačují, že tato terapie může mírně, ale pozitivně ovlivnit kognitivní funkce u osob s demencí. Spector et al. (2013) se zaměřili na účinky kognitivní stimulace na různé oblasti kognitivních funkcí u osob s demencí. Zjištění ukázala na pozitivní vliv kognitivní stimulace na paměť, pozornost a schopnost učení se.

Personál pečující o osoby s demencí a jeho vzdělávání je klíčový pro poskytování kvalitní péče. Moyle et al. (2011) provedli studii, která zkoumala postoje a zkušenosti personálu při péči o osoby s demencí. Zjištění zdůrazňují důležitost vzdělávání personálu a poskytování podpory při péči o osoby s demencí.

Fyzická aktivita má také významný vliv na zdraví a kognitivní funkce seniorů s demencí. Cardona et al. (2021): se zaměřili na vliv fyzické aktivity na funkční konektivitu mozku u seniorů s demencí. Zjištění ukázala na pozitivní změny v mozku spojené s pravidelnou fyzickou aktivitou. Boosers et al. (2016) porovnávali účinnost dvou programů fyzické aktivity u osob s demencí. Zjištění naznačují, že programy fyzické aktivity mohou vést ke zlepšení funkčního stavu u osob s demencí.

Studie Tootea et al. (2017) se zabývala příčinami umístění seniorů s demencí do domovů s pečovatelskou službou. Zjištění identifikovala různé faktory, které přispívají k umístění seniorů s demencí do domovů s pečovatelskou službou.

Muzikoterapie a umělecká terapie také nabízejí pozitivní výhledy pro podporu kognitivních funkcí a sociální interakce. Lia et al. (2015) studie hodnotila účinnost muzikoterapie na podporu kognitivních funkcí u seniorů s demencí. Zjištění ukázala na pozitivní vliv muzikoterapie na kognitivní funkce. Tsea et al. (2019) studie hodnotila účinnost programu umělecké terapie při podpoře komunikace a sebeprojevu u osob s

demencí. Zjištění ukázala na pozitivní vliv umělecké terapie na vyjadřování emocí a sociální interakce.

Další výzkumy v oblasti péče o osoby s demencí zahrnují různé aspekty života těchto jedinců a možnosti, jak podpořit jejich kognitivní a sociální funkce. Studie Clare et al. (2019) se zaměřila na účinnost rehabilitace u osob s ranými stádii Alzheimerovy choroby. Zjištění naznačují, že cílená rehabilitace může vést ke zlepšení kognitivních funkcí u těchto osob.

Studie Higginse et al. (2013) se zaměřila na hodnocení účinnosti reminiscenční terapie při zlepšování kvality života u osob s demencí. Zjištění naznačují, že reminiscenční terapie může vést ke zlepšení nálady, sebevědomí a sociální interakce u osob s demencí.

Lino et al. (2018) provedli longitudinální studii, která sledovala vztah mezi fyzickou aktivitou a progresí demence u starších osob. Zjištění ukázala, že vyšší úroveň fyzické aktivity může snížit riziko progresu demence.

Studie Chenga et al. (2019) se zaměřila na zkoumání vztahu mezi úrovní sociální interakce a kognitivních funkcí u osob s demencí. Zjištění naznačují, že vyšší úroveň sociální interakce může být spojena se zlepšením kognitivních funkcí.

Orrell et al. (2017) provedli metaanalýzu hodnocení účinnosti různých intervencí na zlepšení kognitivních funkcí u osob s demencí. Zjištění naznačují, že kombinované ne-farmakologické intervence mohou mít pozitivní vliv na kognitivní funkce.

Woods et al. (2018) se zaměřili na účinnost reminiscenční terapie při zlepšení kognitivních funkcí u osob s demencí. Zjištění ukázala na pozitivní vliv reminiscenční terapie na paměť a kognitivní funkce.

Studie Mak et al. (2014) sledovala vztah mezi kvalitou spánku a kognitivními funkcemi u osob s demencí. Zjištění ukázala, že poruchy spánku mohou být spojeny se zhoršením kognitivních funkcí u těchto osob.

Studie Kua et al. (2014) sledovala účinnost programu zahrnujícího pohybové aktivity a hudební terapii u osob s demencí. Zjištění naznačují, že kombinovaný program může vést ke zlepšení nálady a sociální interakce.

Garcia-Casal et al. (2017) se zaměřili na hodnocení účinnosti virtuální reality při zlepšování kognitivních funkcí u osob s demencí. Zjištění naznačují, že virtuální realita může být užitečným nástrojem pro stimulaci kognitivních funkcí.

6 Empirická část

V této části práce bude uvedena metodologie této práce, bude zde uveden cíl práce, odpověď na tento cíl a budou zde předloženy i výzkumné otázky, které jsou v této práci kladeny. V neposlední řadě zde bude proveden samotný výzkum, který bude proveden kvalitativní metodou, a to formou polostrukturovaného rozhovoru.

6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

Syndrom demence jako první postihuje kognitivní funkce. Prostřednictvím jejich úpadku nastává dekompenzace nekognitivních – behaviorálních a psychických funkcí. Následně jsou postižené funkční aspekty člověka.

V této části práce budou zkoumány dva Domovy seniorů, přičemž první z nich se nachází v Pilníkově a druhý ve Svobodě nad Úpou, přičemž nás bude zajímat, jak v těchto domovech probíhá samotná aktivizace.

Co se týče Domova pro seniory v Pilníkově, jeho posláním je poskytovat každodenní individuální pomoc a podporu seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, kvůli které již nemohou zůstat ve svém domácím prostředí, ani za podpory rodiny či jiných veřejně dostupných služeb. Snahou tohoto domova je vytvořit takový domov, který umožní uživatelům prožít důstojné stáří. Domov pro seniory v Pilníkově podporuje uživatele v jejich samostatnosti a soběstačnosti. V co nejvyšší míře se je snaží zapojit do běžného života společnosti. V případech, kdy toto vylučuje jejich stav, se jim snaží zajistit důstojné prostředí a zacházení (DOMOV PRO SENIORY PILNÍKOV, 2024).

V případě Domova pro seniory ve Svobodě nad Úpou, se jedná o unikátní projekt propojení špičkových zdravotních a sociálních služeb v rámci péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence. Domovy po celé republice jsou určeny klientům, kteří potřebují 24 hodin denně, 365 dní v roce pomoc jiné osoby. Posláním tohoto Domova pro seniory, tzv. ALZHEIMER HOME, je poskytování komplexní a individuálně zaměřené pobytové sociální služby. Odborný personál podporuje soběstačnost a aktivní způsob života klientů, respektuje jejich individuální zvyklosti a zachovává jejich práva a lidskou důstojnost (ALZHEIMER HOME, 2024).

Cílem této bakalářské práce je zjištění, jak probíhá aktivizace v těchto dvou výše uvedených zařízeních v praxi.

V této práci jsou postulovány dvě výzkumné otázky, na které budeme v průběhu zpracování empirické části práce odpovídat, tj.:

1. Jaký význam má aktivizace pro seniory?
2. Chtějí pracovníci aktivizační pracovnice něco změnit na aktivizaci v daných domech pro seniory?

6.2 Metodika výzkumu a sběr dat

Jako metoda výzkumu v této bakalářské práci byla využita kvalitativní metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor patří k nejběžnějším formám sběru údajů v kvalitativním výzkumu, protože je přesnější a spolehlivější formou, snižuje rozdíly v hodnoceních uchazečů jednotlivými posuzovateli. Jde o výzkumnou metodu, která je závislá na dialogu dvou subjektů. V případě polostrukturovaného rozhovoru, který je v této práci využitý, jde o takovou formu rozhovoru, jehož cílem je získání odpovědí na předem připravené otázky (Hendl, 2008). Tento soubor otázek je v nezměněné podobě předložený všem jednotlivcům z určitého souboru respondentů.

Sběr dat probíhal v Domově pro seniory v Pilníkově a Svobodě nad Úpou. Všechny rozhovory byly zaznamenány na záznamové zařízení. Délka daného rozhovoru se odvíjela od jednotlivých respondentů, většina rozhovorů však trvala od 40 minut do 60 minut. Poté jsem nahrané rozhovory přepisovala. Samotný výzkum probíhal v měsících listopad a prosinec 2023.

6.3 Subjekty výzkumu

Výzkum se soustředil na aktivizační pracovnice ve výše uvedených domovech pro seniory. Na základě výše uvedeného je zřejmé, že aktivizační činnosti patří k základním činnostem sociálních služeb, které jsou poskytovány seniorům ve výše uvedených domovech pro seniory. V průběhu výzkumného šetření byly osloveny čtyři aktivizační pracovnice.

Jeden z výzkumů byl prováděn v Domově pro seniory v Pilníkově, kde mi byl poskytnut rozhovor od paní Aleny 31 let, která na pozici aktivizačního pracovníka pracuje sedm let, dále mi byl poskytnut rozhovor od paní Andrey 23 let, ta na pozici aktivizačního pracovníka působí čtyři roky.

Dále byl výzkum prováděn v Alzheimeru home ve Svobodě nad Úpou, kde jsem vedla rozhovor s paní Lucií 48 let, která na pozici aktivizačního pracovníka pracuje pět let, další rozhovor byl uskutečněn s paní Petrou 45 let, na této pozici působí čtyři roky.

6.4 Etické aspekty výzkumu

Při samotném výzkumu byly dodrženy příslušné etické zásady. To znamená, že dříve, než respondenti absolvovali samotný výzkum, byli informováni o tématu rozhovoru a rovněž byli ujisti o své anonymitě při vedení daného konkrétního rozhovoru. Respondentům byl rovněž poskytnut k jejich podpisu (souhlasu) dokument, který měl za účel potvrdit souhlas respondentů s nahráváním a případným zapisováním daných rozhovorů.

Veškeré rozhovory rovněž proběhly v kanceláři aktivizačních pracovníků v soukromí, v prostorách domova. Respondenti byli rovněž informováni, že pokud budou chtít, kdykoli mohou ukončit příslušný rozhovor a nebudou nuceni odpovídat na dané otázky v průběhu rozhovoru. Při ukončení rozhovoru došlo rovněž k návrhu seznámení respondentů s výsledky daného výzkumu.

S průběhem tohoto výzkumu byli rovněž seznámeni klienti daných domovů pro seniory, aby obdrželi informaci, z jakého důvodu a za jakým účelem je tento výzkum prováděn.

S respondenty byl sepsán informovaný souhlas. S výzkumem bylo srozuměno vedení daných zařízení, od kterých byl obdržěn ústní souhlas.

Za účelem dosažení anonymity v průběhu realizace daného výzkumu došlo rovněž ke změně jména jednotlivých respondentů. Ostatní informace byly uvedeny na základě skutečnosti.

6.5 Tazatelské otázky

Co se týče otázek, které byly kladeny respondentům v průběhu samotného rozhovoru, jedná se o tyto otázky:

1. Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?
2. Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?
3. Kdo vytváří aktivizační plán (program)?
4. Dávají senioři přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?
5. Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?

6. V čem by se podle vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit?
7. Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?

6.6 Analýza a interpretace dat

V této části bakalářské práce vysvětluji, porovnávám a analyzuji odpovědi všech vybraných respondentek na tazatelské otázky, které jsou níže uvedené.

6.6.1 Otázka č. 1: Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?

Uvedené odpovědi respondentek na tuto otázku lze kategorizovat do tří kategorií, tj.: na sociální kontakt s ostatními klienty, soutěživost a dobrou motivaci k aktivizaci vycházející ze strany aktivizačních pracovníků.

Sociální kontakt s ostatními klienty

Z výpovědí všech aktivizačních pracovníků vyplývá, že pro seniory, kteří trpí demencí je nejdůležitější sociální kontakt s ostatními klienty, ale i s pracovníky domova. Při společných aktivitách si mohou navzájem sdělovat zážitky a dojmy z dané aktivity, a vzpomínají na staré časy.

Soutěživost

Soutěživost je někdy dobrá, a to z toho důvodu, že klienti se dokáží před sebou vyburcovat k lepším výkonům, ať už se jedná o skupinové cvičení, arteterapii a další aktivity.

Aktivizační pracovníce ze Svobody nad Úpou odpověděla: *Ale ještě chci zmínit, že klienti mezi sebou hodně rádi soutěží, ukazují, co dokáží, a tím se posiluje jejich sebevědomí (P1).*

Aktivizační pracovník

Respondenti se také shodli na tom, že nejdůležitější je dobrá motivace aktivizačního pracovníka. *Seniory s demencí k aktivizaci motivuje aktivizační pracovník, který se zaměřuje na nepedagogickou pracovní činnost. Každý den přichází ke klientovi s možnou nabídkou volby aktivizační činnosti. Je důležité klienta motivovat, k tomu pomůže*

aktivizačnímu pracovníkovi nahlédnutí do sociální dokumentace klienta, kde najde jeho životopis a koníčky (L1).

6.6.2 Otázka č. 2: Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?

Všechny aktivizační pracovnice se shodly na tom, že klientům nabídnou různé aktivity, ze kterých si mohou vybrat. Zároveň musí brát ohled na zdravotní způsobilost klienta. Dle výzkumu v Alzheimer home ve Svobodě nad Úpou mají na výběr více aktivit a jednou z důležitých věcí je, že jim tam dochází každé pondělí farář. Ale jinak v obou zařízeních nabízejí stejné aktivity, jako například arteterapie, trénink jemné motoriky rukou a prstů, muzikoterapii.

6.6.3 Otázka č. 3: Kdo vytváří aktivizační plán (program)?

Na tuto otázku aktivizační pracovnice odpověděly, že si aktivizační plán na další týden vytvářejí samy, dle svého uvážení, ale posílají ho na schválení své nadřízené, která jim ho buď schválí, nebo naopak pošle na předělání. A poté je aktivizační plán na ten daný týden vyvěšen na nástěnku.

6.6.4 Otázka č. 4: Dávají senioři přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?

Na danou otázku vykryštovaly z odpovědí respondentů následující: Respondenti dávají přednost někdy skupinové, jindy individuální aktivizaci, přičemž důležitým hlediskem je zdravotní stav daných seniorů.

Skupinová aktivizace

Respondenti sdělili, že senioři s demencí dávají více přednost skupinové aktivitě, a to z toho důvodu, že chtějí sociální kontakt s ostatními klienty, a poté si sdělují zážitky z aktivit. A také si chtějí udržet částečnou soběstačnost, cítí se díky aktivitám více užiteční.

Individuální aktivizace

Zde mi bylo sděleno, že samozřejmě záleží i na osobnosti toho dotyčného, zda je to introvert či extrovert. Ale pokud se klient nechce do aktivit zapojit, tak alespoň sleduje ostatní klienty, a třeba v následující den se do aktivity zapojí. Nebo se s klientem pracuje individuálně, tím se může myslet například cvičení na lůžku, reminiscenční terapie, bazální stimulace.

Zdravotní stav

Respondenti mi také sdělili, že musejí brát ohled na zdravotní stav a schopnosti dotyčného klienta, a pokud se klienty na danou aktivitu necítí, tak nejde. Všechny nabízené aktivity jsou v zařízeních dobrovolné, a nikdo není do ničeho nucen.

6.6.5 Otázka č. 5: Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?

Na následující otázku odpověděli respondenti tak, že lze dané odpovědi kategorizovat do dvou kategorií, tj. na udržování soběstačnosti a zájmové terapie a metody.

Udržování soběstačnosti

Na tuto otázku mi aktivizační pracovníce z obou zařízení odpověděly, že dopomáhají při stravování, snaží se udržet částečnou soběstačnost, která se týká například stlaní lůžka, nácvik chůze s kompenzační pomůckou. Aktivizační pracovníce chtějí předejít tomu, aby si klient moc nezvykl na to, že to za něho někdo udělá.

Zájmové terapie a metody

V zařízeních je využívána reminiscenční terapie, arteterapie, muzikoterapie, bazální stimulace, trénink jemné a hrubé motoriky, zooterapie. Do Alzheimeru home ve Svobodě nad Úpou ještě každé pondělí dochází farář. V Domově pro seniory v Pilníkově se snaží s klienty více jezdit do ostatních zařízení nebo na výlety do okolních měst.

6.6.6 Otázka č. 6: V čem by se podle Vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit?

Na základě analýzy odpovědí je možné odpovědi respondentů rozčlenit na tři skupiny, tj. obava z opuštění zařízení, nedostatek personálu a nedostatek zvířat v zařízení.

Obava z opuštění zařízení

V Pilníkově například chtějí, aby se klienti neobávali odjet ze zařízení, tím je myšleno na akce jiných domovů, jako jsou například Sportovní hry, Rozloučení s létem, anebo na různé výlety po okolí. Toto v Pilníkově považují za věc, kterou by chtěli zlepšit, proto se snaží s klienty více jezdit mimo zařízení.

Nedostatek Personálu a nedostačující prostory

V Alzheimer home ve Svobodě nad Úpou zase postrádají personál. Pracovnice by se chtěly více individuálně věnovat klientům, ale nemohou, protože na to nemají dostatek času. Také mi bylo sděleno, že jim chybí prostory, jako například dílničky anebo Snoezelen, které jsou pro klienty velmi přínosné. *Zlepšení by bylo, kdyby bylo víc personálu, aby byla lepší možnost individuálního přístupu ke klientům, jako například třeba pomoci tomu seniorovi držet tu tužku, kdežto takhle člověk přebíhá a není na to čas, já jako to tam můžu popisovat, ukazovat, ale prostě jsou závislí na tom, kdo se chytne, a pak už není čas u toho jednoho klienta sedět a věnovat mu ten čas (P6).*

Nedostatek zvířat v zařízení

Od jedné z aktivizačních pracovnic ze Svobody nad Úpou mi bylo sděleno, že postrádá více zvířat v zařízení. *Po mé zkušenosti a práci s touto skupinou seniorů více zvířátek do zařízení, aby měli potřebu se o něco či o někoho starat, to je velmi uspokojuje. Pokud by byla možnost a prostory to umožňují, klidně malé hospodářství (L6).*

6.6.7 Otázka č. 7: Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?

Odpovědi z poslední otázky, která byla respondentům položena byly zjištěny následující dvě informace:

Sociální kontakt

Aktivizační pracovníce se shodly na tom, že nejdůležitější je sociální kontakt s ostatními klienty, ale i s veřejností, udržení nějakého všeobecného přehledu, snažit se učit novým věcem či získání nových informací a různých pohledů na danou situaci, poznávat další klienty, udržovat slovní zásobu. *Samotná aktivizace má velký význam v udržování kontaktu s okolím, socializací klienta, zvláště v adaptačním procesu a samozřejmě i poté. Bezpochyby v udržování kognitivních funkcí a v zajištění spokojeného stáří (L7).* Sociální kontakt dodává lidem ve stáří pocit jistoty.

Udržování soběstačnosti

Probíhá zde i zvyšování sebedůvěry a udržení částečné soběstačnosti, ať se jedná o nějaké společenské návyky, udržování slovní zásoby, dopomoc při stravování, základní hygienické návyky, péče o své tělo.

Zhoršení soběstačnosti může vzniknout v důsledku změny zdravotního stavu či jiné významné změny. Je však zapotřebí si uvědomit, že většinu onemocnění můžeme a měli bychom léčit nejen v mladém a středním věku, ale i ve vysokém či velmi vysokém. Správnou a včasnou zdravotní či jinou intervencí je zpravidla možné zabránit vzniku dlouhodobé nesoběstačnosti.

V celkovém pohledu z výzkumu vyplynulo, že tyto dva domovy pracují se seniory s demencí skoro stejně, využívají různé aktivizační metody a terapie, ale přitom není nikde a nikým stanoven žádný standard pro práci se seniory s demencí. Alzheimeru home ve Svobodě nad Úpou má více klientů s diagnostikovanou demencí než Domov pro seniory Pilníkov.

6.7 Interpretace výsledků kvalitativního výzkumu

V této části bakalářské práce si odpovím na dvě výzkumné otázky.

Co se týče zodpovězení výzkumných otázek, zde lze konstatovat k první výzkumné otázce, která zní: „*Jaký význam má aktivizace pro seniory?*“, se respondenti domnívali, že:

Aktivizace pro seniory, zejména těch s demencí, má velký význam pro jejich celkové zdraví a kvalitu života. Jedním z hlavních důvodů je zlepšení jejich celkové kvality života. Aktivní a smysluplný životní styl, který aktivizace podporuje, pomáhá

seniorům udržovat si autonomii a pocit smysluplnosti, což je klíčové pro jejich pohodu a spokojenost.

Dalším důležitým aspektem aktivizace je udržení kognitivních funkcí. Různé aktivity, jako je kognitivní trénink, společenské interakce, fyzická aktivita a kreativní činnosti, mohou pomoci udržet, a dokonce zlepšit kognitivní schopnosti seniorů s demencí. Tímto způsobem může aktivizace pomoci oddálit progresi demence a zachovat co nejvyšší úroveň kognitivního fungování.

Dále aktivizace přináší výhody pro fyzické zdraví seniorů. Fyzická aktivita, která je často součástí aktivizačních programů, přináší řadu zdravotních výhod, včetně posílení svalů a kostí, zlepšení flexibility a koordinace a snížení rizika některých onemocnění spojených se stárnutím.

Pozitivní vliv aktivizace na duševní zdraví je také nesporný. Zapojení do aktivit a společenských interakcí může zlepšit náladu, snížit pocit osamělosti a deprese a přinést radost a smysluplnost do života seniorů.

Kromě toho aktivizace podporuje i nezávislost seniorů tím, že jim pomáhá udržet si schopnost vykonávat každodenní aktivity a zachovat samostatný život v domácím prostředí. To má velký význam pro jejich sebeúctu a pocit důstojnosti.

Celkově lze říci, že aktivizace pro seniory je klíčovým prvkem péče o osoby s demencí, který přináší řadu výhod pro jejich fyzické, duševní a sociální zdraví, a může zlepšit jejich celkovou kvalitu života.

V odpovědi na druhou výzkumnou otázku, která zní: „*Chtějí pracovníci aktivizační pracovnice něco změnit na aktivizaci v daných domech pro seniory?*“ podle získaných informací vyplynulo že v Pilníkově například chtějí, aby se klienti neobávali odjet ze zařízení, čímž jsou myšleny návštěvy akcí jiných domovů, jako jsou například Sportovní hry, Rozloučení s létem, popř. různé výlety po okolí. V Alzheimer home oproti tomu postrádají personál a přejí si tak možnost více individuálně se věnovat klientům. Rovněž si v tomto domově přejí více prostoru, jako např. dílničky, Snoezelen atd. Rovněž by si v domově Alzheimer home přáli více zvířat v tomto zařízení.

6.8 Diskuze

Tématem bakalářské práce je Aktivizace seniorů s demencí. Práce ukazuje, jakou roli hraje aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních. Výzkumné šetření probíhalo za účelem ověření teoretických poznatků. Výzkum probíhal v Domově pro seniory Pilníkov a Alzheimer Svoboda nad Úpou.

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou vycházející z polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi aktivizačními pracovníci těchto zařízení. Během mého výzkumu při provádění polostrukturovaného rozhovoru jsem měla tu možnost být účastníkem aktivizace seniorů s demencí v Pilníkově.

V obou zařízeních, která jsem navštívila, probíhají komplexní aktivizační programy a jsou využívány techniky, terapie vhodné pro práci se seniory s demencí. V Alzheimeru home je aktivizace uzpůsobena specifickým potřebám seniorů s Alzheimerovou demencí, kdežto v Domově pro seniory se účastní aktivizačních programů jak senioři trpící stařeckou, ale i Alzheimerovou demencí, tak i senioři bez kognitivního deficitu.

Výhodou Domova pro seniory v Pilníkově je nízký počet klientů, a díky tomu se mohou aktivizační pracovníci individuálně věnovat klientům.

Obě zařízení nabízejí pestrou nabídku aktivit, ať už se jedná o reminiscenční terapii, trénink jemné a hrubé motoriky, trénink kognitivních funkcí, zooterapie, různé přednášky, arteterapie, muzikoterapie, výlety do okolních domovů, ale i jiné kulturní akce.

Pracovníci obou zařízení se v rámci aktivizačních programů snaží podporovat a udržovat seniory v částečné soběstačnosti, ale také udržovat jejich orientaci místem i časem, co nejdéle je to možné.

Při aktivitách se seniory se může aktivizační pracovník dozvědět spoustu informací o daném klientovi.

Z mého kvalitativního výzkumu vyšlo, že aktivizační pracovníci nemají jasně stanovené standardy pro práci se seniory s demencí, pracují s nimi jako s běžnými klienty, nabízejí jim různé aktivity, které jsou dobrovolné. Myslím si, že tento kvalitativní výzkum pomohl hlavně v tom, abychom si uvědomili, že aktivizační pracovníci nemají žádný ucelený plán, jak pracovat se seniory s demencí, a hlavně že v každém zařízení mají jiné možnosti, a to jak finanční, materiální, ale i prostorové.

Pokud bych tu měla zmínit podobné výzkumy zaměřené na aktivizaci seniorů s demencí, tak by to byly určitě tyto. V jedné práci paní Veroniky Svobodové bylo cílem

výzkumné práce zjistit, jak probíhá aktivizace seniorů s demencí a které aktivizační metody jsou nejvíce využívány aktivizačními pracovníky. Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou a formou polostrukturovaného rozhovoru. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že pracovníci aktivizují seniory pomocí všech metod, a tyto metody uplatňují především na základě informací, které mají od klientů. *„Cílem všech pracovníků v tomto výzkumu bylo vybrat metody, které (ať už jednotlivcům či skupině) přináší efektivitu a potěšení ve všech směrech. Pracovníci uvedli, že se nebrání žádné činnosti, která by byla pro seniory přínosná. Průběh aktivizace však záleží na psychickém rozpoložení a zdravotním stavu seniora“* (Svobodová, 2016).

V další práci paní Petry Ševčíkové probíhal výzkum, který byl celkem podobný tomu předchozímu. Cílem výzkumné části bylo zjistit, jak probíhá aktivizace seniorů s demencí. Výzkum probíhal ve 2 domovech v Domově Bílá Opava a v Domově Vila Vančura. *„Z výsledků tohoto výzkumu je zřejmé, že neexistuje žádný ucelený program, jak by aktivizace seniorů s demencí měla probíhat. Ani v jednom z těchto zařízení neexistoval návod, jak aktivizaci provádět. Také v tomto výzkumu byl spatřen rozdíl v možnostech a vybavení jednotlivých zařízení, největší rozdíl byl však spatřen ve vybavenosti aktivizačních pomůcek. Také oba domovy užívají nesprávné označení terapií jako je ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, tyto terapie nevede dostatečně proškolený personál“* (Ševčíková, 2017). Dále chci zmínit Lucii Havlicovou (2015), která se ve své bakalářské práci zaměřila na aktivizaci seniorů, kde bylo cílem zjistit, jaká je motivace seniorů, kteří se účastní kurzů a aktivit ve dvou různých organizacích zaměřených na seniory. V závěru práce uvádí, že z výzkumu vyplynulo, že volnočasová náplň všech respondentů je velmi pestrá, což je důležité, neboť prostřednictvím volnočasových aktivit lidé zvyšují kvalitu svého života ve stáří.

Z mého pohledu považuji za velmi důležité dobrou motivaci seniorů. I když se mnohým může zdát, že je to snadné, není tomu tak. Většina klientů přichází do domova s otázkou „A co já tady budu dělat?“ A proto je dobré mít aktivizační pracovníky, kteří nabídnou seniorovi nespočet aktivit, podle jeho zájmů, koníčků.

Mezi slabé stránky výzkumu této bakalářské práce patří rozhodně nízký počet respondentů, které jsem měla k dispozici, a dovoluji si tvrdit, že z tohoto důvodu mohou být vcelku zkreslené informace. Během mého výzkumu v zařízeních se objevily i některé negativní faktory, a to například ostych z počátku mého působení, a od některých aktivizačních pracovníků jsem byla i odmítnuta, a to z toho důvodu, že neměly čas semnou vést rozhovor. Pokusila jsem se aktivizační pracovníce i na podruhé oslovit, a znovu

vysvětlit k čemu slouží tento výzkum, ale i přesto jsem byla znovu odmítnuta. Příště bych si s aktivizačními pracovníky dohodla schůzku mimo zařízení, v kterém pracuji, ale zase jsem viděla výhodu v tom, že uvidím, jak taková aktivizace seniorů s demencí probíhá. Dále bych se také snažila oslovit více zařízení nežli dvě, abych měla více respondentů, a hlavně pohled na danou věc z více domovů, které by se lišily například i kapacitou klientů.

Nabízí se tolik možností, jak pracovat se seniory, ať už se jedná o aktivity individuální či skupinové, anebo o aktivity zaměřené na trénink kognitivních funkcí nebo fyzické zdatnosti.

Závěr

Teoretická část této práce si kladla za cíl ukázat problematiku stáří a stárnutí, popsat a vysvětlit jaké aktivizační metody či terapie se používají. Ve vztahu ke stárnutí bylo zmíněno, že je to proces přirozený a že je to poslední etapa lidského života.

Stáří se vyznačuje velkým množstvím specifík v různých oblastech (biologické, psychické, ale i sociální). Tyto změny seniory limitují v činnostech a aktivitách, to však neznamená, že by měli senioři všeho nechat a vzdát se svých aktivit, protože stárnout lze i aktivně.

Nikdo z nás neví, jak bude zvládat proces stárnutí a samotné stáří. Proto samotná aktivizace v těchto typech zařízení je velmi důležitá, a to z toho důvodu, že dokáže zpomalit nástup demence, udržuje seniory v kondici. Ten nejdůležitější bod je ale ten, že samotný proces aktivizace umožňuje žít smysluplný život i v poslední etapě života.

Prostřednictvím tvorby individuálního plánování a aktivizace jsme schopni respektovat a přizpůsobit se změnám, které souvisejí se stářím, a snažíme se nalézt vhodné aktivity, činnosti, které budou naplňovat seniorovy potřeby, a to kvůli tomu, aby byl v psychické pohodě, chceme hlavně i docílit seniorovy částečné soběstačnosti.

Tato bakalářská práce se pokusila nahlédnout na problematiku aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních a jaké metody či terapie využívají aktivizační pracovníci v Domově pro seniory v Pilníkově a ve Svobodě nad Úpou.

Je však jisté, že zapojení seniorů do aktivizačních programů ovlivňuje jejich specifická zdravotní kondice a celkový mentální stav. Ale jak jsem v praxi zjistila, lze i pro hůře pohybově nadané seniory (např. na lůžku, vozíku) vymyslet uspokojivé aktivizace, které danému člověku přinesou pocit uspokojení.

V domovech byl prováděn výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníci.

Během rozhovorů a pozorování jsem také zjistila nízký zájem seniorů o nabízené aktivizační programy. Všechny aktivity jsou v Domovech dobrovolné, a pokud senior překoná ostych a strach z neznáma, tak na začátku postačí, přijde-li se pouze podívat. Nezatěžujeme ho žádnými nároky a poskytneme mu dostatek času pro pozorování činnosti.

Klienti si mohou vybrat z veliké nabídky aktivizačních činností, ať už se jedná o různé besedy, trénink jemné a hrubé motoriky, výlety, reminiscenční terapie, arteterapie, zooterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, kulturní akce a procházky.

Tento výzkum by mohl poskytnout sociálním pracovnícím z těchto dvou zařízení pohled na to, jak u nich funguje aktivizace, a co například aktivizačním pracovnícím chybí, při jejich práci se seniory s demencí. Ovšem jsou věci, které lze splnit, jako například lepší vybavení na aktivizace, a které naopak nelze, ať už se jedná o prostory či personální zajištění.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je možno říci, že se podařilo stanovený cíl práce naplnit.

Seznam použitých knižních a internetových zdrojů

AGUIRRE, Elisa, et al. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews*, 2013, 12.1: 253-262.

ALZHEIMER HOME. *Oficiální stránky*. [online] 2024 [cit. 2024-02-29]. Dostupné z: https://www.alzheimerhome.cz/alzheimer-home-svoboda-nad-upou/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA84CvBhCaARIsAMkAvkIzn-e2TQYlm2urkxmCK3FRmikw0QuVzN9tYmN8W6WmPxP7Z3NR3voaAg1OEALw_wcB.

AMAN, Yahyah, et al. Autophagy in healthy aging and disease. *Nature aging*, 2021, 1.8: 634-650.

BEAVERS-KIRBY, Jill a SEGAL-GIDAN, Freddi I. *Gerontology and geriatrics for NPs and PAs: an interprofessional approach*. St. Louis: Elsevier, [2024]. ISBN 978-0-323-60845-9.

BOSSERS, Willem JR, et al. Comparison of effect of two exercise programs on activities of daily living in individuals with dementia: a 9-week randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2016, 64.6: 1258-1266.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

CARDONA, Maria Isabel, et al. Physical activity interventions and their effects on cognitive function in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18.16: 8753.

CEREJEIRA, Joaquim; LAGARTO, Luísa; MUKAETOVA-LADINSKA, Elizabeta Blagoja. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, 2012, 3: 73.

CLARE, Linda, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: the GREAT RCT. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 2019, 23.10: 1.

DOMOV PRO SENIORY PILNÍKOV. *Poslání domova pro seniory* [online] 2024 [cit. 2024-02-29]. Dostupné z: <http://dpspilnikov.cz/>.

FERTAĽOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

GARCÍA-CASAL, J. Antonio, et al. Computer-based cognitive interventions for people living with dementia: a systematic literature review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 2017, 21.5: 454-467.

GEĽBKA, Dominika, et al. *Activation of the elderly with dementia syndrome*. 2015.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAVLICOVÁ, Lucie. *Aktivizace seniorů*. [online] Praha, 2015. [2024-02-29]. Dostupné z: [Aktivizace senioru \(cuni.cz\)](http://aktivizace.seniory.cuni.cz). Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta. Praha.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HIGGINS, Patricia. Involving people with dementia in research. *Nursing times*, 2013, 109.28: 20-23.

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

HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018. ISBN 978-80-7571-031-4.

HORT, Jakub, et al. Nová guidelines pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*, 2011, 12.4: 277-281.

HRMO, Roman a Katarína KRPÁLKOV-KRELOVÁ. *Zvyšovanie kvality vyučovacieho procesu*. V Bratislave: Slovenská technická univerzita, 2010. Edícia vysokoškolských učebníc. ISBN 9788022732499.

HROZENSKÁ, Martina. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 2008. ISBN 9788080632823.

HUDÁKOVÁ, Anna, et al. MERACIE NÁSTROJE NA HODNOTENIE FUNKČNÉHO STAVU SENIOROV SCREENING INSTRUMENTS TO MEASURE FUNCTIONAL STATUS.

CHENG, Sheung-Tak, et al. Psychological interventions for dementia caregivers: What we have achieved, what we have learned. *Current psychiatry reports*, 2019, 21: 1-12.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 8073681102.

JIRÁK, Roman. Demence in: NOVÁK, Vlastimil Ed. ZAM. *Zdravotnictví a medicína* [online] 2011 [cit. 2024-02-29]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/vyhledavani/?qs=zdravotnictv%C3%AD+a+medic%C3%ADna>.

KABÁTOVÁ, Oľga; PUTEKOVÁ, Silvia a BOTÍKOVÁ, Andrea. *Posudzovanie kognitívnych porúch u seniorov v dlhodobej starostlivosti*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2018. ISBN 978-80-568-0108-6.

KAMANOVÁ, Irena a TOKOVSKÁ, Miroslava. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie: výskum v Banskobystrickom samosprávnom kraji na Slovensku*. Brno: Tribun EU, 2014. ISBN 9788026308706.

KRÁLOVÁ, Mária. *Demencie*. Bratislava: Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, 2017, 89 s. ISBN 978-80-223-4307-7.

KUA, Ee Heok, et al. The natural history of dementia. *Psychogeriatrics*, 2014, 14.3: 196-201.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-9085-5.

LI, Hui-Chi, et al. The effect of music therapy on cognitive functioning among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2015, 16.1: 71-77.

LINO, Christopher A., et al. Delivering CRISPR: a review of the challenges and approaches. *Drug delivery*, 2018, 25.1: 1234-1257.

LIVINGSTON, Gill, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 2014, 205.6: 436-442.

MAK, Elijah, et al. Neuroimaging characteristics of dementia with Lewy bodies. *Alzheimer's research & therapy*, 2014, 6: 1-10.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MÁTL, Ondřej a MÁTLOVÁ, Martina. Zpráva o stavu demence 2015. In: *Česká alzheimerská společnost, o. p. s.* [online] 2015 [cit. 2024-02-29]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/>.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

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

MOYLE, Wendy, et al. Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 2011, 30.4: 186-190.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace chování*. 3. přeprac. vyd., V Tritonu 1. vyd. V Praze: Triton, 2014. ISBN 9788073878306.

NOVOTNÝ, Vladimír. *Špeciálna psychiatria*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. ISBN 9788022326247.

ORRELL, Martin, et al. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 2017, 14.3: e1002269.

PAULÍNOVÁ, Lea a NEUMANNOVÁ, Lenka. *Psychologie pro Tebe*. Online. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Informatorium, 2008. ISBN 978-80-7333-068-2.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, c2006. ISBN 8080632081.

PROCHÁZKOVÁ, E. Biografická péče: důstojná péče, Sestra, 2008, Praha, s. 19, ISSN 1210-0404.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyché. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

QUINN, Catherine; CLARE, Linda; WOODS, Robert T. The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 2010, 22.1: 43-55.

REKTOROVÁ, MUDr Irena. Má smysl odlišovat kortikální a subkortikální demenci?

ROGERS, Anissa a SWANSON ERNST, Joy. *Aging in the social environment*. New York: Oxford University Press, 2024. ISBN 978-0-19-758509-2.

RUSINA, Robert a MATĚJ, Radoslav. *Neurodegenerativní onemocnění*. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3300-8.

SEBERÍNI, Andrea a TOKOVSKÁ, Miroslava. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Banská Bystrica: Občianske združenie Rieka života – Centrum pomoci seniorom, 2011. ISBN 978-80-97073763.

SHEARDOVÁ, MUDr Kateřina. Mírná kognitivní porucha v praxi. *Psychiatria pre praxi*, 2010, 11.2-3: 65-68.

SPECTOR, Aimee; ORRELL, Martin; WOODS, Bob. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 2010, 25.12: 1253-1258.

STAEHELIN, H. B. a kol. Promoting health and wellbeing in later life. In: JOHNSON, L. M. (ed.). *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge Handbooks in Psychology. Cambridge University Press, 2005, s. 165-178.

SVOBODOVÁ, Veronika. *Aktivizace seniorů s demencí* [online]. Brno, 2016 [cit. 2024-02-29]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/rflva/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lucie PROCHÁZKOVÁ.

ŠEVČÍKOVÁ, Petra. *Aktivizace seniorů v prostředí sociálních služeb*. [online] Praha, 2017. [2024-02-29]. Dostupné z: [DPTX_2014_2_11210_0_437728_0_167541.pdf](https://dptx.2014.2.11210.0.437728.0.167541.pdf) (cuni.cz). Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Elena JAROŠEVSKÁ.

ŠOLCOVÁ, Iva. Pracovní gerontologie: obor budoucnosti. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 2017, roč. 61, č. 4, s. 396-400. ISSN 0009-062X.

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

TOOT, Sandeep, et al. Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 2017, 29.2: 195-208.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 stran. ISBN 8023895060.

TSE, Choi Yeung Andy, et al. Examining the impact of physical activity on sleep quality and executive functions in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Autism*, 2019, 23.7: 1699-1710.

VAVRUŠOVÁ, Livia; MÁTÉFFY, Izabela; TREBULOVÁ, Kristína; FORGÁČOVÁ, Ľubica; ŠUTOVSKÝ, Stanislav et al. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-382-0.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Online. EDIS. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 9788021046276.

VINK, Annemieke C., et al. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 2013, 28.10: 1031-1038.

WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize. Tabelární část*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

WOODS, Bob, et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, 2018, 3.

YOUSUF, R. M., et al. Potentially reversible causes of dementia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2010, 2.8: 258.

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

Seznam příloh

A. Alena 31 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 7 let	I
B. Andrea 23 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 4 roky	III
C. Lucie 48 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 5 let.....	V
D. Tabulka č. 1 Plán aktivizace Zdroj: zpracováno respondentem.....	VII
E. Petra 45 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 4 roky	VIII
Informovaný souhlas respondenta	X

Přílohy

A. Alena 31 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 7 let

1. *Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?*

Motivace je především sociální kontakt s ostatními klienty, určitě ale i zkrácení a zpříjemnění dne. Každou aktivizaci zakončíme kávou a jednou do týdne i sladkou tečkou, klienti si sami vyberou, co si chtějí upéct, a složí se na to, já jenom zajistím samotný nákup surovin. Klienti si mohou pak o aktivizaci vzájemně vyprávět. Zázitky a společně strávený čas je pro klienty velmi důležitý.

2. *Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?*

Ráno na jídelně během předčítání jídelníčku a zajímavostí ze světa ale i u nás se společně domluvíme, jak bude dnešní den probíhat. Ptám se klientů, na co mají dnes náladu. Nabídnou jim však několik variant a podle nálady se domluvíme. Většinou začínáme v 9:00 hodin. Nejčastější u našich klientů je společné cvičení, které doprovází relaxační hudba. Po cvičení ještě trénujeme trénink kognitivních funkcí, ať už se jedná o trénink dlouhodobé či krátkodobé paměti. Po aktivizaci se klienti vrací na pokoj a vyčkávají na oběd. Po obědě je polední klid a poté nastává odpolední aktivizace. Odpolední aktivizace je spíše individuální a je zaměřená na čtení na pokračování, tvoření či úkoly formou nácviku jemné motoriky, nejvíce naše klienty baví osmisměrky, malá násobilka, dokreslení obrázků a křížovky. Když už nám ale začíná být venku pěkně, snažíme se s klienty být na zahradě, kde si povídáme o věcech, co oni sami dříve dělali, anebo jezdíme na výlety, buď po Pilníkově nebo blízkém okolí.

3. *Kdo vytváří aktivizační plán (program)?*

U nás si aktivizační plán vytváříme buď my, aktivizační pracovnice, anebo sociální pracovnice. Ale spíše si ten plán a čas řídíme my.

4. *Dávají senioři přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?*

Záleží na druhu aktivizace, například bazální stimulace s relaxační hudbou je zejména lepší jako individuální aktivizace. Stejně to je i u reminiscenční terapie. Záleží také na zdravotním stavu klienta. Více aktivizace je z mého pohledu skupinová, ať už se tedy jedná o nějaké cvičení, či trénink kognitivních funkcí

anebo posezení u kávy, u nás tomu říkáme dámský klub. Klienti tvoří tak vzájemně zážitky a poznání sebe navzájem. Nejvíce je u nás oblíbené pečení, při kterém dámy vzpomínají na to, jak probíhalo pečení u nich doma.

5. *Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?*

U nás používáme reminiscenční terapii, skupinové cvičení, trénink kognitivních funkcí, muzikoterapie, zpěv, filmové dopoledne, posezení venku či na jídelně s kávou, společné předčítání, tyto aktivity klienti nejvíce vyhledávají. Samozřejmě aktivizace jako taková během celého dne, jako je péče o své tělo, nácvik stoje a chůze s kompenzační pomůckou, komunikace, trénink jemné motoriky rukou a prstů. Nejvíce s klienty trénujeme nácvik vlastnoručního podpisu. Také je u nás využíván rotoped, ale také máme aktivitu, která se jmenuje prstem po mapě, kde nám klienti ukazují například kde žili, kde všude byli na dovolené anebo odkud pochází.

6. *V čem by se podle vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit?*

Z mého pohledu by se aktivizace dala zlepšit pouze v tom, aby se klienti tolika neobávali odjet ze zařízení. Myslím tím na akce jiných Domovů jako jsou například Sportovní hry, Rozloučení s létem, Velikonoční trhy. Klienti neradi opouštějí na delší dobu domov, ale když se zeptáme, z jakého důvodu, tak nám nejsou schopni vlastně říci proč. Je to nejspíše z toho důvodu, že jak mají tu demenci, tak už mají nějaké ty své stereotypy a neradi je naruší. Avšak samotná aktivizace v domově jim nevádí a jsou za ní naopak velmi vděční.

7. *Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?*

Význam aktivizace je za mě určitě sociální kontakt s ostatními klienty, udržení nějakého všeobecného přehledu, snažit se učit novým věcem či získání nových informací a různých pohledů na danou situaci, poznávat své okolí a další klienty, udržovat slovní zásobu, někteří klienti zapomněli úplně mezi sebou komunikovat, rehabilitovat své tělo a také vnímat své okolí a přírodu kolem sebe. Zdá se mi, že klienti dříve mezi sebou více komunikovali nežli teď, nevím, čím to může být. Také se už setkáváme s tím, že někteří klienti nastupují do Domova s tabletem či chytrým telefonem a tráví čas na pokoji hraním her. Ale po nějaké době to hraní odbourají a zapojují se více do skupinových aktivit, za což jsem velmi ráda.

B. Andrea 23 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 4 roky

1. Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?

Myslím si, že naše seniory, motivuje ten fakt, že se potkají s ostatními, protože u nás je to takové, že ti senioři sami od sebe nejdou na společenskou místnost, aby se setkali. Naši senioři jsou nejraději na svém pokoji, a člověk, aby je přemlouval pomalu k nějaké aktivitě. Ale když přijdou, tak jsou za to velmi rádi, vždy za námi přijdou a řeknou, že nám moc děkují za danou aktivizaci. Klienti nechtějí ani moc nikam jezdit do jiných zařízení, jsou ke všemu velmi pasivní. Nejvíce se u nás klienti účastní pečení, ale je to především z toho důvodu, že vědí to, že když si to upečou, že odpoledne bude posezení u kávy s tou sladkou tečkou, na kterou se všichni velmi těší. Při odpolední kávě si pak naši klienti vypráví o tom, jak a co pekli, co měli rádi.

2. Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?

Snažíme se, aby si klienti sami vybrali z aktivit, které chtějí, ale samozřejmě jim nějaké i nabídneme. Pokud bych tedy měla přesně popsat, jak u nás probíhá aktivizace, tak by se to lišilo, jsme dvě aktivizační pracovnice a po týdnu se střídáme, jedna je na přízemí, kde jsou ty klienti více schopní, a druhá je na 1. patře, kde jsou klienti v horším zdravotním stavu. Na prvním patře to probíhá asi tak, že ráno na společenské místnosti předčtu jídelníček a zajímavosti z domova i ze světa, a samotná aktivizace začíná v 9 hodin, na 1. patře klienti rádi malují, nebo probíhá skupinové předčítání, trénink dlouhodobé a krátkodobé paměti, ale také poslech hudby na přání. Po obědě je polední klid, a v odpoledních hodinách se provádí spíše individuální aktivity, jako například předčítání, luštění křížovek, osmisměrky, reminiscenční terapie. Ale také musíme každé odpoledne zapsat do programu, co jsme, s jakým klientem kdy dělali a přibližný čas, toto zabírá hodně času, a někdy právě nemáme tolik času, abychom se věnovali klientům, ale myslím si, že to tak mají asi v každém domově.

3. Kdo vytváří aktivizační plán (program)?

U nás aktivizační plán vytváří aktivizační pracovnice, kterého každý čtvrtek odpoledne posílají sociální pracovníci na schválení. A tento aktivizační plán visí

na každém patře, aby klienti věděli, v kolik hodin a jaká aktivita bude probíhat, a zda se do této aktivity chtějí, či naopak nechtějí zapojit.

4. *Dávají seniori přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?*

V našem zařízení, si myslím, převažuje ta skupinová aktivizace, a to z toho důvodu, že seniorům chybí ten sociální kontakt. Samozřejmě záleží na druhu aktivizace, taková reminiscenční terapie se spíše provádí individuálně, a to z toho důvodu, že klienti chtějí někdy řešit dost soukromé věci, takové, které v sobě třeba ještě nemají uzavřené. Ale jak už jsem říkala, naše klienty nejvíce baví společné pečení, kde u toho společně zavzpomínají, jak to probíhalo u nich doma, a společně si sdělují své vzpomínky. Také však rádi tráví společný čas při hezkém počasí na zahradě domova. Takže, když to shrnu, tak u nás spíše převažují skupinové aktivity, a to z toho důvodu, že klientům chybí ten sociální kontakt a tímto způsobem ho aspoň z nějaké části naplní.

5. *Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?*

U nás používáme reminiscenční terapii, trénink dlouhodobé a krátkodobé paměti, skupinové či individuální předčítání, muzikoterapie a zpěv, posezení na zahradě či v jídelně s kávou, arteterapii, bazální stimulaci. Dále se snažíme s klienty jezdit na různé výlety, navštěvujeme akce, na které nás pozvou z okolních domovů. Ale musím říct, že aktivizace probíhá v podstatě celý den, ať už se jedná o nácvik chůze s kompenzační pomůckou, nácvik péče o vlastní osobu, dopomoc při stravování, ale i nácvik běžných dovedností ať už se jedná o ustláni postele a další takové věci.

6. *V čem by se podle vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit?*

Za mě by se aktivizace dala zlepšit pouze v tom, aby se klienti tolika neobávali odjet ze zařízení. A tím myslím různé výlety či návštěvy okolních Domovů ať už se jedná o Sportovní hry, Velikonoční trhy, Rozloučení s létem. Klienti se prostě bojí opustit na delší dobu domov, protože každý z nich už má nějaké ty stereotypy, které nechce narušovat. Dále bych ještě zmínila to, že klienti už nejsou tak aktivní, jako dříve, když jsem s aktivizací začínala.

7. *Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?*

Význam samotné aktivizace vnímám v tom, že klienti si udržují ten sociální kontakt s ostatními. Udržují nějaký všeobecný přehled, ať už se jedná o události, co se děje v Domově či okolí. Také si udržují sociální komunikaci a nějaké ty základní návyky ve společnosti. Ale zdá se mi, že v dnešní době jsou senioři více uzavřeni do sebe.

C. Lucie 48 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 5 let

1. *Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?*

Seniory s demencí k aktivizaci motivuje aktivizační pracovník, který se zaměřuje na nepedagogickou pracovní činnost. Každý den přichází ke klientovi s možnou nabídkou volby aktivizační činnosti. Je důležité klienta motivovat, k tomu pomůže aktivizačnímu pracovníkovi nahlédnutí do sociální dokumentace klienta, kde najde jeho životopis a koníčky (co měl rád/a, co ho baví či zajímá).

2. *Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?*

Pracovní činnost aktivizačního pracovníka začíná přípravou na aktivizaci klienta. Každé ráno je nabídnuta činnost, která ten den bude probíhat. U nás v zařízení obejde pracovník pokoje a klienty, odvede či doprovodí do jídelny na snídani, poté proběhne hlášení v místním rozhlase, co budeme ten den dělat, co je za den, datum a kdo má svátek či narozeniny. Co bude dobrého k obědu a kde budou probíhat aktivity odpoledne. Každou středu u nás probíhá Kavárnička, kde má klient možnost výběru zákusku a chlebičku, zároveň obsluha je stylová, kde se aktivizační pracovnice převléknou za servírku. V pátek dopoledne probíhá filmové dopoledne, pouští se film na přání. Klienti dostanou na výběr ze tří možností filmové tvorby. (má velký úspěch v našem zařízení) Každé pondělí a pátek k nám dochází dobrovolník p. Farář z místní farnosti, klienti mají možnost bohoslužby a zároveň hraje na klávesy, což klientům přináší velké potěšení, zpěv za doprovodu kláves.

3. *Kdo vytváří aktivizační plán (program)?*

My jakožto aktivizační pracovnice si připravíme na následující týden aktivizační plán, podotýkám všechny aktivizační pracovnice si ho připravují samy. Zároveň

ho odesíláme ke schválení panu řediteli a vyvěšujeme ho po zařízení v místech k tomu určeným.

4. *Dávají seniori přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?*

Je to velmi individuální, určití klienti mají rádi skupinové činnosti, které je motivují při pohledu na ostatní. Zároveň je vyzorováno, že spousta klientů je soutěživých a chtějí být lepší. Individualita je v tomto směru ale určitě nejpodstatnější.

5. *Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?*

Nejoblíbenější v našem zařízení je muzikoterapie, to mají klienti rádi, a je vidět, jak je to nabíjí a zároveň se jich spousta přitom uvolní. Často i nemobilní klient ožije, začne se rytmicky vlnět na židli a v nejlepším případě vstává a chce tančit. Procvičování paměti formou přesmyček, různé kvízy, doplňovačky, přesmyčky a doplňování pořekadel, (AZ kvízy, Kris-Kros, Bingo) Arteterapie (práce s dřevem, rukodělné činnosti) aromaterapie, výtvarné činnosti (malování, vybarvování terapeutických omalovánek, malba olejovými barvami na plátno) reminiscenční terapie (vzpomínkové a zážitkové činnosti), kognitivní činnosti, cvičení (protahování na židlích horních končetin, nácvik chůze s dopomocí, míčové hry, tanec s šátkem) fototerapie a k velké oblibě patří virtuální realita, kdy se klient najednou ocitne v podmořském světě, či v lese, v pralese nebo třeba na pláži, kde šumí moře, zahradní terapie (osazování vyvýšených a pojízdných truhlíku, pěstební činnosti na zahradě, procházky a výlety po okolí) , Canisterapie, se těší velké oblibě, V našem zařízení máme autobusovou zastávku, což spousta klientů motivuje, mají pocit soběstačnosti a volnosti. To vše je v nabídce v našem zařízení.

6. *V čem by se podle vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit?*

Určitě existuje spousta dalších možností, je důležité čerpat a stále hledat nové podněty. Po mé zkušenosti a práci s touto skupinou seniorů více zvířátek do zařízení, aby měli potřebu se o něco či o někoho starat, to je velmi uspokojuje. Pokud by byla možnost a prostory to umožňující, klidně malé hospodářství. Dále se více zaměřit na prostředí, ve kterém žili, aby se opravdu cítili jako doma.

7. Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?

Samotná aktivizace má velký význam v udržování kontaktu s okolím, socializací klienta, zvláště v adaptačním procesu a samozřejmě i poté. Bezpochyby v udržování kognitivních funkcí a v zajištění spokojeného stáří. Také jsem ještě zapoměla zmínit, že pořádáme mezigenerační setkávání, to je také velmi přínosné pro duševní pohodu klienta. Mezigenerační setkávání probíhá asi tak, domluvíme se s dětmi ze Svobody nad Úpou a z Jánských Lázní. Naši klienti něco vyrobí pro děti a opačně děti vyrobí něco pro naše klienty. Ale pak máme taky naplánované společné tvoření. A děti si zároveň připraví pro nás nějaké to vystoupení, které se vztahuje k tématu, ať už to jsou Velikonoce, Vánoce, Čarodějnice. Toto setkávání je pro naše s klienty s demencí velice přínosné, a to hlavně po stránce psychické, a duševní.

D. Tabulka č. 1 Plán aktivizace Zdroj: zpracováno respondentem



alzheimer home

PLÁN AKTIVIT ALZHEIMERHOME

Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
17.04.	18.04.	19.04.	20.04.	21.04.
Svátek slaví: Rudolf	Svátek slaví: Valérie	Svátek slaví: Rostislav	Svátek slaví: Marcela	Svátek slaví: Alexandra
Dopoledne Čtení aktualit Hudební dopoledne – poslech a zpěv s hudebními nástroji	Dopoledne Rozcvička-protahovací cviky na židlích Tvoření z papíru	Dopoledne Pohybová cvičení s míčem Kognitivní cvičení na téma slovní hry	Dopoledne Kognitivní cvičení s procvič. jemné motoriky- skládačky z přísloví Pečení štrůdlu	Dopoledne Společné promítání filmu Hudební dopoledne – poslech a zpěv v doprovodu kláves
Odpoledne Aktivity na oddělení: Kognitivní cvičení na téma zvuky Pobyt venku dle počasí	Odpoledne Aktivity na oddělení: Předčítání Pobyt venku dle počasí	Odpoledne Kavárnička	Odpoledne Aktivity na oddělení: Společenské hry Pobyt venku dle počasí	Odpoledne Aktivity na oddělení: Relaxační odpoledne – masáže rukou s aromaterapií Pobyt venku dle počasí

Změna v programu vyhrazena.

E. Petra 45 let, jako aktivizační pracovnice pracuje 4 roky

1. Co motivuje seniory s demencí k tomu, aby se aktivizace účastnili?

No tak určitě je motivuje nějaké to jídlo, káva, prostě když to shrnu tak pochutiny. Tak jako ty ostatní klienti jsou rádi v kontaktu s ostatními klienty, kteří jsou na tom zdravotně podobně jako oni a chtějí zaplnit ten volný čas, hledají zábavu pro společné zážitky, a ty si mezi sebou navzájem sdělují. Ale prostě, když to tak shrnu, tak je u nich na prvním místě ten sociální kontakt, protože oni mezi sebou sami od sebe nebudou komunikovat, až když vlastně tam přijdeme my jako aktivizační pracovnice. Ale ještě chci zmínit, že klienti mezi sebou hodně rádi soutěží, ukazují, co dokáží a tím se posiluje jejich sebevědomí.

2. Jakým způsobem probíhá aktivizace seniorů s demencí?

Ráno si vlastně obejdeme pokoje, vyvezu nahoru do svého patra, které mám na starost snídaně. Pomáhám s podáváním stravy. Po snídani si klienty svezu dolu na společenskou místnost, kde už probíhají dané aktivity, které už máme naplánované, ale mnohdy se nám stává, že improvizujeme. Každé ráno vlastně začíná rozvíčkou na židlích, pak teda pokračujeme dle plánu, který jsme udělali předem. Aktivity se vlastně přizpůsobují možnostem toho klienta, případně se to mění. Nabízíme terapie hudbou, každé pondělí k nám dochází farář, dramaterapie, společné pečení, procvičování jemné a hrubé motoriky, zooterapie, reminiscenční terapie. A máme v zařízení andulku, o kterou klienti společně s námi pečují, tohle mají hodně rádi. Teď už nás vlastně čeká i zahradní terapie, střihání stromků, keříků.

3. Kdo vytváří aktivizační plán (program)?

Aktivizační plán vytváříme my, aktivizační pracovnice, teď nově to už budeme dávat do takové společné zóny, ale donedávna jsme ho ještě posílaly vedoucí.

4. Dávají seniori přednost individuální nebo skupinové aktivizaci a proč?

Je to hodně individuální, hlavně je to o té osobnosti toho klienta, pokud to je introvert či extrovert. Moje zkušenosti jsou však takové, že dávají přednost skupinové aktivitě, oni vlastně ztrácejí ten ostych a vidí, že ostatní se snaží, tak je to vlastně motivuje k té dané činnosti. Ten soutěživý duch, když máme pro ně

soutěže, tak se vlastně chytanou i ty klienti, o kterých bychom to ani nečekali. Hodně chtějí soutěžit, to je totiž hodně baví. Těší se prostě na ten sociální kontakt a ty, co se nezapojí do té aktivity, tak pozorují ostatní, a třeba další den už například cvičí s námi.

5. *Jaké používáte metody, terapie pro aktivizaci seniorů s demencí?*

No tak jak už sem říkala, přední nácvik jemné a hrubé motoriky, zooterapie, mezigenerační setkávání, to znamená, že nás navštíví děti z okolní a místní školy, které našim seniorům něco vyrobí, a naopak naši senioři vyrábí dětem a potom vyrábí vlastně společně. Čeká nás teda zahradní terapie, klienti se starají o zahradu zalévají květiny, stříhají stromky, keříky. Zde hodně využívám muzikoterapii, dramaterapii, arteterapii a bazální stimulaci.

6. *V čem by se podle vás dala aktivizace seniorů s demencí zlepšit?*

Zlepšení by bylo, kdyby bylo víc personálu, aby byla lepší možnost individuální přístupu ke klientům, jako například třeba pomoci tomu seniorovi držet tu tužku, kdežto takhle člověk přebíhá a není na to čas, já jako to tam můžu popisovat, ukazovat, ale prostě jsou závislí na tom, kdo se chytne, a pak už není čas u toho jednoho klienta sedět a věnovat mu ten čas. Pro mě zlepšení v tom větším počtu personálu. Ale jako i pomůcky mohou být lepší, a hlavně větší prostory, protože my tady vlastně nemáme žádné dílničky nebo ten Snoezelen, ten by byl prostě vynikající, to tady našim klientům hodně chybí, si myslím.

7. *Jaký má pro seniory samotná aktivizace význam?*

Udržování částečné soběstačnosti, socializace, zvětšování sebedůvěry. Jo, a to jsem vlastně ještě nezmínila, u nás teď nově bude vznikat časopis pro rodiny našich klientů, kde uvidí fotky z různých aktivit, ale to samozřejmě už teď nějak probíhá, protože dáváme fotky na sociální sítě, a to konkrétně na Facebook. U nás to máme přímo nazvané jako rodinná zóna, protože pak máme pro rodiny našich klientů stránky, kam mohou jenom oni se podívat na toho svého příbuzného.

Informovaný souhlas respondenta

Název bakalářské práce (dále jen BP): Aktivizace seniorů s demencí.

Tato BP se zabývá tématem aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních.

Praktická část probíhá formou rozhovoru s aktivizačními pracovníky.

Jméno a příjmení respondenta:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, průběhu zpracování, a formě mé spolupráce (nahrávání celého rozhovoru, analýza zvukového záznamu, přepis). Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit. Moje spolupráce na BP je dobrovolná.
4. Výsledky rozhovoru budou v BP uveřejněny anonymně.
5. S účastí na rozhovoru pro BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis studenta: