

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Aktivizace seniorů s demencí v domově
se zvláštním režimem.**

Bakalářská práce

Autor: Blanka Šiklová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Blanka Šiklová

Studium: U16062

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Název bakalářské práce: **Aktivizace seniorů s demencí v domově se zvláštním režimem.**

Název bakalářské práce Activation of Erderly with dementia in special regime homes.
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V teoretické části práce se budu věnovat problematice aktivizačních programů realizovaných v pobytových službách v domovech se zvláštním režimem pro klienty s demencí. V rámci této části práce budou popsány typy a formy programů, jejich možnosti, proces realizace a možné přínosy a negativa. V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílem práce bude zjistit názory pečujících profesionálů a rodinných příslušníků na realizaci aktivizačních programů a jejich přínos pro klienty s demencí.

Roman Jiráček, Iva Holmerová, Claudia Borzová a kolektiv. Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009
Andrea Pokorná. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010
Psychologie stárnutí. Ian Stuart-Hamilton. Praha: Portál, 1999

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Zuzana Machová

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením mé vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Lažanech dne 31.3.2019

Blanka Šiklová

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Truhlářové Ph.D. za metodické vedení mé práce, za cenné rady a profesionální přístup. Dále bych ráda poděkovala všem informantům za poskytnuté rozhovory.

Anotace:

Blanka Šiklová, **Aktivizace seniorů s demencí v domově se zvláštním režimem**, Hradec Králové: Filozofická fakulta – Ústav sociální práce, 2019, 77 stran, Bakalářská práce, Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou aktivizačních programů v pobytových službách v domovech se zvláštním režimem pro klienty s demencí. Tématem práce je zjistit jaké názory mají pracovníci v přímé péči, aktivizační pracovníci a rodinní příslušníci na aktivizační techniky, které se využívají v domově se zvláštním režimem a zjistit a popsat jejich pozitiva na osoby s demencí. Teoretická část nejprve definuje pojem domov se zvláštním režimem. Charakterizuje pečující personál v domově se zvláštním režimem, dále popisuje a vysvětluje jednotlivé aktivizační programy, které jsou vhodné pro osoby s demencí. Dále teoretická část nastiňuje roli rodinných příslušníků a individuálního plánování v nastavování vhodné aktivizace pro osoby s demencí.

V praktické části bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Ke zjištění cíle práce byla použita kvalitativní analýza a otevřené kódování. Závěr práce odpovídá na stanovený cíl a navrhuje možné využití v praxi.

Klíčová slova: osoba s demencí, domov se zvláštním režimem, aktivizace, individuální plánování

Abstrakt:

This bachelor thesis deals with activation programs in residential services in a special regime houses for clients with dementia. The topic of this thesis is to find out opinions of direct care workers, activators and relatives about activation programs which are used in a special regime houses. The other topic is to find out positives of activation programs to clients with dementia. Theoretical part of this thesis describes the term of special regime house. It characterizes the care workers in the special regime house. The thesis also explains some activation programs which might be used for clients with dementia. There is also described role of relatives in setting of the right activation program in this bachelor thesis.

In the practical part of bachelor thesis I have used the qualitative research based on semi-structured interview. To detect the goal of this thesis the qualitative analysis and open coding. The thesis conclusion answers the goal of thesis as well as suggests its usage in the real world.

Keywords: person with dementia, a special regime home, Activation, individual planning

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Domov se zvláštním režimem.....	11
2.1	Specifika domova se zvláštním režimem.....	11
2.2	Pečující personál v domovech se zvláštním režimem	13
3	Aktivizační programy DZR.....	17
3.1	Vliv muzikoterapie na osoby s demencí.....	18
3.1.1	Druhy skupin muzikoterapie	20
3.2	Možnost trénování paměti seniorů s demencí.....	21
3.2.1	Trénování paměti v praxi	22
3.3	Využití reminiscence u seniorů s demencí	23
3.4	Využití konceptu smyslové aktivizace u osob s demencí.....	25
3.5	Možnosti využití Zooterapie v aktivizaci u klientů s demencí	28
3.5.1	Canisterapie.....	28
3.5.2	Felinoterapie.....	29
3.6	Bazální stimulace.....	30
3.7	Validační terapie	32
4	Péče o osoby s demencí v DZR.....	35
4.1	Role rodiny v péči o klienty v DZR.....	37
4.2	Individuální plánování	38
5	Shrnutí teoretických východisek	40
6	Metodologická část	42
6.1	Formulace výzkumných cílů.....	43
6.2	Metodologie výzkumu	47
6.3	Popis informantů a etická stránka výzkumu	48
6.4	Časový rozvrh výzkumného šetření a jeho předvýzkum	50

7	Interpretace dílčích cílů.....	51
7.1	Názory aktivizačních pracovníků	51
7.2	Názory pracovníků v přímé péči.....	55
7.3	Názory rodinných příslušníků.....	60
7.4	Závěr výzkumného šetření a doporučení do praxe	64
8	Závěr	68

	Seznam použitých zdrojů.....	70
	Seznam tabulek	72
	Příloha č. 1.....	73
	Příloha č. 2.....	74
	Příloha č. 3.....	75

1 Úvod

Hlavním tématem mé bakalářské práce je aktivizace seniorů s demencí v domově se zvláštním režimem. Zvolené téma představí druhy aktivizačních technik nejvhodnější pro osoby s demencí v domovech pro seniory, vysvětlí nám přínos aktivizace pro osoby s demencí, a ukáže, jak se aktivizace může stát nedílnou a důležitou složkou péče. Dále nám pomůže nastínit problematiku aktivizace pohledem pečujících profesionálů a rodinných příslušníků. Tato hlediska nám pomohou proniknout do podstaty aktivizace a poukáží na to, proč je aktivizace seniorů s demencí důležitá činnost, jaké výhody a možnosti skýtají jednotlivé aktivizace. Názory pečujících profesionálů a rodinných příslušníků nám můžou pomoci zlepšit aktivizaci vzhledem k potřebám našich seniorů v domovech se zvláštním režimem.

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem pracovala jako aktivizační pracovnice víc jak jeden rok v domově se zvláštním režimem a tato problematika je mi velmi blízká. Myslím si, že aktivizace jako taková je mnohdy opomíjená a nedoceňovaná. Jsem přesvědčena o tom, že v mnoha případech chybí ucelený koncept aktivizace v pobytových zařízeních. Nezřídka je aktivizace roztržena do jednotlivých chaotických činností, nevyhodnocuje přínos jednotlivých aktivit pro klienty a není možné se tedy posouvat v kvalitě nabízených činností. Jako aktivizační pracovnice jsem také vnímala neznalost rodinných příslušníků, co znamená pojem aktivizace a jaké možnosti přinášejí jednotlivé aktivizační techniky. Rodinní příslušníci mnohdy vůbec netuší, jaká pestrá škála aktivizačních činností se nabízí. Ovšem na druhou stranu mají někteří rodinní příslušníci stále pocit, že je aktivizace nedostatečná. Dalším rozporem je, že pracovníci v přímé péči i aktivizační pracovnice vykonávají různé aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem, jejich činnosti v rámci aktivizace se častokrát prolínají, avšak každá tato profese pohlíží na problematiku aktivizace ze svého úhlu pohledu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je popsat problematiku aktivizace seniorů v domovech se zvláštním režimem a zjistit názory pečujících profesionálů a rodinných příslušníků.

Touto prací bych také chtěla upozornit na různé aktivizační techniky, které jsou vhodné pro práci s osobami s demencí. V této práci bych ráda přiblížila problematiku osob s demencí, specifické potřeby těchto lidí, a jakým způsobem jim mohou aktivizační techniky zlepšit kvalitu života v domově se zvláštním režimem.

Cílem této práce je přiblížit problematiku osob s demencí v pobytových zařízeních. Osob s demencí v naší společnosti přibývá. Ne každá rodina má dostatečné možnosti a sílu starat se o osoby s demencí, mnohdy se rodiny obracejí na domovy se zvláštním režimem na umístění svého blízkého do pobytového zařízení. Je naivní si myslet, že když senior s demencí je již umístěn v pobytovém zařízení, jsou naplněny jeho základní lidské potřeby, že již jinou péči nepotřebuje. Proto se domnívám, že zpracování tohoto tématu může být nápomocné při zvyšování kvality poskytované aktivizace nejen v domovech se zvláštním režimem v České republice.

Teoretická část mé bakalářské práce se bude zabývat charakteristikou domova se zvláštním režimem, v další kapitole se budu věnovat zaměstnancům domova se zvláštním režimem, kteří se podílejí na nastavování služeb a péči o osoby s demencí. V další kapitole seznámím čtenáře s pojmem aktivizace proto, abych se dále mohla věnovat podrobnému popisu dílčích aktivizačních technik, jež jsou vhodné pro osoby s demencí. Poté se budu zabývat přiblížením pojmu demence, a jaké nemoci toto způsobují. V neposlední řadě také zmíním roli rodiny v péči o klienty s demencí a význam individuálního plánování při nastavování vhodné aktivizace pro osoby s demencí.

Ve výzkumné části práce se nejprve budu věnovat vysvětlení zvolené kvalitativní strategie a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory budu uskutečňovat s pracovníky v sociálních službách a s aktivizačními pracovníky v domově se zvláštním režimem. Ke zjištění daného cíle použiji kvalitativní analýzu a otevřené kódování. V druhé části se dále budu věnovat popisu předvýzkumu, přiblížím charakteristiku informantů a místo výzkumného šetření. Dále se budu zabývat interpretací rozhovorů s informanty a následné vyhodnocování výzkumu, poté následují odpovědi na stanovený cíl práce.

Myslím si, že moje bakalářská práce by mohla být přínosem zejména pro vedení Domova se zvláštním režimem ve Vysokém Mýtě. Po dokončení výzkumu bych je ráda seznámila s výsledky mé práce. Myslím si, že by má práce mohla posloužit jako vodítko pro zlepšování nastavování aktivizace.

2 Domov se zvláštním režimem

Jestliže onemocní rodinný příslušník demencí, je to pro rodinu vždy velká zátěž a zkouška. Jestliže je rodina pracující nebo již nepostačují terénní a ambulantní zdroje sociální služby, rodiny se obracejí na Domovy se zvláštním režimem.

Zákon o sociálních službách hovoří o domovech se zvláštním režimem takto: *„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. (108/2006 Sb.)*

V České republice je dle registru poskytovatelů sociálních služeb ministerstva práce a sociálních věcí registrovaných 344 Domovů se zvláštním režimem. (MPSV,2018)

2.1 Specifika domova se zvláštním režimem

Prostředí pro osoby s demencí by mělo být přívětivé a rodinné. Člověk s demencí se špatně orientuje v novém neznámém prostředí, proto by měl být prostor bez zbytečných, jako jsou např. prahy, rohože či kabely od elektrospotřebičů. Na chodbách by měli být barevné body či piktogramy. Vhodné je označení dveří od pokojů, WC či společných prostor, pro usnadnění orientace osob s demencí. Domov se zvláštním režimem je v praxi převážně koncipován do již zaběhlého Domova pro seniory, tudíž některé prvky pro snadnou orientaci a bezpečnost nejsou dodrženy. V ideálním stavu by mělo mít jedno oddělení Domova se zvláštním režimem 15 až 20 obyvatel. Samozřejmě jsou soukromé pokoje a dostatečné společné prostory. Ideálním stavem jsou jednolůžkové pokoje. Vnitřní prostory by měly plynule přecházet do upravených a zajištěných venkovních prostor, aby si uživatelé sami mohli chodit ven a nehrozil jim úraz či náhodné odejití ze zařízení. Zajištění by mělo být buď pomocí signalizace,

či jiným důmyslným řešením, avšak osoby s demencí nemohou být v zařízeních uzamčeni. Prostory venkovní i vnitřní by měly být co nejvíce přehledné. (Jirák, 2009)

Dle vyhlášky 505/2006Sb. Domov se zvláštním režimem musí uživatelům zajistit tyto služby: Ubytování, praní prádla a drobné opravy prádla a žehlení. Dále stravu v rozsahu tří hlavních jídel denně, samozřejmostí je strava připravená v rámci racionální a dietní úpravy. Je nezbytné zajištění pomoci nebo podmínky při osobní hygieně, použití WC. Další v řadě je pomoc při péči o vlasy a nehty. Musí být zajištěna podpora při zvládání běžných úkonů péče, a to při oblékání a svlékání, přemístění z lůžka na vozík a zpět. Dále podpora při uléhání a vstávání z lůžka, změny poloh v lůžku. Musí být zajištěna podpora při podávání stravy a tekutin. Je třeba zajistit podporu v prostorové orientaci ve vnitřním i vnějším prostoru. Nesmí se také zapomínat na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. To je pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů. Některé osoby potřebují nápomoc s upevněním či obnovením kontaktu s rodinou nebo pomoc při sociálním začleňováním. Důležitou pomocí jsou také sociálně terapeutické činnosti, které rozvíjí nebo udržují osobní a sociální dovednosti, jež jsou důležité při sociálním začleňování. V Domovech se zvláštním režimem jsou též důležité aktivizační činnosti, které pomáhají při obnovení či upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím zejména nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Dále je potřeba dodržovat pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Mnohdy je také potřeba pomoci při komunikaci, jež vede k uplatňování práv a oprávněných zájmů. Dále tato vyhláška stanoví maximální výši úhrady za poskytování služeb v domovech se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem se dále musí řídit provozním řádem, který má mnoho údajů společných s domovem pro seniory. Zde jsou uvedeny další údaje. Domov se zvláštním režimem musí doložit zajištění bezpečnosti klientů, aby eliminoval jejich poranění. Dále musí doložit, jakým způsobem bude dohlíženo na klienty, jaký budou mít denní režim v zařízení. Je potřeba přesně deklarovat, kde se budou uživatelé moci pohybovat volně po oddělení a kde s omezením. Musí být uvedeno, za jakých podmínek a jakým způsobem se může přistoupit k restriktivním opatřením. Je třeba

také uvést přesné personální obsazení. Nutno uvést způsob a techniky aktivizace. (Malíková,2011)

2.2 Pečující personál v domovech se zvláštním režimem

V pobytových zařízeních pro seniory je důležité poskytovat péči profesionálním týmem složeným z více profesí. Jmenujme ty nejdůležitější: pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, zdravotní sestry a aktivizační pracovnice. (Dvořáčková,2012)

Činnost sociálního pracovníka je vymezena v zákoně 108/2006Sb. O sociálních službách. Sociální pracovník zejména provádí sociální šetření u zájemců o sociální službu. Poskytuje sociálně právní a sociální poradenství. Má na starosti metodickou a koncepční činnost. Cíleně vyhledává osoby s nepříznivou sociální situací nebo v krizové situaci. Má na starosti optimální spolupráci při poskytování sociálních služeb. Vede dokumentaci sociální služby. Má na starosti vedení řešení sociálně právních problémů v zařízeních sociálních služeb. Pracuje – li na obci či kraji, tak má zajišťovat potřeby obyvatel dané obce či kraje. Dle zákona o sociálních službách by měl být odborně způsobilý k vykonávání této profese. Je to v první řadě bakalářské, magisterské či doktorské ukončené studium na vysoké škole, akreditované dle zvláštního právního předpisu, které je zaměřeno na sociální práci, sociální pedagogiku, sociálně právní činnost nebo charitní a sociální činnost. Dále stanovené podmínky splňuje vystudováním vyšší odborné školy, akreditované dle zvláštního právního předpisu, a to vystudováním oboru sociální pedagogiky, sociální a humanitní činnosti, či vystudováním oboru zaměřeného na sociální práci a sociálně právní činnosti. (108/2006 Sb.)

Dle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2010) se sociální pracovník svojí odbornou prací podílí na komplexní péči o klienty v těchto zařízeních. Sociální pracovník může svým vysokoškolským vzděláním aspirovat na funkci ředitele domova. Sociální práce v pobytových zařízeních by však neměla být jen úřední prací a výplatou důchodů, jak to někdy bývá. Je velmi důležité, aby v těchto zařízeních byla

sociální a zdravotní péče v rovnováze. Náplň sociálního pracovníka v pobytových zařízeních pro seniory je následující:

- Komunikuje s úřady práce ohledně příspěvku na péči, se soudy ohledně podání podnětu omezení svéprávnosti či zbavení svéprávnosti, vyřizuje pozůstalost klientů, vyplácí důchody
- Provádí sociální šetření, pokud možno v domácím prostředí. Připravuje a provádí přijetí nového klienta do zařízení.
- Nastavuje sociální služby pro klienta v zařízení, podílí se na vytvoření individuálního plánu.
- Podává informace o sociálním zařízení veřejnosti a případným zájemcům o službu.
- Komunikuje s rodinou klienta, snaží se rodinu zapojit do komplexní péče o klienta v zařízení.
- Podílí se na koordinaci aktivit a společenského a kulturního života v domově.
- Dohlíží na dodržování standardů kvality v zařízení, etického kodexu a na dodržování lidských práv
- Zprostředkovává pro klienty zařízení kontakt s přirozeným sociálním prostředím (nákupy, doprovody)
- Vyřizuje stížnosti klientů a jejich rodin. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010)

Dalším důležitým zaměstnancem Domova se zvláštním režimem je Pracovník v sociálních službách. Tuto pozici zákon o sociálních službách specifikuje takto:

- V pobytových či ambulantních zařízeních vykonává přímou obslužnou péči, která spočívá v procvičování běžných činností, dále pak pomoc při oblékání, osobní hygieně a udržování čistoty, pomáhá při zacházení s pomůckami, prádlem. Dále napomáhá klientovi začleňovat se do společnosti, navazovat sociální vazby a uspokojovat psychosociální potřeby.
- Pracovník v sociálních službách musí splňovat tyto předpoklady: bezúhonnost, svéprávnost a odbornou způsobilost, tedy absolvování akreditovaného kurzu v časové dotaci 200 h.

- Dalším předpokladem je mít základní či střední vzdělání.
- Zúčastnit se kurzu je třeba do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání, do té doby pracuje pod dohledem pracovníka v sociálních službách, jenž tento kurz již absolvoval.
- Pracovník v sociálních službách má povinnost se za kalendářní rok zúčastnit nejméně 24 h odborného vzdělávání, zabezpečených zaměstnavatelem. (zákon 108/2006Sb)

Pracovníci v přímé péči v pobytových zařízeních vykonávají zejména úkony v oblasti přímé péče. Jsou nápomocni při osobní hygieně uživatele, oblékání, stravování, snaží se podporovat uživatele v soběstačnosti a samostatnosti, a jsou mu nápomocni při zvládnání běžných denních úkonů. Také uživatele vhodně motivují k denním činnostem. Pracovník v sociálních službách má dobré povědomí o sociálních službách. Má osvojené základní principy ošetrovatelství. Pracovník v sociálních službách podporuje důstojnost uživatele, neporušuje práva uživatelů, přijímá celou osobnost klienta. Samozřejmě zcela dodržuje mlčenlivost o věcech související s klientem. Umí komunikovat s klientem orientovaným i neorientovaným. (Malíková,2011)

Dalším důležitým pracovníkem zejména v pobytových zařízeních je aktivizační pracovník. Role aktivizačního pracovníka většinou domovech vykonává pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník. Aktivizační pracovník má na starosti realizaci skupinových či individuálních činností. Osvojuje si různé aktivizační činnosti díky absolvování různých vzdělávacích kurzů. Zařizuje většinou velké akce jako jsou plesy či různá hudební či taneční vystoupení, která jsou dle mého názoru vždy mezi klienty vítány.

Zákon O sociálních službách 108/2006Sb uvádí, že pracovník v sociálních službách může též zajišťovat náplň trávení volného času uživatelů v domově zaměřenou na zájmy uživatelů, procvičování pohybového aparátu. Pracovník podněcuje uživatele k výtvarné či hudební činnosti a věnuje se i uživatelům, kteří potřebují pomoc s udržením či zachováním hygieny, či potřebují pomoc při sociálním začleňování. Tuto náplň ve většině pobytových zařízeních vykonává aktivizační pracovník. (zákon 108/2006Sb)

Nedílnou součástí pečujícího týmu v domově se zvláštním režimem je zdravotní sestra. Zdravotní sestra musí mít úspěšně dokončené střední nebo vyšší vzdělání v oboru všeobecná sestra. Dále může mít vystudované odborné zaměření např. gerontologii nebo úspěšně absolvované vysokoškolské studium ošetrovatelství nebo ošetrovatelství v gerontologii. (Malíková,2011)

3 Aktivizační programy DZR.

Druhů aktivizačních programů je celá škála. Avšak ne zcela všechny se dají aplikovat pro seniory s demencí. Trávení volného času se může skládat z mnoha aktivit. Do aktivizace také můžeme zahrnout péči o zevnějšek, zachování používat příbor při stravování či aktivně se zapojovat u oblékání. Všechny tyto věci by měli vyplývat z individuálního plánování a zachování soběstačnosti osoby s demencí.

Při výběru aktivit pro klienty s demencí máme vždy na paměti, aby aktivity zapojovaly klienta přímo, abychom měli okamžitou přímou vazbu. Při vedení aktivizace dáváme srozumitelné a jednoduché pokyny. Vybereme klidné prostředí, jež nebude klienta rozptylovat. Musíme si být jisti, že zvolená aktivita je pro daného uživatele vhodná. Než zapojíme klienta do činnosti, dáme mu čas, aby se zorientoval. (Zgola, 2003) Při sestavování aktivizačních programů pro osoby s demencí je nutné brát na zřetel stupeň demence, osobnost klienta, jeho zájmy a momentální rozpoložení. Klienta se středním stupněm demence, můžeme zařadit do individuálních i skupinových aktivit. Naopak klientovi s těžkým stupněm demence nabízíme zejména individuální aktivity, které zaměřujeme na to, aby se dotyčný cítil příjemně. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

Při sestavování vhodných aktivit pro seniory musíme mít na paměti, že je zcela nevhodné nabízet činnosti, které by snižovaly, až zesměšňovaly osoby s demencí. (Pokorná, 2010)

Role aktivizačních programů má v péči o osoby s demencí v pobytových zařízeních nezastupitelné místo. Aktivizace jako taková by měla být zahrnuta do individuálního plánování sociální služby. Aktivizace by měla dávat smysl, neměla by být zbytečná. Měla by přinášet pocit jistoty, sociálního začlenění a zachovávat či prohlubovat kognitivní funkce. Zúčastněným osobám by měla přinést prospěch. Nejde jen o to vyplnit zbývající čas mezi stravou a hygienou. Aktivizace musí být dobrovolná, osobu s poruchami kognitivních funkcí můžeme motivovat, vysvětlovat, ale nakonec je na ní, zda se nabízené aktivity zúčastní. Nabízené aktivity musí odrážet schopnosti a dovednosti osoby s demencí. Je nemyslitelné, aby klient odcházel z aktivizace s pocitem, že zklamal, či něco nezvládl. (Zgola, 2003)

V pobytových zařízeních pro seniory je aktivizace důležitou složkou kvalitní péče. Jestliže senioři svůj volný čas prožívají nečinně, nestimulují své myšlení a paměť, může to mít za následek prohloubení závislosti na péči či pečující osobě. Ve chvíli, kdy je senior v pobytovém zařízení, stávají se aktivity důležitou součástí dne seniora. Zde může prohlubovat a navazovat nové vztahy s ostatními klienty, nachází zde uplatnění nebo najde činnost, ve které bude vynikat a zvýší si své sebevědomí. Dále při této činnosti zapomene na své starosti a bolesti. Druhy aktivit můžeme členit na individuální a skupinové. Při individuální aktivizaci můžeme činnost zacílit přímo pro danou osobu. Při skupinové čerpáme z interakce mezi účastníky aktivity. Každý člen skupiny může obdržet zadání přizpůsobené svým schopnostem. Je dobré dodržovat pravidelnost v denním i týdenním programu aktivit. Dále je dobré, když pracovníci v přímé péči předávají podněty z péče, na co který člověk reaguje a co má nejraději. Pracovník při aktivizaci nevystupuje v roli učitele, ale spíše v roli průvodce aktivitou. Se seniory s demencí můžeme aktivizaci vytvořit z dovedností, které si senior osvojil již dříve a prováděl je zcela automaticky. (hra na hudební nástroje, pečení moučnicku u žen, ruční práce nebo drobné domácí práce) Tyto dovednosti jsou uloženy v čelních lalocích levé mozkové hemisféry. Vlivem demence je zasažena pravá strana mozkové hemisféry. Pro osoby s demencí jsou důležité rituály a věci, které jsou jim známé a na které jsou zvyklí. Proto je velmi důležitá komunikace s rodinou klienta při příchodu do pobytové služby, a i během pobytu, protože senior již nemusí své potřeby umět pojmenovat a vyjádřit. (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013)

3.1 Vliv muzikoterapie na osoby s demencí

Hudba nás obklopuje již od raného dětství. Níže se budu věnovat vlivu muzikoterapie na seniory s demencí. Dále budu popisovat druhy muzikoterapie a specifika.

Již tradiční národy znaly léčivou moc hudby. Důležité při rituálech spjatých s hudbou bylo projevení pocitů. Spojení hudby, tance a rituálu umožňovala projevit emoce naplno. Jestliže skupina realizuje hudbu propojenou s tancem a rituály, tak taková aktivita může léčit, a hlavně vytváří sounáležitost. Rozvoj moderní muzikoterapie započal po 2. sv. válce. V České republice se aktivně muzikoterapií

zabývá Jitka Schánilcová – Vodňanská, Yvona Lucká, Hana Vyhnálková a Zdeněk Šimanovský. (Zelevá,2007)

Muzikoterapii jako terapeutický přístup řadíme do expresivních terapií. Někdy můžeme použít český ekvivalent „hudební terapie“. Muzikoterapie se stále vyvíjí, stejně tak jako jiné vědní obory, které napomáhají muzikoterapii jak v praxi, tak v teorii. V rámci muzikoterapie není požadováno po účastnících hudební vzdělání. Při terapii je důležitá interakce účastníka a terapeuta. V mnoha zemích jsou přesně stanoveny požadavky na kvalifikaci terapeuta. V lidském organismu muzikoterapie často podněcuje kladné změny. Muzikoterapie se dá aplikovat u dětí, dospělých či seniorů. Dále můžeme tuto terapii použít při zvládání bolesti, při depresích, vyrovnání se sama se sebou, léčení nebo rozvoj sociální komunikace. (Kantor, Lipský, Weber,2009)

Muzikoterapie je též vhodná při práci s osobami s demencí. Při aktivizaci, kde využíváme muzikoterapii, navodíme příjemné prostředí. Volíme spíše skladby a písně, které senioři s demencí znají ze svého mládí, tedy lidové a dechové skladby, lze použít i vážnou hudbu. Při terapii mohou být senioři zapojeni pasivně, to jest při poslechu známých skladeb či zvuků. Anebo aktivně při zpěvu, vytleskáváním rytmu nebo při použití různých nástrojů jako třeba bubínků, tamburín či rumba koulí. V muzikoterapii využíváme povzbuzující či zklidňující účinky hudby. Muzikoterapie seniorům s demencí může pomoci s navázáním a udržením sociálních vazeb ve skupině. Dále pak pomáhá při udržení dobré nálady. (Jiráček,2013)

Holzerová, Dvořáčková (2013) uvádí, že využití muzikoterapie v praxi se lze inspirovat přirozeným prostředím. My všichni máme hudbu jako součást života. Ne jinak to mají senioři v pobytových zařízeních. Doma byli zvyklí poslouchat hudbu z radia nebo televize. Při zpěvu známých písní senioři zapojují dlouhodobou paměť. Při zpěvu se jim vybavují vzpomínky. U seniorů je velmi oblíbený poslech živé hudby či zpěv s harmonikou. Dále Holzerová uvádí příklad skoro nekomunikující klientky, která při poslechu známé písně značně po chvíli zpívat společně s pracovníkem. Toto zjištění je nápomocné při vykonávání běžných činností jako je např. hygiena. Klientka je klidnější a pracovníci s uživatelkou lépe navazují důvěrný vztah.

V Domově se zvláštním režimem, kde jsem vykonávala výzkum zastávají muzikoterapii pracovníci přímé péče spíše okrajově, jen jedna pracovnice v sociálních službách má kurz muzikoterapie. Dle personálních kapacit dochází za klienty s demencí a vykonává zde muzikoterapii, je to však spíše o víkendech. Dále aktivizační pracovnice muzikoterapii zařazují do harmonogramu domova se zvláštním režimem pravidelně. V minulosti muzikoterapii vedla sociální pracovnice, která prošla cíleným kurzem na tuto činnost a v současné chvíli je na mateřské dovolené.

3.1.1 Druhy skupin muzikoterapie

V individuální formě je důležité působení terapeuta a klienta. Toto se může odehrávat v rámci skupinové terapie nebo je vymezena jako samostatná terapie. Musíme připustit, že tato forma je velmi náročná jak po stránce finanční, tak časové. Ale stává se, že klient potřebuje individuální přístup. Je to zejména pro jedince, kteří nedokáží udržet koncentraci z důvodu svého omezení či nemoci. Nebo by bylo pro ně velmi zatěžující být součástí skupiny. (Kantor, Lipský, Weber,2009)

Skupinovou muzikoterapii tvoří minimálně dva klienti. Neoptimálnější počet je při osmi až deseti klientech, avšak nejsou výjimkou ani dvacetičlenné skupiny. Velikost kolektivu se řídí schopnostmi terapeuta, cílem sezení a dále jsou to prostory, kde se sezení koná. (Holzer, Drlíčková,2012)

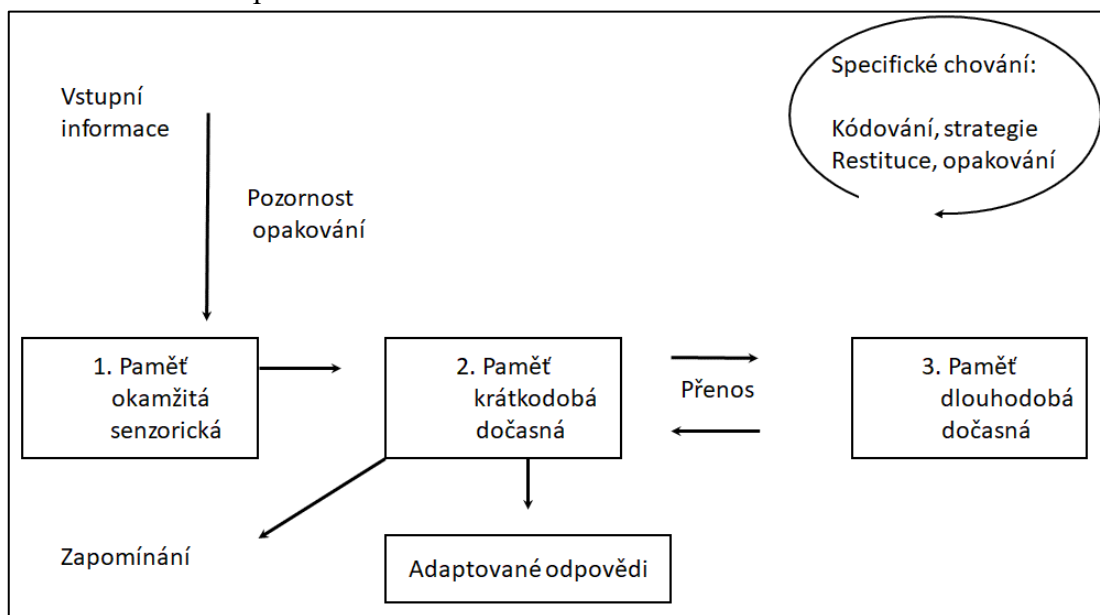
Dále můžeme hovořit o otevřené a uzavřené skupině. V takové skupině je stálý počet členů. Skupina mezi sebe nepřibírá nové členy. Nejvíce je využívána při krátkodobých terapiích. Výhodou tohoto seskupení je, že se členové skupiny dobře znají a mohou se tak lépe navzájem ovlivňovat. Je využíváno zejména ve stacionářích nebo v pobytových zařízeních. Dále hovoříme o otevřené skupině. Zde je každý odchozí nahrazen někým jiným. Toto je využíváno zejména na odděleních dlouhodobé péče nebo v poradenských a klinických zařízeních. Dále zmiňme, že skupina podporuje pocit sounáležitosti. Před složením skupiny se musíme zamýšlet nad cílem sezení, nebo zda námi vybraní klienti se budou schopni a ochotni začleňovat do skupinové muzikoterapie. (Kantor, Lipský, Weber,2009)

3.2 Možnost trénování paměti seniorů s demencí

Paměť je schopnost organismů přijímat, uchovávat a znovu si vybavovat předchozí zkušenosti, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. (Suchá in Raboch, Pavlovský, str.11, 2008)

Za to, že můžeme ihned používat to, co vidíme, slyšíme, čteme a zažíváme, vděčíme krátkodobé paměti. Následně, že si tyto informace pamatujeme delší časové období, vděčíme paměti dlouhodobé. Někdy jsou zmiňovány tři druhy paměti. Jsou jimi paměť okamžitá, krátkodobá a dlouhodobá. To, co cítíme, slyšíme, chutnáme, vidíme, či hmatáme, může být převedeno do paměti krátkodobé. Aby nastal tento proces, musí být informace či zážitek pro nás něčím zajímavým, užitečným nebo se stále opakujícím. Dále se tyto informace převádějí do paměti dlouhodobé (viz.obr.1). (Lairová,2015)

Obrázek 1: Tři paměťová stádia



Zdroj: Lairová, 2015. *Trénink paměti: principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti.*

Abychom si mohly něco pamatovat, musíme danou informaci vnímat. Z vnímaného jevu si pamatujeme vždy jen určité procento. Informace, které si vybavujeme, nazýváme rozsah paměti. Do dlouhodobé paměti přejde jen malé procento informací. (Lairová,2015)

Pamatujeme-li si něco, nebo umíme-li se na něco soustředit, myslíme-li, máme-li svůj úsudek, umíme-li zpracovat to, co víme, máme-li nějakou slovní zásobu, umíme-li psát, číst, počítat, to vše nazýváme dvěma slovy kognitivní neboli poznávací funkce. Zhoršením paměti, jejími výpadky a zhoršením dalších poznávacích funkcí může jít o mírnou kognitivní poruchu. Zhoršením těchto funkcí není běžný projev stáří, ale nejedná se o demenci, i když mnoho osob časem demencí onemocní. Demence je degenerativní onemocnění mozku a má fatální následky. Dále stojí za zmínku, že stárnutí nerovná se snižování intelektu a zapomínání slov. Mohlo by jít o degenerativní onemocnění mozku. Je tedy dobré v tomto případě požádat o odborné vyšetření. První známky stárnutí jsou v první řadě snížení paměťové schopnosti, nejvíce u krátkodobé paměti. Naučit se tedy ve vyšším věku novou věc, je obtížnější než v mládí. Je potřeba danou věc vícekrát opakovat. (Suchá, Jindrová, Hátlová,2013)

Je nutné paměť stimulovat, aby byla stále aktivní. Dále je důležitá motivace něco nového se naučit, příjemné prostředí při vštěpování nových informací a vjemů. K dobré paměti přispívá dodržování správné životosprávy. Jestliže paměť nedostává nové informace a vjemy, není dobře motivována, přestává být postupně činná. (Suchá,2008)

3.2.1 Trénování paměti v praxi

Procvičování paměti nejen u seniorů s demencí lze využívat při běžných denních činnostech jako je nácvik sebeobsluhy (hygiena, používání WC, oblékání, zapamatovat si svůj pokoj) a při běžných rozhovorech s klienty (orientace v čase, místě a prostoru). V aktivizaci můžeme využívat trénování paměti při poznávání známých potravin či tekutin. Dále poznávání známých předmětů v látkovém sáčku). Velmi oblíbené jsou deskové či karetní hry. Aktivita musí být vždy přizpůsobena schopnostem klienta. (Holczerová, Dvořáčková,2013)

U osob s demencí v mírném stadiu a středně pokročilé demenci je vhodné zařadit do aktivit procvičování paměti. Aktivita musí být vedena s ohledem na zachované schopnosti klientů. Náročnost aktivity musí být upravena tak, aby uživatelé nebyli deprimováni při neúspěchu. Tato činnost je spíše aktivitou pro příjemně strávený čas, ale ke zlepšení paměti již nedochází. Zaměřujeme se nejlépe na procvičování

dlouhodobé paměti, která je u demence zasažena déle než krátkodobá. Je to např. hledání křestních jmen, měst, zvířat na dané písmeno. Doplnění pranostik nebo přísloví. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Dále jsou vhodná cvičení typu: Doplnění hlavních měst známých států. Přiřazovat k dobře města a jejich tradiční výrobky a čím jsou známé (Kladruhy – koně, Plzeň – pivo). Doplnit jména známých herců a hereček. Doplnit jméno známé dvojice. (Suchá, 2008)

Trénování paměti v domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem vykonávala výzkum, zajišťují výhradně aktivizační pracovníci, které mají podklady pro trénování paměti. Dle mého názoru může trénování paměti vykonávat i pracovník v přímé péči. Během roku 2019 by měli být proškoleny dvě sociální pracovníci jako trenér paměti.

3.3 Využití reminiscence u seniorů s demencí

Reminiscence je vhodná aktivizace pro seniory s demencí. Při této aktivizační technice se pracuje se vzpomínkami, známými událostmi, které jsou podněcovány rozhovorem či různými předměty. Reminiscence využívá faktu, že u Alzheimerovi choroby je ve větší míře zachována dlouhodobá paměť, proto osoby s demencí si jsou schopny vybavit vzpomínky ze svého života. Při reminiscenci se využívají zejména příjemné vzpomínky, těm bolestným se snažíme vyhýbat. Některá pobytová zařízení mají pro seniory vybaveny místnosti se starými věcmi a nábytkem, tzv. reminiscenční místnosti. Tyto místnosti jsou vybaveny starším nábytkem (sedačky, křesla, mycí linky, kredence či vařenky) a starými věcmi (nádobí, valcha, šlapací šicí stroj, hračky atd.) Dále se velmi osvědčilo prohlížení starých rodinných fotografií seniora. Tato aktivita může být individuální či skupinová. Reminiscence je nezastupitelná v celistvé péči o seniory s demencí. (Jirák, 2013)

Reminiscence nám pomáhá se dívat na seniora jinými očima, pomáhá nám porozumět jeho světu a pochopit jej. K tomuto je potřeba dobře proškolený personál pracující s individuálním plánem uživatele a jeho životním příběhem, aby dokázal vhodně navázat na události jeho života. Dále by měl personál pracovat s kladnými i negativními projevy seniorů, je třeba umět nakládat s mnohdy intimními

vzpomínkami klientů. Dále je velice důležité si osvojit aktivní naslouchání. (Holczerová, Dvořáčková,2013)

Při zvolení vhodné reminiscenční aktivity můžeme u člověka s demencí vyvolat již zapomenuté vzpomínky, dovednosti či schopnosti (pletení, taneční kroky, míchání těsta). Lidé s demencí nemusí reagovat na podněty z reminiscence ihned, ale dané vzpomínky se mohou objevit až za nějaký čas. U osob z demencí je proto nutné přistupovat individuálně a vycházet z individuálního plánu. Dále při reminiscenci využíváme smyly, které mají lidé s demencí zachovány. Při reminiscenci využíváme čichové podněty. Nabízíme klientům známé vůně (bylinky, umletou kávu, koření). Dále využíváme hmat k vyvolání vzpomínek, jež jsou spojeny s prožitkem ze života. Toto je vhodné zejména pro osoby, které komunikují velmi obtížně (různé typy látek, dřevo, kožešiny či známé předměty z domácnosti). Dále můžeme využít sluch a sluchové podněty, které připomínají klientům jejich etapy života (oblíbená píseň seniora, známé úryvky z básní, nebo zvuky lesa, deště či lesa). Snažíme se také využívat zrakových vjemů, a to zejména při prohlížení starých časopisů, fotografií či sledování filmů pro pamětníky. Využíváme i chuť, jež je hojně spojena zejména s dětstvím a mládím. V reminiscenci dále využíváme pohyb, především jde o stále se opakující pohyby, které byly používány stereotypně (psaní na stroji, tanec, míchání či válání těsta). Dále je velmi důležité začít spolupracovat s rodinou klienta ihned od přijetí do pobytového zařízení. Je dobré, když rodiny přinesou rodinné fotografie, ke kterým se vážou klientovi vzpomínky, sepíše životní příběh klienta a účastní se některých aktivit pořádaných pobytovým zařízením. (Janečková, Vacková,2010)

V mnoha pobytových zařízeních, kde se starají o osoby s demencí, využívají k reminiscenci „memory book“, což je album s fotografiemi klienta, výstřižky z dobových novin, obrázky či různé pohledy, vysvědčení. V některých zařízeních používají „memory box“ - neboli kufr vzpomínek. V této krabici, kufru či boxu jsou drobné předměty, jimiž se klient celý život obklopoval nebo s nimi pracoval. S pomocí těchto předmětů mluvíme s klientem o jeho životě. Při reminiscenci s osobami s demencí vzpomínáme zejména na mládí a střední věk, nezabíháme příliš do historie. Pro skupinové reminiscence volíme témata, jako jsou škola, vojna či svatba. Dbáme

na to, aby reminiscence byla příjemně strávený čas pro osoby s demencí a stala se přínosem péče těchto osob. (Jirák, Holmerová, Borzová,2009)

Zásady vedení skupinové reminiscence s osobami s demencí:

- volíme spíše menší skupinu klientů (2 až 4 osoby)
- dobu setkání upravíme dle schopností a zdravotního stavu klientů
- volíme vhodný čas setkání (nejlépe po odpoledním odpočinku)
- připravíme vhodné téma pro účastníky setkání, vhodně pracujeme s biografii klientů
- při reminiscenci si všímáme neverbálního vyjadřování klientů s demencí, kteří takto vyjadřují své emoce a vzpomínky

- klientům necháme dostatečný prostor na vyjádření (Gibson, Noris in Špatenková, Bolomská,2011)

Reminiscenci v domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem vykonávala výzkum, provádí aktivizační pracovnice, jež společně se sociálními pracovníky shromažďují potřebné předměty na tuto aktivitu, zejména od rodinných příslušníků.

3.4 Využití konceptu smyslové aktivizace u osob s demencí

Principem celistvého konceptu smyslové aktivizace je vnímat člověka jako celek, který zahrnuje oblast biologickou (tělesnou), psychickou (duševní) a transcendentální (přesahovou – duchovní). (Vojtová, str. 9, 2014)

Smyslová aktivizace je koncept Lore Wehner, která tento koncept zavádí v Rakousku do pobytových služeb od roku 2004. Hana Vojtová pod záštitou Lore Wehner koncept smyslové aktivizace zavádí v České republice od roku 2010 a vede Institut vzdělávání smyslové aktivizace. Smyslová aktivizace se snaží využívat smysly člověka (čich, sluch, hmat. chuť a zrak), někdy jsou určité smysly omezeny, ale ne vždy všechny najednou. Tyto smysly představují podněty pro smyslovou aktivizaci. Smyslová aktivizace umožňuje osobám s demencí v pobytových zařízeních znovu se vrátit do života. Vnímat život přes své smysly, být stále činný. Smyslem konceptu je dodat člověku s demencí sebedůvěru a poznání, že je stále co objevovat. Dle této

koncepte nestačí uspokojit potřeby fyziologické, ale také duševní, aby se klient cítil dobře. Smyslová aktivizace je ucelené pojetí péče a aktivizace. Klade důraz na podporu soběstačnosti klientů, a hlavně na přístup personálu ke klientům. Takovýto přístup je pomocí a podporou rodinám a klientům pobytového zařízení. Tento koncept je zejména pro pracovníky v přímé péči a aktivizační pracovníky, dále také pro zdravotnický personál, vedoucí pracovníky a pomocný personál. (Vojtová,2014)

Cílem smyslové aktivizace je procvičovat krátkodobou a dlouhodobou paměť, jemnou a hrubou motoriku, podpora v soběstačnosti a samostatnosti klientů, rozvoj či udržení péče o svoji osobu. Dále jejím cílem je orientovat klienty přirozenou cestou v čase, aby si sami uvědomili vlastní dovednosti a schopnosti. Při skupinových aktivitách navázání kontaktu s jinými klienty. (Wehner, Schwinghammer,2013)

Při krátkodobé aktivizaci je velmi důležité navázat vztah mezi klientem a osobou provádějící aktivizaci. Tato aktivizace může probíhat ve společných prostorách zařízení, nejlépe v klidném prostředí či venku na zahradě. U imobilních klientů aktivita může probíhat přímo u lůžka. Dobře provedená smyslová aktivizace může probíhat 10 minut i hodinu. Při krátkodobé aktivizaci a péči dodržujeme tzv. čtyři pilíře setkávání. U každého setkání je důležité přivítání, podání ruky. Je třeba projevit zájem o klienta, emočně se mu přiblížit. Vedle tohoto je i velice důležitá verbální a neverbální komunikace. Osoby s demencí jsou velmi citlivé na neverbální komunikaci, především když už verbální komunikace nejsou schopni. A poslední složkou těchto pilířů je pozornost, zejména oční kontakt. (Wehner, Schwinghammer,2013)

Obrázek 2: Čtyři pilíře úspěšného setkávání



Zdroj: Wehner, Schwinghammer,2013, *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*

Ke smyslové aktivizaci využíváme předměty a pomůcky, které mají senioři s demencí vtisknuté do paměti z mládí, či produktivního věku. V první řadě využíváme jejich osobní předměty (alba s rodinnými fotografiemi, obrazy, upomínkové předměty). Využíváme vzpomínky a události, které jsou s konkrétními předměty spjaté. Dále se používají rostliny a plodiny související s ročním obdobím, velice důležité při orientaci časem. A v poslední řadě retro předměty. Tady můžeme úspěšně zapojit rodiny klientů, které mohou přinést staré předměty, jež obklopovaly jejich příbuzné (kuchyňské nádobí a náčiní, nábytek). Vybrané předměty musí korespondovat s vybraným tématem aktivizace. Smyslovou aktivizaci můžeme vést jako individuální nebo skupinovou aktivitu. Při skupinové aktivizaci je nejdůležitější výběr členů do skupiny. Sestavujeme-li skupinu s osobami s demencí, nepřekračujeme počet 6 osob. Nejlepší je, když jsou ve skupině lidé se stejným stupněm demence, aby skupina nebyla narušována případnými rušivými elementy. Platí zásada, čím je stupeň demence větší, tím by měla být skupina menší. Dále je důležité osobní pozvání klientů na smyslovou aktivizaci. V koncepci smyslové aktivizace se pracuje s pracovními plány. Tam si osoba, která aktivizaci bude realizovat, zaznamenává téma a podtéma aktivizace. Dále stručný popis skupiny, připravené prostředí a materiál k aktivizaci, cíle aktivizace a jaké smysly budeme zapojovat. V plánu se zaznamenává fáze vstupu do aktivizace, tedy přivítání, práce s kalendářem. Následuje hlavní fáze, vyvolání vzpomínek a zážitků s daným tématem. Následuje výstup, tedy zopakování provedené aktivity, poděkování a rozloučení. (Vojtová, 2014)

V domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem vykonávala výzkum, smyslovou aktivizaci provádí zejména pracovníci v sociálních službách, kteří jsou proškoleni. Další proškolení pracovníků v sociálních službách a aktivizačních pracovníků by měl být uskutečněno během roku 2019.

3.5 Možnosti využití Zooterapie v aktivizaci u klientů s demencí

Pojmem zooterapie rozumíme pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. (Velemínský, s.30, 2007)

Zvíře na člověka působí velmi kladně, odvede jeho pozornost od jeho bolesti a smutku. Při zooterapii je vždy přítomen zoo terapeut. Pojem zooterapie zahrnuje mnoho forem činností se zvířaty. K zooterapii využíváme různé druhy zvířat (psi – canisterapie, kočky – felinoterapie, koně – hyporehabilitace, lamy – lamaterapie). V sociálních zařízeních, školských zařízeních a někdy ve zdravotnických zařízeních se nejvíce využívají „aktivity za pomoci zvířat“. Aktivita probíhá většinou za přítomnosti personálu zařízení. Jedná se spíše o příjemnou chvíli strávenou za přítomnosti zvířete než o léčebný proces. Klienti si zvíře hledí za dohledu zoo terapeuta, hrají hry nebo pečují o dané zvíře. Je zde zapotřebí spolupráce zoo terapeuta a personálu. Dalšími metodami práce se zvířaty jsou „terapie za pomoci zvířat“, „vzdělávání za pomoci zvířat“, „krizová intervence za pomoci zvířat“. Zooterapii může vykonávat osoba proškolená nebo profesionální zoterapeut v závislosti na vybrané metodě. Nejvíce praktikovanou formou zooterapie je, když zvíře za klienty dochází do jejich prostředí, nebo když aktivity probíhají pravidelně na jiném místě. Dále využívanou formou zooterapie je umístění zooterapeutického zvířete do zařízení. Je nutné proškolení osob zodpovědných za zvíře, které se budou v zařízení věnovat zooterapii. Další formou jsou pobyty osob v místě, kde se vykonává zooterapie (dětské tábory, statky, farmy). Poslední formou jsou jednorázové aktivity. Je to spíše představení zooterapie jako takové, může mít formu přednášky či ukázky zooterapie. Základním předpokladem u zooterapie je, aby terapeut a klient byli vzájemně naladěni. Zvíře je v zooterapii tzv. koterapeut. (Velemínský,2007)

3.5.1 Canisterapie

Název canisterapie poprvé zmínila v roce 1993 Jiřina Lacinová. Termín se skládá z latinského slova canis a řeckého terapie léčit. Toto označení se ujalo i v zahraničí. (Muller,2014)

Canisterapii je léčebný proces mezi psem a člověkem, který má mnoho forem a podob. Při canisterapii se využívá kladné působení psa na člověka. Canisterapie může být vykonávána jako individuální či skupinová aktivita. Jejím prostřednictvím lze ovlivňovat pozitivně psychiku klienta, psychomotorické dovednosti, komunikaci klienta s okolním světem, zklidnění klienta. (Velemínský,2007)

Vhodný pes na canisterapii se nevybírám dle rasy, ale vhodných povahových vlastností. Velmi také záleží na výchově psa a jeho předešlé socializaci. Není na škodu, když se na canisterapii podílí různé rasy, protože každý klient preferuje jiné plemeno a má specifické potřeby a požadavky. Aby mohl pes vykonávat canisterapii, musí úspěšně složit zkoušky canisterapeutických týmů. (Velemínský, Eisertová,2007)

Na canisterapeutického psa jsou kladeny vysoké hygienické nároky, zejména je-li pes u imobilních osob. Z tohoto důvodu je doporučována podložka pod psa, je-li na lůžku klienta. Senioři v přítomnosti psa lépe komunikují, jsou vytrženi z každodenní rutiny. Pes velmi kladně podněcuje seniora k aktivitě. (Velemínský,2007)

Galajdová zmiňuje, že canisterapie má pozitivní vliv na osoby s Alzheimerovou nemocí. Klientům s touto chorobou se při canisterapii oživují paměťové stopy a vzpomínky spojené s emocí vyplují na povrch. Ovlivňuje tedy kladně kognitivní funkce klientů s demencí. (Galajdová, Galajdová,2011)

Canisterapii vykonává v domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem vykonávala výzkum, zajišťuje externí canisterapeut se svým psem, který má smlouvu se zařízením. V minulosti toto v domově zajišťovala i sociální pracovnice se svým canisterapeutickým psem, která je v současnosti na mateřské dovolené.

3.5.2 Felinoterapie

Felinoterapie využívá příznivé až léčebné účinky kočky zejména u seniorů a dětí. U seniorů pomáhá odbourat stres v době nástupu do pobytového zařízení. Kočka dokáže příznivě ovlivňovat paměť, zejména jemnou motoriku. Felinoterapie nejvíce spočívá v hlazení kočky, jež velmi kladně působí na ruce. Při péči o kočku klienti procvičují jemnou motoriku. Byl prokázán fakt, že vrnění a předení kočky má antistresové účinky. Nejvhodnější plemena koček jsou radgol, kočka sibiřská nebo

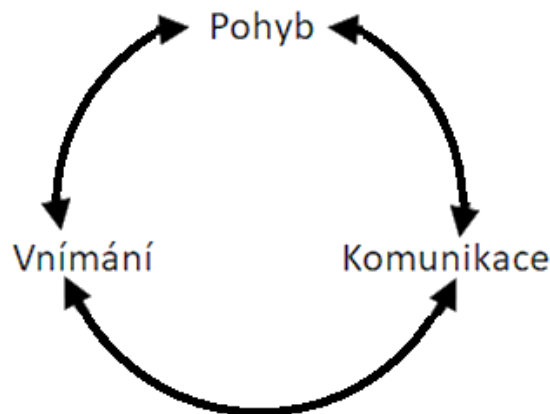
kočky siamské. Nejvhodnější kočky do felinoterapie jsou kočky mírné povahy s kladnými povahovými vlastnostmi, socializované. (Nerandžič,2006)

V pobytových zařízeních pro seniory se nejvíce využívají pravidelné návštěvy kočky. Při relaxaci s kočkou dochází u seniorů k vyvolávání vzpomínek a vzájemné komunikaci mezi seniory přítomných na felinoterapii. (Velemínský,2007)

3.6 Bazální stimulace

Bazální stimulace má v západní Evropě již čtyřicetiletou tradici. Autor bazální stimulace je prof. dr. Andreas Fröhlich. Bazální stimulace je komplexní pojetí péče a terapie, která se využívá zejména u seniorů, u nichž byla zjištěna demence. Cílem tohoto konceptu je přispět k celkovému zklidnění osoby s demencí. Bazální stimulace pomáhá orientovat klienty v prostoru, v čase a motivovat je ke spolupráci při vhodných aktivitách. Dále přispívá k minimalizaci pádů u osob s demencí. Individuální plán dle tohoto konceptu vychází ze životního příběhu klienta, jenž pracuje s osobními daty, zkušenostmi a životními událostmi klienta s demencí. Bazální stimulace je souhrn postupů, který se přizpůsobuje aktuálnímu stavu osobám s demencí. Bazální stimulace osoby s demencí podporuje v soběstačnosti. Jde o povzbuzení v rámci pohyblivosti klienta, jeho paměti a verbální komunikace, tímto dochází k opětovnému navázání nervových spojení. K tomuto se používá povzbuzení všech lidských smyslů. V praxi bazální stimulaci rozeznáváme na somatickou a vestibulární. Somatická využívá znalosti a vnímání svého těla k uchování či prohloubení psychomotorických, komunikačních či kognitivních dovedností klienta, již provádí pracovník v přímé péči dle aktuálního stavu klienta. Imobilní člověk po delší době na lůžku své tělo vnímá jinak, než v minulosti. Stimulace se využívá po koupeli klienta a dalších činnostech při péči o jeho tělo. Vhodné zejména pro osoby s demencí, používá se speciální polohování či různá dechová cvičení, která se dají využít pro zklidnění klienta. Vestibulární stimulace dokáže kladně působit a aktivizovat mozkovou činnost a držení svalů klienta, zejména pak svalů zad, šíje a nohou. Přispívá tak ke zlepšení sedu klienta, snižuje riziko pádů a závratí při nacvičování chůze. (Friedlová,2014)

Obrázek 3: Vzájemné propojení pohybu, vnímání a komunikace



Zdroj: Friedlová, 2015, Bazální stimulace: pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy

Do bazální stimulace také zahrnujeme stimulaci optickou. Tuto stimulaci v praxi nejlépe propojíme se somatickou a vestibulární stimulací. Dále dodržujeme tyto zásady: imobilní osoba vnímá prostředí kolem sebe jinak než zcela mobilní osoba. Člověk se zrakovým omezením nerozeznává pastelové a bílé barvy. Je vhodné, když má klient fotografie či předměty, které jsou mu známe, v zorném poli. Bazální stimulace využívá tzv. vizuálních orientačních bodů v orientaci osob s demencí v pobytových zařízeních. Jedná se zejména o označení dveří pokoje nebo nábytku umístěného v pokoji, jež jsou barevně označeny, nebo jsou odlišeny obrázky nebo popisky. Lze též využít obrázky, předměty nebo fotografie, které odráží životní příběh klienta. (Friedlová,2015)

Při jednání s klientem s demencí dodržujeme pravidla komunikace s osobami s demencí dle konceptu bazální stimulace.

Při rozhovoru s člověkem s demencí eliminujeme rušivé zvuky a podněty:

Vyjadřujeme se srozumitelně. Neměníme rychle témata rozhovoru. Při rozhovoru volíme jazyk srozumitelný klientovi. Přiměřeně a vhodně do rozhovoru zařazujeme doteky. Celou dobu komunikace se přizpůsobujeme hovor schopností klienta. Citlivě reagujeme na negativní pocity a projevy klienta. Svým jednáním hájíme práva osob s demencí.

Jestliže klient sice rozumí našemu verbálnímu projevu, ale sám se již nedokáže verbálně projevit, používáme vhodné komunikační karty. Jednotlivé karty zobrazují předměty denní potřeby a běžné denní činnosti. (Friedlová in Kalvach,2015)

Bazální stimulaci vykonávají v domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem vykonávala výzkum, pouze pracovníci v sociálních službách, kteří absolvovali kurz bazální stimulace.

3.7 Validační terapie

Při práci se seniory s demencí můžeme použít techniku validační teorie. U zrodu Validační techniky stála Naomi Feilová. Ta v letech 1963-1980 vytvořila tento koncept vůči klasickým terapiím, které klienty s demencí konfrontovaly s realitou. Tato terapie nebyla pro klienty s demencí přínosná. Obliba validační terapie nastala v 80.letech minulého století a nadále přetrvává. Validační technika zastává teorii, že každý by měl mít uzavřené své problémy a nedorozumění, neboť jedině tak může v klidu zemřít. V tomto validační terapie pomáhá klienta s demencí pochopit, nevyvracet mu jeho pohled na svět. Pomáhá při komunikaci s klientem s demencí, klade důraz na individuální práci s klientem a neverbální komunikaci. Komunikace s klientem demencí, která vědomě pracuje s emočním prožíváním klienta. (Jiráček,2013)

Naomi Feilová zastává názor, že jednání a prožívání seniorů s demencí má svůj význam a opodstatnění. V rámci validační techniky nezlehčujeme emoční prožívání klienta. Nevyřešené problémy stále ovlivňují psychiku klienta. Validace pomáhá při zpracování emočního zážitku, k čemuž může být nápomocna reminiscence. U osob s demencí je do jisté míry zachována dlouhodobá paměť. Cílem validace není klienty s demencí konfrontovat realitou. Validační terapie umožňuje pracovníkům komunikovat s klientem s demencí i přes jeho útržkovitou mluvu a rychlé obměně témat hovoru ze strany klienta. Validace je také nápomocna při udržení klientovi pozornosti. (Malíková,2011)

Cíle validace dle Rheinwaldové:

- smíření se životními událostmi
- uvědomění si co ještě dokážu, mít se rád
- vnitřní vyrovnanost
- zpracování problémů z minulosti (Rheinwaldová, 1999)

Dle Feilové je několik fází špatné orientace:

Osoby se špatnou orientací si stále uvědomují své jednání, snaží se kontrolovat své činy. Jsou podezřívaví ke svému okolí, stále jsou nespokojení. Nejsou zcela orientovaní v čase, rádi vzpomínají na minulost. S osobami se špatnou orientací je vhodné pracovat ve skupinové terapii.

- První stadium špatné orientace

Lidé v první stadiu špatné orientace zastírají své výpadky paměti. Obviňují druhé ze ztráty osobních věcí a předmětů. Špatně se vyrovnávají s tím, co během života ztratili. V této fázi vyplouvají na povrch negativní emoce, pocit ublížení a frustrace, které pociťovali již v dětství.

- Druhé stadium špatné orientace

Osobám se ve druhém stadiu špatné orientace již nedaří zastírat špatnou paměť. Mnohdy jsou neorientovaní v čase. Ztrácí ponětí o zavedených zvyklostech ve společnosti. Dále ztrácí schopnost sebeobsluhy. Jsou náchylní k negativním emocím.

- Stadium dezorientace

Dezorientovaní jedinci jsou často mimo realitu vědomě, utíkají tím od bolestných problémů svého života. Vyjadřují se pomocí emocí. Často hovoří bez kontextu a nesouvisle, proto je velmi obtížná komunikace. Dochází k poruše kognitivních funkcí. Je narušená krátkodobá paměť. Zde je nejlepší řešení individuální validace. (Rheinwaldová, 1999)

Validační technika není metodou léčebnou, ale přispívá k lepší komunikaci s lidmi, kteří vnímají realitu jinak než ostatní populace. Je vhodná zejména pro osoby s demencí, ale nejen pro ně. Validace respektuje chování a komunikaci lidí se špatnou orientací nebo jsou-li dezorientovaní. Validace nás také nabádá k jinému přístupu k těmto lidem. (Procházková, 2011)

Validační terapii mohou vykonávat aktivizační pracovníce, pracovníci v sociálních službách i sociální pracovníci. Pracovníci v domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem vykonávala výzkum, nejsou proškoleni ohledně validační techniky.

4 Péče o osoby s demencí v DZR

Dle Matouška, Koláčkové, Kodymové (2007) je péče člověka s demencí pro jeho rodinu velmi obtížné období. Organizací a zařízení, jež nabízejí pomoc a podporu lidem s demencí a jejich blízkým sice přibývá, ale jejich kapacita je nedostačující. Česká Alzheimerovská společnost se sídlem v Praze, nabízí pomoc a rady rodinám a osobám s demencí.

Demence jsou závažné psychické poruchy, které vedou k výrazné poruše kognitivních funkcí i k poruše nekognitivních funkcí aktivit denního života a k tzv. behaviorálním a psychologickým příznakům demence – k poruchám chování, emotivity, spánku. (Jirák, s. 69, 2013)

Demence je někdy mylně zaměňována s příznaky stárnutí. Stává se, že když je diagnostikována demence u staršího člověka, je již v pokročilé fázi. Nejčastěji je demence diagnostikována u lidí mladších 60 let, protože její projevy jsou často velmi viditelné. (Hamilton, 1999)

Dále se budu věnovat nejznámějším a nejrozšířenějším typům demence. Budu se věnovat Alzheimerově chorobě, Demenci s Lewyho tělísky a Parkinsonově chorobě.

Dle České alzheimerovské společnosti se Alzheimerova choroba podílí na 50 až 60 % případů demence. (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016)

Alzheimerova choroba je pomalu se rozvíjející onemocnění. Někdy se toto onemocnění mísí s jinými druhy demence. Jejím prvním příznakem je často zapomínání, které je často spojováno se stářím. Alzheimerovu chorobu dělíme do tří fází, které předchází amnestická forma lehké poruchy poznávacích funkcí. Lehká alzheimerovská demence se projevuje častými poruchami krátkodobé paměti. Nemocný si nepamatuje nové informace, např. ovládání mobilního telefonu. Neustále shání své osobní věci. Již v této fázi se může zhoršovat orientace v prostoru a čase. Může být narušeno logické myšlení a soudnost. Složitější úkony jsou velká zátěž. Střední alzheimerovská demence – Prohlubují se poruchy kognitivních funkcí a orientace v čase a v prostoru, proto někteří již nemohou samostatně odcházet z domova. Dále se zhoršuje logické myšlení a soudnost. Zhoršuje se komunikace

s okolím, ztenčuje se slovní zásoba. Z běžných denních činností se stává velký problém. Dále se mohou objevit poruchy vnímání. Mnohdy se denní úkony jako oblékání, úkony hygieny či denní aktivity neobejdou bez asistence druhé osoby. Občas se projevuje inkontinence. Tyto projevy často vedou ke smutku, agresi či izolaci osoby s Alzheimerovou chorobou. Těžká alzheimerovská demence – všechny výše uvedené problémy se zhoršují. Často dochází k úplné dezorientaci. Osoby s Alzheimerovou chorobou jsou v této chvíli již odkázáni na pomoc druhé osoby. Bez pomoci se neobléknou, nebo se obléknou neadekvátně. Nedokáží vyhodnotit, zda mají hlad, nebo jim je zima. Velmi často se projevuje inkontinence stolice i moči. Dále se může objevovat zhoršená motorika. Některé osoby s Alzheimerovou nemocí mohou mít velké sklony pádům, které někdy vedou k imobilitě. V této fázi již osoba s Alzheimerovou nemocí může mít poruchy chování, může úplně ztratit slovní zásobu, nebo již vydávat jen neartikulované zvuky. (Jirák, 2013)

Alzheimerova choroba způsobuje postupné odumírání mozkových buněk v hemisféře. Vývoj nemoci může být osm až dvacet let. U každého jedince je rychlost postupování nemoci i příznaky velmi individuální. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Brumback, 2008)

Demence s Lewyho tělísky (dále jen DLB) je druhá nejčastější příčina neregenerativních onemocnění. Byla popsána v 2. polovině 20. století. Příčinou tohoto onemocnění jsou kulovitá tělíska v neuronech. DLB se daří správně diagnostikovat jen ve 4 %. Hlavní příčinou je záměna za častější Alzheimerova choroba. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) Výskyt této nemoci se posuzuje dle pitevních zpráv na 10-20 % za všech demencí, tedy velmi vysoký podíl. Příčiny DLB nejsou stále jasné. Velkou roli zde hrají genetická predispozice, či životní styl a prostředí. Příznaky DLB mají shodné znaky s Alzheimerovou nemocí či Parkinsonovou nemocí. Odlišují se scénickými zrakovými halucinacemi postav a zvířat. U DLB známe 4 klinické syndromy. Progredující demenci (těžká porucha pozornosti), Kolísající kognitivní schopnosti, Parkinsonismus (třesy, ztuhlost a zpomalení pohybů), neuropsychiatrické příznaky (časté zrakové halucinace). Osoby s DLB jsou citlivé na psychofarmaka. Důležité u této nemoci je důležitá aktivizace. Vhodná je Pet terapie, reminiscence, dostatek pohybu a dodržování denního řádu. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Parkinsonova nemoc je též degenerativní onemocnění. Postihuje 0,2 % populace, které začíná nejčastěji kolem šedesátého roku věku. Nejčastěji se projevuje třesem, ztuhlostí, poruchou rovnováhy a chůzí. Někdy se mohou přidružit kognitivní poruchy, deprese, úzkost, panika, jednotvárná řeč, poruchy spánku a další. Demence u této nemoci je většinou lehkého a středního stupně. Bývají poruchy paměti, narušená pozornost. Nemocní se těžko rozhodují a obtížně řeší problémy. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

4.1 Role rodiny v péči o klienty v DZR

Rodina, jejíž člen onemocní demencí, je vystavena zatěžkávací zkouškou. Je-li člověk s demencí přijat do domova se zvláštním režimem, je pro něj velice důležité, aby s ním rodina zůstala dále v kontaktu a pravidelně jej navštěvovala. Také je důležité, aby se rodina pravidelně informovala o stavu klienta u personálu domova. Stále přetrvává, že veřejnost je o demenci informována velmi okrajově.

Rodina se vyvíjí dle životních etap člověka. Rodinu můžeme též označit jako základní sociální jednotku. Každý člověk má ve své rodině určitou roli, která se postupem času mění a vyvíjí. Stává se, že senior je postupe času závislý na své rodině, již nedokáže uspokojovat své základní potřeby jako dříve. Někdy můžeme hovořit i o špatném zacházení se seniorem ze strany rodiny. Důvodů tohoto jednání může být více, pečující rodina je již při péči o seniory vyčerpaná nebo jsou na vině neshody v rodině nebo mezilidské vztahy. Ve většině případů rodina nápomáhá seniorovi při zvládnání zdravotních obtíží. Rodina většinou zajišťuje doprovody k lékařům, obstarávání léků a nákupů, je také nápomocna při shánění informací ohledně lékařské péče či informace o sociálních službách ať již terénních či pobytových. Dále rodina nápomáhá seniorovi přirozeně udržovat či rozvíjet jeho sociální kompetence. Ne vždy je péče v domácím prostředí možná, toto ovlivňuje mnoho faktorů (rodina seniora je pracovně vytížená, nevhodné bytové podmínky – absence výtahu, schody, velká vzdálenost rodiny a seniory, neochota rodiny,) A v tomto případě, kdy již nestačí forma terénních služeb je možné využít pobytové služby, v případě osob s demencí to je domov se zvláštním režimem. (Mlýnková, 2011)

Dle Vágnerové, rodina osoby s demencí potřebuje zejména informace a podporu, musí se smířit s projevy demence a v neposlední řadě se také musí naučit komunikovat s osobou s demencí. Je potřeba vysvětlit rodině, že různé projevy nemoci nedělá dotyčný naschvál, ale je ovlivněn nemocí. Například apatie, nejčastěji nesouvisí s tím, že by byl člověk s demencí líný. (Vágnerová, 2004)

4.2 Individuální plánování

S přijetím zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách a vyhlášky 505/2006 se začala postupná přeměna poskytované péče v pobytových zařízeních. Dříve se péče poskytovala bez zjišťování konkrétních potřeb daného klienta. Tento proces je však zdoluhavý, a ne všemi pracovníky přijímán kladně. Zařízení se zajímá o klienta jako o jednotlivce. Podporuje jej v soběstačnosti a samostatnosti. Respektuje klientovi rituály a zvyklosti. Personál akceptuje osobnost klienta, zajímá se o jeho přání a názory. Tento individuální přístup zapojuje klienta do péče o svoji osobu. Individuální plánování a vymezení osobního cíle klienta klade vyšší nároky na pracovníky v zařízení. Pracovníci jsou povinni pravidelně provádět záznamy o průběhu individuálního plánování. Je kladen velký důraz na vhodný způsob komunikace s klientem. Při nastavování vhodného plánu péče je potřeba dostatek informací přímo od klienta nebo jeho rodiny či okruhu blízkých osob klienta. Individuální plán by měl pružně reagovat na aktuální stav klienta a jeho potřeb. Individuální plánování upravuje standard kvality č. 5. Při tvorbě individuálního plánu je potřebná spolupráce širokého pracovního týmu v zařízení. Nejdůležitějšími osobami v týmu jsou koordinátor a klíčový pracovník. Koordinátor je pracovník, který má na starosti realizaci individuálních plánů v zařízení a také kontroluje, zda se péče provádí dle individuálního plánu. Koordinátor dále stanovuje klíčového pracovníka pro daného klienta. Jeho výběr pracovníka je velmi důležitý. V tomto výběru hraje roli mnoho faktorů. Pracovní a profesní zkušenosti pracovníka, jeho stávající individuální plány a náročnost již přidělených uživatelů. Koordinátor dále dohlíží na zpracování individuálního plánu a jeho uskutečňování. Dále dohlíží na spolupráci týmu při tvorbě individuálního plánu. Svolává porady klíčových pracovníků. Je nápomocen při řešení problémů při individuálním plánování. V pobytových zařízeních je klíčový pracovník

zejména pracovník v sociálních službách nebo někdy aktivizační pracovník. V důsledku nedostatku pracovníků v sociálních službách to někdy bývají i zdravotní sestry, což není vhodné. Nejvhodnější počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníky by měl být 4-5 klientů, což v praxi není často dodržováno. Klíčoví pracovníci poté nemají čas na své přidělené uživatele. Dle sociálního standardu č. 5 má mít klient právo si vybrat svého klíčového pracovníka. V praxi toto není mnohdy možné. Nový klient pobytového zařízení pracovníky nezná a často by docházelo k nerovnoměrnému rozvržení plánů na pracovníky. Dále má klient možnost v průběhu pobytu v zařízení požádat o změnu klíčového pracovníka, klíčový pracovník má také tuto možnost. Je zodpovědný za vyhotovení individuálního plánu, do něhož se snaží zapojovat i klienta zejména při stanovování osobních cílů klienta. Klíčový pracovník dbá na dodržování individuálního plánu. Pravidelně dochází za klientem. Zjišťuje jeho spokojenost s nastavením služeb, rozhovorem u orientovaných uživatelů, či pozorováním u neorientovaných uživatelů. Dále podává podněty na změny v individuálním plánu. Píše záznamy do individuálního plánu. Klíčový pracovník zná vnitřní pravidla pro individuální plánování a sociální standardy, zejména standard č. 5. a řídí se podle nich. Umí komunikovat se svými uživateli. Umí komunikovat s orientovanými i neorientovanými klienty. U nekomunikujících uživatelů umí vypořádat jejich potřeby. Umí vhodně motivovat klienta při naplňování jeho osobních cílů v individuálním plánu. (Malíková, 2011)

Ve standardu č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby, zpracovaném v Domově se zvláštním režimem, ve kterém jsem uskutečňovala výzkumné šetření, se dopodrobna hovoří, kdo se podílí na tvorbě individuálního plánu. Je přesně vymezeno, kdo je klíčový pracovník, jaká má práva a povinnosti, kde je individuální plán uložen a kdo má k němu přístup, kdo do plánu může nahlížet. Je popsáno časové rozmezí, kdy se plán hodnotí a kdy proběhne jeho následná revize. Je popsán systém záznamů individuálního plánu. Ve standardu je přesně vymezeno, jaké informace se do záznamů zaznamenávají. (Standard č.5, Domov se zvláštním režimem)

5 Shrnutí teoretických východisek

V České republice poskytuje péči osobám s demencí 344 domovů se zvláštním režimem. Domovy se zvláštním režimem jsou pobytová zařízení, jež poskytují odbornou péči osobám s demencí. Tato péče je velmi specifická a mnohdy odlišná od péče, která se poskytuje v domovech pro seniory. Je nutné, aby vnitřní i vnější prostory zařízení vyhovovaly specifickým potřebám osob s demencí. Prostory je vhodné opatřit piktogramy a různými prvky, které napomáhají orientaci v prostoru. Péči v těchto zařízeních vykonávají pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, aktivizační pracovníci či sociální pracovníci. Sociální pracovník koordinuje činnost pracovníků v sociálních službách a aktivizačních pracovníků. Aktivizační činnosti v domově se zvláštním režimem mají své nezastupitelné místo, které vykonávají zejména aktivizační pracovníci, pracovníci v sociálních službách a někdy i sociální pracovníci. Při aktivizaci osob s demencí bereme na zřetel stupeň demence, schopnosti a dovednosti jednotlivých uživatelů, dle těchto aspektů nabídneme určitou aktivitu. Je dobré, aby se s aktivizací počítalo již při nastavování sociální služby. Dobře nastavená aktivizace může pozitivně ovlivnit pohybové či kognitivní funkce osob s demencí.

Pro osoby s demencí je vhodné zařazovat muzikoterapii. Při zpěvu, poslechu hudby či různých zvuků si osoby s demencí procvičují dlouhodobou paměť. Muzikoterapie je vhodná pro navození příjemné nálady ve skupině. Trénování paměti je nejvhodnější zařazovat u osob, které mají demenci v prvním či druhém stádiu. Osoba s demencí má dlouhodobou paměť zachovanou déle než krátkodobou. Tohoto aspektu lze využít v reminiscenci. Již 15 let se v České republice realizuje smyslová aktivizace, která využívá zachované smysly osoby s demencí. Dnešní senioři měli doma často nějaké zvíře – ať užitkové, či nějakého mazlíčka v podobě kočky nebo psa. Náklonost ke zvířatům se snaží využívat Zooterapie. Další vhodnou aktivizací pro osoby s demencí je bazální stimulace, jež využívá své zklidňující, či naopak stimulující účinky. Validace umožňuje pracovníkům efektivně komunikovat s osobami s demencí.

Demence ovlivňuje zejména chování, vnímání a psychiku osob s demencí. Dále má vliv na mezilidské vztahy. Alzheimerova choroba se nejčastěji podílí na vzniku

demence. Výskyt demence v rodině ovlivní nejčastěji negativně celou širší rodinu. Rodiny, kterým je oznámeno, že jejich blízká osoba má diagnostikovanou demenci, často nevědí, jak fungují sociální služby, ať už terénní či pobytové. Stojí před palčivou otázkou, zda mají pečovat o svého blízkého doma, či budou žádat o umístění svého blízkého do domova se zvláštním režimem.

Aby aktivizace byla prospěšná a smysluplná, je dobré ji nastavovat již při sestavování individuálního plánu uživatele. A proto vyvstává otázka, jak uchopit aktivizaci seniorů optimálně a jak sestavit aktivizační programy, aby odrážely potřeby osob s demencí. Dále je otázkou, jak tuto problematiku vnímají pečující profesionálové, jež se podílejí na vykonávání aktivizace v domově se zvláštním režimem a také rodinní příslušníci osob s demencí.

6 Metodologická část

Metodologická část mé bakalářské práce bude představovat výzkumnou strategii, kterou jsem si vybrala pro svoji práci a dále jaké metody jsem použila při výzkumu. Dále se budu zabývat popisem a výběrem informantů, předvýzkumem a po té interpretaci získaných dat a vyhodnocení těchto dat.

V mém výzkumu se budu dotazovat pracovníků v sociálních službách, aktivizačních pracovníků a také rodinných příslušníků uživatelů, jaké mají názory na aktivizační programy, které jsou nabízeny v Domově se zvláštním režimem v desetitisícovém městě. Budou mě zajímat názory jak pečujících odborníků, tak rodinných příslušníků, zejména opatrovníků. Chtěla bych zjistit, jak se liší názory pracovníků v sociálních službách a aktivizačních pracovníků. Jak vnímají nabídku aktivizačních programů v domově, jaké aktivizace dle jejich názoru jsou nejpřínosnější pro osoby s demencí. Dále bych chtěla vylíčit názory rodinných příslušníků, jak hodnotí oni nabízené aktivity v domově, zda mají prostor vyjádřit své názory, co by bylo nejlepší pro jejich blízkého při nastavování služeb v domově.

Domov se zvláštním režimem je v provozu od roku 2015. Postupně se tato služba nastavovala a formovala. Já osobně jsem byla při tomto zrodu této služby. V té době jsem pracovala jako pracovnice v přímé péči a od roku 2016 jsem pracovala na pozici aktivizační pracovnice. Od roku 2018 pracuji jako metodik a koordinátor sociálních služeb. Osobně vnímám, že domov od roku 2015 ušel velmi dlouhou cestu. Je za námi vidět spoustu dobře odvedené práce, ale i tak má domov ještě hodně prostoru ke zlepšení i v oblasti aktivizace. Při nástupu nového uživatele se dojednává velmi dopodrobna individuální plán a nastavuje se také aktivizace. Stále si myslím, že zde je prostor, kde se domov může stále zlepšovat a přispívat tak ke zlepšení služby. Z mé praxe vím, jak je velmi důležité dobře nastavit aktivizace od začátku služby, protože se tak dobře překlene adaptační doba nového uživatele, která je důležitá zejména u osob s demencí. Také je velmi důležité proškolovat odborný personál v oblasti aktivizace. Jedna pracovnice v Domově se zvláštním režimem je proškolená ve smyslové aktivizaci a dva pracovníci jsou proškoleni v bazální stimulaci. Další proškolení pracovníků je nadále v plánu. Bude mě zajímat jejich názor na přínos

těchto aktivit jimi vykonávaných na osoby s demencí. Myslím si, že mnou získaná a vyhodnocená data by mohla pomoci při zlepšování nastavování služeb v domově zejména při nastavování a výkonu aktivizace.

6.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem mé práce je zjistit, jaký názor mají pečující profesionálové a rodinní příslušníci na aktivizační programy v Domově se zvláštním režimem.

V teoretické části jsem věnovala hodně pozornosti jednotlivých aktivizačním technikám, které se nejčastěji vykonávají v domovech se zvláštním režimem. Tyto aktivity nejčastěji vykonávají aktivizační pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Proto jsem se zajímala o jejich názory na probíhající aktivity v Domově se zvláštním režimem. Dále jsem se zajímala o názory rodinných příslušníků uživatelů, poněvadž často jsou to oni, kdo se podílí na vzniku nastavování služeb a individuální aktivizace uživatelů, neboť oni už toho nejsou schopni.

Zjištění těchto názorů může přispět k lepšímu nastavování aktivit v Domově se zvláštním režimem ve Vysokém Mýtě.

Hlavní cíl jsem vymezila do tří dílčích cílů a ty jsem dále rozdělila do tazatelských otázek.

Dílčí cíl 1) Zjistit, jaké názory mají aktivizační pracovníci aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký názor mají na jednotlivé aktivizační programy nabízené v Domově se zvláštním režimem aktivizační pracovníci.

Dílčí cíl 2) Zjistit, jaké názory mají pracovníci v přímé péči na aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký názor mají na jednotlivé aktivizační programy nabízené v Domově se zvláštním režimem pracovníci v přímé péči.

Dílčí cíl 3) Zjistit, jaké názory mají rodinní příslušníci na aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký názor mají na jednotlivé aktivizační programy nabízené v Domově se zvláštním režimem rodinní příslušníci.

Tabulka 1: Tabulka dílčích cílů

Dílčí výzkumné cíle	Výzkumná technika	Informanti	Tazatelské otázky/TO
DVC 1) Zjistit, jaké názory mají aktivizační pracovníci aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.	Polostrukturovaný rozhovor	Aktivizační pracovníci	TO1 TO2 TO3 TO4 TO5 TO6 TO7
DVC 2) Zjistit, jaké názory mají pracovníci v přímé péči na aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.	Polostrukturovaný rozhovor	Pracovníci v přímé péči	TO1 TO2 TO3 TO4 TO5 TO6 TO7

DVC 3) Zjistit, jaké názory mají rodinní příslušníci na aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.	Polostrukturovaný rozhovor	Rodinní příslušníci/ Opatrovníci	TO1
			TO2
			TO3
			TO4
			TO5
			TO6

Tabulka 2: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 1

Dílčí výzkumný cíl 1 Zjistit, jaké názory mají aktivizační pracovníci aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.
TO1) Jak hodnotíte vliv muzikoterapie na osoby s demencí?
TO2) Jaký smysl vidíte ve využívání reminiscence v aktivizaci?
TO3) Jak reagují uživatelé při trénování paměti?
TO4) Jaká specifika spatřujete při vykonávání aktivizace v domově se zvláštním režimem?
TO5) Jakou roli hraje individuální plán v plánování aktivizace daného uživatele?
TO6) Jakou máte odezvu na aktivizaci od rodinných příslušníků uživatelů?
TO7) Jaké aktivity jsou dle Vás nejvhodnější pro osoby s demencí?

Tabulka 3: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 2

<p>Dílčí výzkumný cíl 2</p> <p>Zjistit, jaké názory mají pracovníci v přímé péči na aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.</p>
TO1) Jaké výhody spatřujete v bazální stimulaci u osob s demencí?
TO2) Jaký vliv má canisterapie na uživatele v domově se zvláštním režimem?
TO3) Jaké výhody sledujete při využívání smyslové aktivizace v domově se zvláštním režimem?
TO4) Které z nabízených aktivit podle Vás jsou pro klienty nejpřínosnější?
TO5) Jaké máte odezvy od rodinných příslušníků na prováděnou aktivizaci v domově se zvláštním režimem?
TO6) Jaké aktivity v domově se zvláštním režimem zajišťujete?
TO7) Prošla jste nějakým školením zabývajícím se aktivizací?

Tabulka 4: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 3

<p>Dílčí výzkumný cíl 3</p> <p>Zjistit, jaké názory mají rodinní příslušníci na aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.</p>
TO1) Jaké výhody spatřujete v bazální stimulaci u osob s demencí?
TO1) Jak jste se mohl/la zapojit do nastavování vhodných aktivit pro Vaši /matku/otce/babičku, ...
TO2) Jaký smysl vidíte ve využívání reminiscence v aktivizaci?

TO3) Myslíte si, že je muzikoterapie zařazovaná do aktivizace dostatečně?
TO4) Jak hodnotíte reminiscenci v domově se zvláštním režimem?
TO5) Jaký vliv má podle Vás trénování paměti na Vaši /matku/otce/babičku, ...
TO6) Splňují zdejší aktivity potřeby Vašeho blízkého v domově se zvláštním režimem?

6.2 Metodologie výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem použila kvalitativní výzkum. Ten jsem si vybrala pro jeho flexibilitu a variabilitu. Dále kvalitativní výzkum umožňuje výzkum v neformálním prostředí, může se modifikovat dle situace. Dále umožňuje daný zkoumaný jev popsat velmi podrobně. (Hendel, 2012) Kvalitativní výzkum se snaží získat souhrnná data, při kterém je specifický vztah výzkumníka a dotazovaného. Cílem je zjistit co si lidé myslí, cítí a rozumějí. (Švaříček, Šedová, 2014).

Pro sběr dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor, který je dle Hendla určitým kompromisem mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem, má jasnou dispozici a umožňuje tazateli určitou flexibilitu. (Hendel, 2012) Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje značnou přípravou dotazů a dané tematiky. Při tomto rozhovoru je též důležité všimnout si i neverbální komunikace s informanty. (Švaříček, Šedová, 2014)

Pro interpretaci dat jsem použila kvalitativní analýzu a dále otevřené kódování. Jednotlivé části rozhovoru jsem rozdělila na jednotky, respektive tazatelskou otázku daného dílčího cíle jsem rozstříhala na jednotlivé dílky a barevným zvýrazňovačem jsem podtrhávala opakující se slova či společné prvky a hledala společné indikátory.

Tato metoda se mi zdála nejvhodnější, protože mi umožňovala větší flexibilitu při vedení rozhovoru. Dávala mi možnost měnit pořadí otázek, či podat informantům nějakou doplňující otázku k doplnění a objasnění daného tématu.

6.3 Popis informantů a etická stránka výzkumu

Ohledně výzkumného šetření jsem oslovila pracovníky přímé péče, aktivizační pracovnice domova se zvláštním režimem a také opatrovníky uživatelů Domova se zvláštním režimem. Všechny respondenty jsem nejdříve seznámila se svoji bakalářskou prací a vysvětlila jim, jakého tématu se rozhovor bude týkat. Všechny oslovené respondenty jsem ujistila anonymizací jejich výpovědí a dále je požádala o souhlas s nahráváním jejich výpovědí. Někteří respondenti s nahráváním svých odpovědí nesouhlasili, proto jsem jejich odpovědi zapisovala na papír. Z toho důvodu se mi nepodařilo zachytit úplně doslovnou výpověď informantů. Rozhovory se odehrávaly v uzavřené kanceláři ve stanovenou dobu tak, aby nás nikdo nevyrušoval, aby nedocházelo k přerušení navázání kontaktu mezi mnou a informanty. Pracovníci z přímé péče a aktivizační pracovníci pracují v domově po různě dlouhou dobu. Se všemi spolupracovníky se znám velmi dobře, protože v domově pracuji od roku 2015. Někteří informanti, zejména z řad pracovníků z přímé péče a aktivizačních pracovníků, zprvu lehce pociťovali nervozitu a byli nejistí, ale po první či druhé otázce se jejich obavy rozplynuly a odpovídali velmi profesionálně. Rozhovory trvaly přibližně 15 až 20 minut a probíhaly bez jakýchkoliv potíží.

Pracovníky v přímé péči jsem oslovila proto, že se podílejí určitou částí na zajišťování aktivizace v domově se zvláštním režimem, několik z nich má zaměřené školení přímo na aktivizaci, nebo jsou přítomni u aktivizace jako je například canisterapie. V Domově se zvláštních režimem je pět pracovníků v přímé péči. Dále jsem oslovila aktivizační pracovníky, kteří zajišťují aktivity jak v Domově pro seniory, tak v Domově se zvláštním režimem, pracovnice jsou tři. Dvě pracovnice vykonávají aktivity každý den a třetí aktivizační pracovnice se podílí jen okrajově. Poté jsem oslovila opatrovníky uživatelů, oslovila jsem 5 opatrovníků, jedna opatrovnice rozhovor odmítla. Rozhovor jsem tedy uskutečnila se čtyřmi rodinami uživatelů.

Jsem si vědoma etického rizika mého výzkumu. Myslím si, že prvním rizikem je moje osobní zainteresování v domově. V domově pracuji už pátým rokem. Skoro všechny respondenty velmi dobře znám a spolupracuji s nimi. Po celou dobu výzkumu jsem se snažila o nestranný pohled a úsudek. Po celou dobu výzkumu jsem se snažila pracovat sama sebou, reflektovat své názory a dále s nimi pracovat, aby mi nezkreslili

pohled na danou tematiku. Dále vidím možné zkreslení výpovědi u pracovníků v přímé péči a aktivizačních pracovníků. Snažila jsem se tomuto jevu předcházet, tím, že jsem nevyvíjela žádný tlak na informanty. Dále jsem je ujistila, že jejich výpověď bude v bakalářské práci anonymizovaná a já osobně nebudu nikde v domově ventilovat a komentovat jejich výpovědi. Dvě pracovnice v přímé péči a jedna aktivizační pracovnice nesouhlasili s pořizováním záznamu rozhovoru na mobilní telefon, bylo jim to velmi nepříjemné, proto jsem ihned souhlasila, že jejich výpovědi budu zapisovat ručně na papír, aby se při výpovědích cítili co nejlépe i za tu cenu, že jsem nedokázala zaznamenat doslovnou výpověď respondentky. Také výpovědi dvou rodinných příslušníků jsem zaznamenávala ručně na papír, ze stejného důvodu.

Tabulka 5: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 3

Označení informantů		A1	A2	A3	P1	P2	P3	P4	P5	O1	O2	O3	O4
Pracovní role/O		AP	AP	AP	PvSS	PvSS	PvSS	PvSS	PvSS	O	O	O	O
Délka pracovního vztahu v Domově se zvláštním režimem informantů	Délka vykonávaní opatrovnictví	3 r	9 m	3 r	2 r	3 r	2 r	5 r	3 r	2 r	1 r	2 r	0,5 r
Pohlaví		žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena	muž	muž	muž	muž	muž
Příbuzenský vztah Oa k uživateli		-	-	-	-	-	-	-	-	syn	syn	zeť	manžel
Cílené školení / kurz aktivizační činnosti		-	-	-	-	Smyslová aktivizace	-	Bazální stimulace	Bazální stimulace				

Legenda:

O - Opatrovník

PvSS - Pracovník v sociálních službách

AP - Aktivizační pracovník

Délka výkonu:

m - měsíc

r - rok

6.4 Časový rozvrh výzkumného šetření a jeho předvýzkum

Téma mé bakalářské práce jsem si stanovila během března v roce 2018. Během dubna a července jsem se věnovala vybíráním vhodné odborné literatury a načítáním dané problematiky, která se vztahovala k tématu práce. Na začátku srpna a září jsem si vymezila cíle mé bakalářské práce a od října 2018 jsem započala vypracovávat teoretickou část mé práce. V lednu 2019 jsem uskutečnila předvýzkum a během února jsem začala uskutečňovat rozhovory s mými informanty. Dále jsem během března 2019 vypracovávala empirickou část bakalářské práce.

V lednu jsem oslovila pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci, abych se ujistila, že rozhovoru budou pracovníci rozumět a získaná data budou relevantní a pomohou mi tak zodpovědět mé dané cíle. Obě pracovnice mají dlouhou praxi v domově, avšak dle mého mínění si stále udržují určitý nadhled nad děním v domově. Po těchto rozhovorech jsem upravila pár tazatelských otázek, aby byli více srozumitelné a jasné. Dále jsem oslovila jednoho opatrovníka jedné uživatelky a také jsem se ujistila, zda rodinní příslušníci budou rozumět tazatelským otázkám. V tomto případě jsem nemusela žádnou otázku přepracovávat.

7 Interpretace dílčích cílů

Cílem této kapitoly je interpretovat získaná data a najít odpovědi na dílčí výzkumné otázky. Tato kapitola bude rozdělena do tří podkapitol, kde se budu věnovat interpretaci dílčího cíle. Ke konci každé podkapitoly bude shrnutí a výsledek výzkumného šetření. Na zodpovězení dílčích otázek použiji analýzu.

7.1 Názory aktivizačních pracovníků

DVC1: Jaké názory mají aktivizační pracovníci aktivizační programy v DZR Vysoké Mýto a jejich přínos pro klienty s demencí.

Díky tomuto cíli se pokusím zjistit, jaké mají názory aktivizační pracovníci na probíhající aktivizaci v domově se zvláštním režimem. Zaměřila jsem se jednak na jednotlivé aktivizace a v neposlední řadě také na vliv jednotlivých aktivit na osoby s demencí.

Při zjišťování tohoto cíle mi dle odpovědí vyšli tyto indikátory, pomocí otevřeného kódování.

- Odlišnost aktivizace v Domově se zvláštním režimem a v Domově pro seniory
- Nejoblíbenější aktivita v Domově se zvláštním režimem u osob s demencí pohledem aktivizačních pracovníků
- Důležitost Individuálního plánování v aktivizaci

Odlišnost aktivizace v Domově se zvláštním režimem a v Domově pro seniory

Respondentka A1, která pracuje v domově 3 roky vypověděla“ *Člověk, musí být víc připravenější, spolupracovat s pečovatelkami. Musíme ty lidi hodně znát. Vědět co potřebují.*“ Je žádoucí, aby pracovníci z přímé péče předávali informace o aktuálním rozpoložení seniora aktivizačním pracovnícům a dále předávali postřehy z péče, co má daný senior rád a co nejuje. Respondentka A2 vypověděla o odlišnosti prováděných aktivit v Domově se zvláštním režimem,“ *Je to jiný, je to hodně jiný. Člověk musí být*

víc ve střehu. Je to tady hravější. Potřebují, aby je to bavilo“. Klient s demencí potřebuje odlišný přístup ve vedení aktivit, je pro něj srozumitelnější a přijatelnější individuální aktivizace nebo velmi malá skupinka klientů, aby ten, co aktivity vykonává, mohl rychle reagovat na jeho odezvu. Respondentka A3 uvedla, *“ To je úplně nebe a dudy. To je úplně jiná práce, musíš se k těm lidem dostat blízko.“* Dobře vedená aktivita, by měla být upravena k schopnostem a dovednostem klienta. Dále si pracovník vykonávající aktivitu musí vybudovat do jisté míry důvěrný vztah s klientem.

Dle odpovědí respondentek je odlišnost aktivizace v Domově se zvláštním režimem a v Domově pro seniory velmi markantní. Samy informantky poukazují na dobrou znalost klientů s demencí, dále větší připravenost ze strany aktivizačních pracovníků. Dle nich je důležité vést aktivitu tak, aby osoby s demencí zaujala natolik, aby pro ně byla přínosná.

Dle mých zkušeností s vedením aktivizace s osobami s demencí je příprava na aktivizaci velmi důležitá, poněvadž chování klientů s demencí je velmi specifické a upoutání pozornosti takového klienta vyžaduje velkou míru soustředěnosti. Dále si myslím, že je velmi dobré znát aktuální stav a rozpoložení klienta, někdy je vhodné i aktivitu s klientem odložit na později, kdy se bude cítit lépe, nebo bude mít lepší náladu.

Nejoblíbenější aktivita v Domově se zvláštním režimem u osob s demencí

Respondentka A3 vypověděla o oblíbenosti muzikoterapie u osob s demencí. *„Hrozně rádi zpívají, to je bez debaty. To je nejvíc oblíbená aktivita. Každý má svoji oblíbenou písničku. Zapojují do toho trénování paměti, když vzpomínají, co je to za písničku.“* Senioři vnímají hudbu a zpěv pozitivně. Při zpěvu mohou procvičovat dlouhodobou paměť při vzpomínání na známou písničku, ke které se jim vážou vzpomínky. Muzikoterapie má též zklidňující či relaxační účinky na osoby s demencí. Shodně o kladném vlivu muzikoterapie na osoby s demencí se vyjádřila respondentka A2, ta uvedla *“ Přímo tady si myslím, že zpívají a hrají rádi. Docela jim to prospívá. Mají to rádi. Určitě ano.“* Naproti tomu respondentka A1 vnímá situaci jinak a vyjádřila se o reminiscenci, jako o nejoblíbenější aktivitě, *„Myslím, že je to jedna*

z hlavních aktivit, kdo je toho schopen. Vzpomínají hlavně na mládí a na rodinu. Je to hodně individuální, někdo vzpomíná velmi rád. Procvičující si dlouhodobou paměť.

U reminiscence musíme brát na zřetel stupeň demence u klienta, dále ochotu jedince se podělit o své vzpomínky.

Dvě informantky shodně vypověděly, že nejoblíbenější aktivizace u klientů s demencí je muzikoterapie. Jen jedna informantka vypověděla, že nejoblíbenější činností u osob s demencí je reminiscence.

Ohledně muzikoterapie, mohu doplnit ze své praxe, že tato aktivita je přijímaná v domově se zvláštním režimem kladně a s velkým nadšením. Dle výpovědí respondentky A3 a A2, se mi potvrdila moje zkušenost, když jsem vedla muzikoterapii s klienty s demencí. Klienti, kteří se při jiných aktivitách moc nezapojovali, byli spíše pasivní se u známých melodií a písniček často rozzářili a začali se zapojovat do zpěvu či do práce s různými hudebními nástroji. Samozřejmě, že i míra zapojení, šla ruku v ruce se stupněm demence u klienta.

Důležitost Individuálního plánování v aktivizaci

Všechny respondentky o individuálním plánování shodně vypověděly, že je to pro nastavení aktivizace velmi důležitý faktor. Respondentka A1 uvedla: „*Je to vodítko, je to pro mě nejdůležitější věc*“. Dále respondentka A2 se vyjádřila o nutnosti přistupovat ke každému klientovi individuálně dle jeho potřeb a schopností. Nevhodně nastavená aktivita může mít za následek negace dalších aktivit, což by mohlo negativně ovlivnit osobu s demencí.“ *Asi určitě důležitou. Protože ke každému musíme přistupovat nějak jinak. Abychom lidi aktivizovali podle toho, co měl ten člověk rád a co ho bavilo, v čem byl ten člověk dobrý nebo naopak co nemá rád.*“ Také respondentka A3 uvedla, jak je důležité znát životní příběh uživatele, aby mu byla nastavena vhodná aktivizace, aby aktivizace byla pro něj přínosem a cítil se při ní dobře.“ *Asi určitě důležitou. Protože ke každému musíme přistupovat nějak jinak. Abychom lidi aktivizovali podle toho, co měl ten člověk rád a co ho bavilo, v čem byl ten člověk dobrý nebo naopak co nemá rád.*“

Všechny informantky shodně vypověděly, že individuální plán uživatele je pro ně důležitý dokument a potřebují ho k dobrému vykonávání aktivizace, aby aktivizace

mohla být přímo zacílená na potřeby a schopnosti klienta. Dle jejich výpovědí je patrné, že individuálnímu plánování připisují velký význam.

I zde se mi potvrdila má zkušenost s individuálním plánováním v rámci aktivizace. Ta je důležitá nejen při příchodu nového klienta do zařízení. Sociálních pracovník, který vypracovává individuální plán, popíše v individuálním plánu míru podpory klienta s demencí a také naplánuje společně s aktivizačním pracovníkem a jeho rodinou plán aktivizace u daného klienta. Aktivizační pracovník tak může čerpat důležité informace o klientovi, které potřebuje při správném vedení aktivizace.

Interpretace 1. dílčího výzkumného cíle:

Odpověď na tento cíl je: Informantky poukazují na fakt, že vedení i průběh aktivizace v domově se zvláštním režimem se diametrálně liší od aktivizace v domově pro seniory. Klade na ně větší nároky na přípravu. Dále si většina informantek myslí, že u osob s demencí je nejoblíbenější aktivizací muzikoterapie a shodně se vyjádřily o velkém významu individuálního plánování v aktivizaci.

Všechny informantky shodně vypověděly o důležitosti individuálního plánování a o důležitosti individuálního přístupu ke klientům s demencí. Dále se se informantka A2 a informantka A3 shodly, že je důležité vědět o klientech, které činnosti měli rádi, které věci jim dělali radost, aby mohla být aktivizace nastavená dle jejich potřeb a schopností. Dále se dvě informantky shodly, že muzikoterapii vidí, jako jednu nejlépe přijímanou aktivitu seniory v domově se zvláštním režimem. U seniorů s demencí je nejdříve poškozena krátkodobá paměť, ale dlouhodobá paměť zůstává neporušena déle, proto si klienti vzpomínají na písničky a melodie, které znali z mládí a dětství. Dále respondentky uváděly velkou odlišnost od vykonávání aktivizace v domově se zvláštním režimem a v domově pro seniory. Člověk s demencí potřebuje specifický přístup jak v péči, tak v aktivizaci. I projevy nemoci u klientů s demencí bývají často odlišné. Dle aktivizačních pracovníků musí být větší připravenost pracovníka na aktivity, dále je nutné dobře znát jednotlivé klienty při aktivizaci a navázat s nimi kladný vztah. Samotné respondentky jsou si vědomé odlišných nároků v rámci aktivizace u osob s demencí. U všech informantek vnímám, že vědí, k čemu slouží individuální plán, a že s individuálním plánem pracují pro dosažení lepšího

poskytování služeb v domově se zvláštním režimem. Také jsem zaznamenala odpověď respondentky A1, která mluví o potřebnosti komunikace aktivizačních pracovníků komunikovat s pracovníky v přímé péči. Pracovníci v přímé péči jsou s klienty v přímém kontaktu od rána, vědí tedy, v jaké náladě se daný klient nachází, zda ho nelimituje v daný okamžik změna zdravotního stavu. Proto některé podněty na aktivizaci přicházejí i od pracovníků v přímé péči.

7.2 Názory pracovníků v přímé péči

DVC 2) Jaké názory mají pracovníci v přímé péči na aktivizační programy v domově se zvláštním režimem a jejich přínos pro klienty s demencí.

Pomocí tohoto cíle se budu snažit zjistit jaké mají názory pracovníci v přímé péči na probíhající aktivizaci v domově se zvláštním režimem. Zaměřím se na jednotlivé aktivizace a dále jaký přínos mají aktivity pro osoby s demencí dle pracovníků v přímé péči.

Při zjišťování tohoto cíle mi dle odpovědí vyšli tyto indikátory, pomocí otevřeného kódování.

- Aktivizace, která přináší pocit zklidnění a příjemné pocity
- Oblíbená aktivizace u osob s demencí v Domově se zvláštním režimem pohledem pracovníků v sociálních službách
- Udržování a upevňování dovedností a schopností

Aktivizace, která přináší pocit zklidnění a příjemné pocity

Dle výpovědí všech respondentů bazální stimulace přináší zejména pocit zklidnění. Respondentka P1 uvedla, že je bazální stimulace nápomocna při zklidnění klientů hlavně po koupání, protože u některých uživatelů tato činnost vyvolává negativní pocity. Nejvíce je osvědčená metoda“ hnízdo“. *„Ty lidi jsou zklidněný, hlavně po koupání. Hlavně poloha hnízdo. Jsou po tom prostě v pohodě.“* Respondentka P4 uvedla, že největší přínos je ve zklidnění klienta a vnímání svého těla. *„Tam je*

zklidnění. Jednoduše zklidnění. A taky vnímání, vnímání svého těla.“ Naproti tomu respondentka P2, uvedla, že ač bazální stimulaci neprovádí, nebyla proškolená, ví že tato činnost je pro klienty příjemná a přináší jim libé pocity. *„Já bazální stimulaci nedělám, a neumím, nebyla jsem na školení. Ale vím od kolegyní, že to je určitě pro ty lidi příjemný, že pociťují to teplo a dotyk.“* Také respondentka P3 vypověděla, že nebyla proškolená v bazální stimulaci, ale ví o pozitivním vlivu na klienty. Zejména se vyjadřovala pozitivně o metodě „hnízdo“, která má zklidňující účinky. *„Tak máme tady ležící paní, která je v posteli hodně aktivní a máme tady proškolený pracovníce, který jí udělají hnízdo a ona se uklidní“.* Také respondent P5 se vyjádřil o bazální stimulaci, že vidí její přínos ve zklidnění rozrušených uživatelů. Dále uvádí, že bazální stimulace má více pozitivních vlivů nejen zklidnění, provádějí se i speciální masáže pro aktivizaci *„Ta bazálka je hrozně široký pojem, má hodně účinků, záleží na těch masážích, třeba pro zklidnění nebo pro aktivizaci. Já třeba vidím velký přínos v tom zklidnění. Jinak je toho spousta, třeba se obnovují ty nervový spoje.“*

Dle respondentů je aktivita, která přináší klientům s demencí pocit zklidnění a příjemné pocity jednoznačně bazální stimulace. Zaznamenala jsem zcela jednotný názor o přínosu bazální stimulace u osob s demencí. Všichni respondenti vidí největší přínos u bazální stimulace zejména u zklidnění klientů např. po koupeli, dle respondentek je vhodná poloha hnízdo, při které se klient pomocí polohovacích pomůcek a příkrývek zavine a vypořádá tak, že tato poloha připomíná hnízdo. Někteří klienti i dle mé zkušenosti na koupání reagují negativně někdy i s prvky agresivního chování. Dále se respondenti vyjadřovali o bazální stimulaci, že pomáhá klientům na lůžku opět si uvědomovat své tělo. Dále jsem zaznamenala, že dva pracovníci v sociálních službách mají kurz bazální stimulace. Další proškolení pracovníků v bazální stimulaci je naplánováno v tomto roce.

Oblíbená aktivizace u osob s demencí v Domově se zvláštním režimem pohledem pracovníků v sociálních službách

Dále se respondenti shodně vyjadřovali o pozitivním vlivu canisterapie na klienty s demencí, o vřelém přijetí psa klienty. Respondentka P4 uvedla, že při canisterapii si klienti s demencí vybaví vzpomínky na svého psa. Dále uvádí, že klienti jsou šťastní. Na druhou stranu udává, že někdo může na psa reagovat různě. *„Vzpomínky. Vybavení*

si vzpomínek. Zvíře bylo vždycky mazel. Oni jsou šťastný, za jakýkoli zvíře. A taky je pravda, že jak kdo na to reaguje, záleží na vzpomínkách.“ Stejně pozitivně se o canisterapii vyjadřovala respondentka P1. Uvedla, že klienti jsou spokojení a v domově jim chybí zvířata. „Jsou spokojený, protože se ke zvířatům tady nedostanou. Líbí se jim to. Rádi jim dávají piškoty.“ Naopak další respondenti uvádějí velkou oblíbenost canisterapie u osob s demencí, ale dodávají, že se najdou i tací, kteří na psi reagují negativně. Respondentka P2 se vyjádřila o canisterapii jako o přínosné aktivizaci. Dále uvedla kladný přínos pro vyvolávání vzpomínek, avšak s těmi se nesou někdy i vzpomínky negativní. „Určitě to přínosný je, spousta lidí měli doma kočky nebo psi, a někteří jsou rádi, že si zvíře pohladí. Ti, co nevidí tak cítí pod rukama tu srst. Vzpomenou si na svoje zvíře, co měli doma, třeba i na jméno. Ale jsou i tací, kteří mají k tomu negativní vztah. Myslím, že to sem patří.“ Také respondentka P3 uvedla velmi kladnou odezvu u osob s demencí na canisterapii, ale vzápětí dodává, že někteří klienti mají spíše odezvu negativní. „Tak jak na který, některý, když toho pejška vidí jsou nadšený, chtějí si ho pohladit něco mu dát. A někteří se bojejí, asi mají špatnou zkušenost z dřívějšíka“. Obdobně se vyjadřuje respondent P5, který vidí pozitivní vliv canisterapie na osoby s demencí. Ovšem opět i on uvádí, že někteří klienti mohou na psa reagovat negativně. „Já bych to vnímal jako individuální a vesměs, ale pozitivní. Pořád se může stát, že mezi těmi lidmi bude někdo, kdo pejsky nemá rád, může tam být nějaké trauma, ale i s tím se dá pracovat. Setkání se zvířetem má u nich pozitivní vliv“.

Většina respondentů uvedla, že canisterapie je velmi oblíbenou a vítanou aktivizací u osob s demencí, avšak skoro všichni shodně udávají, že je to velmi individuální, že i hodně klientů tuto aktivitu může vnímat negativně, vše souvisí se vzpomínkami daného klienta.

Byla jsem překvapena, že u canisterapie mají respondenti podobné zkušenosti s reakcí klientů jako já. Byla jsem několikrát svědkem kladných reakcí na příchod psa a canisterapeuta na oddělení domova se zvláštním režimem. Lidé většinou reagovali velmi pozitivně a radostně. A také se několikrát, stalo, že pracovníci museli klienta odvést ze skupinky kde probíhala canisterapie, protože byl klient rozrušený. Tady se ukáže profesionalita canisterapeuta, jak si s danou situací poradí a také na přítomném

personálu, zejména na pracovnících přímé péče, kteří svou znalostí o klientech většinou dokáží předejít negativním reakcím ze strany klientů.

Udržování a upevňování dovedností a schopností

Dále se respondenti vyjadřovali shodně o smyslové aktivizaci. Spatřují výhody v udržování jistých kompetencí a jejich prohlubování. Dále vidí pozitiva ve vyvolávání vzpomínek a činností které jsou pro klienty s demencí důležité. Respondentka P2, která si prošla dvoustupňovým školením pro smyslovou aktivizaci, uvádí že tato aktivizace dle jejího názoru je nejpřínosnější pro osoby s demencí. Uvádí, že klienti si dokážou vzpomenout na dávno zapomenuté zážitky, prožitky a činnost. *„Tam sleduji velké výhody. Smyslovou aktivizaci mám udělaný oba levly. Myslím, že pro lidi s demencí je to asi nejpřínosnější věc, co tady může bejt. Oni v sobě probuděj ty city, smysly, dokážou se vrátit v čase zpět. Dokážou si vzpomenout na co dělali, vědí že to dělali. Dokážou mluvit o spoustě zážitků a prožitků. Dokážou to i prožívat. Vzpomenou si, jak šili, vařili, prali. To se musí vidět, co to v těch lidech probudí“.* Respondentka P2, má kurz smyslové aktivizace již tři roky. Dle mého mínění, je znát na její odpovědi, že vidí velký smysl ve smyslové aktivizaci a do této činnosti, je velmi zapálená. Také respondent P5 uvádí, že smyslová aktivizace dokáže pomoci člověku opět si osvojit jisté činnosti které již zapomněl nebo mu dělají značné obtíže. Dále uvádí velký přínos pro uživatele s demencí v pocitu samostatnosti a soběstačnosti, když danou činnost zvládnou. *„Rozvoj motoriky, pocit toho člověka že si něco udělá sám, třeba se učeše sám. Prostě růst sebevědomí. Protože tam je ten pocit, před chvílí jsem to neuměl a teď už to jde.“* I respondentka P4 uvádí, že při smyslové aktivizaci klienti s demencí mají možnost udržovat a procvičovat své smyly, ať už je to zrak či hmat. A také si uvědomují, co ještě zvládnou, jaké činnosti ještě umí. *„Je tam udržování vjemů, zrak, hmat. Připomínáš jim a udržuješ to co jim ještě zvládnou“.* Obdobně se ke smyslové aktivizaci vyjadřuje respondentka P3, která vidí výhody v procvičování krátkodobé, dlouhodobé paměti a různých činností. *„Já si myslím, že je to pro ně dobrý, že procvičujou mysl. Myslím, že nezapomenou nějaký věci. Procvičujou dlouhodobou paměť a jemnou motoriku“.*

Respondenti dále uvádějí, že smyslová aktivizace je nápomocna při udržování nebo upevňování dovedností a schopností klientů. Smyslová aktivizace, dle

respondentů dokáže stimulovat dlouhodobou paměť a smysly klientů. Osoby s demencí si poté dokážou vzpomenout na různé činnosti, které uměli a měli rádi.

Já sama jsem na konci roku 2018 prošla kurzem smyslové aktivizace. Musím souhlasit s výpověďmi respondentů, že smyslová aktivizace dokáže pomoci člověku s demencí vzpomenout si činnosti, vzpomínky či vůně, které dříve znali, uměli vykonávat. Ani tady mě výpovědi respondentů nepřekvapili a ověřila jsem si svoji zkušenost se smyslovou aktivizací.

Interpretace 2.dílčího výzkumného cíle:

Odpoověď na tento cíl je: Respondenti se shodně vyjádřili o bazální stimulaci, jako o aktivizaci, která dokáže zklidnit osoby s demencí a přinést jim příjemné pocity. Dále se informanti vyjádřili o canisterapii jako o oblíbené a vesměs kladně přijímané aktivitě u osob s demencí, avšak stále jí vnímají, že je tato obliba velmi individuální. Dále jsem zaznamenala, že informanti smyslovou aktivizaci označují za velmi přínosnou aktivizaci, která má velmi pozitivní vliv na osoby s demencí, může být nápomocna při udržování a upevňování schopností a dovedností osob s demencí.

Dle výpovědí respondentů pracovníci v přímé péči vnímají bazální stimulaci, jako jednu z aktivit, která má velmi pozitivní vliv na osoby s demencí, všichni respondenti poukazují na její zklidňující účinky. V rámci otázky ohledně bazální stimulace, jsem nezaznamenala ani jednu negativní odpověď, lze tedy usuzovat, že pracovníci v přímé péči mají v praxi dobré zkušenosti s využitím tohoto konceptu. U výpovědí pracovníků v sociálních službách, je patrné, u které aktivizace jsou proškoleni. Protože, poté jejich výpověď na dané téma vypovídala o jejich zapálení pro danou aktivitu. Dokázali přesně formulovat co která aktivita přináší klientům s demencí. Dle výpovědí respondentů o pozitivním vlivu na klienty s demencí, poukazuje na důležitost zařazování a používání bazální stimulace či prvků bazální stimulace při péči a aktivizace seniorů s demencí. V domově se zvláštním režimem mají kurz bazální stimulace dva pracovníci. Dále velmi kladně se respondenti vyjadřovali o smyslové aktivizaci. V domově se zvláštním režimem má kurz smyslové aktivizace jedna pracovnice. Respondenti shodně hovořili o stimulaci lidských smyslů, o trénování

dlouhodobé paměti a připomínání a udržování dovedností a schopností seniora s demencí. Smyslová aktivizace je zaměřena na celého člověka, péče se prolíná s aktivizací. Jak vypověděl respondent P5 „Rozvoj *motoriky, pocit toho člověka že si něco udělá sám, třeba se učeše sám*“. U výpovědi ohledně smyslové aktivizace je patrné, že všichni respondenti jsou přesvědčení o přínosném vlivu na klienty s demencí, opět respondenti, kteří neprošli školením na smyslovou aktivizaci vědí o jejích přínosech. Je tedy evidentní, že si pracovníci v přímé péči předávají informace ohledně přínosu či negativ jednotlivých aktivit. U smyslové aktivizace jsem nezaznamenala žádnou negativní či rozporuplnou výpověď. Naproti tomu u výpovědi ohledně nejoblíbenější aktivity se vyjadřovali respondenti velmi rozdílně. Na jednu stranu u všech ve výpovědích zaznělo, že canisterapie je velmi žádaná a přínosná aktivita, avšak okamžitě dodávali, že obliba této aktivity je velmi individuální. Opět ve výpovědích zaznělo, že canisterapie dokáže vyvolávat u osob s demencí dlouhodobou paměť. Z těchto výpovědí je patrné, že pracovníci v přímé péči znají klienty s demencí velmi dobře a vědí, jak při které aktivitě reagují. Jak vnímají a prožívají kontakt s canisterapeutickým psem. Také jsem u výpovědí zaznamenala, že pracovníci v sociálních službách zastávají názor, že i aktivizaci je třeba poskytovat individuálně dle potřeb klientů stejně jako péči.

7.3 Názory rodinných příslušníků

DVC3) Jaké názory mají rodinní příslušníci na aktivizační programy v domově se zvláštním režimem a jejich přínos pro klienty s demencí.

Pomocí tohoto cíle se budu snažit zjistit jaké mají názory rodinní příslušníci na probíhající aktivizaci v domově se zvláštním režimem.

Při zjišťování tohoto cíle mi dle odpovědí vyšli tyto indikátory, pomocí otevřeného kódování.

- Klady trénování paměti
- Informovanost rodinných příslušníků o průběhu a nastavení aktiv
- Začlenění osob s demencí do kolektivu

Klady trénování paměti

Informanti se o trénování paměti vyjadřovali veskrze pozitivně. Informant O1 se vyjádřil o pozitivním vlivu trénování paměti na jeho maminku, myslí si, že procvičování paměti pomáhá zpomalovat nemoc jeho maminky. *„Já myslím, že velký. Progrese nemoci je u mamky pomalá. Myslím, že to trénování paměti tady jí prospívá.“* Také informant O4 si myslí, že trénování paměti pozitivně ovlivňuje jeho manželku, dále se vyjádřil, že tato aktivita je dobrá jako dobré trávení času, i když paměť už pozitivně neovlivní. *„Myslím, že to má na ni dobrý vliv. Každá takováhle činnost, která je jinačí než chodit na jídlo a chodit si lehat. I když to nepřinese tomu člověku výhody, tak je to činnost.“* O prospěšném vlivu trénování paměti se vyjádřil i informant O3. *„No tak vliv to asi má, protože si to vybaví rychlejc. Když jí k tomu vedete tak si přece jenom vzpomene. Dá se říct, že jí to prospívá.“* Informanti mají názor, že stimulace paměti je u osob s demencí velmi důležitá a prospěšná. Informant O3 je přesvědčen, že trénování paměti přináší nové podněty a pozitivně ovlivňuje paměť jeho tchyně. *„Trénovat paměť, oživovat si některé věci, že kolikrát neví, co bylo před hodinou.“* Demence nejprve negativně ovlivňuje krátkodobou paměť, dlouhodobá paměť je zasažena o něco déle. Tento informant se také vyjádřil o prospěšnosti trénování paměti a jejího kladného vlivu na paměť. *„No tak vliv to asi má, protože si to vybaví rychlejc. Když jí k tomu vedete tak si přece jenom vzpomene. Dá se říct, že jí to prospívá.“* Informant O2 je rád, že jeho maminka rozumí obsahu toho, co jí říká a dle jeho mínění tento stav kladně ovlivňuje trénování paměti. *„Já tohle nevidím. Víím jen, když jí něco říkám, tak tomu rozumí. Myslím, že to pomáhá.“*

Informovanost rodinných příslušníků o průběhu a nastavení aktivit

Když jsem se dotazovala informantů opatrovníků, jaké mají názory na dílčí aktivity, často z odpovědí zaznívalo, že přesně nemohou posoudit danou aktivitu, že nejsou přítomni u této aktivity, nebo že jejich blízká osoba jim již nedokáže říci, které aktivity se účastnili, eventuálně neví, jak často je daná aktivita zařazena do harmonogramu aktivit. Informant O3 se vyjádřil o muzikoterapii, u které neví, kdy a jak probíhá. Tak to nedokážu tolik posoudit. *„Myslím, že jo, ale úplně to nedokážu říct. Když se sem dostanu, tak to v ten moment neprobíhá.“* Obdobně se vyjádřil informant O2 *„Nevím jak, je to tu tady často. Dřív zpívala ráda a často.“* Také informant O4 se

vyjádřil, že nemůže hodnotit muzikoterapii, protože muzikoterapie většinou probíhá dopoledne a on chodí odpoledne „*Já dopoledne nikdy nechodím. Vím, že se tady zpívá, tam u toho byla ta Lenka. Bylo to takové divočejší bouchání, ale ty lidi to tam brali.*“ A informant O2 také shodně dodává, že nemůže hodnotit četnost muzikoterapie, protože neví, jak často probíhá. „*Nevím jak, je tu tady často. Dřív zpívala ráda a často.*“ Dále informant O4 nedokázal odpovědět, zda je muzikoterapie zařazovaná do programu aktivit dostatečně, protože nemá informace, jak často tato aktivizace probíhá. Také informanti se shodovali ve výpovědi, že jim chybí zpětná vazba od jejich blízkých, že již nedokážou vypovědět, jaké aktivity se účastní a jestli se jim tato činnost líbí a je jim ku prospěchu. Takto se vyjádřil informant O3. „*Tak to nevím, jestli splňují, ale asi si myslím, že to, co se děje, asi to je dostačující. My to neposoudíme. Ale my to vidíme z hlediska toho, že když se jí zeptáme, co jste dělali, tak ona řekne automaticky, že neví, ale když jí trochu navedu, tak ví. Ona je v tom stadiu, že ta paměť jí dost schází, má s tím problémy. Jinak na to nedokážu odpovědět.*“ Podobně se vyjádřil informant O4. „*.....nevím, protože od manželky se toho moc nedovím, tak nevím. Proto nemůžu hodnotit, jedině kdyby se manželka rozmluvila. Ona většinou mlčí.*“

Začlenění osob s demencí do kolektivu

Z výpovědí vyplývá, že pro opatrovníky je velmi důležité, aby jejich blízcí byli zapojováni do kolektivu. Jsou vesměs přesvědčeni, že kolektiv má pozitivní vliv na jejich blízké, pro mnohé je kolektiv velká priorita, protože často senioři, když byli doma ve svém prostředí, tak byli většinou a sami a chyběl jim kontakt s lidmi zejména vrstevníky. Informant O1 vypověděl, jak je kolektiv pro jeho maminku důležitý a je přesně to co se jí doma nedostávalo. „*U mé maminky, je to hlavně o kontaktu s ostatními lidmi, to jí doma velmi scházelo.*“ A dodává: „*Myslím, že určitě, je to lepší, než když byla doma sama, je komunikativní...*“ Obdobně se o této situaci vyjadřuje informant O2, který je rád, že jeho maminka je ve společnosti druhých lidí. „*Jsem rád, že je v kolektivu a není celý den sama.*“ Informant O4 se v odpovědích na otázky často vyjadřoval o neochotě své manželky být v kolektivu, či účastnit se některé aktivity. „*Já si myslím, že aktivity jsou nastavený dobře a že manželka toho nevyužívá, já jsem*

jí neviděl s jinými klienty mluvit. Ona se hodně věnovala práci, měli jsme problém s dovolenou. Na prvním místě byla práce, taková prostě byla. „

Informanti shodně uvádějí, že jsou rádi, když jejich blízká osoba se účastní nějakých aktivit, nebo alespoň aby byla mezi lidmi. Myslí si, že je to pro ně velmi přínosné. Dále se shodovali, že doma tomu tak nebylo a byli spíše sami.

Interpretace 3. dílčího výzkumného cíle:

Odpověď na tento cíl je: Rodinní příslušníci, v tomto případě opatrovníci, kladně hodnotí vliv trénování paměti na osoby s demencí. Dále je pro ně důležité, aby jejich blízcí byli začleněni do kolektivu a nebyli o samotě, i když daná aktivita neovlivní jejich stav, aktivity vnímají spíše jako dobře strávený čas, který jim může být trochu nápomocný v jejich nemoci. Dále se informanti vyjadřovali, že nemohou dané aktivity hodnotit, protože při jejich konání tu nejsou a od svých blízkých nemají téměř žádnou zpětnou vazbu.

Většina informantů udávala, že dle jejich vlastního mínění je pro jejich blízké v domově se zvláštním režimem trénování paměti přínosné. Zejména na věci, které znali z dříve. Dále se většina informantů shodovala, že vidí velkou prospěšnost u svých blízkých v trénování paměti. Z výpovědí také zaznívala velká shoda v názoru, že je dobré pro lidi s demencí být v kolektivu. Přímo na to poukazovali tři ze čtyř informantů. Z odpovědí lze usuzovat, že je pro informanty opatrovníky velmi důležité, aby jejich blízcí nebyli stále sami. Velmi zajímavé byli odpovědi na různé aktivity, tam respondenti s odpověďmi váhali, protože jim chybí zpětná vazba od jejich blízkých na jednu stranu a na druhou stranu nevědí, jak tyto aktivity probíhají a jak často probíhají v domově se zvláštním režimem, tudíž nevidí momentální reakci na dané aktivity.

Informanti hodnotí aktivizaci kladně, zejména dle osobních výpovědí považují trénování paměti za nejpřínosnější aktivizaci, avšak nemají dost informací, aby danou problematiku mohli dle svých názorů dobře ohodnotit. Osobní výpovědi poukazují na fakt, že rodiny nejsou příliš informovány o aktivitách nabízejících se v domově pro seniory. Z rozhovorů bylo patrné, že informanti nejsou obeznámeni s tím, kdy a jak často jsou dané aktivity zařazovány do harmonogramu aktivit.

7.4 Závěr výzkumného šetření a doporučení do praxe

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjištění názoru pečujících profesionálů a rodinných příslušníků na aktivizační programy v domově se zvláštním režimem. Pomocí tří dílčích cílů jsem našla odpověď na hlavní cíl mé práce. Pečující profesionálové – aktivizační pracovníci v domovech se zvláštním režimem považují aktivizaci za velmi odlišnou, náročnější na přípravu v porovnání s domovem pro seniory. Také zmiňují velkou roli individuálního plánování v aktivizaci. Za nejprínosnější aktivizaci pro osoby s demencí považují muzikoterapii. Pečující profesionálové – pracovníci v sociálních službách vnímají canisterapii jako velmi oblíbenou aktivitu, dále oceňují přínos bazální stimulace pro její zklidňující účinky na klienty. Smyslovou aktivizaci vnímají jako velmi přínosnou, neboť napomáhá udržovat a upevňovat již zapomenuté schopnosti a dovednosti uživatele s demencí. Rodinní příslušníci považují za nejprínosnější aktivizaci trénování paměti. Názory na jiné aktivity mají omezeny z nedostatku informací a nulové zpětné vazby od svých blízkých, rovněž je pro ně důležité, aby jejich blízcí byli začleňováni do kolektivu.

Aktivizační pracovníci, dle osobní výpovědi, spatřují velkou rozdílnost ve výkonu aktivizace v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Aktivizační pracovníci sami vnímají, že osoby s demencí mají jiné potřeby a vnímají své okolí jinak než uživatelé v domově pro seniory. Toto hledisko ovlivňuje přístup aktivizačních pracovníků k osobám s demencí. Obdobně se vyjadřuje také Zgola (2003). - Je nutné brát na zřetel stupeň demence u klienta a také nabízet aktivity, jež korespondují s jeho schopnostmi a dovednostmi. Aktivizační pracovníci se vyjádřili, že je nutné získávat informace od pracovníků v sociálních službách, a to zejména o aktuálním zdravotním stavu a dále o skutečnostech o osobách s demencí, které vycházejí z péče. Toto hledisko také zmiňuje Zgola (2003). - Je dobré, když pracovníci v přímé péči předávají podněty z péče, na co který člověk dobře reaguje a má nejraději. Dále výzkumné šetření ukázalo, že aktivizační pracovníci znají individuální plán uživatele v domově se zvláštním režimem a pracují s ním tak, aby aktivizace byla vhodně nastavená a vypovídala o schopnostech a dovednostech uživatele, aby mohla aktivizace následně využít silné stránky osoby s demencí a podpořit tak do jisté míry

samostatnost a soběstačnost osoby s demencí, tak jak ukládá zákon 108/2006Sb. Z rozhovorů vyplynulo, že aktivizační pracovníci muzikoterapii hodnotí jako nejvíce oblíbenou aktivizaci v domově se zvláštním režimem. Při této aktivitě se osoby s demencí dokážou aktivně zapojovat, procvičují si paměť jak krátkodobou, tak dlouhodobou. Tento názor je totožný s tvrzením Jiráka (2013), který říká, že muzikoterapie je vhodná při práci s osobami s demencí, pomáhá navázat a udržet sociální vazby ve skupině a je nápomocna při udržování dobré nálady.

Jako aktivizační pracovnice jsem pracovala v domově se zvláštním režimem víc jak jeden rok. Ze své praxe vím, jak je tato činnost velmi náročná a vysilující. Jako jednu z možností, jak lépe nastavit předávání informací, vidím v systematickém předávání informací mezi aktivizačními pracovníci a pracovníky v přímé péči nejlépe každý den v ranních hodinách, a možnost přístupu aktivizačních pracovníků k sešitům z předávání směny. Dále z rozhovorů vyplynulo, že osoby s demencí velmi dobře reagují na muzikoterapii, proto bych navrhovala proškolení nejméně dvou aktivizačních pracovníků v muzikoterapii, aby se muzikoterapie mohla dále zlepšovat a pomáhala naplňovat specifické potřeby osob s demencí v rámci muzikoterapie.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pracovníci v sociálních službách považují bazální stimulaci za činnost, jež uživatelům přináší zklidnění a příjemné pocity. Tuto skutečnost také zmiňuje Friedlová (2014) a dodává, že bazální stimulace je vhodná pro osoby s demencí, kde je využíváno speciální polohování či dechová cvičení. Dále jsem zjistila, že pracovníci v sociálních službách vnímají canisterapii jako jednu z nejlépe přijímaných aktivit v domově se zvláštním režimem. Ač je tato obliba velmi individuální, jak vyplynulo ze šetření, canisterapie může vyvolávat dávné vzpomínky. Také Galajdová (2011) se zmiňuje o vhodnosti canisterapie u osob s demencí, kde tato terapie může oživit paměťové stopy a vyvolat tak vzpomínky, jež se vážou s emocemi. Ve výzkumné části práce jsem zjistila, že pracovníci v přímé péči považují smyslovou aktivizaci za velmi přínosnou pro osoby s demencí. Pomáhá totiž upevňovat sebevědomí osoby s demencí, dále je nápomocna při vyvolávání vzpomínek na jisté činnosti či životní vzpomínky, které je provázely životem. Vojtová (2014) uvádí, že koncept smyslové aktivity dodává člověku s demencí sebedůvěru a umožňuje osobám s demencí se opět vrátit do života.

Pro zlepšení úrovně péče i vedení aktivizace v domově se zvláštním režimem pracovníky v sociálních službách bych se přikláněla k proškolení dalších pracovníků jak ve smyslové aktivizaci, tak v bazální stimulaci. Ve smyslové aktivizaci je proškolená jen jedna pracovnice, což si myslím, že je k výše uvedeným kladům a výhodám tohoto konceptu málo. Obdobně vidím situaci i u bazální stimulace, kde jsou proškoleni dva pracovníci v přímé péči.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že rodinní příslušníci vidí největší přínos v aktivizaci pro uživatele s demencí v trénování paměti, přisuzují jí velký význam pro udržování a procvičování paměti. Jsou přesvědčeni o jejím přínosu a vhodnosti zařazení do harmonogramu aktivit v domově se zvláštním režimem. Také Jiráček, Holmerová a Borzová (2009) ve své studii uvádějí, že je vhodné zařadit procvičování paměti u osob s demencí v mírné či středně pokročilé fázi a je lépe se zaměřit na dlouhodobou paměť než krátkodobou. Dále při šetření vyplynulo, že rodinní příslušníci jsou rádi a považují za důležité, když jejich blízcí jsou zapojováni do kolektivu a nejsou po celý čas sami na pokoji. Někteří tomuto přikládali velký význam. Dle mých zkušeností osoby s demencí většinou v mírné či středně pokročilé fázi sami vyhledávají společnost dalších klientů či pracovníků v přímé péči. Rádi se účastní aktivizace, i když se aktivně nezapojují. Při sestavování aktivizačních programů je vhodné posuzovat míru demence u jednotlivých uživatelů a dle toho nastavovat individuální, či skupinovou aktivizaci. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009) Při výzkumném šetření jsem dále zjistila, že rodinní příslušníci, při dotazování na různé aktivity, často poukazovali na to, že o dané věci nic netuší, nemají o aktivitách informace z důvodu jejich momentální nepřítomnosti v domově, nebo ani nemají zpětnou vazbu od svých blízkých. Dle odpovědí usuzuji na malou informovanost o nabízených aktivitách a jejich pravidelného zařazování do harmonogramu aktivizace.

V tomto případě bych považovala za důležité kladení důrazu na větší informovanost rodinných příslušníků o aktivizačních programech, jež se v domově se zvláštním režimem nabízejí, a také je důležité upozornit na to, jaké výhody a možnosti tyto koncepty nabízejí. Touto osvětou by bylo dobré začínat již při příjmu do domova se zvláštním režimem, rovněž by bylo vhodné například na recepci vytvořit nástěnky

s vysvětlivkami, co která aktivizace nabízí a znamená. Myslím si, že by také bylo vhodné nabídnout rodinám zasílání fotografií z proběhnuvších aktivit a stále se snažit více komunikovat s rodinami jak na straně sociálních pracovníků, tak aktivizačních pracovníků a v neposlední řadě také ze strany pracovníků v sociálních službách.

Doporučení do praxe:

- lépe nastavit předávání informací mezi pracovníky přímé péče a aktivizačními pracovníky
- proškolení nejméně dvou aktivizačních pracovníků v muzikoterapii
- proškolení dalších pracovníků ve smyslové aktivizaci
- proškolení dalších pracovníků v bazální stimulaci
- více a systematicky informovat rodinné příslušníky o daných aktivitách, které s v domově nabízejí, kdy se konají a jaké výhody nabízejí pro jejich blízké (větší informovanost u příjmu, nástěnky s informacemi o aktivizačních technikách)

8 Závěr

Demence ovlivňuje zejména kognitivní funkce osob, celkové vnímání reality a také jejich komunikační schopnosti. Přístup k těmto osobám je velmi specifický, odráží se v komunikaci s těmito osobami, v péči a v neposlední řadě také v nastavování a provádění aktivizace v domovech se zvláštním režimem.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit názory pečujících profesionálů a rodinných příslušníků na realizaci aktivizačních programů a jejich přínos pro klienty s demencí.

Myslím si, že aktivizace seniorů s demencí je velmi důležité téma pro sociální služby. Vhodnou aktivizací můžeme zlepšit či alespoň udržet zdravotní stav osoby s demencí. Dále aktivizace může pomoci pozvednout sebevědomí osob s demencí tím, že poukazujeme na jejich dovednosti a schopnosti. S těmi dále pracujeme, rozvíjíme je a udržujeme. Optimálně nastavená aktivizace může zlepšit kvalitu života osob s demencí.

Z výzkumu jednoznačně vyplynulo, že názory na aktivizační programy a přínos pro klienty s demencí pečujících profesionálů, v tomto případě aktivizačních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, jsou mírně odlišné zejména v posuzování toho, která aktivizace je nejpřínosnější pro osoby s demencí. Aktivizační pracovníci se shodují, že za nejvíce prospěšnou aktivizaci pro uživatele v domově se zvláštním režimem považují muzikoterapii, pracovníci v sociálních službách považují spíše bazální stimulaci nebo smyslovou aktivizaci. Tento jev si vysvětlují tím, že každá skupina tento jev vyhodnocovala dle svých osobních zkušeností dle toho, na jaké aktivizace se osobně podílí a vykonává. Dále z mého výzkumu vyplynulo, že aktivizační pracovníci vnímají odlišnost klientely v domově se zvláštním režimem a přizpůsobí tomu nabízené aktivity a také přístup k jednotlivým uživatelům. Pracovníci v sociálních službách vnímají canisterapii jako jednu z nejlépe přijímaných aktivizací u uživatelů s demencí, avšak velmi důležitá je znalost uživatelů v tom, zda mají, či nemají se zvířaty, zejména se psi, negativní zkušenost. V další řadě pracovníci, kteří pracují s konceptem bazální stimulace, velmi vyzdvihovali přínos bazální stimulace pro uživatele s demencí, a podobná situace byla i u pracovníků v přímé péči, kteří prošli odborným školením na smyslovou aktivizaci. Všichni tyto pracovníci jsou

obeznamení s výhodami dané aktivizace a přínosu pro tyto klienty, a jsou více vnímavější na pokroky, které daná aktivizace uživatelům s demencí přináší. Ve většině případů nejsou přítomni u jiné aktivizace prováděné jejich kolegy. Rodinní příslušníci jsou málo informováni o programu aktivizace v domově se zvláštním režimem, mají malou, či žádnou zpětnou reakci od svých blízkých.

Vhodně nastavená a zvolená aktivizace má pozitivní vliv na osoby s demencí. I tam, kde aktivizace už je jen doplněk, jak strávit příjemně volný čas, tak má pro osoby s demencí velký význam. Při tomto vyhodnocování hraje velkou roli školení a neustálé vzdělávání zaměstnanců, kteří mohou profesionálně vést dané aktivity. Dále je vhodné zapojovat rodiny do sestavování vhodných aktivit pro jejich blízké, protože již mnohé osoby s demencí si už nepamatují, jaká činnost je bavila, co je zajímalo, v čem vynikali.

Myslím si, že mnohdy je aktivizace seniorů s demencí velmi podceňovaná, často je brána jako neužitečná věc vedle potřebné péče. Má bakalářská práce se zabývala zjišťováním názorů pečujících profesionálů a rodinných příslušníků na aktivizaci seniorů s demencí. Mám za to, že jsem cíl mé práce naplnila a osvětlila přínos aktivizace těchto osob v domově se zvláštním režimem.

Seznam použitých zdrojů:

1.

Callone P.R., Kudlacek C., Vasiloff B.C., Manternach, J., Brumback, A., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak jí zvládat lépe.* Praha: Grada Publishing,2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

Dvořáčková, D.2012. *Kvalita života seniorů.* Praha: Grada Publishing,2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

Friedlová, K., 2014. *Uplatnění konceptu bazální stimulace v péči o seniory. In sborník příspěvků z odborné konference, O Alzheimerovej chorobe“ pořádané AkSen a Alzheimercentrem Piešťany. Piešťany: Novartis Slovakia s. r. o. s. 15–21.* ISBN 978-80-971833-0-1. [Online] 2018. [Citace: 10.12.2018.] https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_BS_geriatrie.pdf

Friedlová, K., 2015. *Bazální stimulace: pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015 ISBN 978-80-904668-9-0.

Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011.*Canisterapie: pes lékařem lidské duše.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.

Hamilton, I.S.,1999. *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Hendl, J.,2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál, 2008.ISBN 978-80-262-0219-6.

Holczerová, V., Dvořáčková D., 2013.*Volnočasové aktivity pro seniory.* Praha: Grada Publishing,2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

Holzer, L., Drlíčková, S.,2012. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3323-3.

Janečková, H., Vacková, M.,2010. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

Jiráček, R., Holmerová, I. Borzová, C. a kol.2009. *Demence a jiné poruchy paměti.* Praha: Grada Publishing,2009. ISBN 978-80247-2454-6.

Jiráček, R. et al., 2013. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J., 2009. *Základy Muzikoterapie.* Praha: Grada Publishing,2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

Lairová, S., 2015. *Trénink paměti: principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti.* Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0888-4.

Malíková, E.2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing,2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P., (eds.) 2010. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál,2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Mlýnková, J., 2011. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978- 80-247-7099-4.

Muller, O., (ed.), kolektiv,2014. *Terapie ve speciální pedagogice.* Praha: Grada Publishing,2014. ISBN 978-80-247-4172-7.

Nerandžič, Z.,2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí.* Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.

Pokorná, A.,2010. *Komunikace se seniory.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

Suchá, J., 2008. *Trénink paměti pro každý věk: testy na paměť, logiku a koncentraci.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978–80–7367-438 0.

Suchá, J., Jindrová I., Hátlová B.,2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory.* Praha: Portál,2013. ISBN 978-80-262-0335-3.

Rheinwaldové, E., 1999. *Novodobá péče o seniory.* Praha: Grada Publishing,1999. ISBN 80-7169-828-8.

Špaténková, N., Bolomská, B.,2011. *Reminiscenční terapie.* Praha: Galén,2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

Švaříček, R., Šedová, K.,2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál,2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

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

Vojtová, H., 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi.* Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

Wehner, L., Schwinghammer Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha: Grada Publishing,2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

Zelesiová, J.,2007. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praktická aplikace.* Praha: Portál,2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Zgola, J.M.2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing,2003. ISBN 80-247-0183-9.

2. Periodika:

Procházková, L., 2012. *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. Prohuman. 2012/2. [Online] 2019. [Citace: 5.1.2019.] <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>*

3. Internetové zdroje:

MPSV.2018. Registr poskytovatelů sociálních služeb [Online] 2018. [Citace: 14.10.2018.] <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid/>

505/2006 Sb., Vyhláška. [Online] 2018. [Citace: 14. 10 2018.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505/>

Mátl, Mátlová, Holmerová, 2018. ČALS Zpráva o stavu demence 2016. [Online] 2018. [Citace: 28.10. 2018.] [http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048.](http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048)

Vágnerová, M.,2004. *Psychologie pro pomáhající profese.* [Online] 2019. [Citace: 6.4.2019.] <http://msk.comehere.cz/pspompr.pdf>

Dokumenty:

Standard č. 5 Domov se zvláštním režimem, papírová podoba

Seznam tabulek

Tabulka 1: Tabulka dílčích cílů.....	44
Tabulka 2: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 1	45
Tabulka 3: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 2	46
Tabulka 4: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 3	46
Tabulka 5: Transformační tabulka tazatelských otázek dílčího cíle č. 3	49

Seznam obrázků

Obrázek 1: Tři paměťová stádia.....	21
Obrázek 2: Čtyři pilíře úspěšného setkávání.....	26
Obrázek 3: Vzájemné propojení pohybu, vnímání a komunikace	31

Příloha č. 1.

Přepis rozhovoru s informantem

DVC 1: Jaké názory mají aktivizační pracovníci na aktivizační programy Domově se zvláštním režimem a jejich přínos pro klienty s demencí

TO1) Jaké výhody spatřujete v bazální stimulaci u osob s demencí?

Já bazální stimulaci nedělám, a neumím, nebyla jsem na školení. Ale vím od kolegyní, že to je určitě pro ty lidi příjemný, že pociťují to teplo a dotyk.

TO2) Jaký vliv má canisterapie na uživatele v domově se zvláštním režimem?

Určitě to přínosný je, spousta lidí měli doma kočky nebo psi, a někteří jsou rádi, že si zvíře pohladí. Ti, co nevidí tak cítí pod rukama tu srst. Vzpomenou si na svoje zvíře, co měli doma, třeba i na jméno. Ale jsou, kteří mají k tomu negativní vztah. Myslím, že to sem patří.

TO3) Jaké výhody sledujete při využívání smyslové aktivizace v domově se zvláštním režimem?

Tam sleduji velké výhody. Smyslovou aktivizaci mám udělaný oba levly. Myslím, že pro lidi s demencí je to asi nejpřínosnější věc, co tady může bejt. Oni v sobě probuděj ty city, smysli, dokážou se vrátit v čase zpět. Dokážou si vzpomenout na co dělali, vědí že to dělali. Dokážou mluvit o spoustě zážitků a požitků. Dokážou to i prožívat. Vzpomenou si jak šili, vařili, prali. To se musí vidět, co to v těch lidech probudí.

TO4) Které z nabízených aktivit, podle Vás jsou pro klienty nejpřínosnější?

Určitě smyslová aktivizace a taky bazální stimulace pro lidi, kteří jsou už upoutaní na lůžko a mají třeba už třetí stupeň demence, už téměř nekumunikují tak je bazální stimulace hodně přínosná. Ale smyslová aktivizace je pro mě z mé zkušenosti nejpřínosnější.

TO5) Jaké máte odezvy od rodinných příslušníků na prováděnou aktivizaci v domově se zvláštním režimem?

Tak občas o tom s nimi mluvíme, že jsme třeba tady s paní dělali smyslovou aktivizaci a vzpomněla si na tohle a na tohle a rodina mi to často potvrdí. Tak o tom s nimi mluvíme, že si lidi přitom vzpomenu na hodně věcí. Odezvy jsou vždycky kladný, nesetkala jsem se s ničím jiným. Rodinní příslušníci jsou rádi, že se s nimi takhle pracuje.

TO6) Jaké aktivity v domově se zvláštním režimem zajišťujete?

No tak já zajišťuju smyslovou aktivizaci. Občas vezmeme někoho ven nebo si nakoupit na recepci.

TO7) Prošla jste nějakým školením zabývající se aktivizací?

Ano smyslovou aktivizaci. A jsem ráda, že to mám.

Příloha č. 2.

Přepis rozhovoru s informantem

DVC 2: Jaké názory mají pracovníci v přímé péči na aktivizační programy v domově se zvláštním režimem a jejich přínos pro klienty s demencí

TO1) Jak hodnotíte vliv muzikoterapie na osoby s demencí?

Hodnotím ho opravdu kladně. Hrozně rádi zpívají, to je bez debaty. To je nejvíc oblíbená aktivita. Každý má svoji oblíbenou písničku. Zapouji do toho trénování paměti, když vzpomínají, co je to za písničku.

TO2) Jaký smysl vidíte ve využívání reminiscence v aktivizaci?

No jak kdy. Někdy je to dokáže přivést do takového stavu, když vzpomínají na maminku a na tatínka. Někteří, jsou plačtiví. Smysl to určitě má, trénují, co si pamatují. Je to, ale spíš individuální.

TO3) Jak reagují uživatelé při trénování paměti?

No zase jak kdy. Je to o tom okamžiku, jak se jim chce. Člověk je musí zaujmout.

TO4) Jaká specifika spatřujete při vykonávání aktivizace v domově se zvláštním režimem?

To je úplně nebe a dudy. To je úplně jiná práce, musíš se k těm lidem dostat blízko.

TO5) Jakou roli hraje individuální plán v plánování aktivizace daného uživatele?

Velkou. Protože já musím vědět, já musím znát ten jeho životní příběh. Abych se mu mohla přiblížit, aby moje práce s ním měla smysl. Protože každý má jiný dětství, jinou rodinu nebo školu.

TO6) Jakou máte odezvu na aktivizaci od rodinných příslušníků uživatelů?

No to je taky kapitola sama pro sebe. Už se mi stalo, že lidi za mnou přijdou a jsou rádi, že s nimi chodíme ven, nebo když trénujeme paměť. ale najdou se i rodiny, kterým je vše málo, nebo mají jinou představu.

TO7) Jaké aktivity jsou dle Vás nejvhodnější pro osoby s demencí?

Trénování paměti, vzpomínání a zpívání, to je jim nejbližší.

Příloha č. 3.

Přepis rozhovoru s informantem

DVC 3: Jaké názory mají rodinní příslušníci na aktivizační programy v domově se zvláštním režimem a jejich přínos pro klienty s demencí

TO1) Jak jste se mohl/la zapojit do nastavování vhodných aktivit pro Vaši/matku/tchyni/babičku,

Nevím, co tím myslíte. My jsme byli zvyklí hodně chodit za každého počasí a v neděli jsme se bavili, že by se ráda podívala na chalupu, tak jsem jí řekl, že když dojde do Peklovců tak můžeme je autobusem na chalupu. Tak to má takový cíl.

Aha, a hovořil s Vám někdo, jak vhodně nastavit aktivity pro Vaši manželku?

Ne se mnou ne. Tady ty lidi chodí sem tam. Musí je někdo k něčemu vyprovokovat. Tady na tom patře je to takový zvláštní. Nevím, udělat to tak aby to mělo smysl, aby

toho byli schopni. Manželka občas chce něco povědět paní co s ní je. To je těžká otázka.

TO2) Jaké aktivity, jsou dle Vás nejvhodnější, pro Vašeho blízkého v domově se zvláštním režimem?

Asi to vzpomínání. Jako třeba šití v ruce nic neudrží. Chodila kdysi do Otakara a zpívala. Když byla v sanatoriu v Holicích tak chtěla knížku s písničkama a za týden mi to dala, že zpívat nebude. Asi to vzpomínání na nějaký zvyky, obyčeje, prostě teď budou Velikonoce tak barvení vajíček.

TO3) Myslíte si, že je muzikoterapie zařazovaná do aktivizace dostatečně?

Muzikoterapie je většinou dopoledne.

Já dopoledne nikdy nechodím. Víím, že se tady zpívá, tam u toho byla ta Lenka. Bylo to takové divočejší bouchání, ale ty lidi to tam brali.

A myslíte, že je to dostatečné?

To já nevím. To já vůbec nevím, zda vůbec na to chodí. Mě se zdá, že se hodně straní a vyhýbá. Ona se moc zapojit nechce, to je těžký.

TO4) Jak hodnotíte reminiscenci v domově se zvláštním režimem?

To bych bral jako hodně důležitou věc. Mužský maj sami, na co vzpomínat, ale ženský musí mít nějaký téma daný. Ale jinak nevím. Protože od manželky se toho moc nedovím, tak nevím. Proto nemůžu hodnotit, jediné kdyby se manželka rozmluvila. Ona většinou mlčí.

TO5) Jaký vliv má podle Vás trénování paměti na Vaši/matku/otce/babičku, ...

To bych taky bral. Má doma scrabble, tak když jí ta nemoc začala tak jsme to doma dělali, tak to jí bavilo. Myslím, že to má na ni dobrý vliv. Každá takováhle činnost, která je jinačí než chodit na jídlo a chodit si lehat. I když to nepřinese tomu člověku výhody, tak je to činnost. Ráda taky tady zalévala kytky, potom o tom mluvila.

TO6) Splňují zdejší aktivity potřeby Vašeho blízkého v domově se zvláštním režimem?

Já si myslím, že aktivity jsou nastaveny dobře a že manželka toho nevyužívá, já jsem jí neviděl s jinými klienty mluvit. Ona se hodně věnovala práci, měli jsme problém s dovolenou. Na prvním místě byla práce, taková prostě byla.