

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou  
v domovech se zvláštním režimem**

Bakalářská práce

Autor: Soňa Slepíčková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

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

## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Soňa Slepíčková  
**Studium:** U1486  
**Studijní program:** B6731 Sociální politika a sociální práce  
**Studijní obor:** Sociální práce ve veřejné správě

### Název bakalářské práce:

#### **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem**

Název bakalářské práce AJ: Activation of seniors with Alzheimer's disease care facilities

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Práce se bude zabývat problematikou aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem. Cílem práce bude zjistit rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta ve vybraném zařízení domova se zvláštním režimem. Zvolenou výzkumnou metodou je kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaných rozhovorů.

PIDRMAN, V. Demence, Grada, 2007

ZGOLA, Jitka M. Úspěšná péče o člověka s demencí, Grada, 2003

GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí, Portál, 2012

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, Péče o pacienty s kognitivní poruchou, Česká alzheimerovská společnost, 2009

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky, Portál, 1999

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří, Karolinum, 2007

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,  
Ústav sociální práce

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

Oponent: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

## **Prohlášení**

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

V Tehově dne 28. 2. 2017

Soňa Slepíčková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za cenné rady a metodické vedení práce, řediteli Domova důchodců Náchod Bc. Václavu Voltrovi za umožnění výzkumu v tomto zařízení a rovněž tak všem informantům za jejich čas a ochotu ke spolupráci.

## **Abstrakt**

SLEPIČKOVÁ, Soňa. *Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce je zaměřena na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Nejprve je v práci vymezena problematika stáří z pohledu výskytu Alzheimerovy choroby u seniorů. Pozornost je věnována demografickému stárnutí populace, změnám kognitivních funkcí ve stáří a podrobněji je přistupováno k vymezení pojmů demence a Alzheimerovy choroby. Následně je pozornost věnována domovu se zvláštním režimem, legislativnímu ukotvení této služby a v neposlední řadě také významu aktivizačních činností v tomto zařízení. Teoretická část je zakončena popisem jednotlivých aktivizačních metod, které jsou pro osoby s Alzheimerovou chorobou vhodné, neboť právě aktivizační činnosti jsou předmětem výzkumného šetření. V empirické části práce je využito kvalitativní výzkumné strategie, techniky polostrukturovaného rozhovoru, kdy byl na základě analýzy provedených rozhovorů zjištěn rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem Náchod z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta.

**Klíčová slova:** stáří, demence, Alzheimerova choroba, aktivizace, domovy se zvláštním režimem

## **Abstract**

SLEPIČKOVÁ, Soňa. *Aktivation of seniors with Alzheimer's disease care facilities* Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis. Univerzity of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

This bachelor thesis is aimed at the activation of seniors diagnosed with Alzheimer's disease in assisted living facilities. At the beginning the thesis describes the problems facing society as the amount of people affected by Alzheimer's disease steadily grows. The section focuses on the overall population aging and cognitive function changes during old age, then discourses on the terms dementia and Alzheimer's disease. Further on assisted living facilities, their legal basis and the significance of activation programs therein are discussed. The theoretical part of the thesis is concluded by the description of the particular activation methods suitable for persons with Alzheimer's disease as the methods themselves are the subject of the research. The empirical part then uses qualitative research strategy of semi-structured interviews, whose analysis reveals the spectrum of offered activation programs and their benefits to the clients with Alzheimer's disease in the assisted living facility in Náchod from the viewpoint of social workers, carers and clients' families.

**Keywords:** old age, dementia, Alzheimer's disease, activation, assisted living facilities

## Obsah

Úvod .....	8
1 Problematika stáří z pohledu výskytu Alzheimerovy choroby u seniorů .....	10
1.1 Vývoj stárnutí populace v ČR .....	10
1.2 Kognitivní funkce a stárnutí .....	12
1.3 Problematika demence ze zdravotního hlediska .....	13
1.4 Problematika Alzheimerovy choroby ze zdravotního hlediska .....	16
2 Domovy se zvláštním režimem .....	22
2.1 Význam aktivizačních činností v DZR .....	22
2.2 Legislativní ukotvení sociální služby DZR .....	23
3 Problematika aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v DZR .....	24
3.1 Aktivizační metody .....	25
4 Shrnutí teoretické části .....	33
5 Výzkumné šetření problematiky aktivizačních činností .....	35
5.1 Formulace výzkumných cílů .....	35
5.2 Metodologické ukotvení výzkumného šetření .....	36
5.3 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku .....	40
5.4 Časový plán výzkumného šetření .....	41
5.5 Shrnutí výsledků předvýzkumu .....	41
5.6 Popis realizace výzkumného šetření .....	42
6 Interpretace získaných poznatků v pořadí podle dílčích výzkumných otázek .....	44
6.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1 .....	44
6.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2 .....	48
6.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3 .....	50
7 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi .....	53
Závěr .....	56

## Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem. Pro účely této práce bylo zvoleno konkrétní zařízení - Domov se zvláštním režimem Náchod.

Problematika stáří z pohledu výskytu Alzheimerovy choroby je v současnosti velmi aktuálním tématem. Na základě prognóz můžeme sledovat nárůst nemocných s každou generací. Predikace vývoje počtu lidí s demencí udává, že v roce 2050 by mělo být okolo 380 000 nemocných. (Zpráva o stavu demence 2015) Předpokládá se, že se nebude jednat jen o problematiku seniorů, ale i osob v produktivním věku. Na tuto nemoc nebyl dosud vyvinut lék a je řazena do nevléčitelných chorob, u kterých můžeme příznaky pouze zmírnit.

Výzkum Alzheimerovy choroby je celosvětovou prioritou a jsou na něj vynakládány velké finanční prostředky. Společnosti zabývající se problematikou Alzheimerovy choroby u nás i ve světě se snaží o to, aby byla veřejnost více informována, neboť včasná diagnóza této nemoci je nesmírně důležitá. Je třeba, aby společnost pochopila, že osoby s Alzheimerovou chorobou potřebují pocítit lásku, podporu a porozumění a že je třeba u těchto osob uplatňovat individuální a osobní přístup, který může za pomoci aktivizace vést k velkým pokrokům u nemocného. Aktivizace je smysluplným prostředkem při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Programy aktivit těmto osobám umožňují využít jejich zachovaných schopností, podporují úspěch a výkonnost nemocného, zklidňují nervozitu a neklid, navozují pocit radosti.

**Hlavním cílem** mé bakalářské práce je zjistit rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem Náchod z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta. Aplikačním cílem práce je na základě výzkumného šetření navrhnout doporučení, která by pomohla aktivizační činnosti v tomto zařízení rozšířit.



Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a metodickou. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole je popsána problematika stáří z pohledu výskytu Alzheimerovy choroby. V jejích podkapitolách seznamuji s vývojem stárnutí populace v České republice, se změnou kognitivních funkcí ve stáří a podrobněji se věnuji problematice demence a Alzheimerovy choroby. Druhá kapitola se zabývá sociální službou domovy se zvláštním režimem. Popisuje danou službu a její legislativní ukotvení a význam aktivizačních činností v těchto zařízeních. V třetí kapitole se zaměřuji na vybrané aktivizační metody, které jsou vhodné pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Metodická část práce se zabývá zdůvodněním výběru kvalitativní výzkumné metody, konkrétně techniky polostrukturovaného rozhovoru, a vymezuje hlavní a dílčí cíle. Účelem metodické části bylo zmapovat používané metody při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem Náchod a zjistit, jaký mají přínos pro klienty z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodinných příslušníků. V závěru práce jsou na základě analýzy identifikovány faktory, které mají vliv na rozsah nabídky aktivizačních činností v tomto zařízení, a formulována vlastní doporučení, která by pomohla nabídku rozšířit.

## **1 Problematika stáří z pohledu výskytu Alzheimerovy choroby u seniorů**

*„Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidé říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme. A přesto, nebo právě proto, o svém vlastním stárnutí a stáří většinou neuvažujeme až do doby, než se nás začne bezprostředně týkat.“* (Haškovcová, 2010, s. 16)

Kvalita prožitého stáří je dána především naším zdravotním stavem. Pokud jsme zdraví, můžeme se účastnit aktivit, které nám život v seniorském věku nabízí, a užívat života. Člověk s Alzheimerovou chorobou (dále jen ACH) je odkázán na péči druhých, ale cílem je, aby prožití jeho života probíhalo důstojně a byla mu zajištěna kvalitní zdravotní a sociální péče. Důležité je zachování jeho předchozích dovedností a aktivit. Smysluplná aktivita může u lidí s ACH pozvednout ducha, zklidnit nervozitu a neklid a rozptýlit depresi.

### **1.1 Vývoj stárnutí populace v ČR**

Demografické stárnutí populace se stalo jednou z nejvíce diskutovaných otázek posledních let i u nás. Lidé v České republice a ve všech západních zemích světa se dožívají stále vyššího věku, proto dochází a bude docházet k narůstání počtu starých lidí. V roce 1950 činil index stáří 51,7 a odhaduje se, že v roce 2050 bude připadat 296,1 seniorů na 100 mladých lidí. (Pidrman, 2007)

Současná společnost je charakteristická rychle se měnící demografickou situací a prodlužováním lidského věku. Střední délka života se prodlužuje pokročilým zdravotnictvím, zdravou stravou, podpůrnou infrastrukturou, ekonomikou, kvalitnějším životním prostředím. O kvalitě života a zdraví však vypovídá jiný ukazatel, a tou je délka života prožitá ve zdraví. V tomto směru je situace v České republice víceméně srovnatelná s průměrem EU, v České republice se udává hodnota 62, 3 let u mužů a 64, 1 let u žen (rok 2012). Nejvyšší počet obyvatel ve věku 65 a více let se očekává v 50. letech 21. století, kdy by mohl být až dvojnásobný ve srovnání se současným

stavem. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších. Počet osob starších 85 let v roce 2013 byl 0,2 mil. V roce 2060 se přepokládá nárůst na 0,8 mil., a to je 4krát více. (MPSV, 2016)

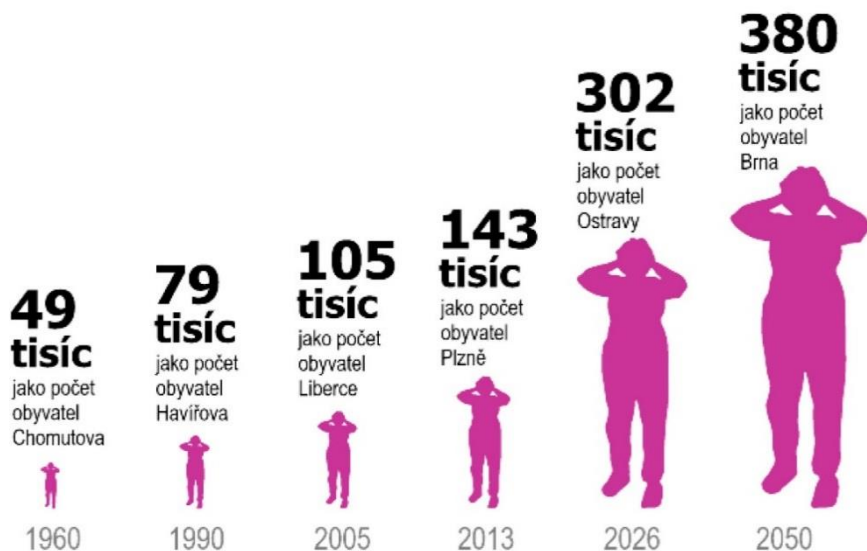
Statistické údaje, které by udávaly, kolik lidí v České republice trpí Alzheimerovou chorobou, či jinými typy demence, dosud neexistují, chybí relevantní výzkum, který by výskyt ACH validně mapoval. Můžeme pouze vycházet z kvalifikovaných odhadů, které udávají evropské a světové studie. Z mezinárodního srovnání výskytu demence vyplývá, že Evropané trpí demencí více než Češi. (Zpráva o stavu demence 2015)

*„Na celém světě žilo v roce 2015 odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Počet lidí s demencí se přitom nejspíš každých dvacet let zdvojnásobí – lze tedy očekávat, že v roce 2030 bude na Zemi 74,7 miliónu lidí s demencí a v roce 2050 dokonce 131,5 miliónu lidí s demencí.“* (Zpráva o stavu demence 2015, s. 9)

Dostupná srovnání organizace Alzheimer's Disease International ukazují, že v regionu Střední Evropa, kam patří Česká republika, je zastoupení lidí s demencí nižší, než je průměr jinde na světě. Ženy a starší lidé trpí demencí častěji. Na základě zahraničních prevalenčních studií je tak možné pro rok 2014 odhadnout počet lidí s demencí v České republice na 152,7 tisíc. Z tohoto počtu jsou přitom více než dvě třetiny ženského pohlaví. Mužů trpících demencí je ve všech věkových skupinách odhadováno na 49,6 tisíc, žen pak 103 tisíc. Mezi lety 2013 a 2014 se počet lidí s demencí zvýšil o 9 382 osob. Podíváme-li se na historický vývoj výskytu demence v České republice, můžeme konstatovat, že jak v absolutním, tak v relativním vyjádření počet lidí trpících demencí neustále narůstá. Nově zpracované prevalenční studie navíc ukazují, že počty lidí s demencí jsou vyšší, než se dříve předpokládalo. (Zpráva o stavu demence 2015)

## DEMENCE VČERA, DNES A ZÍTRA

Predikce vývoje počtu lidí s demencí v ČR



**Obr. 1** Predikace vývoje počtu lidí s demencí v ČR

Zdroj: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000331.pdf?seek=1452679851>

### 1.2 Kognitivní funkce a stárnutí

Stáří je poslední etapou lidského života a je špatně definovatelné z hlediska věku, neboť často dochází k neshodě se stářím kalendářním a stářím biologickým. Někteří lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní, výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem. Každý z nás stárne, i ten, kdo si myslí, že se ho to netýká, se oficiálně blíží ke hranici stáří. Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý a ani si nepřeje, aby se o stáří mluvilo. Můžeme hovořit o tom, že rané stáří reprezentují „mladí senioři“, a teprve od 75 let věku můžeme bez obav mluvit o skutečném stáří. Skutečně staří lidé (věk 75 let a více) vykazují snížení fyzických i psychických sil. Na jejich zevnějšku zaznamenáváme nepřehlédnutelné změny. Stáří se dá vyčíst z tváře, projevuje se v gestech, v chůzi. Vlasy šedivějí a na tvářích přibývají vrásky. Svalstvo ochabuje, jeho pružnost klesá. Pohyby starých lidí jsou zpomalené, postava se nachyluje a zmenšuje a dochází také ke stárnutí smyslů. Involučním procesem prochází i psychika. Starý člověk hůře vidí a slyší a obtížněji se orientuje v praktickém životě. (Haškovcová, 2010).

„Ve stáří dochází obvykle k postupnému poklesu kognitivních funkcí (*aging-associated cognitive decline*), který je charakterizován pozvolným zhoršováním paměti případně i dalších kognitivních funkcí (koncentrace pozornosti, myšlení aj.) Jde o důsledek ztráty specifických populací neuronů a mozkové atrofie. Primární diferenciální diagnóza u těchto změn je rozhodnout, zda jde jen o involuční projevy, počínající demenci, depresi nebo anxiózní poruchu.“ (Ambler, 2000, s. 36)

Vágnerová (2007) uvádí změny kognitivních funkcí, které se nejčastěji vyskytují u starých osob. Jedná se o výrazné zpomalení poznávacích funkcí, poklesu rychlosti zpracování informací v centrálním nervovém systému, zhoršení percepce zraku a sluchu, pozornosti a soustředění se, omezení paměťových a rozumových schopností jedince.

### **1.3 Problematika demence ze zdravotního hlediska**

Popisný název demence vznikl z latinského *de* a *mens*, který značí sníženou duševní činnost. Pojem demence se vyvíjí již více než sto padesát let a ve 30. letech 20. století byla demence definitivně spojena s obdobím stáří. Jedná se o syndrom, který je tvořen jednotlivými symptomy. Symptomy choroby se ale u nemocného nemusí objevovat všechny najednou a některé se nemusí projevit vůbec. (Mühlpachr, 2004).

Vágnerová (1999) popisuje demenci jako omezující činitel sociálního uplatnění nemocného. Dochází k tomu, že postižení nejsou schopni přijatelně zvládat své sociální role. Standardní nároky jsou pro ně příliš náročné, a protože je přestávají chápat, jeví se jim jako ohrožující. Nepoznávají blízké lidi a nevědí, kdo jsou. Právě zhoršování stavu nemocného začíná být značnou zátěží i pro jeho rodinu. Pro rodinné příslušníky je velice těžké přijmout skutečnost tak velkého úpadku osobnosti blízkého člověka a nezměnit k němu postoj. Obtížnost a nemožnost domluvy s nemocným je nepříjemná a emočně vyčerpávající pro všechny členy rodiny, protože postižený člověk je stále fyzicky přítomen, ale psychicky se změnil, ztratil svou osobnost: „*Je to on, ale už to není on.*“

Pidman (2007) vymezuje pojem demence jako syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, které je obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku bez zastření vědomí. Zhoršení uvedených kognitivních funkcí je zpravidla doprovázeno oslabenou kontrolou emocí, sociálního chování nebo motivace. Výsledkem demence je celková deteriorace duševních schopností člověka a narušení funkčních schopností.

Demence jako celek lze dělit podle více hledisek. Pidman (2007) uvádí tři typy demencí: primární, sekundární a smíšené.

#### Primárně degenerativní demence

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60% všech demencí)
- Demence Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

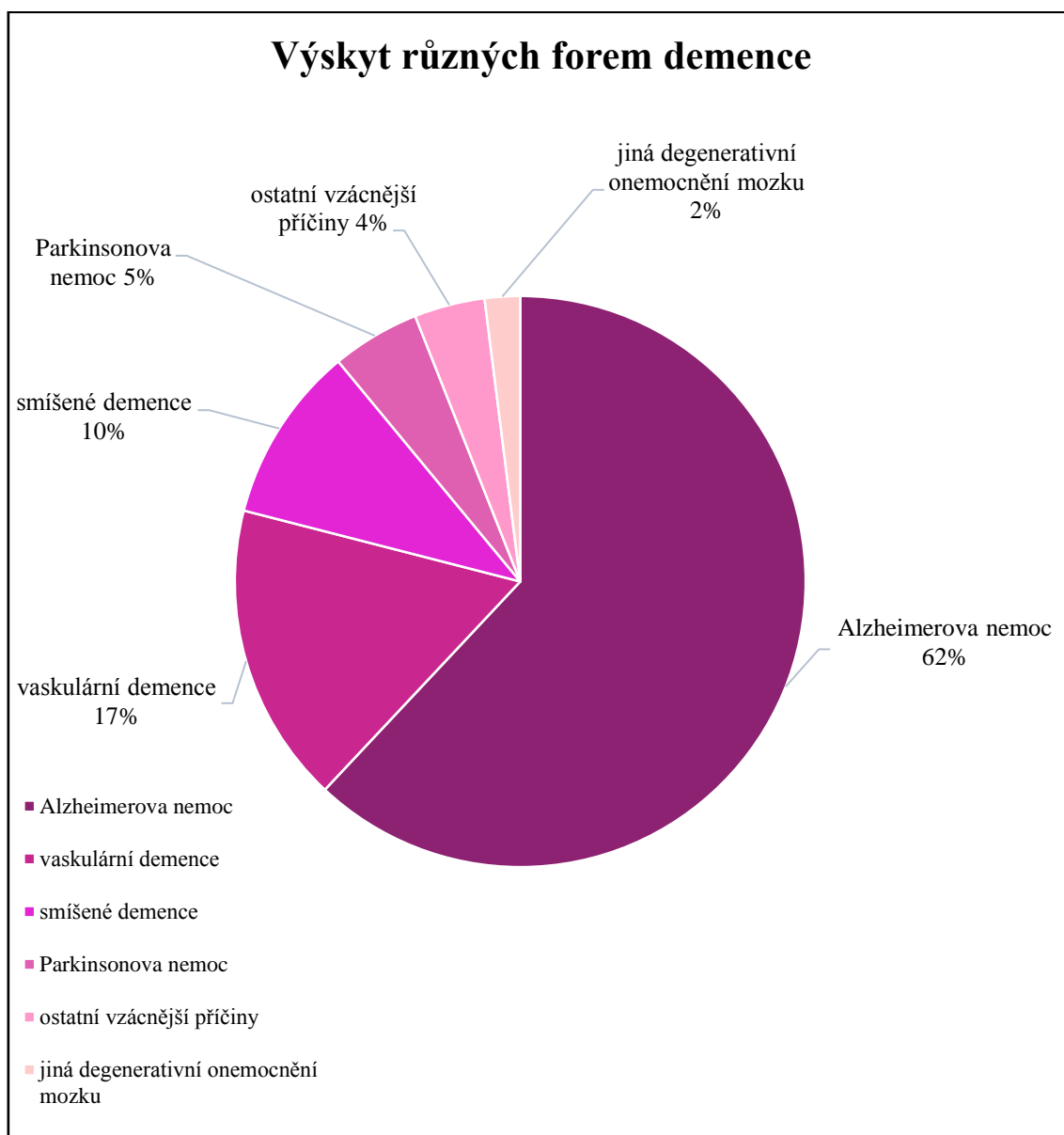
Sekundární demence jsou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin (při dialýze), demence při karencích vitamínů, epilepsii atd. Nejčastější a nejzávažnější jsou:

- vaskulární demence (multiinfarktová a Binswangerova choroba – představují téměř 20% všech demencí)
- metabolické demence
- toxické demence
- demence při Parkinsonově chorobě
- demence při Huntingtonově chorobě
- traumatické demence
- demence při normotenzním hydrocefalu
- demence při nádorech CNS
- demence při infekcích (patří sem i demence syfilitická a demence při HIV)

Smíšené demence (10 – 15% všech demencí)

- smíšená Alzheimerova/vaskulární demence
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence
- ostatní smíšené demence

Graf 1: Výskyt různých forem demence



Zdroj: Zpráva o stavu demence 2015

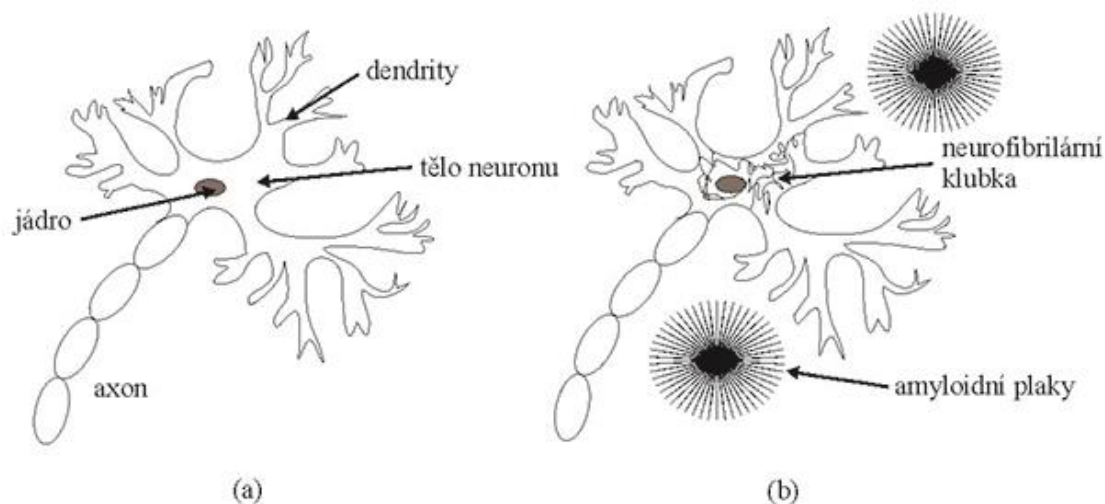
#### 1.4 Problematika Alzheimerovy choroby ze zdravotního hlediska

Glenner (2012) popisuje Alzheimerovu nemoc (dále jen AN) jako neurologickou poruchu či chorobu, která se nejčastěji vyskytuje u starších lidí a která likviduje životně důležité mozkové buňky, což má za následek celkové zhoršení duševních i fyzických sil postiženého.

Dle Carperové (2010) je ACH nejobvyklejší formou demence, která tvoří 60-80% všech případů demence s přesnou definicí: „*Alzheimerova demence je pomalý a progresivní úpadek a zmenšování mozku. Pro tento proces jsou charakteristické dva neobvyklé typy nervového poškození – shluky a plaky lepkavé hmoty, která se odborně jmenuje beta-amyloid, a vláknité smotky, které jsou tvořeny dalším jedem, jenž je znám pod jménem tau.*“ (Carperová, 2010, s. 20)

Glenner (2012) uvádí, že německý psychiatr Alois Alzheimer v roce 1907 objevil v „šedé hmotě“ mozkové kůry neboli ve vnější vrstvě mozku abnormální plak a neurofibrilární klubka. Pro tyto abnormality se začalo používat označení „presenilní demence“, protože poškození mozku bylo nejdříve pozorováno u pacientů mladších šedesáti pěti let. Teprve v roce 1968 tři britští patologové zjistili, že AN není žádná vzácná choroba postihující mladší pacienty, ale že se ve skutečnosti jedná o to, co se tehdy označovalo jako senilita. Za vznikem AN patrně stojí několik různých genů. AN se může dědit nebo může být její výskyt nahodilý. V roce 1984 identifikoval Glenner degenerativní protein beta-amyloid, který má těsný vztah ke genu na 21. chromozomu a je přítomen v mozku všech pacientů s Alzheimerovou nemocí. Beta-amyloid společně s bílkovinou - proteinem tau, který je přítomen v neurofibrilárních klubkách, způsobuje poškození mozku.





**Obr. 2** Neuron (a) ve zdravém organismu, (b) pacienta s Alzheimerovou chorobou  
Zdroj: <http://pvac.vscht.cz>

Dle České alzheimerovské společnosti (2014) Alzheimerova nemoc narušuje tu část mozku, která řídí myšlení, paměť a jazykové schopnosti. Nemoc začíná nenápadně a pomalu a postupně se zhoršuje. Přes značné výzkumné úsilí není dosud příčina AN známa a nejsou ani k dispozici léky, které by ji dokázaly vyléčit. Existují však léky a další opatření, která mohou onemocnění zpomalit a zlepšit kvalitu života jak nemocného, tak i jeho blízkých.

Pidrman (2007) popisuje AN jako onemocnění šedé mozkové kůry, které trvá v průměru 9 let (rozmezí 2-12 let). Má tři stadia: časná (mírná), střední a těžká (hluboká). „*Alzheimerova nemoc se vyvíjí plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Psychické funkce jsou postiženy difúzně. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním*“.(Pidrman, 2007, s. 35)

Studie časných příznaků ACH ukazují, že rok až dva předtím, než se objeví problémy s pamětí, a tři roky předtím, než je ACH diagnostikována se začnou značně zhoršovat prostorové schopnosti. Člověk si může všimnout zhoršení trojrozměrného vnímání, např. když vztáhne ruku po sklenici - a mine ji, když není schopen nastavit tenisovou raketu

či golfovou hůl tak, aby zasáhly míček. Úkon, jako je parkování vozidla se může zdát velice obtížný a křižovatky a mapy se stávají nepřehlednými. (Carperová, 2010)

Test, který by u živého člověka přesně stanovoval diagnózu ACH, neexistuje. Stoprocentní diagnózu lze určit až pitvou, která odhalí charakteristický plak a neuronová klubka v mozku, což bývá spolehlivým znakem ACH. Když je člověk naživu, lze stanovit diagnózu s 90% přesností za pomoci systematického použití baterie testů, kterými postupně vyloučíme ostatní možné příčiny progresivního úpadku kognitivních funkcí (Bradgon, 2009).

*„Když jsem ve svém mozku poprvé narazil na dr. Alzheimerera, představoval jen občasnou nepříjemnost. Sem tam vyprázdnil místnost plnou vzpomínek, pár dveří pevně zavřel, ale přišel jsem na způsoby, jak jeho triky obejít. Později se stal otravnou osinou v zadku. Občas úplně zmátl mé myšlenkové pochody. Nedokázal jsem věci vyřešit způsobem, jímž jsem to dělal, než jsem ho potkal. Ted' je mým trvalým společníkem. Každý den, každou hodinu, každých pár minut ztratím nit svých myšlenek. Nejen, že ji ztratím, ale ani si nevzpomínám, kam jsem šel nebo proč jsem tam chtěl jít. Tváře mi připadají známé, ale jméno je beze stopy pryč.“ (Taylor, 2015, s. 105)*

Statistické údaje udávají, že ACH způsobuje šedesát pět procent případů demence a je její nejčastější příčinou, trpí jí více než 4 miliony dospělých jedinců. ACH postihuje každého pátého člověka nad šedesát pět let. S přibývajícím věkem se počet postižených zvyšuje a ve věkové skupině nad osmdesát pět let trpí touto nemocí téměř polovina osob. Spojené státy americké stojí léčba ACH sto miliard dolarů ročně. Více než padesát procent klientů zařízení dlouhodobé péče bylo přijato z důvodu ACH. (Glennner, 2012)

Genová (2009) ve své knize „Pořád jsem to já“ popisuje strhující příběh profesorky psychologie a lingvistiky na Harvardově univerzitě, která kvůli nevléčitelné nemoci postupně ztrácí paměť a vzpomínky. *„My, pacienti v raných stádiích Alzheimerovy choroby, ještě nejsme úplně nezpůsobilí. Ještě pořád máme dlouhá období, kdy dokážeme správně používat jazyk, vyjadřovat se k tomu, co se děje, a normálně fungovat. Na druhou stranu ale míváme období, kdy se nám nedá moc věřit a nedokážeme už zvládat to, co dřív. Máme pocit, jako bychom nebyli ani tady, ani tam, ani v reálném světě, ani v zemi za zrcadlem. Uvázli jsme v jakési zemi nikoho, kde si připadáme nešťastní a osamělí. Ted'*

*už na Harvardu nepřednáším. Už nečtu ani nepíšu vědecké články a učebnice. Můj život se v poslední době od základů změnil. Přicházím o své včerejšky. Pokud byste se mě zeptali, co jsem dělala včera, co se stalo, co jsem viděla, cítila a slyšela, bude pro mě dost těžké vám o tom něco přesnějšího říct. Často mívám strach z budoucnosti. Co když se probudím a nepoznám svého vlastního muže? Co když nebudu vědět, kde jsem, a nepoznám sama sebe v zrcadle? Kdy přestanu být sama sebou? Dokáže moje duše a duch ničivou smršť v mém mozku přestát? Já věřím, že ano.“ (Genová, 2009, s. 208-209)*

Následující tabulka uvádí symptomy charakterizující jednotlivá stádia AN, která se obecně dělí do třech úrovní. Počáteční stádium, u kterého příznaky často bagatelizujeme a považujeme je za běžnou součást stárnutí, stádium střední a rozvinuté, kdy lidé s AN potřebují prakticky trvalý dohled, a stadium pozdní, kdy se lidé s demencí již nedokáží podílet na různých činnostech, ale z některých mohou mít stále radost. (Česká alzheimerovská společnost, 2014)

**Tabulka 1:** Stádia Alzheimerovy choroby

<b>Počáteční stádium</b>	<b>Střední a rozvinuté stádium</b>	<b>Pozdní stádium</b>
<p>horší vyjadřování a hledání slov</p> <p>obtíže v nových situacích</p> <p>obtíže s novými přístroji (doma i v práci), počítačovými programy</p> <p>zhoršení paměti (zapomínání zejména nových událostí, zatímco staré vzpomínky jsou dobře zachovány)</p> <p>zhoršení orientace v čase i v prostoru</p> <p>člověk s AN se může ztrácet i na místech dobře známých</p> <p>potíže s rozhodováním</p> <p>ztráta iniciativy a motivace</p> <p>deprese, úzkost, apatie či naopak podrážděnost</p> <p>ztráta zájmu o koníčky a oblíbení činnosti</p> <p>změny osobnosti</p>	<p>výrazné zhoršení paměti</p> <p>nemocný není schopen žít bez pomoci</p> <p>potřebuje trvalý dohled</p> <p>špatně se vyjadřuje</p> <p>bloudí a chová se nepřiměřeně situaci</p> <p>potřebuje pomoc při vaření, úklidu, nákupu</p> <p>při dalším zhoršení i pomoc s osobní hygienou</p> <p>objevuje se inkontinence (zpravidla moči)</p> <p>mohou se vyskytovat poruchy chování, které jsou zpravidla reakcí na to, že danou situaci či změnu nechápe nebo se cítí ohrožen</p> <p>mohou se vyskytovat bludy či halucinace</p>	<p>člověk s demencí nepoznává své příbuzné, přátele</p> <p>neví, že je doma, ale určité prvky může poznávat</p> <p>není schopen se vyjádřit</p> <p>nechápe složitá sdělení, ale jednoduchá slova či gesta ano</p> <p>omezuje se schopnost mobility, až k upoutání na lůžko</p> <p>neudrží moč ani stolici</p> <p>mohou se vyskytovat potíže s polykáním</p>

Zdroj: Česká alzheimerovská společnost, 2014

Demenci u AN vyléčit nelze, ale můžeme jí preventivně předcházet. V současné době existují vědecké důkazy, že přiměřená duševní i fyzická aktivita, zdravá, čerstvá a pestrá strava s obsahem flavonoidů (káva, čaj, kurkuma atd.) jsou pro prevenci důležité. Z léků byl efekt prokázán u standardizovaného preparátu ginkgo biloba (EbG 761) a u hypertoniků léčených kalciovým blokátorem nitrendipinem bylo prokázáno poloviční snížení rizika AN. (Česká alzheimerovská společnost, 2014)

## **2 Domovy se zvláštním režimem**

Jednou z nejznámějších pobytových služeb je sociální služba domovy se zvláštním režimem (dále jen DZR). Tato služba je poskytována osobám, které z důvodu svého onemocnění nebo postižení potřebují zvláštní služby a pomoc druhé osoby. Tyto domovy se zaměřují na poskytování služeb lidem se syndromem demence, nejčastěji Alzheimerova typu. Pokud se již rodina není schopna o rodinného příslušníka starat sama, může podat žádost o umístění svého blízkého do tohoto zařízení, které je přizpůsobené specifickým potřebám klientů.

Posláním sociální služby domovy se zvláštním režimem je umožnit osobám s ACH nebo jiným typem demence prožít důstojný život. Poskytování péče s důrazem na individuální přístup umožňuje osobám uspokojovat své potřeby v prostředí, které je bezpečné pro ně i jejich okolí. Služba je poskytována 24 hodin denně s cílem umožnit všem uživatelům realizovat své specifické potřeby, poskytnout jim přiměřenou ochranu a současně zajistit podporu v souladu s jejich stupněm závislosti.

### **2.1 Význam aktivizačních činností v DZR**

Smyslem aktivizace v sociálních službách jsou takové procesy, jejichž výsledkem je větší nezávislost na službě a vyšší míra samostatnosti. Zvolené aktivizační činnosti by měly být v souladu se stanovenými cíli služby, vymezeným okruhem osob a druhem sociální služby. V domově se zvláštním režimem jsou uplatňovány takové aktivizační činnosti, které vedou především k zachování předchozích dovedností a aktivit klientů. Uvedení „aktivizační činnosti“ v základních činnostech služby neznamená automaticky provozování specializovaných aktivizačních programů nad rámec poskytované služby. S uživatelem jsou domluveny činnosti, které mimo jiné povedou k jeho aktivizaci. Domovy se zvláštním režimem se snaží zajistit vzdělávání zaměstnanců, aby aktivizace klientů byla co nejefektivnější. Důležitý je individuální přístup ke každému klientovi. Neplatí pravidlo, že čím více činností, tím lépe. Ne každý musí dané činnosti zvládnout a někdo na nich i účast odmítá. Důležitým úkolem těchto zařízení je zajistit individuální aktivizace klientů, které vedou k naplnění individuálního cíle v souladu s posláním konkrétní služby. (Vojířová, 2016)

## 2.2 Legislativní ukotvení sociální služby DZR

Domovy se zvláštním režimem jsou definovány v §50 zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách. „*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.*“

Sociální služba domovy se zvláštním režimem poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Souhrnný rozsah úkonů základních činností při poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem uvádí § 16, vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Úkony, které přímo definují aktivizační činnosti v DZR, specifikuje bod g §16 dané vyhlášky.

Jsou jimi:

1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

(Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

### 3 Problematika aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v DZR

Zgola (2003) uvádí, že při péči o osoby s ACH pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Také může zklidnit nervozitu a neklid. Programy aktivit jsou pro nemocné stejně podstatné jako fyzická péče a výživa a dávají příležitost žít způsobem, který těmto lidem vyhovuje nejlépe, dodává jim pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastních hodnot. Takový program musí být prováděn uvážlivě a rozumně. Při péči o člověka s demencí můžeme mluvit přímo o programování terapeutických aktivit. Individuálně plánované aktivity a smysluplné vztahy nabízejí podpůrné prostředí a podporují dosažení úspěchu. Je to právě úspěch, který osobu povzbuzuje, aby zůstala aktivní a v plné míře využívala svých zachovaných schopností. Nemocní často předvádějí své zdroje a silné stránky, které předtím nebyly zjevné a často tím předčí i pečovatelova očekávání.

*„ ‚Něco dělat‘ je pro většinu lidí synonymem slov ‚být na živu‘. Absolutní většina lidí pokračuje v činnosti, kterou si vybrali, a to tak dlouho, dokud nezemřou. Tragédie Alzheimerovy nemoci spočívá v tom, že zbaví živého člověka schopnosti něco dělat o mnoho let dřív, než je jeho tělo na to připraveno.“ (Zgola, 2003, s. 148)*

Aktivizační techniky nemají za cíl zvrátit stav nemocného, mají především dosáhnout udržení či zdokonalení jeho dosud zachovaných schopností jako je například:

- posilování kapacity paměti - vhodné zejména v případě časného stádia demence
- práci s celoživotně zafixovanými pohybovými vzorci - vhodné zejména se známými předměty vyskytujícími se v blízkém prostředí
- umožnění adekvátního vnímání a úsudku – vhodné zejména za pomoci zjednodušení okolního prostředí a odstranění matoucích či zavádějících pojmů
- zásobení dostatečným množstvím sensorických podmětů
- maximální možné uspokojení individuálních potřeb - například ventilování negativních emocí formou neverbálního vyjadřování (Kozáková, Müller, 2006)



### **3.1 Aktivizační metody**

#### **Validační terapie**

Validační terapie spočívá v tom, že spíše než na orientaci v realitě se při práci s klientem zaměřujeme na jeho minulost. Jde o to respektovat jeho opakované prožívání zážitků z dětství či mládí, které pro něho mají velkou důležitost. Díky živým vzpomínkám si klient v poslední fázi svého života může vyřešit některé neuzavřené události z minulosti. Validační terapii můžeme provádět s klienty v počátečních stádiích ACH, neboť je zde vyžadována schopnost vybavovat si minulé životní události a neobejde se ani bez kognitivních dovedností. Jednou z technik validační terapie je reminiscence. (Klvetová, Dlabalová, 2008)

#### **Reminiscenční terapie**

Pojem reminiscence (z lat. reminiscere – vzpomenout si) je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka. Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, při kterých se používají vhodné pomůcky – staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, filmy, lidová nebo taneční hudba. Tyto pomůcky ožívují minulé zkušenosti, zejména ty, které jsou zpravidla pozitivní a osobně hodně důležité. Jsou jimi například rodinné události, svátky a slavnosti, svatby apod. U pacientů s ACH je v prvních stádiích zasažena hlavně krátkodobá paměť, ale senioři si velmi dobře vybavují události dávno minulé. Základním terapeutickým prvkem všech reminiscenčních přístupů je navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti, potěšení i kognitivní stimulace. Výsledky současných výzkumů potvrzují, že čím je demence hlubší, tím je dopad reminiscenční terapie výraznější a zlepšení nápadnější. Reminiscenční setkání osob s demencí v malých skupinách vedou ke zlepšení kognice a komunikačních dovedností a schopností si vybavovat, zvyšují pocit identity, začleňují osoby s demencí mezi ostatní uživatele služeb, a to připojením se k jejich aktivitám, zlepšují náladu a spokojenost, stimulují vzpomínky a zlepšují individuální přístup ze strany pečujících. (Janečková, Vacková, 2010)

## **Arteterapie**

Dle Šickové – Fabrici (2002) arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. U seniorů je arteterapie aplikována při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty, jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky. Techniky arteterapie musejí odpovídat věku klienta, jejich cílem je posílení smyslu a důstojnosti. Arteterapie pro seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu. Veselovská (in Šicková – Fabrici, 2002) se věnuje arteterapii s pacienty trpící Alzheimerovou chorobou a uvádí následující charakteristické rysy pro jejich výtvarné projevy:

- výrazně prodloužené tvary objektů
- chaotické uspořádání objektů
- přechod od realistického zobrazování konkrétních objektů k jejímu lineárnímu ztvárnění fragmentárním stylem
- ornamentalizace
- větší úspěchy v kolážových technikách

Mezi osvědčené arteterapeutické postupy vhodné pro seniory s demencí řadí Holmerová (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009) např. malování temperovými barvami, zdobení ubrouskovou technikou, výrobu přání, pečení perníčků a jiného cukroví, malování na textil nebo papír pomocí otiskování, vyškrabované obrázky, malování na květináče, papírové koláže, batikování textilu a další.

## **Terapeutické panenky**

Terapeutické panenky mají řadu speciálních vlastností, které je předurčují k úspěšné práci s klienty trpícími různými formami demence včetně Alzheimerovy choroby. Svými parametry do jisté míry připomínají skutečné děti. Použité textilní materiály jsou měkké a příjemné na dotek, pozitivně stimulují smyslové orgány klienta. Mají speciálně vyvážené jednotlivé části těla, aby se mohly lépe objímat, chovat či posadit. Výraz obličeje postaviček je záměrně neutrální, ale přesto navozuje kladné emoce. Do kapsičky v trupu panenky lze vložit přídavné moduly (tlukoucí srdíčko, sáček s aromatickou substancí nebo nahrávací jednotku se zvuky někoho blízkého), čímž může být u některých

osob ještě více zesílen terapeutický efekt. Lidé ve velmi pokročilém stadiu onemocnění reagují na panenku ihned anebo postupně tak, jako by se jednalo o skutečné dítě, které mají hlídat a starat se o ně. Panenka může sloužit také jako prostředek snižování agrese a napětí klienta odvedením jeho pozornosti na náhradní podnět. Práce s terapeutickou panenkou vyžaduje trpělivost a dodržování zásad, protože ne vždy panenku klient na první pokus přijme. (Alzheimercentrum, 2016)

## **Ergoterapie**

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)*

Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech (z anglického originálu Activities of Daily Living, ADL), v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné - osobní hygiena, koupání, jedení, použití WC, přesuny a funkční mobilita. Terapeutickým prostředkem je v ergoterapii především smysluplná činnost, která pomáhá k obnově postižených funkcí. Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí zohledňovat osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby, její aktuální funkční stav, věk, pohlaví a také podmínky prostředí, ve kterém se nachází. (Křivošíková, 2011)

## **Bazální stimulace**

Tuto metodu v 70. letech 20. století popsal německý speciální pedagog a lékař Andreas Fröhlich. Původně se tato metoda týkala péče o těžce nemocné děti. Postupně začala být tato metoda používána u osob v závažném zdravotním stavu a také u pacientů s demencí.

Bazální stimulace je přístupem, který lze použít i ve stadiu pokročilé demence. (Rohnová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009)

Bazální stimulace je koncept orientovaný na tělo, neboť právě tělo klienta je hlavním objektem pracovních aktivit terapeutů a ošetřujících. Tělo zdravého člověka je v neustálém kontaktu se sebou samým a s okolním světem, kde neustále probíhá kontakt prostřednictvím různých forem dotyků. Při změně somatického stavu člověka dochází k výrazné eliminaci vnímání vlastního těla a také okolního světa. V tomto případě klient potřebuje péči a doprovod terapeutů, kteří uplatňují teoretické znalosti a praktické zkušenosti konceptu bazální stimulace, která podporuje v nezákladnější rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů. Vnímání sebe sama je předpokladem k pohybu a komunikaci s okolním světem. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Prvky bazální stimulace jsou aplikovány u klientů s Alzheimerovou chorobou a tím jim umožňují pocítit vlastní život, poskytují jim pocit důvěry a bezpečí a snaží se zajistit co nejlepší kvalitu života. Při somatické stimulaci jsou uplatňovány tyto prvky: koupele zklidňující, povzbuzující, neurofyzilogické, masáže stimulační dýchání, kontaktní dýchání, polohování mumie a polohování hnízdo. (Friedlová, 2015)

### **Orientace v realitě**

Suchá a Holmerová (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009) popisují orientaci realitou jako edukační techniku, která umožňuje pacientovi trpícímu kognitivní poruchou paměti rozumět situacím, které jej obklopují po co nejdelší dobu. Tato metoda musí být využívána velmi citlivě. Pacienti s demencí jsou někdy schopni sami nalézt určité orientační body, které nám nemusejí být na první pohled nápadné. Velmi důležitá je pozornost ošetřovatelů, měli by sledovat, co upoutává pozornost pacientů s demencí a podle čeho se začínají orientovat. Cílem orientace v realitě je zlepšení celkové orientace, zmenšení zmatenosti a maximalizování nezávislosti a sociální interakce pacienta.

Při počínající demenci se snažíme nemocného opatrně vrátit do reality tím, že mu bez posuzování sdělíme skutečnost. Cílem terapie je uchování základních informací nemocného o sobě samém, o prostředí, kde se nalézá, a o lidech, s kterými žije.

Pomáháme mu udržet orientaci místem, časem a situací a procvičovat krátkodobou paměť. Přínosem může být i využití nástěnky, kde je uveden den v týdnu, měsíc, roční období, počasí a další aktuální události. Pro lepší orientaci pacientů s demencí lze používat i nápisy s obrázky, např. kuchyň, Josefova postel, barevně odlišené dveře, vypínače. Přínosné je seznámit nemocného také s okolím, umožnit mu dotknout se kapky deště, listí v parku nebo sdělení, že venku je slyšet vítr a sníh studí, když si na něj sáhneme. Svým přístupem můžeme zpomalit postupující příznaky demence. Při každodenních činnostech stále nenásilně připomínáme realitu skutečnosti. Nemocného opakovaně oslovujeme jménem, sdělujeme mu, co děláme a proč, k čemu to vede, neboť dostatek potřebných informací zmírňuje jeho strach a pocit selhání. (Klevertová, Dlabalová, 2008)

### **Kinezioterapie**

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která k dosažení léčebných výsledků využívá aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Během terapeutického procesu terapeut pomáhá pacientovi k úplnějšímu sebepoznání a poznání vlastních možností, které vedou k rozvoji osobnosti pacienta, nárůstu seberegulace a tím i kvalitnějšího života. U pacientů s demencí musíme při kinezioterapii vzít v úvahu dezorientovanost cvičících a jejich omezenou schopnost vnímat signály z těla. Je nutno volit spíše dynamická cvičení, která jsou pro pacienta dobře dešifrovatelná, jelikož pacienti cvičí spíše nápodobou. Neměli bychom pacienty často opravovat, abychom je nepřipravili o chuť k dalšímu cvičení. Cílem by mělo být oprostít dementního člověka od negativních zážitků, pocitů neúspěchu a selhání. Mezi vhodné kinezioterapeutické aktivity patří také procházky. S dementními pacienty se doporučuje chodit na procházky co nejčastěji až do doby, kdy se tento pacient stane imobilním. (Suchá in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009)

Hlavní zásady provádění kinezioterapie u postižených podle Hátlové (2003):

- respektování osobnosti nemocného, podporování sebeúcty, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti.

- cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění, jednotlivá cvičení musejí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány.
- činnost musí mít variabilní formy, aby byla pro každého pacienta přístupná a zaujala ho.
- činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen, primární je navázání vztahu důvěry mezi nemocným a terapeutem.

## Canisterapie

Pojmem canisterapie rozumíme léčebné využití psa, kdy pes pomáhá klientovi k odreagování, motivuje ho ke zvýšení fyzické aktivity, rozvíjí jemnou motoriku, odbourává úzkost, pocity osamění, deprese a stresu, a poskytuje pocit bezpečí a jistoty. Při této terapii s klientem pracuje odborník v daném oboru a klient je v rámci podpurných aktivit motivován k pohybu, činnost je zaměřena na zlepšení prokrvení periférií a díky navázání kontaktu se psem se zlepšuje i fyzický stav klienta. U osob s demencí je doporučen individuální přístup a uzpůsobení aktivit se psem úrovni komunikace klienta. Preferuje se pozvolné, nenásilné navazování kontaktu se psem a uplatnění relaxačních technik. Práce při canisterapii může být zaměřena na rozvoj citových schopností (hlazení, mazlení, komunikace se psem), na rozvoj rozumových schopností (cílená hra, rozšiřování slovní zásoby), na rozvoj pohybových schopností (jemná, hrubá motorika, házení míčků), relaxaci, která má velký vliv na psychiku a duševní rovnováhu klienta. (Fejkusová, Mičulková, 2003)

Cílem canisterapie je ovlivnění zdravotního stavu klientů, zvýšení kvality života, zlepšení adaptace, zvýšení sebevědomí, zmírnění stresu, zlepšení jemné motoriky, zbavení pocitu osamělosti.

*„Žijete ve svém světě, vaše bolesti a neduhy vám nedovolují opustit lůžko a nezbývá vám nic jiného než ležet a čekat... A najednou přijde chlupatý psí kamarád, kterému je jedno, kdo jste nebo kdo jste byl, jak vypadáte, jaké máte starosti a zdravotní problémy, neohlíží se na to, jestli býváte občas trochu nevrlí. On je tu proto, aby Vás zahrnul svou láskou, aby se s Vámi pomazlil a dal Vám naději, že všechno ještě není úplně ztracené.“*  
(Canisterapie, 2016)

## Muzikoterapie

*„Hudba léčí, toto všeobecné rčení platí pro člověka zdravého stejně jako člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Užití některých prvků muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě klienta, umožňuje posílit jeho sebevědomí, neboť právě texty písní či známá říkadla a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v jeho povědomí nejdéle.“* (Jindrová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., s. 225, 2009)

Součástí celodenního programu mohou být techniky muzikoterapie – zpěv či poslech lidových písní, předvádění hry na různé nástroje, rytmické a taneční prvky během kondičního cvičení, hudební kvíz nebo vybavování si hudebních nástrojů při cvičení paměti, zpěv a poslech za doprovodu Orffových nástrojů, poslech klasické hudby s čtením o autorovi poslouchané skladby, sledování dechové hudby v televizi a jiné. Člověk postižený Alzheimerovou chorobou je limitován úbytkem paměťových schopností a nemusí daným činnostem porozumět, proto musíme při výběru aktivit volit jednodušší prvky vycházející z prožitých zkušeností klientů. Při používání rytmických cviků se snažíme udržet stejný rytmus a neměníme dané prvky, aby došlo k jejich lepšímu zafixování. Hudební nástroje nahradíme pomocí tleskání a dupání a pleskáním rukou na stehna. Velice oblíbené mezi klienty je zpívání, neboť je pro ně i dobře zvládnutelné. Texty známých písní (lidové, filmové, prvorepublikové) se snadno vybavují i těm, kteří se vzhledem k poruchám řeči hůře vyjadřují. Klienti často zpívají bez doprovodu nebo se přidávají k poslouchané hudbě z televize nebo z rádia. Do programů je i velmi často zařazována i jednoduchá relaxace při hudbě. (Jindrová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009)

U osob s těžkým onemocněním kognitivních funkcí se v muzikoterapii nejčastěji věnujeme tréninku paměti a pozornosti. Při tréninku paměti se snažíme zapojit rytmizaci slov a textů. Pomocí rytmizace můžeme nemocného naučit důležité údaje, jako je jméno, adresa, pozdrav apod. Některým osobám se v paměti vybaví melodická linka známé písničky, na které můžeme terapii úspěšně stavět. (Gerlichová, 2014)

## **Taneční terapie**

Veleta (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009) uvádí taneční terapii jako psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální a fyzické integrace člověka. V taneční terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb, u kterého estetická stránka ustupuje do pozadí a jsou zdůrazňovány faktory psychologické (např. schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emotivity), fyzické (např. zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly, rovnováhy) a sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co sdělit). Pro seniora s demencí je nejvhodnější formou taneční terapeutická hodina, která probíhá v kruhu. Senioři tak mají možnost se vzájemně pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta, který je rovněž součástí kruhu.

## **Terapeutické vaření a pečení**

Činností, ke které není třeba pacienty s demencí nějak složitě motivovat, je terapeutické vaření nebo pečení. Je pro ně běžnou denní činností, při níž mohou využít dávno naučených dovedností a kromě radosti z podařeného díla mohou zažít i vůni a chuť připravovaného pokrmu. Na této činnosti se může podílet více pacientů současně a zvládají ji i pacienti v pokročilém stádiu demence. Tyto běžné, přirozené činnosti pacientům pomáhají k dosažení pocitu normality. Terapeut koordinuje veškerou činnost a každému přiděluje takový druh práce, který je schopen zvládnout. Pacienti bez obtíží zvládají loupání, krájení, strouhání jablek (popř. brambor), vypeckování různého ovoce, louskání ořechů, míchání a hnětení těsta, výrobu drobenky, vyvalování těsta pomocí válečku, vykrajování pomocí formiček atd. Důležitou roli zde hraje sensorická stimulace, neboť známá a příjemná vůně navozuje příjemné vzpomínky a přispívá k dobré náladě a chuti. (Holmerová in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009)



## 4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část práce nás uvádí do problematiky Alzheimerovy choroby, definuje pojmy stáří, demence, aktivizační činnosti a specifikuje službu domovy se zvláštním režimem.

Demence není normální součástí stárnutí. Často používaný pojem „senilní či stařecká demence“ je proto zavádějící. Stáří samo o sobě nepřináší kognitivní poruchu či demenci, a proto je demence definována jako důsledek chorobného procesu postihujícího mozek. Alzheimerova choroba postihuje všechny skupiny lidí a není omezena jen na jednu určitou sociální vrstvu, pohlaví, etnickou skupinu či na určité území. Její četný výskyt je globálním problémem. Alzheimerova choroba se častěji vyskytuje u starších lidí, ale vzácnější, zpravidla dědičné formy mohou postihnout i mladší jedince. Vzhledem k zvyšujícímu se dožitému věku postihuje ACH až téměř třetinu lidí 80letých a starších. (ČALS, 2014)

Ne každému je dáno prožít celý život ve zdraví. Dostavení každé nemoci je nepříjemné. Někde lze pomocí dnešní vyspělé medicíny pomoci, jinde se bohužel můžeme zacílit pouze na prevenci a na pomoc druhých. První příznaky nemoci bychom neměli u svých blízkých podceňovat, protože právě včasná diagnóza je prvním krokem k naplánování budoucnosti. Alzheimerova choroba je náročná, jak pro jedince samého, tak i pro jeho blízké, kteří o něj celodenně pečují. Bez pomoci pečujících a široké veřejnosti by úspěšná péče nebyla možná. Pokud již rodinný pečující není schopen sám péči o nemocného zvládat, je důležité sehnat kvalitní a dostupnou zdravotní a sociální péči.

Sociální služby jsou významnou součástí aktivit státu a jsou systémově zpracovány v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Domov se zvláštním režimem poskytuje pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Pro péči o tyto osoby je nutná speciální kvalifikace a upravené prostředí pro život, které v pokročilých stádiích ACH nejsou rodinní příslušníci schopni svému blízkému poskytnout. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Důležité je, aby člověk i přes svůj zdravotní stav zůstal aktivní. K tomu slouží široká nabídka aktivizačních činností, které domovy se zvláštním režimem pro své klienty nabízejí a zařazují do denních programů. Aktivizační činnosti pomáhají rozvíjet kognitivní funkce klientů, vedou klienty k soběstačnosti, napomáhají k psychické pohodě klientů a posilují jejich sebevědomí. Aktivizaci těchto klientů bychom neměli podceňovat, jak mi řekla paní K. na hodině muzikoterapie v Domově se zvláštním režimem v Náchodě: „Co jsem měla dnes k obědu, si nepamatuju, ale písničky, ty si pamatuju pořád a ráda si je zazpívám.“ Její šťastný výraz v tváři byl důkazem toho, jak jsou aktivizační činnosti pro klienty důležité.

Výzkumné šetření v této práci má za cíl zhodnotit, zda je nabídka aktivizačních činností v Domově se zvláštním režimem v Náchodě dostačující a jaký přínos mají aktivizační činnosti pro klienty, jak z pohledu pracovníků v přímé péči, tak z pohledu rodinných příslušníků.

## 5 Výzkumné šetření problematiky aktivizačních činností

Výzkumné šetření je zaměřeno na aktivizaci osob s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod. V rámci výzkumného šetření bude zjišťován názor sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta na nabídku aktivizačních činností v tomto zařízení a přínos, jaký má aktivizace pro klienty samotné.

Aktivizace je vnímána jako důležitá součást péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Od pracovníků vyžaduje vysokou odbornost a individuální přístup, přizpůsobený stádiu, ve kterém se klient nachází. Neméně důležité jsou nejen podmínky a prostředí, ve kterých aktivizace probíhá, ale také její materiální zajištění.

### 5.1 Formulace výzkumných cílů

V bakalářské práci jsou postupně naplňovány určité cíle tak, aby bylo dosaženo cíle hlavního.

**Hlavním cílem bakalářské práce** je zjistit rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta.

V rámci naplnění hlavního cíle chci identifikovat, které metody jsou u klientů s ACH nejvíce uplatňovány, jaké podmínky pro aktivizaci jsou v daném zařízení, zda je personál na aktivizaci odborně proškolen a jaký je přínos aktivizačních činností pro klienty z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta. Zároveň bych chtěla pomocí názoru sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta zjistit, co by chtěli v oblasti aktivizačních činností v tomto zařízení změnit.

#### **Hlavní cíl byl přetransformován do hlavní výzkumné otázky:**

Jak hodnotí sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči a rodina klienta rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod?

**Hlavní výzkumná otázka byla rozdělena do tří dílčích výzkumných otázek:**

**DVO1** Jak hodnotí rozsah nabídky aktivizačních činností v DZR Náchod sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo identifikovat, jak sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči hodnotí nabídku aktivizačních činností, zda ji vnímají jako dostačující, nebo zda by v této oblasti doporučili změny, které metody v rámci aktivizace klientů s ACH nejvíce uplatňují, zda mají dostatek pomůcek a materiálu k aktivizaci a zda vnímají vzdělávací školení v rámci své pozice jako dostačující.

**DVO2** Jaký přínos pro klienty mají aktivizační programy používané v DZR Náchod z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči?

Cílem této dílčí výzkumné otázky je za pomoci názorů sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči identifikovat, které aktivizační činnosti používané v tomto zařízení mají na klienta s ACH nejlepší vliv a k jakým změnám u něho vedou.

**DVO3** Jak hodnotí nabídku aktivizačních činností v DZR Náchod a její přínos rodina klienta?

Cílem této dílčí výzkumné otázky je zjistit názor rodinných příslušníků, jak oni sami vnímají nabídku aktivizačních činností poskytovaných v tomto zařízení a jaké změny u svého příbuzného díky aktivizaci pozorují.

## **5.2 Metodologické ukotvení výzkumného šetření**

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Jsem přesvědčena, že je tato metoda vzhledem k cílům mé práce daleko vhodnější než metoda výzkumu kvantitativního.

Cílem empirického výzkumu je získat data – pozorovatelné informace o aktivizačních činnostech pro pacienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod. Hlavním důvodem

volby polostrukturovaného rozhovoru byly jeho přínosy, které má oproti dotazníkovému šetření. Při dotazování prostřednictvím dotazníku není nutný osobní kontakt, jelikož se respondenti vyjadřují písemně. V kvalitativním výzkumu realizovaném prostřednictvím řízeného rozhovoru vycházíme z předem připraveného seznamu témat a otázek, které je možné doplňovat dalšími rozvíjejícími otázkami podle aktuálních odpovědí respondenta. Dochází k rozšíření výpovědi dotazovaných i na předem nepřipravená témata a také vede ke zjištění jejich postoje k danému tématu. (Švaříček, 2007).

Rozhovor výzkumnou technikou je náročnější jak z časového hlediska, tak i z hlediska vyhodnocení získaných dat, pozitivem je z našeho hlediska především možnost se pružně přizpůsobit vzniklým situacím. Nevýhodou může být interpersonální kontakt s respondentem, který klade vyšší nároky na osobnost a komunikativní dovednosti výzkumníka (Gavora, 2000).

Jedním z dalších důvodů výběru verbálního polostrukturovaného rozhovoru byla nemožnost dotazovat se velkého množství respondentů, neboť vybraný soubor je omezený.

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

V bakalářské práci bylo využito metody analýzy. Dle Švaříčka (2007) analýza dat znamená zpracování empirických dat takovým způsobem, abychom byli schopni nalézt odpovědi na námi položené výzkumné otázky. Analýza a interpretace dat je úzce propojena s tématem i s cíli výzkumného šetření.

**Tabulka 2:** Transformace výzkumných kroků

VO	Výzkumný nástroj	Informanti
DVO1	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči
DVO2	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči
DVO3	Polostrukturovaný rozhovor	Rodinní příslušníci klientů

Zdroj: Vlastní zpracování

Výzkumné cíle jsou ověřeny pomocí tazatelských otázek formou polostrukturovaného rozhovoru (Tabulka 3).

## Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek

Tabulka 3: Transformace dílčích cílů výzkumu do tazatelských otázek

Hlavní cíl výzkumu HCV	Dílčí cíle výzkumu DCV	Tazatelské otázky TO
<b>HVO</b> <i>Jak hodnotí sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči a rodina klienta rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod?</i>	<b>DVO1</b> <i>Jak hodnotí rozsah nabídky aktivizačních programů v DZR Náchod sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči?</i>	TO 1.1 Které aktivizační metody jsou u klientů s Alzheimerovou chorobou nejvíce uplatňovány? TO 1.2 Máte dostatek pomůcek a materiálu na aktivizační činnosti? TO 1.3 Je daná nabídka odpovídající nebo některé aktivity v nabídce chybí? TO 1.4 Co byste v oblasti aktivizačních činností rád/a změnil/a? TO 1.5 Jsou nabízená vzdělávací školení v rámci vaší pozice v organizaci dostačující, nebo byste uvítal/a pestřejší výběr?
	<b>DVO2</b> <i>Jaký přínos pro klienty mají aktivizační programy používané v DZR Náchod z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči?</i>	TO 2.1 Které z nabízených aktivizačních činností mají na klienta nejlepší vliv? TO 2.2 K jakým změnám u klientů dané metody vedou? TO 2.3 Co je největším přínosem aktivizačních činností? TO 2.4 Jak participuje rodina klienta na aktivizačních programech?
	<b>DVO3</b> <i>Jak hodnotí nabídku aktivizačních činností v DZR Náchod a její přínos rodina klienta?</i>	TO 3.1 Jak hodnotíte nabídku aktivizačních činností v DZR Náchod? TO 3.2 Jaké změny díky aktivizačním činnostem u Vašeho příbuzného pozorujete? TO 3.3 Jak hodnotíte přístup personálu ke klientům? TO 3.4 Co byste na základě osobních poznatků navrhol/a v oblasti aktivizačních činností v DZR Náchod změnit?

Zdroj: Vlastní zpracování

### 5.3 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

Výzkum byl prováděn v prostředí DZR Náchod, jehož cílovou skupinou jsou senioři zejména od 55 let věku s bydlištěm v Královéhradeckém kraji, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou. Z důvodu těchto onemocnění jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a režim v tomto typu služby je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Ubytování je poskytováno pro 60 osob v jedno, dvou a třílůžkových pokojích. Stravování je zajištěno formou celodenní stravy. Zdravotní a ošetrovatelská péče je nepřetržitě poskytována kvalifikovaným personálem a lékař dochází do domova 2x týdně. Rehabilitační činnost je prováděna přímo na oddělení. Sociální pracovníce DZR pomáhá uživatelům i jejich rodinám s ostatními záležitostmi. Za klienty každý týden docházejí dobrovolníci a canisterapeuti se psy. Na oddělení DZR jsou dvě aktivizační pracovníce, které se snaží vyplnit volný čas uživatelů. O zpestření se starají častá kulturní vystoupení dětí z místních škol a mateřských školek. Věřící uživatelé mají možnost jednou za měsíc navštívit katolickou, husitskou nebo evangelickou bohoslužbu. Posláním Domova důchodců se zvláštním režimem v Náchodě je vytvořit odpovídající a důstojné podmínky uživatelům, kteří vzhledem ke svému stáří a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí, a umožnit jim dle jejich možností prožít aktivní a důstojné stáří. Cílem je poskytování profesionálních a odborných služeb a naplňování individuálních plánů uživatelů, podpora jejich samostatnosti a zamezení jejich sociálního vyloučení. Domov se řídí principy jako je úcta k uživateli, podpora samostatnosti a nezávislosti uživatele, respektování soukromí, spolupráce s rodinou, přizpůsobování poskytovaných služeb potřebám uživatele a prohlubování důvěry a tolerance mezi uživateli a personálem domova. (DD Náchod, 2016)

Pro účely bakalářské práce byli za nositele potřebných informací vybráni pracovníci přímé péče daného zařízení (skupina A) a rodinní příslušníci klientů (skupina B). Informanti skupiny A – pracovníci v přímé péči byli zvoleni proto, že pro výzkumné šetření bylo třeba získat skupinu lidí, kteří pečují o stejnou cílovou skupinu klientů, tj. o osoby s ACH, a podílejí se na jejich aktivizaci a kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit. Informanti skupiny B - rodinní příslušníci byli zvoleni záměrně, protože o své



blízké před umístěním do DZR sami pečovali a jejich zdravotní stav je jim dobře znám a mohou nejlépe posoudit, jaký vliv aktivizace na jejich příbuzné má.

#### 5.4 Časový plán výzkumného šetření

Bakalářská práce byla vypracována v časovém období červenec 2016 - únor 2017. Časový plán výzkumného šetření, včetně jeho dílčích aktivit byl zanesen do níže uvedené tabulky.

**Tabulka 4:** Časový plán výzkumného šetření

Aktivita	Časové období
Zajištění a prostudování podkladů pro teoretickou část bakalářské práce	červenec 2016 – srpen 2016
Vypracování teoretické části bakalářské práce	září 2016 – listopad 2016
Projekt empirického sociálního výzkumného šetření. Vymezení hlavního výzkumného cíle a cílů dílčích	říjen 2016
Předvýzkum. Komunikace s informanty, domluva termínů rozhovorů	listopad 2016
Realizace výzkumného šetření, rozhovory	prosinec 2016 – leden 2017
Zpracování výsledků výzkumu	prosinec 2016 – leden 2017
Dokončení bakalářské práce	únor 2017

Zdroj: Vlastní zpracování

#### 5.5 Shrnutí výsledků předvýzkumu

Předvýzkum je etapou výzkumu, kdy si badatel může ověřit na malém výzkumném vzorku vhodnost výběru výzkumné metody a v jejím rámci i samotný výzkumný nástroj. Za účelem ověření vhodnosti i nácvičku zvoleného výzkumného nástroje, byla pro potřeby předvýzkumu oslovena jedna pracovnice v přímé péči ve vybraném zařízení. S pracovnicí v přímé péči, byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor za účelem ověření,

zda dané tazatelské otázky jsou pro informanty srozumitelné a zda přinesou takové údaje, které jsou potřebné k naplnění výzkumného cíle. Předvýzkumem bylo ověřeno provedení i časová náročnost samotného rozhovoru.

Na základě provedeného předvýzkumu byly rozšířeny dílčí výzkumné otázky o dvě tazatelské otázky a finální otázky byly zaneseny do Tabulky 3.

## **5.6 Popis realizace výzkumného šetření**

Před započítím výzkumného šetření byli nejprve vytipováni informanti z řad zaměstnanců Domova se zvláštním režimem v Náchodě. Pro výzkumné šetření jsem požádala o povolení ředitele daného zařízení, který s výzkumem souhlasil. Informanty jsem oslovila osobně. Byl jim sdělen záměr i cíl výzkumného šetření, kritéria, která by měli splňovat, včetně etických zásad výzkumného šetření a časové náročnosti provedení rozhovoru. Účast na rozhovoru přislíbily 3 sociální pracovnice, 2 aktivizační pracovnice a 4 pracovnice v sociálních službách. Na základě doporučení sociálních pracovnic došlo k oslovení dalších informantů, a to pěti rodinných příslušníků klientů. Všichni informanti byli velice vstřícní a přislíbili svoji účast na rozhovoru. Byl jim dán prostor pro volbu nejvhodnějšího termínu i času, kdy se rozhovor uskuteční, aby rozhovor nebyl rušen třetími osobami. Rozhovory se všemi dotazovanými byly uskutečněny v Domově se zvláštním režimem v Náchodě ve dvou termínech. Nejprve byly v prosinci 2016 uskutečněny rozhovory s pracovníky přímé péče daného zařízení a v lednu 2017 proběhly rozhovory s rodinnými příslušníky klientů. Rozhovor byl nahráván na mobilní zařízení, s čímž souhlasili všichni, kromě dvou informantů ze skupiny B. U těchto informantů byl záznam pořizován v písemné podobě a následně přepsán. Délka nahrávaných rozhovorů se pohybovala okolo 15 minut, u písemného zaznamenávání rozhovorů okolo 30 minut. Pro rozhovor byla zvolena nerušená společenská místnost. V rámci výzkumného šetření bylo realizováno 9 polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v přímé péči (informanti skupiny A) a 5 polostrukturovaných rozhovorů s rodinnými příslušníky klientů (informanti skupiny B).

Vzorek informantů je zachycen v Tabulce 5 a Tabulce 6.

**Tabulka 5:** Základní údaje o informantech – Skupina A

<i>Informant</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Pracovní pozice</i>	<i>Věk (let)</i>	<i>Délka praxe na stejné pracovní pozici</i>	<i>Vzdělání</i>
A1	žena	SP	39	11 let	VOV
A2	žena	SP	57	12 let	VS
A3	žena	SP	33	10 let	VS
A4	žena	AP	46	1 rok	USO
A5	žena	AP	50	2 měsíce	USO
A6	muž	PSS	45	12 let	USO
A7	žena	PSS	24	2 měsíce	VS
A8	žena	PSS	58	10 let	US
A9	žena	PSS	50	5 let	SO

Zdroj: Vlastní zpracování

**Tabulka 6:** Základní údaje o informantech – Skupina B

<i>Informant</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Vztah ke klientovi</i>
B1	žena	56	USO	rodinný příslušník
B2	žena	64	US	rodinný příslušník
B3	žena	62	US	rodinný příslušník
B4	žena	72	SO	rodinný příslušník
B5	žena	75	USO	rodinný příslušník

Zdroj: Vlastní zpracování

**Vysvětlivky:** SP - sociální pracovník, AP - aktivizační pracovník, PSS - pracovník v sociálních službách,

## 6 Interpretace získaných poznatků v pořadí podle dílčích výzkumných otázek

### 6.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1

#### DVO1

#### **Jak hodnotí rozsah nabídky aktivizačních programů v DZR Náchod sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči?**

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaký je pohled sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči na aktivizaci osob s Alzheimerovou chorobou v tomto zařízení, zda mají dostatečné materiální zajištění pro vykonávané aktivizační činnosti, co by rádi změnili a zda vnímají vzdělávací školení na jejich pozici jako dostačující.

Prostřednictvím odpovědí na tazatelské otázky bylo následně analyzováno, že nejvíce uplatňovanými metodami aktivizace v tomto zařízení jsou: canisterapie, ergoterapie, kinezioterapie, muzikoterapie a arteterapie. Pracovníci z daných metod používají pouze určité prvky, které jsou pro jejich klienty vhodné.

Všichni informanti se shodli, že hodně času věnují posilování a trénování kognitivních funkcí klientů. Přístup je individuální, přizpůsobený stupni demence klienta. A1 k tomu uvádí: *„Hodně používáme kufříky na trénink kognitivních funkcí od ČALS, ale také s klienty procvičujeme krátké říkanky, hrajeme domino, pexeso...“*

Oblíbenou aktivizační činností je canisterapie, jak uvádí A2: *„Canisterapie přináší klientovi emocionální podporu ze strany psa, navozuje jeho pozitivní náladu, klient zažívá radost, navíc pes klienta motivuje k činnosti.“*

Metoda kinezioterapie zahrnuje jednoduchá cvičení formou napodobování, ale mezi kinezioterapeutické aktivity patří také procházky.

A5: *„V rámci cvičení uplatňujeme jednoduché cviky, které klient odezírá od pracovníka. Klient může cvičit na židli, na vozíku...Také házíme textilním míčem.“*

Muzikoterapie je aktivita, na kterou se klienti velmi těší. A7 k tomu uvádí: *„Máme klienty, kteří se ptají, kdy zase bude zpívání. Klienty někdy na zpívání do společenské místnosti doprovázím a velmi mile mne někteří překvapí. Když některé vidíte zpívat, máte na chvíli pocit, jako by zde ani jejich choroba nebyla ...“*

Důležitým prvkem aktivizace je arteterapie, která pomáhá procvičovat jemnou motoriku.

A5: „V arteterapii musíme vždy volit prvky, které klient zvládne. Také je klientů na jednoho pracovníka hodně, proto si na arteterapii beru maximálně 5 klientů, více se nedá v jednom zvládnout. Někdo je schopen háčkovat, jiný pouze motat klubíčko, někdo zvládne bambulky z vlny...u někoho je i velkým úspěchem, když zvládne vlnu namotávat pomalu na jednoduchou papírovou šablonu.“

A2 na stejný dotaz: „Mám klienty, kteří rádi vybarvují jednoduché omalovánky. Někdo zvládne sám i jednoduchý obrázek, jiný pouze otiskování pomocí razítek.“

Informant A5 chce programy oživit propojením více aktivizačních činností do jedné za účasti většího počtu klientů. Danou aktivitu nazval „čertoviny“ a do programu je zapojena 1x měsíčně.

A4 k tomu: „Stále se snažím zkoušet něco nového, aby to klienty zaujalo. 1x v měsíci pořádám zábavné odpoledne ve společenské místnosti. Klienti plní jednoduché úkoly, hádají hádanky, házejí míčkem do koše, skládají jednoduché dílky k sobě, malují... Činnosti prokládáme zpěvem a tanečky. Měla jsem z výsledku obrovskou radost, klienty to moc bavilo.“

Hodně klientů v pokročilé fázi demence je upoutáno na lůžko. Jak uvádí A9: „U těchto klientů používáme v rámci bazální stimulace polohovací metody – hnízdo, klásek, houpačku a zklidňující masáže zad, rukou a nohou.“

Informanti (A6, A7, A8, A9) v rámci ergoterapie pomáhají klientům zachovávat soběstačnost při běžných denních činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné - osobní hygiena, koupání, jedení, použití WC, přesuny.

A8 k tomu: „Pokud to lze, tak se snažíme, aby klient zvládl co nejvíce činností sám. Je to různé... Mám klienty, kteří se sami obléknou, když jim oblečení v daném pořadí nachystám, dojdou do jídelny, jsou schopni se sami najíst. Oproti tomu je ale větší procento klientů, kteří jsou plně odkázáni na naši pomoc.“

Informanti téměř shodně konstatovali, že by uvítali více materiálu na aktivizační činnosti od sponzorů (vlna, papír, látky ad.). Informant A5 to vyjádřil slovy: „Materiálu není nikdy dost. Zhotovené výrobky také prodáváme a za získané finance nakupujeme další materiál.“ Pomůcky pro osoby s Alzheimerovou chorobou jsou těžko dostupné. Jedná se především o pomůcky napomáhající k procvičování kognitivních funkcí. Informant A3 definoval daný stav takto: „U pomůcek není problém s financemi, ale s tím vůbec vhodné pomůcky pro naše klienty sehnat. Potřebovali bychom například skládačky v počtu 5-20

*dílků, vhodné pro seniory bez dětských primitivních obrázků. Pokud skládačky jsou, tak je to většinou dovoz a není na nich český text a také jsou drahé. Některé pomůcky máme přímo od ČALS, ale nabídka je velmi omezená.“* V jiném smyslu se vyjádřil informant A4: *„Oddělení DZR má dvě oddělení. Pomůcky máme společné a nestačíme si je střídat. Uvítala bych, aby každé patro mělo své pomůcky a mohli jsme s nimi intenzivněji pracovat.“* Téměř shodně se také i vyjádřil informant A5. Informanti (A6, A7) by uvítali nákup terapeutických panenek, které pozitivně stimulují smyslové orgány klienta. Ostatní informanti nedostatek pomůcek neuvádějí.

Co se týká nabídky aktivizačních činností, tak všichni informanti shodně konstatovali, že nabídka aktivizačních činností je v rámci možností zařízení dostačující, a to jak z pohledu personálního zajištění, tak z pohledu prostor pro aktivizaci.

A2: *„Vzhledem k tomu, kolik nás tady je a že nejsou přímo na aktivizační činnosti prostory, tak si myslím, že je současná nabídka dostačující.“*

Dotazovaní informanti navrhovali změny, které by v oblasti aktivizačních činností uvítali. Informanti A1 a A3 by byli velice rádi, kdyby se do budoucna podařilo vybudovat na jednotlivých odděleních DZR hobby místnosti.

A3 k tomu: *„Ráda bych měla na každém oddělení DZR hobby místnost. Ta nám zoufale chybí. Aktivita probíhají většinou v jídelně a klient se nemůže soustředit, protože se okolo neustále něco děje - kolegové vozí prádlo, uklízí uklízečka, pak je jídlo... a dobře vím, že klientovi s demencí trvá déle, než se začne soustředit.“*

Informant A4 by pro klienty uvítal relaxační místnost.

A4: *„Pro klienty bych uvítala relaxační místnost, kterou jsem viděla na návštěvě jiného zařízení. V těchto místnostech dochází k celkovému uvolnění klienta, kterou navozuje teplo, vůně, hudba a tlumené osvětlení.“*

Rozšířit aktivizaci o reminiscenční terapii by chtěli informanti A1, A2 a A3.

A2: *„Byla bych moc ráda, kdybychom získali vhodné prostory na reminiscenci a také měli specializované pracovníky – reminiscenční asistenty nebo psychoterapeuty.“*

Na dotaz, zda mají pracovníci v rámci své pozice dostatek vzdělávacích školení, se většina vyjádřila, že školení v rámci své pozice mají dost, ale specializovaná školení na aktivizaci seniorů s demencí by vítali. Problémem není to, že by nabídka školení nebyla, ale samotné zaměření daných školení.

Výstižně to vyjádřil informant A3: „Nabídka je, ale specializované kurzy na aktivizaci pro lidi s demencí chybí. Většina školení probíhá tak, že v jeho první polovině uvádí do problému, co je to vlastně demence, a v druhé polovině je průlet aktivizačními činnostmi, a to ne, jak jsem již zmínila, pro lidi s demencí.“

## **Shrnutí DVO1**

Na základě provedené analýzy odpovědí informantů byl vyvozen závěr, že nabídka aktivizačních činností je v daném zařízení vzhledem k personálnímu i materiálnímu zajištění a prostorám, které jsou na aktivizaci k dispozici, dostačující. Nejvíce uplatňovanými aktivizačními metodami v tomto zařízení jsou canisterapie, ergoterapie, kinezioterapie, muzikoterapie a arteterapie. Pracovníci v přímé péči poskytují klientům při aktivizaci maximální možnou péči, přistupují k aktivizaci klientů individuálně a přizpůsobují ji jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Zařízení má snahu v rámci svých možností aktivizační činnosti rozšiřovat a své pracovníky vzdělávat. Sociální a aktivizační pracovníci by uvítali více pomůcek na aktivizační činnosti, ale na trhu je bohužel nabídka pomůcek pro seniory s demencí velice omezená. Zároveň se shodli, že materiálu na aktivizační činnosti není nikdy dost a dary sponzorů jsou vítány. Sociální pracovníci by uvítali specializovaná školení, zaměřená přímo na aktivizační činnosti pro osoby s Alzheimerovou chorobou, ale ty v nabídce vzdělávacích agentur chybí. Část informantů, především z řad sociálních a aktivizačních pracovníků, by uvítala nové prostory, tzv. hobby místnosti, určené přímo na aktivizační činnosti, relaxační místnost a místnost na reminiscenci.

## 6.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2

### DVO2

#### **Jaký přínos pro klienty mají aktivizační programy používané v DZR Náchod z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči?**

Cílem této dílčí otázky bylo z odpovědí informantů (sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči) identifikovat, jaký vliv mají jednotlivé aktivizační programy na klienty, v čem jim pomáhají a k jakým změnám u nich vedou. Na základě provedené analýzy rozhovorů byl vyvozen závěr, že aktivizace je nedílnou součástí péče o klienty s Alzheimerovou chorobou a má velký vliv na jejich psychickou pohodu, duševní zdraví a fyzickou stránku.

Mezi metody, které mají na klienty nejlepší vliv, patří dle informantů canisterapie, muzikoterapie, trénování paměti, motorické činnosti a nácvik všedních dovedností.

A3 uvádí: „*Myslím si, že pes, canisterapie, určitě nejvíc. Většina klientů v přítomnosti psa úplně ‚roztaje‘ a jejich projevy jsou vřelé. Klient většinou reaguje slovy ‚pejsku, pojd’ sem, co ti dám?‘ Někdy se i stane, že klient, který normálně nemluví, začne na psa mluvit a řekne 1-2 slova, a to je velký úspěch. U ležících pacientů zkoušíme polohování psa a výsledky jsou úžasné.*“ Shodná odpověď byla zaznamenána i u informantů A1, A2, A7, A8, A9.

Informant A4 se k dané otázce vyjádřil takto: „*Mám spoustu klientů, kteří se těší na muzikoterapii. Když je zpívání s kytarou, tak jejich tváře září spokojeností. Klienti, u kterých by to člověk nečekal, se zapojují do zpěvu, ať už slovy, nebo pouze broukáním melodie. Je úžasné pozorovat, jaké změny u nich hudba vyvolává. Nepamatují si, co bylo před chvílí, ale písničky z mládí zpívají celé. Máme klientku, která při jí známých melodiích začne i tančit.*“

Na otázku, k jakým změnám dané metody u klientů vedou, se všichni informanti shodli, že je to především udržení stávajícího stavu klienta, ve výjimečných případech i mírné zlepšení a větší soběstačnost.

Výstižná byla odpověď informanta A2: „*Když k nám klient třeba přijde z LDN, tak se jeho stav díky všem aktivitám zlepšuje. Pak stav už jen setrvává. Posun k lepšímu je u stávajících klientů výjimečný, máme tady spoustu klientů v pokročilém stádiu Alzheimerovy choroby a zde se snažíme o udržení stávajícího stavu a oddálení propadu.*“



Informant A7 k tomu udává: „*Klienty, kteří to sami zvládnou, vedu k nácviku běžných denních činností. Jedná se o hygienu, např. péči o zuby, česání, ale také oblékání. Chci, aby mobilní klienti došli sami do jídelny, chodili sami na WC, procházeli se po chodbách a byli co nejvíce aktivní. Tyto klienty bereme i na krátké procházky v areálu domova.*“

Největší přínos aktivizačních činností informanti vidí v tom, že klienti mohou uspokojovat své potřeby, projevují radost, že tyto činnosti napomáhají udržení stavu klientů, trénují jejich kognitivní funkce, ale pravidelné aktivity také pomáhají k dodržování denního řádu, jak uvádí informant A1: „*Pravidelné aktivity klientovi utváří denní řád. Klient ví, že jde po snídani na jídelnu něco dělat, pak bude oběd a po obědě jsou v programu další aktivity. Klient má náplň dne, je spokojen, že něco dělá.*“

Téměř jednotná odpověď informantů byla na otázku, zda na aktivizačních programech nějak participuje rodina klienta. Odpověď „NE“ zazněla od sedmi z devíti dotazovaných informantů. Neznamená to, že by klienty rodina nenavštěvovala, ale na aktivitách se nepodílí.

Informant A3 komentoval daný stav takto: „*Většina aktivit je dopoledne a to jsou příbuzní klientů většinou v práci. Takže to, že by se přímo na aktivitách DZR podíleli, se říci nedá. Někteří ale berou klienty v létě na procházky v areálu domova, jiní doprovázejí příbuzného na větší akce DZR, jako jsou plesy, výročí apod. V zimě někteří berou klienty do kavárny na kafičko. Máme i jednu vzornou rodinu, která vytváří fotoalba klientů a také vzpomínkové nástěnky. Pak jsou ale ti, kteří klienty nenavštěvují, a to hlavně kvůli tomu, že jejich zdravotní stav psychicky neunášejí.*“

Informant A8 k tomu: „*Když už rodinný příslušník klienta navštíví, tak si s ním povídá, něco dobrého mu donese. Pak jsou někteří, kteří velkou část návštěvy proplácou, protože stav, ve kterém vidí svoji milovanou osobu, je pro ně skličující.*“

## **Shrnutí DVO2**

V rámci dílčí výzkumné otázky č. 2 byl zjišťován názor sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči na to, v čem vidí přínos aktivizačních programů. Na základě provedené analýzy rozhovorů byl vyvozen závěr, že aktivizace je dle názoru informantů nedílnou součástí péče o klienty s Alzheimerovou chorobou a má velký vliv na jejich

psychickou a duševní pohodu, zdraví a fyzickou stránku. Mezi metody mající na klienta nejlepší vliv informanti zařadili canisterapii, muzikoterapii, trénink kognitivních funkcí, motorické činnosti a nácvik všedních dovedností. Cílem aktivizace je zlepšit nebo zachovat stávající stav klienta, ale také zabránit jeho propadu. Průběh aktivizace závisí především na časových možnostech pracovníků přímé péče a zároveň na psychickém rozpoložení a zdravotním stavu klienta. Aktivizace je velice důležitá i z emoční stránky. Navozuje zklidnění, pohodu, radost, ale též udržuje klienta v činnosti a uspokojuje jeho potřeby. Nejdůležitější je, aby byl klient spokojený a nepřipadal si nepotřebný. Pokud to stav klienta dovoluje, tak je klient veden pracovníky domova k co největší soběstačnosti při běžných denních činnostech, jako je hygiena, jídlo, oblékání, používání WC. Někteřím pracovníkům v sociálních službách ani nepřipadá, že se právě ergoterapie řadí mezi aktivizační činnost, protože ji provádějí automaticky. Z výzkumu též vyplynulo, že rodinní příslušníci přímo na aktivizačních programech neparticipují. V rámci návštěv někteří berou příbuzného na procházky, do kavárny nebo svého příbuzného doprovází na akce pořádané domovem. Bohužel, je zde i fakt, že někteří svého rodinného příslušníka nenavštěvují vůbec, protože jeho zdravotní stav psychicky neunášejí.

### **6.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3**

#### **DVO3**

#### **Jak hodnotí nabídku aktivizačních činností v DZR Náchod a její přínos rodina klienta?**

Tato dílčí výzkumná otázka byla definována s cílem zjistit, jaký je pohled rodinných příslušníků na nabídku aktivizačních činností v daném zařízení a jaký mají přínos pro jejich blízkého, který služeb domova užívá.

Prostřednictvím odpovědí na tazatelské otázky bylo následně analyzováno, že informanti hodnotí nabídku aktivit v daném zařízení kladně. O aktivitách jejich blízkých je většinou informuje personál nebo je zaznamenávají z dokumentace na nástěnkách. Od svého příbuzného se toho vzhledem k charakteru nemoci moc nedozví.

B1 k tomu: „*Chodím sem pouze o víkendy, kdy tu aktivizační pracovnice nejsou. Maminka říká, že nic nedělá, ale podle fotografií na nástěnkách se účastní malování a zpívání.*“

Informant B 2 uvádí: „*Babička je s aktivitami svolná, účastní se podle nálady čehokoliv, ale ke všemu potřebuje opakování a připomínání.*“

O tom, že je speciální péče o tyto klienty třeba, vypovídá výstižně odpověď informanta B3: „*Maminka toho má více, jak doma, to jen seděla u televize a nic nedělala.*“

K otázce, jaké změny u svého příbuzného pozorují, byly odpovědi hodně odlišné, a to vzhledem k tomu, že se klienti nalézají v různých stádiích Alzheimerovy choroby a u některých lze uplatnit aktivizační činnosti ve velmi omezené míře. Pouze jeden informant (B1) odpověděl, že u svého příbuzného žádné změny nezpozoroval. Dva informanti (B4, B5) pozorují u svého blízkého zpomalení postupu nemoci a projevování většího zájmu. B3 vidí změnu takto: „*Maminka se více zapojila do života domova a našla si kamarádku.*“

B2 k tomu: „*Babička je ráda v kolektivu, svědčí jí to. Razantní změny nepozorují, v tomto stavu by to už ani nešlo.*“

Co se týká přístupu personálu ke klientům, tak byl ve všech případech hodnocen velmi pozitivně. Rodinní příslušníci jsou rádi, že mají příbuzného v tomto zařízení a je o něho dobře postaráno, neboť sami dobře vědí, jak fyzicky i psychicky je péče o člověka s Alzheimerovou chorobou náročná. Informanti (B1, B2, B5) hodnotí přístup personálu ke klientům jako vynikající, vstřícný, laskavý.

Informant B4 hodnotí takto: „*Personál se chová profesionálně a lidsky, i když to na ně klade velké nároky a nemají to vždy jednoduché. Za to jim patří velký dík.*“

B3 k tomu: „*Jsou na ně moc hodní, mají trpělivost, hodně s nimi pracují.*“

Na poslední otázku, zda by rádi něco v oblasti aktivizačních činností v daném zařízení změnili, dva informanti (B2, B5) odpověděli, že je nic nenapadá. Informant B1 se vyjádřil: „*Jsem ráda, že tady maminku mám a je spokojená.*“ B3 k tomu: „*Nevím, možná...kdyby bylo více personálu, ale to je těžké.*“

B4: „*Nevím... Jsem ráda, že tady manžel je a vypadá spokojeně. Snad jen více kontaktu s okolním světem by některým klientům prospělo.*“

### **Shrnutí DVO3**

V rámci dílčí výzkumné otázky č. 3 bylo zjištěno, jak hodnotí nabídku aktivizačních činností v daném zařízení rodinní příslušníci klienta a zda díky aktivizaci zaznamenávají u svého příbuzného nějaké změny. Nabídku aktivit v tomto zařízení hodnotí všichni informanti kladně. Vzhledem k charakteru nemoci jsou o aktivitách svých příbuzných informováni personálem nebo je zaznamenávají z dokumentace na nástěnkách. Téměř všichni dotazovaní informanti se shodli, že jsou velice rádi, že příbuzného v daném zařízení mají a že je s ním odborně pracováno. Vzhledem k tomu, že se většina dotazovaných rodinných příslušníků o příbuzného před umístěním do Domova se zvláštním režimem v Náchodě starala sama, tak vědí, jak je péče o člověka s Alzheimerovou chorobou náročná. Jsou rádi, že jejich příbuzný má spoustu aktivit, na které už oni v rámci domácí péče neměli čas. U svých příbuzných zaznamenávají díky péči a aktivitám větší zájem a zpomalení postupu nemoci. Práci personálu zařízení hodnotí všichni velmi pozitivně a oceňují ji.

## 7 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi

**Hlavní výzkumná otázka: Jak hodnotí sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči a rodina klienta rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod?**

Cílem hlavní výzkumné otázky bylo zjistit rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod z pohledu sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a rodiny klienta.

Na základě provedeného výzkumného šetření a analýzy rozhovorů se snažím vyvodit určité závěry a poskytnout vhodná doporučení, a tím co nejlépe a nej přesněji odpovědět na výzkumné otázky, které jsem si zvolila. Zároveň bych také chtěla zdůraznit, že výzkum probíhal pouze ve vybraném zařízení a závěry této bakalářské práce stavějí na výpovědi devíti dotazovaných pracovníků a pěti rodinných příslušníků klientů v DZR Náchod.

Z výzkumného šetření a analýzy vyplývá, že pracovníci daného zařízení hodnotí nabídku aktivizačních činností jako dostačující, a to vzhledem k personálnímu a materiálnímu zajištění a prostorám, které jsou v současné době na aktivizaci k dispozici. Rodinní příslušníci jsou s nabídkou aktivizačních činností v tomto zařízení velice spokojeni a jsou rádi, že zde svého blízkého mají a je mu poskytnuta potřebná péče.

Dle názoru sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči jsou nejvíce uplatňovanými aktivizačními metodami v tomto zařízení canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie a arteterapie. Aktivizace této specifické skupiny klientů, jako jsou osoby s demencí, je velmi náročná a individuální, a proto je možno při aktivizaci využít pouze jednotlivé prvky z daných aktivit. Každý člověk je jedinečný, má své individuální potřeby a oblíbené činnosti a u osob s demencí to platí ještě ve větší míře.

Pracovníci se snaží i o inovace nabízených programů s cílem zapojení většího počtu klientů do jednotlivých aktivit. Všichni dotazovaní mají s aktivizací dobrou zkušenost a pokládají ji za velmi důležitou součást sociální péče a rehabilitace klientů s demencí. Důležitým faktorem je také prostředí a materiální zajištění potřebné k aktivizaci. Informanti se ve většině případů shodli, že by uvítali více materiálu (vlna, papír, látky) na aktivizační činnosti od sponzorů. Zařízení se potýká s nedostatkem pomůcek

na aktivizační činnosti, přestože disponuje potřebnými finančními prostředky na jejich nákup. Jednoduše řečeno, nabídka pomůcek pro osoby s demencí na trhu chybí. Jedná se především o pomůcky potřebné k procvičování kognitivních funkcí bez primitivních dětských obrázků. Nabídka pomůcek na posilování kognitivních funkcí pro osoby s demencí je v současné době pouze od České alzheimerovské společnosti a je velmi omezená. Dle názoru informantů (aktivizačních pracovníků) by mělo být stávajících pomůcek více, protože DZR má dvě oddělení a pracovníci si musejí pomůcky střídat, a to jim brání v intenzivnější práci s klienty. Někteří dotazovaní informanti by uvítali nákup terapeutických panenek, které pozitivně stimulují smyslové orgány.

Informanti by současnou nabídku aktivizačních činností rádi rozšířili o chybějící hobby místnosti, ve kterých by mohly aktivizační činnosti nerušeně probíhat. Dále by pro klienty uvítali relaxační místnost, ve které za pomoci tepla, vůně, hudby a tlumeného osvětlení dochází k celkovému uvolnění klienta. Někteří informanti by rádi uvítali prostory vhodné k reminiscenci a chtěli by reminiscenci zařadit do programu aktivizačních činností za účasti specializovaných pracovníků – reminiscenčních asistentů a psychoterapeutů.

Nabídku školení, kterou mají pracovníci v současné době v daném zařízení k dispozici, intenzivně využívají a zaměstnavatelem jsou ve vzdělávání podporováni. Zajímavé bylo zjištění, že nabídek školení na aktivizaci seniorů je dost, ale chybí specializovaná školení zaměřená na aktivizaci seniorů s demencí.

Dotazovaní informanti se shodují, že hlavním a nejvýznamnějším přínosem aktivizačních činností je zlepšení nebo udržení stávajícího fyzického a psychického stavu klienta, vedení k větší soběstačnosti a v neposlední řadě také smysluplné vyplnění volného času. Klienti díky aktivizaci nemají pocit osamělosti a zbytečnosti. Aktivizace má také velký vliv na psychickou pohodu, duševní zdraví a pohodu klienta. Aktivní trávení volného času vytlačuje nežádoucí vzorce chování, například agresivitu.

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že rodiny klientů na aktivizačních programech téměř neparticipují. Někteří příbuzní se rodinnému příslušníkovi věnují v rámci návštěvy, chodí s ním na procházky, vezmou ho do kavárny, jiní příbuzného doprovází na akce pořádané domovem a jsou i tací, kteří vytvářejí vzpomínkové nástěnky. Bohužel převažují ti, kteří zdravotní stav svého blízkého psychicky neunáší, a proto ho nenavštěvují.

V rámci výzkumného šetření byli dotazováni rodinní příslušníci klientů, jak oni sami vnímají nabídku aktivizačních činností v daném zařízení a v čem vidí přínos aktivizace pro jejich blízkého. Vybraní rodinní příslušníci svého blízkého v domově pravidelně navštěvují, a tudíž byli schopni na dané otázky odpovědět. Nabídku aktivit v daném zařízení hodnotí pozitivně a jsou rádi, že zde příbuzného mají. O aktivitách jsou vzhledem k charakteru nemoci informováni personálem zařízení nebo prostřednictvím fotodokumentace na nástěnkách. Přístup personálu ke klientům hodnotí velmi kladně a velice ho oceňují, jelikož sami dobře vědí, jak je péče o člověka s Alzheimerovou chorobou náročná. Díky aktivizaci pozorují u svého příbuzného větší zájem a zpomalení postupu nemoci.

#### **Identifikované faktory mající vliv na rozsah nabídky aktivizačních činností v daném zařízení:**

- personální zajištění
- prostory na aktivizační činnosti
- chybí specializovaní pracovníci
- nedostatečná nabídka pomůcek pro osoby s demencí na trhu
- nedostatek vzdělávacích školení zaměřených na aktivizaci osob s ACH

#### **Navrhovaná opatření:**

- vytvořit hobby dílny, relaxační a reminiscenční místnost - nejlépe z dotačních titulů
- větší počet zaměstnanců v přímé péči díky specializovaným pracovníkům
- oslovit výrobce pomůcek a nechat vyrobit potřebné pomůcky pro aktivizaci osob s demencí na základě vlastního návrhu
- školení zaměřená přímo na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou

## Závěr

Nedílnou součástí sociální péče o seniory s Alzheimerovou chorobou je jejich aktivizace. Aktivizace této specifické skupiny klientů je velice obtížná a její složitost je dána příznaky demence, z nichž nejmarkantnější jsou poruchy kognitivních funkcí, emoční oploštělost a výkyvy chování. Jako hlavní bod v přístupu k osobám s demencí je považován především individuální přístup podle stádia nemoci a poškození konkrétních funkcí. Aktivizací usilujeme o zlepšení nebo alespoň udržení fyzického a psychického stavu klienta. Péče o osoby s demencí vyžaduje notnou dávku trpělivosti a empatie, které by pečujícími neměly chybět.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak hodnotí sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči a rodina klienta rozsah nabídky aktivizačních činností a jejich přínos pro klienty s Alzheimerovou chorobou v DZR Náchod. Hlavní cíl byl naplněn pomocí cílů dílčích. Aplikačním cílem práce bylo na základě výzkumného šetření navrhnout doporučení, která by pomohla aktivizační činnosti v tomto zařízení rozšířit. Domnívám se, že se mi podařilo hlavní cíl práce naplnit. Jsem si vědoma, že závěry své práce nemohu generalizovat na jiné domovy se zvláštním režimem. Aktivizaci osob s Alzheimerovou chorobou vidím jako velice důležitou součást sociální péče, která si zaslouží pozornost a kterou je třeba neustále rozvíjet. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pracovníci daného zařízení dělají vzhledem ke stávajícím podmínkám pro aktivizaci maximum, mají zájem se v této oblasti nadále vzdělávat a aplikovat nové aktivizační metody v praxi.

Problémem, a troufnu si říci nejenom tohoto zařízení, je nedostatek pracovníků v přímé péči. Zařízení se potýká s vysokou fluktuací zaměstnanců. Ke správné aktivizaci je třeba zkušených a odborně proškolených pracovníků, a tudíž i fluktuace samotná ovlivňuje kvalitu a rozsah aktivizačních činností. Na oddělení DZR je poměrně velká úmrtnost. Nejméně polovina klientů je v pokročilém stádiu této nevléčitelné nemoci, a tudíž pracovníci neustále začínají s aktivizací nových klientů.

Závěrem mohu říci, že aktivizace osob s demencí je z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči vnímána jako velice náročná a složitá, přesto je považována za jednu z nejdůležitějších součástí péče o tyto osoby. Pro klienty má aktivizace obrovský přínos především tím, že usiluje o zlepšení nebo udržení jejich fyzického a psychického



stavu. Díky aktivizaci mají klienti s demencí vyplněný svůj volný čas, nepocítají pocit osamělosti a zbytečnosti a vrací se jim úsměv na tvář.

Populace stárne a vzhledem ke zvyšující se četnosti onemocnění seniorů s demencí, bude třeba stále více zařízení, která disponují službou domovy se zvláštním režimem, kde je seniorovi poskytována komplexní péče, jejíž nedílnou součástí je aktivizace. Tato otázka by měla být řešena komplexně se zájmem odborníků a mělo by dojít k navýšení počtu těchto zařízení, jelikož rodinní příslušníci v pokročilejších stádiích již nezvládají sami o svého blízkého pečovat a nedokáží mu poskytnout nezbytnou kvalitní péči.

V dnešní době není demence považována pouze za nemoc stáří, jelikož postihuje stále mladší a mladší jedince. Je důležité, aby veřejnost byla o této nemoci informována a nezanedbávala jakékoliv její příznaky. Pojem „aktivizace“ by měl být znám veřejnosti, jelikož každý z nás se může dostat do situace, kdy bude muset o své rodiče, příbuzné s touto diagnózou pečovat a v rámci možností je aktivizovat. Zatím můžeme jen doufat, že jednou bude i na tuto, zatím nevyléčitelnou nemoc, vynalezen účinný lék.

## **Použitá literatura:**

AMBLER, Zdeněk. *Neurologické poruchy ve vyšším věku: základní principy jejich farmakoterapie*. Praha: Triton, 2000. Levou zadní. ISBN 80-7254-116-1.

BRAGDON, Allen D. a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. Vyd. 2. Přeložil Silvie STRUKOVÁ. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-500-4.

CARPER, Jean. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. V Praze: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7429-194-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, ISBN 80-85931-79-6.

GENOVA, Lisa. *Pořád jsem to já*. Vydání druhé. Přeložil Karina MATĚJŮ. Praha: Práh, 2015. ISBN 978-80-7252-573-7.

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

MIČULKOVÁ, Olga a Helena FEJKUSOVÁ. *Canisterapie v praxi*. Příručka, Projekt OsA Frýdek – Místek.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

*Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí*. 10. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2014. ISBN 978-80-86541-33-4.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TAYLOR, Richard. *Život s Alzheimerem: autentické svědectví: pohled do srdce, duše a mysli člověka, který žije s Alzheimerovou chorobou*. Přeložil Stanislava KRÁLOVÁ. Praha: Ikar, 2015. ISBN 978-80-249-2684-1.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

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

### **Internetové zdroje:**

ALZHEIMERCENTRUM. *Terapeutické panenky*. [online], [cit. 2016-11-01]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/terapeuticke-panenky>)

CANISTERAPIE. *Canisterapie v Hospici sv. Lazara*. [online], [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-nformace/canisterapie-v-praxi/canisterapie-v-hospici-sv-lazara-34.html>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Ergoterapie*. 2008 [online], [cit. 2016-11-05]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageHierarchyID=42&PageIndex=1&PageID=1&node=34&ParentPageID=37>

DOMOV DŮCHODCŮ NÁCHOD. *Poskytované služby Domov se zvláštním režimem*. [online], [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.ddnachod.cz/poskytovane-sluzby.php>

MPSV. Senioři a politika stárnutí. *Příprava na stárnutí v České republice*. [online], [cit. 2016-09-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

VOJÍŘOVÁ, D. *Aktivizace - proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti*. 2012 [cit. 2016-10-12]. Dostupné z: <http://proutek-vzdelavani.cz/wp-content/uploads/2012/11/Aktivizace-proces-kter%C3%BDm-jsou-lid%C3%A9-vedeni-k-%C4%8Dinorodosti.pdf>. Dita Vojířová

*Zpráva o stavu demence 2015*. [online], [cit. 2016-09\_12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>

**Zákony:**

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

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

**Seznam příloh:**

Příloha A: Přepis rozhovoru s informantem A3 - SP

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantem A4 - AP

Příloha C: Přepis rozhovoru s informantem A6 - PSS

Příloha D: Přepis rozhovoru s informantem B4 – rodinný příslušník

Příloha E: Seznam tabulek

## **Příloha A**

### **Přepis rozhovoru s informantem A3 - SP**

**A3**, Rozhovor ze dne 20. 12. 2016, 11.10 hod. – zasedací místnost

#### **DVO1**

V: Které aktivizační metody jsou u klientů s Alzheimerovou chorobou nejvíce uplatňovány?

A3: Stále se hledáme a zkoušíme, které metody používat. Z metod, jako jsou arteterapie, ergoterapie, vybíráme pouze prvky, které jsou pro naše klienty vhodné. Nedávno jsem byla na školení na reminiscenční metodu, ta mě velice zaujala a některé prvky již uplatňuji s klienty v praxi. Např. vzpomínání na dřívější dobu, na to, jaké měli auto, co dělali, jaké to dříve bylo... Prvky z ergoterapie uplatňujeme při ranní hygieně, a to zejména nácvik oblékání, kde je důležité, aby klienti měli oblečení bez složitého zapínání. Hodně se nám osvědčila canisterapie, která má u klientů výborné výsledky a úspěch.

V: Máte dostatek pomůcek a materiálu na aktivizační činnosti?

A3: Co se týká materiálu, tak ten sháníme většinou od sponzorů. Materiálu není nikdy dost. U pomůcek není problém s financemi, ale s tím vůbec vhodné pomůcky pro naše klienty sehnat. Potřebovali bychom například skládačky v počtu 5-20 dílků vhodné pro seniory bez dětských primitivních obrázků. Pokud skládačky jsou, tak je to většinou dovoz a není na nich český text a také jsou drahé.

V: Co třeba kufříky na kognitivní trénink od ČALS?

A3: Ty na našem oddělení máme a používáme je, ale chtělo by, abychom měli více pomůcek a jiné druhy, ty ČALS nenabízí. Neustále zkoušíme, které dětské pomůcky můžeme pro naše klienty použít.

V: Je daná nabídka odpovídající nebo některé aktivity v nabídce chybí?

A3: Myslím, že ve stávajících podmínkách je nabídka dostačující. Problémem je i to, že se pracovníci na tomto oddělení často mění a než se techniky naučí nový zaměstnanec, tak to chce opět čas a tak začínáme stále znovu. Ráda bych, jak jsem již zmínila, do aktivit zapojila více prvků z reminiscence. Jinak jak říkám, za podmínek, které máme, děláme v aktivizaci maximum.

V: Co byste v oblasti aktivizačních činností ráda změnila?

A3: Ráda bych měla na každém oddělení DZR hobby místnost. Ta nám zoufale chybí. Aktivity probíhají většinou v jídelně a klient se nemůže soustředit, protože se okolo neustále něco děje - kolegové vozí prádlo, uklízí uklízečka, pak je jídlo... a dobře vím, že klientovi s demencí trvá déle, než se začne soustředit.

V: Jsou nabízená vzdělávací školení v rámci Vaší pozice v organizaci dostačující nebo byste uvítala pestřejší výběr?

A3: Nabídka je, ale specializované kurzy na aktivizaci pro lidi s demencí chybí. Většina školení probíhá tak, že v jeho první polovině uvádí do problému, co je to vlastně demence, a v druhé polovině je průlet aktivizačními činnostmi, a to ne, jak jsem již zmínila, pro lidi s demencí. Reminiscence byla fajn, ale zase to vedl školitel, který nemá na starosti DZR, a tudíž u nás můžeme použít jen něco. Prostě není nabídka...

## **DVO2**

V: Které z nabízených aktivizačních činností mají na klienta nejlepší vliv?

A3: Myslím si, že pes, canisterapie, určitě nejvíc. Většina klientů v přítomnosti psa úplně „roztaje“ a jejich projevy jsou vřelé. Klient většinou reaguje slovy: „Pejsku, pojď sem, co ti dám?“ Někdy se i stane, že klient, který normálně nemluví, začne na psa mluvit a řekne 1-2 slova a to je velký úspěch. U ležících pacientů zkoušíme polohování psa a výsledky jsou úžasné. Pak také muzikoterapie, ta vždy vyvolá u klienta pozitivní rozpoložení. Určitě posilování kognitivních funkcí, motorická činnost.

V: K jakým změnám u klientů dané metody vedou?

A3: Klienti jsou víc v pohodě, třeba u polohování pejsků se klient krásně uvolní. Snažíme se, aby klient byl, co nejvíce samostatný, např. při oblékání, jídle, hygieně. Také je důležité, že pravidelné aktivity dávají klientovi určitý řád a časově ho „zaměstnávají.“ U většiny aktivit je vidět, že klientovi působí radost.

V: Co je největším přínosem aktivizačních činností?

A3: Je to různé, záleží na stavu klienta. Určitě udržení stávajících schopností a jejich posilování. Ale je to hodně těžké, ke zlepšení stavu dochází zřídka, ale snažíme se o udržení stávajícího stavu, aby nedošlo k propadu. Pak určitě vedení klienta k soběstačnosti. Pro ty, kteří si to neuvědomují, určitě motorické činnosti, rehabilitace. U ležících je to polohování, prevence proti proleženinám.

V: Jak participuje rodina klienta na aktivizačních programech?



A3: Většina aktivit je dopoledne, a to jsou příbuzní klientů většinou v práci. Takže to, že by se přímo na aktivitách DZR podíleli, se říci nedá. Někteří ale berou klienty v létě na procházky v areálu domova, jiní doprovázejí příbuzného na větší akce DZR, jako jsou plesy, výročí apod. V zimě někteří berou klienty do kavárny na kafičko. Máme i vzorné rodiny, které vytvářejí fotoalba klientů a také vzpomínkové nástěnky. Pak jsou ale ti, kteří klienty nenavštěvují, a to hlavně kvůli tomu, že jejich zdravotní stav psychicky neunášejí.

## **Příloha B**

### **Přepis rozhovoru s informantem A4 - AP**

**A4**, Rozhovor ze dne 20. 12. 2016, 12.15 hod. – zasedací místnost

#### **DVO1**

V: Které aktivizační metody jsou u klientů s Alzheimerovou chorobou nejvíce uplatňovány?

A4: Myslím, že u nás určitě canisterapie, muzikoterapie a arteterapie a ergoterapie... Stále se snažím zkoušet něco nového, aby to klienty zaujalo. Jedenkrát v měsíci pořádám zábavné odpoledne ve společenské místnosti. Klienti plní jednoduché úkoly, hádají hádanky, házejí míčkem do koše, skládají jednoduché dílky k sobě, malují... Činnosti prokládáme zpěvem a tanečky. Měla jsem z výsledku obrovskou radost, klienty to moc bavilo.

V: To je výborný nápad. Neuvažujete o tom zařadit toto zábavné odpoledne do programu častěji?

A4: Rádi bychom, ale vše je otázkou času, ale pokud by nás bylo více, tak proč ne.

V: Máte dostatek pomůcek a materiálu na aktivizační činnosti?

A4: Materiálu spotřebujeme hodně a jsme vždy moc rádi, pokud se objeví sponzor. Myslím, že největší nedostatek máme vlny a papíru, ten hodně při arteterapii používám...

V: A jak je to s pomůckami?

A4: Oddělení DZR je na dvou patrech. Pomůcky máme společné a nestačíme si je střídat. Uvítala bych, aby každé patro mělo své pomůcky a mohli jsme s nimi intenzivněji pracovat.

V: Je daná nabídka odpovídající nebo některé aktivity v nabídce chybí?

A4: U nás na každé oddělení o 30 pacientech připadá jeden aktivizační pracovník, a to je hodně málo. Myslím, že vzhledem k tomu, že jsme na DZR dvě aktivizační, tak je nabídka dostačující.

V: Na aktivizaci se ale podílejí i ostatní pracovníci, ne?

A4: Ano, samozřejmě nám s aktivizací pomáhají sociální pracovníci, ale ti mají hodně své práce. A PSS, ti při svém vytížení stíhají hlavně ergoterapii.

V: Co byste v oblasti aktivizačních činností ráda změnila?

A4: Pro klienty bych uvítala relaxační místnost, kterou jsem viděla na návštěvě jiného zařízení. V těchto místnostech dochází k celkovému uvolnění klienta, kterou navozuje teplo, vůně, hudba a tlumené osvětlení. Ale myslím si, že zřízení je nákladné...

V: Zkoušeli jste zažádat o dotaci?

A4: To nevím, ale vedení jsme o tuto místnost žádali.

V: Jsou nabízená vzdělávací školení v rámci Vaší pozice v organizaci dostačující nebo byste uvítala pestřejší výběr?

A4: Školení je myslím dost... jen, jak bych to řekla...jsou moc obecná. Já osobně bych uvítala více specializovaných školení, zaměřených na aktivizaci osob s demencí.

## **DVO2**

V: Které z nabízených aktivizačních činností mají na klienta nejlepší vliv?

A4: Mám spoustu klientů, kteří se těší na muzikoterapii. Když je zpívání s kytarou, tak jejich tváře září spokojeností. Klienti, u kterých by to člověk nečekal, se zapojují do zpěvu, ať už slovy nebo pouze broukáním melodie. Je úžasné pozorovat, jaké změny u nich hudba vyvolává. Nepamatují si, co bylo před chvílí, ale písničky z mládí zpívají celé. Máme klientku, která při jí známých melodiích začne i tančit. Jinak určitě i canisterapie, ta je u klientů hodně oblíbená.

V: K jakým změnám u klientů dané metody vedou?

A4: To je různé...záleží na stavu klienta. Pokud je to klient v počátečním stádiu, tak mu činnosti pomáhají a rozvíjejí jeho schopnosti. Zlepšení u těchto klientů je vidět. Pak ale máme hodně klientů v pokročilém stádiu demence a tam už jde o to daný stav udržet a zabránit tím zhoršení.

V: Co je největším přínosem aktivizačních činností?

A4: Určitě jim pomáhají uspokojovat jejich potřeby, jak jsem již zmínila, tak pomáhají k udržení jejich stavu, trénují jejich paměť, naplňují denní program a to je hodně důležité, klienti se na některé aktivity i sami ptají, těší se na ně.

V: Jak participuje rodina klienta na aktivizačních programech?

A4: Já osobně si myslím, že téměř ne. Je to těžké, rodiny špatně zvládají stav své blízké osoby...ale někteří je navštěvují, povídají si s nimi, a to je pro klienta také velmi důležité. Dcera jedné klientky nosí pravidelně své mamince čerstvé květiny. Klientka se pak usmívá a září spokojeností.

## **Příloha C**

### **Přepis rozhovoru s informantem A6 - PSS**

**A6**, Rozhovor ze dne 20. 12. 2016, 13.30 hod. – zasedací místnost

#### **DVO1**

V: Které aktivizační metody jsou u klientů s Alzheimerovou chorobou nejvíce uplatňovány?

A6: U nás to jsou určitě canisterapie, ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, bazální stimulace... Já osobně, coby pracovník v sociálních službách, nejvíce uplatňuji ergoterapii a bazální stimulaci. Na ostatní aktivity klienty jen doprovázím.

V: Jaké prvky z ergoterapie uplatňujete na oddělení DZR?

A6: Jsou to běžné denní činnosti. Důležité je u klienta začít s klidným probuzením a pomalu si s ním začít povídat. Pak následuje ranní hygiena a pomoc s oblékáním. Je to opravdu různé, někdo potřebuje naši plnou pomoc, někomu stačí oblečení v daném pořadí nachystat a on se oblékne sám, to samé je i s hygienou a použitím WC. Většina klientů má ale pleny. Také klientům vysvětlujeme program dne a připomeneme, co je za den, co bude k snídani... Pokud klient nedojde do jídelny sám, tak ho na křesle odvezeme a pomáháme mu s jídlem, protože spousta klientů má třes rukou.

V: Máte na oddělení dostupné základní informace o tom, jaký je dnes den, měsíc?

A6: Ano, na odděleních máme nástěnky, kde je uveden den v týdnu, měsíc, roční období, počasí a další aktuální události. Klientovi to umožňuje orientovat se v místě a čase, a tím procvičuje krátkodobou paměť. A jak jsem již řekl, připomínáme jim to i při ranní hygieně a několikrát denně, protože to za chvíli neví...

V: Máte dostatek pomůcek a materiálu na aktivizační činnosti?

A6: Myslím, že ano, mohu posoudit jen aktivity, u kterých jsem přítomen. Ostatní tak úplně posoudit nedovedu, to vám řeknou aktivizační. Ale určitě bych uvítal terapeutické panenky, ty nám chybí.

V: Je daná nabídka odpovídající nebo některé aktivity v nabídce chybí?

A6: Myslím si, že aktivit nabízíme úměrně k počtu zaměstnanců. Je spousta věcí, které bychom chtěli dělat, ale nezbyvá na ně čas. Oddělení DZR je plně obsazené klienty a práce je opravdu hodně. Já osobně mám kurz na bazální stimulaci. Rád bych ji u klientů uplatňoval více, ale jak říkám...je to vše otázka času. Někdy stihnu udělat klientovi

zklidňující masáž zad při koupeli, jindy jsem rád, že stihneme klienty polohovat do mumie nebo hnízda. Ale pokud je to jen trochu možné, tak se snažím z bazálky uplatňovat více prvků. Pro klienta je velmi příjemná i masáž rukou.

V: Co byste v oblasti aktivizačních činností rád změnil?

A6: Rád bych měl více času třeba na tu bazální stimulaci, protože prvky z bazálky klientům s ACH umožňují pocítit vlastní život, pocit důvěry, bezpečí...

V: Jsou nabízená vzdělávací školení v rámci Vaší pozice v organizaci dostačující nebo byste uvítal pestřejší výběr?

A6: Já osobně jsem s nabídkou školení spokojen. Jsem rád, že jsem si mohl udělat kurz na bazální stimulaci. Na mé pracovní pozici je to opravdu jen o tom mít na uplatňování načerpaných znalostí víc času.

## **DVO2**

V: Které z nabízených aktivizačních činností mají na klienta nejlepší vliv?

A6: Já si myslím, že každá z námi nabízených aktivit je ku prospěchu klienta. Pomocí ergoterapie se snažíme, aby klient co nejvíce využil své zachované schopnosti a zvládal běžné denní činnosti.

V: Jaké máte konkrétně na mysli?

A6: Tak je to především osobní hygiena, koupání, jedení, použití WC, přesuny... Musím říct, že klientů, u kterých je nácvik těchto běžných denních činností možný, máme velice málo. Na oddělení je hodně případů osob s pokročilou demencí a u těch usilujeme o zachování stávajícího stavu a zabránění propadu.

V: K jakým změnám u klientů dané metody vedou?

A6: Myslím si, že díky aktivizaci jsou klienti víc v pohodě, klidnější, činnosti jim působí radost... Jo, a taky si nepřipadají tak nepotřební.

V: Co je největším přínosem aktivizačních činností?

A6: To záleží na stavu klienta. Zázraky v pokročilých stádiích demence čekat nemůžeme. Snažíme se u klientů zachované schopnosti posilovat, a pokud to stav klienta jen trošku dovoluje, tak je vedeme k soběstačnosti.

V: Jak participuje rodina klienta na aktivizačních programech?

A6: Nevím o rodině, která by se přímo na aktivizaci svého blízkého podílela. Jsme ve většině případů rádi, že příbuzní klienta vůbec navštíví, povídají si s ním, čtou mu, donesou mu něco dobrého nebo ho vezmou na procházku.

## **Příloha D**

### **Přepis rozhovoru s informantem B4**

**B4**, Rozhovor ze dne 5. 1. 2017, 13.00 hod. – zasedací místnost

#### **DVO3**

V: Jak hodnotíte nabídku aktivizačních činností v DZR Náchod?

B4: Pokud mohu posoudit, myslím, že aktivity v DZR jsou rozmanité a nabídka je dost široká. Pracovníci vymýšlejí stále nové činnosti, aby se do nich mohlo zapojit co nejvíce klientů.

V: Jaké změny díky aktivizačním činnostem u Vašeho příbuzného pozorujete?

B4: V případě mého manžela se asi nedají očekávat žádné převratné změny. Díky aktivizační pracovníci, která se ho snaží zabavit, se zlepšila motorika, dorozumívání a hlavně po psychické stránce je relativně v pohodě. Za to jsem velice ráda.

V: Jak hodnotíte přístup personálu ke klientům?

B4: Personál se chová profesionálně a lidsky, i když to na ně klade velké nároky a nemají to vždy jednoduché. Za to jim patří velký dík.

V: Co byste na základě osobních poznatků navrhoval/a v oblasti aktivizačních činností změnit?

B4: Nevím... Jsem ráda, že tady manžel je a vypadá spokojeně. Snad jen více kontaktu s okolním světem by některým klientům prospělo.

## **Příloha E**

### **Seznam tabulek:**

Tabulka 1: Stádia Alzheimerovy choroby.....	20
Tabulka 2: Transformace výzkumných kroků.....	38
Tabulka 3: Transformace dílčích cílů výzkumu do tazatelských otázek.....	39
Tabulka 4: Časový plán výzkumného šetření .....	41
Tabulka 5: Základní údaje o informantech – Skupina A.....	43
Tabulka 6: Základní údaje o informantech – Skupina B.....	43

### **Seznam grafů:**

Graf 1: Výskyt různých forem demence.....	15
---	----

### **Seznam obrázků:**

Obr. 1 Predikace vývoje počtu lidí s demencí v ČR.....	12
Obr. 2 Neuron (a) ve zdravém organismu, (b) pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	17