

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Možnosti aktivizace seniorů s demencí v denním stacionáři
The possibilities of activation of seniors in Day Care Center

Bakalářská práce

Andrea Šmerdová

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph. D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 29.3.2016

.....

Andrea Šmerdová

Anotace:

Bakalářská práce se věnuje aktivizaci seniorů s demencí v denním stacionáři. V teoretické části práce jsou vysvětleny důležité pojmy vztahující se k tématu práce, jako stárnutí a stáří, demence, Alzheimerova choroba, aktivizace, denní stacionář. V teoretické části je také zpracován přehled metod aktivizace vhodných pro seniory s demencí. Účelem praktické části je identifikovat a popsat, jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají ve vybraném denním stacionáři. Šetření bylo provedeno za pomoci kvantitativní výzkumné strategie.

Klíčová slova: Stárnutí, stáří, demence, Alzheimerova choroba, aktivizace, denní stacionář

Annotation:

Bachelor's thesis focuses on activation of seniors with dementia day care center . The theoretical part explains the important concepts related to the topic of work , such as aging and old age , dementia , Alzheimer disease , activation, day care center . The theoretical part is also prepared an overview of activation methods suitable for the elderly with dementia . The purpose of the practical part is to identify and to describe the activation methods used in the selected Day Care Center. Investigations were carried out with the help of quantitative research strategy.

Keywords: Aging, old age, dementia, Alzheimer disease, activation, Day Care Center

Poděkování

*Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Evé Klimentové, Ph. D.
za odborné vedení mé bakalářské práce.*

*Ráda bych poděkovala také pracovníkům Denního stacionáře Zahrada
Diakonie ČCE ve Vsetíně za ochotu a spolupráci.*

„Starý člověk především potřebuje, abychom se zastavili v pravý okamžik na správném místě, abychom mu dokázali darovat svůj čas a naslouchat jeho životnímu příběhu.“

Dana Klevetová (Janečková, Vacková, 2010, s.133)

OBSAH

Úvod.....	8
1 Stárnutí a stáří.....	9
1. 1 Charakteristika stárnutí a stáří.....	9
1. 2 Stárnutí biologické, psychické a sociální.....	10
1.2.1 Biologické stárnutí.....	11
1.2.2 Psychické stárnutí.....	11
1.2.3 Sociální stárnutí.....	12
1. 3 Biologické a psychické potřeby ve stáří.....	13
2 Demence.....	16
2. 1 Vymezení pojmu demence.....	16
2. 2 Alzheimerova choroba.....	16
2. 3 Důsledky kognitivní poruchy.....	17
2. 4 Komunikace s lidmi trpícími demencí.....	19
3 Aktivizace seniorů s demencí.....	22
3. 1 Aktivizace.....	22
3. 2 Metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí.....	23
3. 2. 1 Ergoterapie u osob s demencí.....	23
3. 2. 2 Kognitivní rehabilitace.....	24
3. 2. 3 Senzorická stimulace.....	24
3. 2. 4 Terapeutické vaření (pečení).....	24
3. 2. 5 Orientace realitou.....	25
3. 2. 6 Reminiscenční terapie.....	26
3. 2. 7 Kinezioterapie.....	26
3. 2. 8 Tanečně-pohybová terapie.....	27
3. 2. 9 Muzikoterapie.....	27
3. 2. 10 Arteterapie.....	28
3. 2. 11 Pet-terapie.....	28
4 Denní stacionář jako sociální služba pro seniory.....	30
4. 1 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	30

4. 2 Denní stacionář.....	30
5 Vlastní empirické šetření.....	32
5. 1 Charakteristika denního stacionáře Zahrada.....	32
5. 2 Cíl empirického šetření.....	33
5. 3 Metodologie výzkumného šetření.....	34
5. 4 Technika sběru dat.....	34
6 Analýza získaných dat.....	39
7 Výsledky empirického šetření.....	41
8 Návrhy aktivizačních činností.....	41
9 Závěr.....	47
Seznam použitých zdrojů.....	47
Seznam tabulek.....	51
Seznam grafů.....	51
Seznam obrázků.....	51
Seznam příloh volně vložených.....	51

Úvod

K výběru tématu závěrečné bakalářské práce mě inspirovaly vlastní pracovní zkušenosti se seniory postiženými demencí a zájem o prohloubení znalostí a rozvoj kompetencí vázaných na tuto cílovou skupinu uživatelů.

Cílem závěrečné bakalářské práce je identifikovat a popsat, jaké metody aktivizace seniorů s demencí jsou využívány v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně. Tato práce může sloužit jako informační materiál pracovníkům zabývajícím se aktivizací seniorů s demencí, ale bude přínosem také pro mě, jelikož všechny získané znalosti a zkušenosti mohu využít ve své profesi.

Teoretická část práce vychází z odborné literatury, ukotví teoreticky, terminologicky a legislativně základní okruhy výkladu problematiky: stárnutí a stáří, demence, metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí, sociální služba denní stacionář. Praktická část práce je zaměřena na výzkumné šetření uskutečněné v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

1 Stárnutí a stáří

I když se demence může rozvinout v každém věku, postihuje hlavně starší osoby. Dá se říci, že je typickou nemocí stáří. Úvodní kapitola se zabývá vysvětlením základních pojmů týkajících se stárnutí a stáří.

1.1 Charakteristika stárnutí a stáří

Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin. Stárnutí je proces, kdy v tkáních a buňkách postupně vznikají degenerativní změny, tyto změny zpravidla začínají již ve 30 letech života člověka a u každého jedince postupují s individuální rychlostí. Stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince (Mlýnková, 2011, s. 13).

V různých zdrojích nalezneme odlišné rozhraní začátku stáří. V následujícím textu bude uvedeno několik základních dělení.

Podle věku můžeme stáří rozdělit na jednotlivé etapy následovně (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 27):

60 až 74 let – počínající stáří

75 až 89 let – vlastní stáří

90 let a více – dlouhověkost

Jiné dělení bývá následující:

65 až 74 let – mladí senioři

75 až 84 let – staří senioři

85 let a více – velmi staří senioři

Periodizace stáří inspirovaná názory V. Příhody (Příhoda in Kuric, 2000, s. 14-15):

Stadium počátečního stáří – začíná v 60. až 66. roce života a končí kolem 75. roku

Stadium pokročilého stáří – od 78. do 90. roku

Stadium vrcholného stáří – začíná 91. rokem

Fáze stáří podle Vagnerové (Vagnerová, 2007):

60 až 75 let – období raného stáří, tzv. třetí věk

75 a více let – období pravého stáří

80 let a více – tzv. čtvrtý věk

Stárnutí je závěrečnou fází ontogenetického vývoje. V průběhu řady let lze sledovat proměnu fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující stáří. Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní) věk, tedy údaj, jak je člověk starý. Dalším běžným měřítkem je věk sociální, který se vztahuje k chování, které společnost očekává jako přiměřené určitému biologickému věku. Stáří obvykle znamená změnu sociálního statusu. Většina gerontologů volí pro označení začátku stáří hodnoty mezi šedesáti a šedesáti pěti lety, kdy začne většina lidí vykazovat příznaky stárnutí, které mohou být jak tělesné, tak duševní. Tyto známky stárnutí jsou posuzovány měřítky biologického a psychologického věku. Procesy sociálního, biologického a psychického stárnutí jsou na sobě vzájemně závislé. Změny fyzického stavu organismu mohou mít vážné důsledky pro jeho psychologické funkce (Suart-Hamilton, 1999, s. 18 - 21, s. 44).

1.2 Stárnutí biologické, psychické a sociální

„Stárnutí je primárně procesem biologickým, ale současně podmiňuje i procesy psychické. Jde v něm o různé strukturální změny v organismu, které oslabují jeho odolnost a podmiňují postupné oslabování výkonnosti jedince ve sféře fyzické i psychické. O stáří se zpravidla začíná mluvit tehdy, když úbytek fyzických a psychických sil znemožňuje jedinci podávat plné výkony v procesech tělesné a duševní práce“ (Kuric, 2000, s. 156).

1.2.1 Biologické stárnutí

Biologický věk je vyjádřením celkového stavu lidského organismu. Úpadek tělesných funkcí organismu nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, přičemž průběh této degenerace je velmi pozvolný. S přibývajícím věkem dochází v lidském organismu k řadě změn. Například tělesné tkáně začínají ztrácet elasticitu. Dochází ke zhoršení funkce vylučovací a trávicí soustavy. Charakteristický je také úbytek svalové hmoty. Dochází k poklesu výkonu dýchací a oběhové soustavy. Popsané změny, stejně jako úpadek smyslových orgánů, mají nepříznivý vliv na fungování mozku, a tedy i na činnost psychiky (Stuart-Hamilton, 1999, s. 22-27).

Tělesné změny jsou nejvíce nápadné na kůži nebo pohybovém systému. Dochází ke snížení aktivity mazových žláz. Kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu. Na rukou a v obličeji se mohou objevovat hnědé, tzv. „stařecké skvrny“ nebo se naopak objeví bledá místa, v nichž pigment zcela chybí. Kůže je méně elastická, tvoří se vrásky. V podkoží může docházet ke ztrátě tukové tkáně. Může dojít ke změnám spojeným s výškou a váhou postavy. Ochabují kosterní svaly, dochází k řídnutí kostí. Možný úbytek kloubní chrupavky doprovází zvýšená bolestivost kloubů a snížená schopnost pohybu (Mlýnková, 2011, s. 21).

1. 2. 2 Psychické stárnutí

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky. Dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, může klesat pružnost myšlení či psychická vitalita (Mlýnková, 2011, s. 24).

Psychické změny, které mají sestupnou tendenci (Hátlová, Suchá, 2005, s. 10-11):

1. zpomalení celkového psychomotorického tempa
2. zhoršení paměti
3. porucha koncentrace
4. snížení smyslové výkonnosti
5. ochuzení fantazie a omezení tvořivosti
6. pokles sebedůvěry, snížení adaptability

7. snížená schopnost navazování interpersonálních vztahů

Psychické změny, které mají vzestupnou tendenci (Hátlová, Suchá, 2005, s. 11):

1. vytrvalost, trpělivost
2. stálost názorů a vztahů
3. tolerance k druhým
4. nadhled
5. zájem o informovanost a rozhled, zlepšená schopnost vnímat detaily

Mezi psychické kvality, které se zásadním způsobem nemění, patří intelekt a slovní zásoba (Hátlová, Suchá, 2005, s. 11).

V průběhu stárnutí dochází také ke změnám emočního prožívání, v oblasti emocionality můžeme pozorovat tyto změny (Hátlová, Suchá, 2005, s. 11):

1. emoční labilita, rychlé střídání nálad
2. sklony k úzkosti a depresi
3. časté hypochondrické stesky
4. zploštění emotivity, neschopnost nadchnout se pro nějakou věc
5. změny osobnostních vlastností

Změny emočního prožívání ve stáří mohou mít různý průběh, v závislosti na působení psychických, sociálních a somatických faktorů (Vágnerová, 2008, s. 334).

1.2.3 Sociální stárnutí

Sociální stárnutí velmi úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu. Mění se sociální role seniora. Končí role pracujícího člověka, starší člověk získává novou roli, roli důchodce. Může být vnímán jako neproduktivní člověk, který společnosti nic nepřináší, tedy je zbytečný. Tím může dojít ke snížení společenské prestiže a autority. Penzionování s sebou přináší i změnu ekonomické situace, která seniorům mnohdy nedovoluje udržet si dosa-

vadní životní standard. Další součástí stáří může být výskyt nemocí, který pak může bránit ve vykonávání běžných denních činností. Dochází k omezení soběstačnosti a sebepéče, objevuje se fyzická závislost na pomoci druhých osob (Mlýnková, 2011, s. 25-38). Snížená soběstačnost a změna sociální role ovlivňují účast na společenském životě, což může vést k sociální izolaci seniora (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 22).

„V každém věku, a ve stáří obzvláště, je třeba svůj pozitivní vztah k životu opírat o drobné radosti a malá sociální pohlazení. A být ochoten nelpět na činnostech, na které již síly nestačí. Statečně přijímat svá omezení a svou energii tvořivě směřovat k jiným životním hodnotám“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 28).

1. 3 Biologické a psychické potřeby ve stáří

V průběhu stáří se mění i mnohé biologické a psychické potřeby (Vágnerová, 2008, s. 344 – 347):

1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem.

Potřeba stimulace bývá snížena, klesá potřeba nových a silnějších zážitků. Změny mohou u seniorů navozovat pocit nejistoty a dezorientace. Zároveň však potřebují přiměřený přísun podnětů, které by je aktivizovaly a informovaly o dění v jejich okolí.

2. Potřeba sociálního kontaktu.

Stáří lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí. Preferují kontakty se známými lidmi, posílena je vazba na příslušníky téže generace.

3. Potřeba citové jistoty a bezpečí.

Tato potřeba bývá ve stáří intenzivnější. Senioři si uvědomují ubývání sil a schopností, dochází ke smíření s určitou mírou závislosti, s nutností přijmout pomoc. Starší lidé potřebují nejenom pocit psychické blízkosti a pochopení, ale i fyzický kontakt.

4. Potřeba seberealizace.

Ve stáří může být potřeba seberealizace hůře uspokojována a obvykle také postupně klesá její význam nebo se mění způsob jejího uspokojování (kompenzace jinými aktivitami, zdůrazňování minulých výkonů). Potřeba seberealizace bývá ve stáří častěji uspokojována nepřímo, identifikací s blízkým člověkem.

5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje.

Přijatelná představa vlastní budoucnosti klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty.

I ve stáří se za normální považuje stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život. Na druhé straně je právě stáří obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 66).

„Každá etapa lidského života má své problémy a z toho pramenící nejistoty. Malé dítě se seznamuje se světem a neví, co všechno ho čeká. Mladý člověk rozvíjí svoji osobnost, hledá své cíle a neví, jak se do života zařadí. Dospělý člověk buduje svoji rodinu a své pozice a neví, zda se mu to podaří. Starý člověk již v zásadě vše vybudoval. Mohl by být klidný a spokojený. Pravda však je, že se musí spokojit s tím, co má a čeho dosáhl. Vzhledem ke svému věku už nemůže zásadně změnit své postavení a prostředí a je pasivně závislý na zdrojích, které dříve získal, nebo které mu společnost poskytuje. Se ztrátou svých tělesných a duševních sil musí slevovat ze svých potřeb a zvyklostí a snižuje se i jeho ekonomické zajištění“ (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 93).

První část práce se věnuje problematice stárnutí a stáří. Přibližuje biologické, psychické a sociální změny v procesu stárnutí. Stárnutí s sebou přináší změny na všech úrovních života člověka, je to přirozený a velmi individuální proces. Výsledkem stárnutí je stáří. Stáří je vymezeno dosažením určitého kalendářního věku. Hranice stáří je těžko určitelná, protože lidé

stárnou různým tempem. V této práci bude pojem senior odkazovat na osoby starší 60 let.

2 Demence

Demence patří k typickým psychickým poruchám diagnostikovaným ve stáří. Je to nemoc, která významně ovlivňuje prožívání života ve stáří a jeho kvalitu. V této kapitole se budu věnovat vymezení pojmu demence a Alzheimerova choroba.

2.1 Vymezení pojmu demence

„Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl““ (Buijssen, 2006, s. 13).

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11).

U demencí se vyskytují tři základní okruhy postižení (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 22):

- postižení kognitivních funkcí
- postižení aktivit denního života
- behaviorální a psychologické příznaky demence

Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, ale může se vyskytnout i u jiných nemocí, například u Parkinsonovy nemoci nebo jako důsledek cévní mozkové příhody (Koběrská a kol., 2003, s. 8).

2.2 Alzheimerova choroba

Na příkladu Alzheimerovy choroby budu charakterizovat jednotlivá stádia demence.

„ Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence „ (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 29).

Průběh Alzheimerovy choroby můžeme rozdělit do tří stádií (Koběrská a kol., 2003, s. 8-9):

1. Počáteční stádium.

U nemocného se objevují poruchy krátkodobé paměti, mohou se objevit potíže s vyjadřováním, častá je porucha orientace v čase a prostoru. V tomto stádiu si nemocný uvědomuje, že mu přestává sloužit paměť.

2. Střední stádium.

Toto stádium je charakterizováno dalším zvýrazňováním problémů vzniklých v důsledku demence, které stále více ovlivňují každodenní život nemocného. Prohlubují se problémy s orientací v čase a prostoru. Mohou se dokonce vyskytnout bludy nebo halucinace. Objevují se problémy při běžných denních činnostech. Nemocný je může stále vykonávat relativně samostatně, ale potřebuje k tomu provázení, podporu a pomoc pečovatele.

3. Pozdní stádium.

Nemocný už není schopen postarat se sám o sebe, potřebuje celodenní péči. Dochází k výraznému zhoršení tělesného stavu. Ztráta paměti je již velmi pokročilá. Vyskytují se velké obtíže nejen s vyjadřováním, ale také s porozuměním.

Syndrom demence probíhá podobně u většiny onemocnění, která jej způsobují, k odlišnostem dochází zejména ve stádiu počínající demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 34). Alzheimerova choroba je jen jedna z chorob projevujících se demencí, u ostatních onemocnění se setkáváme s podobnými projevy a podobnými omezeními u nemocného.

2.3 Důsledky kognitivní poruchy

Důsledky poruch kognitivních funkcí se mohou lišit jak v závislosti na druhu demence, tak i individuálně od osoby k osobě. Následující přehled není podle Zgoly vědeckým popisem kognitivních poruch spojených s demencí, ale spíše obecným přehledem nejpravděpodobnějších důsledků pro fungování a chování postiženého při nejčastějších typech onemocnění projevujících se demencí (Zgola, 2003, s. 22 - 42):

- Ztráta paměti

Při Alzheimerově nemoci ovlivňuje ztráta paměti zejména časově nepřímých vzdálené vzpomínky. Vzpomínky ze vzdálené minulosti bývají zachová-

ny mnohem déle. Ztráta paměti znesnadňuje postiženému získávat nové dovednosti, což mu znesnadňuje přizpůsobit se novým okolnostem. Dalším důsledkem ztráty paměti je ztráta orientace. Opakované dotazování je způsob, jakým se osoby se ztrátou krátkodobé paměti snaží s touto situací vypořádat. Jiným důsledkem ztráty krátkodobé paměti jsou konfabulace. Konfabulace bývají častou odpovědí na otázku s otevřeným koncem. Nemocná osoba se tak snaží vysvětlit si současnou situaci používáním dřívějších znalostí.

- Poruchy jazyka

Demence Alzheimerova typu může způsobit poruchu schopnosti porozumět myšlenkám jiných (receptivní jazyk) i schopnosti formulovat vlastní myšlenku (expresivní jazyk). Pokud má postižený problém s receptivní složkou jazyka, můžeme mu napomoci použitím synonym nebo opisem. Při problémech s expresivním jazykem můžeme mít pocit, že osoba není schopna mluvit k věci, protože myšlenku podrobně rozvádí a rozsáhle popisuje. Dalším příznakem je neschopnost správného řazení slov. Kombinace těchto problémů může vytvořit vážnou komunikační bariéru.

- Poruchy pozornosti

Zgola uvádí nejobvyklejší příklady problémů spojených s pozorností:

- neschopnost začít nebo ukončit úkol nebo akci,
- fixace na nepodstatný aspekt úkolu,
- neschopnost odblokovat rušivé vlivy
- zmatené reakce

- Poruchy vhledu, úsudku a abstrakce

Tyto poruchy mohou vést k tomu, že jedinec reaguje následujícím způsobem:

- v důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc
- trvá na svých starých vzorcích chování
- nepřijme důkaz o snížení svých schopností
- ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí, ztrácí zábrany
- nedokáže předvídat důsledky

- nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech
- má tendenci brát věci osobně
- Poruchy ve vnímání a prostorové orientaci

Poruchy vnímání mohou ovlivnit každou složku poznávacího procesu.

Poruchy zrakové percepce mohou vyústit v následující problémy:

- neschopnost rozeznat předměty nebo tváře
- sklon ke klamným představám, k prožívání bludů
- neschopnost rozlišovat předmět a pozadí
- neschopnost odhadnout vzdálenost a hloubku
- neschopnost vnímat směry
- úzkost a nejistota
- Poruchy v oblasti motoriky

Porucha výkonové funkce, která umožňuje správné používání pohybových vzorců, způsobuje problémy při činnostech, které se skládají z více kroků. Osoba může ztratit přístup k automatickému vzorci. Může se také stát, že se automatický vzorec spustí v nevhodnou dobu nebo osoba není schopna uskutečnit jednotlivé kroky úkolu ve správném pořadí.

„Pochopíme-li důsledky demence pro život člověka, stanou se naše očekávání realistická a naše snaha pomoci správně nasměrovaná“ (Zgola, 2003, s. 42).

Výše popsané důsledky demence ovlivňují možnosti aktivizace takto postižených seniorů, metody aktivizace je proto potřeba přizpůsobit jejich aktuálním možnostem a schopnostem.

2.4 Komunikace s lidmi trpícími demencí

Demence vážně ovlivňuje také schopnost jedince komunikovat. Následující podkapitola stručně vysvětluje základní principy a specifika komunikace s lidmi trpícími demencí.

K navázání a udržení efektivní komunikace s osobou postiženou kognitivní poruchou je třeba řídit se následujícími čtyřmi principy (Zgola, 2003, s. 124):

- Osoba s kognitivní poruchou má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se.
- Zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, leží na pečovateli.
- Nejdůležitějším úkolem pečovatele je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru.
- Osoba, se kterou pečovatel pracuje, má skutečnou a nepomíjivou poruchu komunikace, k překonání specifických problémů lze použít účinné strategie.

Díky všem potížím, které nemoc způsobuje, lidé s demencí těžko vyjadřují své potřeby. Existuje tedy velké riziko, že své potřeby nebudou schopni dostatečně vyjádřit, nebo jim nebude porozuměno a jejich potřeby tak nebudou dostatečně naplňovány (Koběřská a kol., 2003, s. 11).

Jedním z nástrojů pro komunikaci se seniory s demencí je metoda validace, která je spojována se jménem americké sociální pracovnice Naomi Feil. *„Úlohou validace je nevyvracet stav dezorientovaného seniora, ale potvrdit mu, že jeho emoce a pocity jsou skutečné a že je pečující osoba bere na vědomí „* (Pokorná, Sukupová, 2014). Přijetí a respektování jeho tématu, které však na druhou stranu nerozvíjí mylný názor chybným a nepravdivým směrem, postupně vede ke zklidnění a spolupráci (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 96).

Bakalářská práce je zaměřena na aktivizaci seniorů s demencí, pro jsem se ve druhé kapitole věnovala problematice demence. V úvodu kapitoly jsem vymezila pojem demence, následně jsem se zabývala pouze jedním z nejčastěji se vyskytujících typů demence u seniorů, Alzheimerovou nemocí. Stručně jsem popsala její průběh a důsledky. Závěr kapitoly je věnován komunikaci s lidmi trpícími demencí, která má svá specifika a je důležitým nástrojem pro navázání kontaktu s osobami s demencí.

Následující třetí kapitola se nazývá aktivizace seniorů s demencí, věnuje se různým metodám aktivizace, jejichž prvky mohou být využity při práci se seniory s demencí v denním stacionáři.

3. Aktivizace seniorů s demencí

V této kapitole se budu věnovat vymezení pojmu aktivizace, významu aktivizace a popisu vybraných metod aktivizace vhodných pro seniory s demencí.

3.1. Aktivizace

Aktivizace je podle Hartla a Hartlové „širěji nespécifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti (Hartl, Hartlová, 2000, s. 27).“

Holmerová a Suchá definují aktivity jako věci, které konáme. Klienti se jich mohou zúčastňovat aktivně nebo je jen pasivně pozorovat, mohou je vykonávat samostatně, ale i s terapeutem nebo ve skupině (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 139).

Cíle aktivizace u seniorů s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 140):

- udržení, popř. zlepšení stávajících dovedností (hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti ve všedních denních činnostech, kognitivních funkcí – paměti, pozornosti, myšlení, řeči, orientace atd.)
- smysluplné vyplnění volného času, prevence proti hospitalismu
- eliminace nežádoucích poruch chování (např. neklid, bezcílné bloudění, úzkost, deprese, nadměrná agitovanost atd.)
- pozitivní vliv na emoční stav seniorů s demencí – zvýšení sebevědomí, sebedůvěry a pocitu vlastního uplatnění v kolektivu
- pravidelný režim (dává seniorům s demencí pocit řádu, bezpečnosti, stability)
- verbální i neverbální komunikace seniorů s demencí s personálem a mezi sebou

Podle Zgoly neexistuje při péči o lidi s demencí cennější prostředek než smysluplná aktivita, která je pro nemocného podstatná stejně jako fyzická péče a výživa. Program aktivit by měl být připraven způsobem, který kompenzuje omezení člověka s demencí a zároveň nechává osobu plně využívat všech zachovaných schopností (Zgola, 2003, s. 148-150).

„Smysluplná činnost musí splňovat různá kritéria: je prováděna dobrovolně; je sociálně přiměřená, dává pocit úspěchu. Tato kritéria musí být respektována jako zcela zásadní při každé aktivitě, která je nabízena účastníkům s narušenými poznávacími schopnostmi „ (Zgola, 2003, s. 153).

Aktivizace je důležitou součástí péče o seniory s demencí. Cíl aktivizace je v podporování, zlepšování nebo udržení jejich schopností a dovedností.

3. 2. Metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí

Tato kapitola se zabývá metodami aktivizace vhodnými pro seniory s demencí. Jedná se o metody používané i u jiných cílových skupin klientů, které lze využít k naplnění denního programu seniorů s demencí v denním stacionáři.

3. 2. 1 Ergoterapie u osob s demencí

„Výraz ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon = práce a therapia = léčení, terapie“ (Křivošíková, 2011, s. 13).

Podle České asociace ergoterapeutů *ergoterapie „ prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity“ (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).*

Podle Suché znamená ergoterapie u osob s demencí *„zejména posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem“*. V rámci terapie provádí ergoterapeut s klientem cílené praktické činnosti a postupy dle zjištěného postižení. Dále provádí nácvik všedních denních činností – soběstačnosti. Suchá dále rozděluje všední denní činnosti na bazální, kam patří činnosti nutné pro zvládnutí základní sebeobsluhy, a denní činnosti instrumentální, které souvisí se soběstačností (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 142-144).

Ergoterapie má úzký vztah k metodám aktivizace, které popisují v následujícím textu. Např. použitím modelovací hmoty se posilují svaly horní končetiny, skládáním puzzle se zlepšuje jemná motorika a koncentrace, práci v kuchyni se procvičuje prostorová orientace, paměť a posloupnost (Křivošíková, 2011, s. 27).

3. 2. 2 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace klade důraz na podporu a procvičování kognitivních funkcí, ale také na podporu sebevědomí. Jedná se o různé jednoduché slovní hry, doplňování slov, skládačky, pexeso, domino apod. Využívání těchto pomůcek pomáhá nejen zlepšit stav klientů postižených Alzheimerovou chorobou, ale přináší především zábavu a potěšení. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 159).

Lidem s demencí může být kognitivní trénink užitečný zejména ve stádiu mírné a středně pokročilé demence. Trénink je vhodné provádět v malé skupině lidí. Důležité je náročnost cvičení přizpůsobit jednotlivým účastníkům a zejména vždy poskytnout pozitivní zpětnou vazbu (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 96).

3. 2. 3 Senzorická stimulace

Senzorická stimulace má úzký vztah k paměti, proto je možné považovat ji za součást kognitivní rehabilitace, někdy ji lze organizovat samostatně jako další terapeutický přístup. Cvičení je možné spojit i s reminiscenční terapií. K procesu stárnutí patří i snižování funkčnosti smyslových orgánů, cílem pravidelné smyslové stimulace je toto zhoršení zpomalit. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 172-173).

3. 2. 4 Terapeutické vaření (pečení)

Podle Holmerové a Suché je terapeutické vaření nebo pečení jednou z velice vděčných činností, ke které není třeba klienty s demencí složitě motivovat. Jedná se o běžnou, přirozenou činnost pomáhající klientům k dosažení pocitu normality, při které mohou využít naučených dovedností.

Terapeut by měl každému klientovi přidělit práci, kterou ještě dokáže zvládnout. Při této činnosti dochází také k určité senzorycké stimulaci, vůně i chuť připraveného pokrmu může vyvolat příjemné vzpomínky (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 226).

Vaření a pečení je jednou z aktivit ergoterapie. Jedná se o oblíbenou formu aktivizace seniorů s demencí, činnost spojená s přípravou jídla je jim blízká. V této práci je vaření a pečení vyčleněno jako samostatná metoda aktivizace.

3. 2. 5 Orientace realitou

Orientace realitou je jedním z nejstarších přístupů ke klientům s demencí, v současné době se však používají jen některé prvky této metody, nikoli celkový přístup (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 95-96).

Orientace časem, místem, osobou

Tento přístup nazýváme kontinuální orientace realitou, jeho cílem je dosáhnout, aby při každém kontaktu byly klientovi postiženému demencí nabízeny informace, které mu pomohou v orientaci. Veškerá komunikace s klientem však musí být citlivá, musí dbát na jeho reakce, sdělení by pro něj měla být zajímavá a srozumitelná. Orientace v realitě je součástí komplexního přístupu ke klientům s demencí, patří sem také vytvoření prostředí, které klientům usnadní orientaci v zařízení (např. názorné a barevné označení prostor a místností). V denním stacionáři pro klienty s demencí bývají určité přístupy orientace realitou zařazovány do denního režimu a programu mezi používané pomůcky (datum na viditelném místě, velké nástěnné hodiny, výzdoba místnosti podle aktuálního ročního období (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 174-180).

V těch v případech, kdy by snaha o orientaci v realitě mohla hrozit zhoršením stavu, neklidem a agresivitou, doporučuje Holmerová a Suchá používat validaci (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 126). O validačním přístupu se zmiňují v kapitole věnované komunikaci s lidmi trpícími demencí.

3. 2. 6 Reminiscenční terapie

„Nejčastěji bývá reminiscenční terapie vymežována jako proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné minulé události. Jako impuls k navození vzpomínání mohou sloužit fotografie, filmy, hudební nahrávky apod. a členové skupiny jsou podporováni v konverzaci týkající se těchto stimulů“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 21).

Špatenková a Bolomská rozlišují reminiscenci individuální, neformální skupinovou a formální skupinovou. Při individuální reminiscenci se terapeut věnuje pouze jedinému účastníkovi. Tato forma vytváří příležitost pro vytvoření intenzivního vztahu mezi vzpomínajícím a naslouchajícím. K neformální skupinové reminiscenci dochází spontánně, debata o minulosti se může rozvinout kdykoliv během dne. Formální skupinová reminiscence bývá předem naplánována. Skupina by měla mít omezený počet účastníků, kteří s terapií předem souhlasili a byli obeznámeni s jejím průběhem. Reminiscence však nemusí mít nutně nějakou speciální podobu, měla by být součástí každodenní péče o seniory, může se promítat i do úpravy prostředí (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 26-28).

3. 2. 7 Kinezioterapie

Podle Hátlové je kinezioterapie *„cíleným působením pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu využívajícího prvků tělesného cvičení, sportů a pohybových her“* (Hátlová, Suchá, 2005, s. 29).

Kinezioterapie u lidí s demencí přispívá zejména k udržení svalové síly a stability, ale je také prevencí problémového chování. Důležité je, aby jednotlivá cvičení odpovídala možnostem seniorů s demencí a aby byla vždy předvedena i komentována slovním doprovodem (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 100).

Mezi další vhodné kinezioterapeutické aktivity patří procházky, které navozují u osob s demencí zdravou únavu. Procházky mají na fyzický stav podobný účinek jako cvičení. Důležité jsou během procházky i různé zevní podněty (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 204)

3. 2. 8 Tanečně-pohybová terapie

Tanečně-pohybová terapie je definována Americkou asociací taneční terapie jako „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince*“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 206).

Podle Velety je pro klienty postižené demencí nejvhodnější, aby taneční terapeutická hodina probíhala v kruhu. Klienti tak mají možnost pozorovat sebe navzájem i sledovat terapeuta, který vede hodinu podle předem připraveného scénáře. Důležitý je také hudební doprovod, nejvhodnější je středně rychlé tempo, hudba by měla mít zřetelný rytmus, který seniory s demencí motivuje k vlastnímu pohybu (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 206-208).

Některé prvky kinezioterapie a tanečně- pohybové terapie se navzájem prolínají. Tanečně- pohybová terapie, stejně jako muzikoterapie a arteterapie, využívá při práci s klienty umělecké výrazové prostředky, lze ji tedy považovat za terapii uměleckou.

Tělo a jeho pohyby jsou expresivním vyjádřením pocitů. Tanec je vnímán jako radostná a uvolňující aktivita, napomáhá sladit pohyby a vyjádřit emoce (Terapie tancem a pohybem, 2013, [online]).

3. 2. 9 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá jako léčebný prostředek hudbu. U seniorů s demencí se při aktivizaci využívá zejména zpívání písní a poslech hudby. Při zpívání se mohou senioři doprovázet na různé hudební nástroje.

Geletiová rozděluje techniky muzikoterapie na techniky aktivizační, při kterých je klient aktivně zapojen, a techniky pasivní, při kterých je klient

zapojen více jako posluchač (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 227).

Výběr aktivit je u seniorů s demencí limitován úbytkem paměťových schopností. Jednou z nejvděčnějších činností je zpěv, pro klienty je snadno zvládnutelný, neboť texty známých písní se jako součást dlouhodobé paměti snadno vybavují i lidem s kognitivní poruchou (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 228).

3. 2. 10 Arteterapie

„Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, tance a výtvarného umění, v užším smyslu slova pak léčbu výtvarným uměním“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 214).

Ve své bakalářské práci se budu zabývat arteterapií v užším slova smyslu.

Arteterapie pro seniory se snaží prostřednictvím různých uměleckých technik a postupů aktivizovat jejich vitalitu a flexibilitu, stimulovat jejich kreativitu, přičemž důležitý není vytvořený umělecký produkt, ale proces samotné tvorby. U arteterapeutických postupů vhodných pro seniory s demencí je třeba zohlednit možná omezení, o kterých se zmiňují v předchozích částech (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 214).

Arteterapie a ergoterapie mají mnoho společného. U ergoterapie se soustředíme spíše na práci jako samostatnou aktivitu.

3. 2. 11 Pet-terapie

„Pet-terapie je definována jako asistovaná psychoterapie pomocí zvířecích miláčků. Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu. Má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí (působí na snížení deprese a úzkosti, ovlivňuje vyšší nervovou činnost, zejména stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci), ale i na fyziologické funkce (dochází k mírnému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdeční činnosti)“ (Hátlová, Suchá, 2005, s. 28).

Zvířata mají pozitivní vliv na fyzický i psychický stav klientů. Léčbu lze provádět chováním zvířat přímo v zařízení nebo pravidelným docházením

chovatelů se zvířaty (např. canisterapie) (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 231-232).

Podle Holmerové a Suché je lepší variantou chov zvířat přímo v zařízení, zvířata tak mohou být používána k terapii častěji a je také možno využít více druhů zvířat. Oblíbeným a osvědčeným zvířetem je kočka, mezi další vhodná zvířata patří králík, morče, křeček, želva, andulka nebo akvarijní rybičky (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 232).

V této kapitole jsem se věnovala aktivizaci seniorů s demencí. V denním stacionáři se aktivizace využívá k obnovení či udržení stávajících schopností klientů, ke smysluplnému využití volného času, aktivizace významně přispívá k zachování kvality života seniorů s demencí. Popsala jsem metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí. S ohledem na specifická omezení klientů v důsledku kognitivní poruchy je důležité vhodně stanovit úroveň obtížnosti aktivizace.

V poslední kapitole teoretické části jsou popsány základní informace o zařízení sociálních služeb denní stacionář.

4 Denní stacionář jako sociální služba pro seniory

Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s demencí v konkrétním typu služby, kterou mají možnost využívat, jedná se o denní stacionář. Denní stacionáře poskytují služby lidem s postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Stacionáře nezajišťují ubytování, klient ráno přijde, den stráví různými aktivitami. Má zajištěnu stravu a další péči. Odpoledne opět odchází domů (Mlýnková, 2010, s. 94). Denní stacionář je zařízením sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, proto se v následujícím textu budu věnovat vymezení pojmu sociální služba a konkrétnímu typu služby - denní stacionář.

4. 1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů rozděluje sociální služby na tři druhy – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. *“Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní“* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §33, s. 14).

Cíl mé práce je zaměřen na aktivizaci seniorů s demencí v denním stacionáři. Denní stacionář patří mezi služby sociální péče, proto budu dále definovat pouze tento druh sociální služby.

„ Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §38, s. 16).

4. 2 Denní stacionář

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů definuje denní stacionář jako *„zařízení, kde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku*

nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy,*
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §46, s. 18)*

Objeví-li se u člena rodiny demence, čeká rodinu náročná a dlouhodobá péče. Denní stacionář poskytuje respitní (úlevnou) péči rodinám, které tak mají možnost si odpočinout, případně dále docházet do svého zaměstnání. Senior dál žije ve svém domácím prostředí a přes den pobývá ve stacionáři (Matoušek a kol., 2005, s. 183).

V teoretické části jsem se věnovala výkladu základních pojmů vztahujících se k tématu bakalářské práce, zejména k cílové skupině seniorů s demencí.

Z teoretické části práce budu vycházet při výzkumném šetření v praktické bakalářské práci.

5 Vlastní empirické šetření

V teoretické části jsem definovala důležité pojmy související s problematikou aktivizace seniorů demencí.

V následující kapitole se budu zabývat charakteristikou zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, formulací výzkumných otázek a popisem výzkumného šetření.

5.1 Charakteristika denního stacionáře Zahrada

K výběru denního stacionáře Zahrada pro realizaci empirického šetření mě vedla předchozí pracovní zkušenost v tomto zařízení.

Diakonie ČCE – středisko Vsetín je nezisková organizace, je jedním z významných poskytovatelů sociálních služeb ve Vsetíně a okolí. Posláním Diakonie ČCE – střediska Vsetín je *„zajišťovat, organizovat a poskytovat sociální, ošetrovatelskou, zdravotní a pastorační péči a službu seniorům, osobám zdravotně znevýhodněným a osobám ohroženým nebo trpícím sociálním vyloučením ve Vsetíně a blízkém okolí. To vše s cílem integrovat a předcházet či zabraňovat sociálnímu vyloučení při současném udržení a dosažení dobré kvality života“* (Poslání a historie, 2012, [online]). *„Posláním denního stacionáře Zahrada Diakonie ČCE – střediska Vsetín je pomoc seniorům a osobám starším 50 let k dosažení či udržení dobré kvality života prostřednictvím osobní účasti na aktivitách stacionáře.*

Cílovou skupinou denního stacionáře Zahrada jsou senioři a lidé nad 50 let ze Vsetína a okolí s chronickými chorobami anebo se syndromy demence, poruchami paměti a sníženou schopností orientace v rozsahu, který neumožňuje nebo ztěžuje samostatný pobyt v domácím prostředí.

Cílem denního stacionáře Zahrada je umožnit lidem z výše uvedené cílové skupiny:

- 1. aby mohli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí, v rodinném zázemí, tedy neodcházeli předčasně do zařízení ústavní péče;*
- 2. aby mohli žít život v co největší možné míře obdobný životu svých vrstevníků, zachovali si svůj způsob života, návyky, obvyklé činnosti, pohybové schopnosti;*

3. vytvořit společenství, jehož budou plnohodnotnou součástí, a kde se budou cítit dobře, bezpečně, jistě, respektováni a přijímáni;

4. prostřednictvím stimulace a aktivizace uživatelů zachovat co nejdéle jejich kognitivní, pohybové a smyslové funkce a v co největší možné míře zpomalit proces úbytku těchto schopností“ (Denní stacionář Zahrada, 2012, [online]).

Denní stacionář Zahrada se nachází v přízemí Domova Jabloňová - domova se zvláštním režimem. Všechny prostory jsou bezbariérově upraveny, vybavení je přizpůsobeno cílové skupině uživatelů. Součástí zařízení je společenská místnost, místnost určená pro odpočinek. Kapacita služby je 12 osob. Denní stacionář zajišťuje služby ve všední dny v době od 7.30 hod. do 16.00 hod. Uživatelé jsou do stacionáře přiváženi rodinnými příslušníky nebo využívají možnosti dopravy v doprovodu pečovatele. Na financování služby se spolupodílí uživatel podle aktuálního ceníku služeb a podle výše příspěvku na péči.

Personální zajištění:

0,05 úvazku – vedoucí terénních a ambulantních služeb pro seniory

0,1 úvazku – vedoucí denního stacionáře Zahrada

0,7 úvazku - sociální pracovnice

1,0 úvazku - pedagog

1,0 úvazku - pracovnice v sociálních službách

DPP - úklid

5. 2 Cíl empirického šetření

Předmětem empirického šetření je aktivizace seniorů s demencí v denním stacionáři, klade si za cíl identifikovat a popsat, jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

Základní výzkumná otázka:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně?

Další výzkumné otázky:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají nejčastěji?

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí nevyžívají?

5.3 Metodologie výzkumného šetření

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní strategii. Keith F. Punch uvádí, že kvantitativní šetření produkuje kvantitativní nebo numerická data, realita se zachycuje pomocí proměnných, jejichž hodnoty se zjišťují měřením, primárním cílem kvantitativního šetření je zjistit, jak jsou proměnné rozloženy (Punch, 2008, s. 12). V kvantitativním šetření, které je součástí praktické části práce, jsou proměnnými jednotlivé metody aktivizace uvedené v kapitole 3.2 teoretické části práce. V denním stacionáři jsou využívány pouze některé prvky těchto terapií, protože zaměstnanci stacionáře nemají potřebnou kvalifikaci k provádění odborných terapií. V tomto případě hovoříme o metodách aktivizace s prvky arteterapie, muzikoterapie apod. Z provozních důvodů jsou při aktivizaci seniorů v denním stacionáři upřednostňovány činnosti ve skupině. Metody aktivizace jsou vždy přizpůsobeny možnostem klientů. Denní program připravují zaměstnanci denního stacionáře kolektivně na společných poradách, na jeho realizaci se také podílí všichni zaměstnanci.

5.4 Technika sběru dat

Jako způsob získávání informací jsem zvolila analýzu dokumentů.

Podle Hendla je analýza dokumentů standardní aktivitou jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu (Hendl, 2005, s. 132).

Za dokument budu považovat týdenní záznamy o dopoledním a odpoledním programu klientů denního stacionáře Zahrada za měsíc říjen 2012 a říjen 2013, tyto záznamy provádějí zaměstnanci stacionáře každodenně, souborně pro celou skupinu klientů. Jedná se o ručně psané dokumenty. Nevýhodou získávání informací z těchto dokumentů jsou obtíže při čtení textu. Vlastní výzkum začal v listopadu 2012, proto jsem si k výzkumu vybrala předcházející měsíc říjen. V první fázi výzkumu jsem se zaměřila na studi-

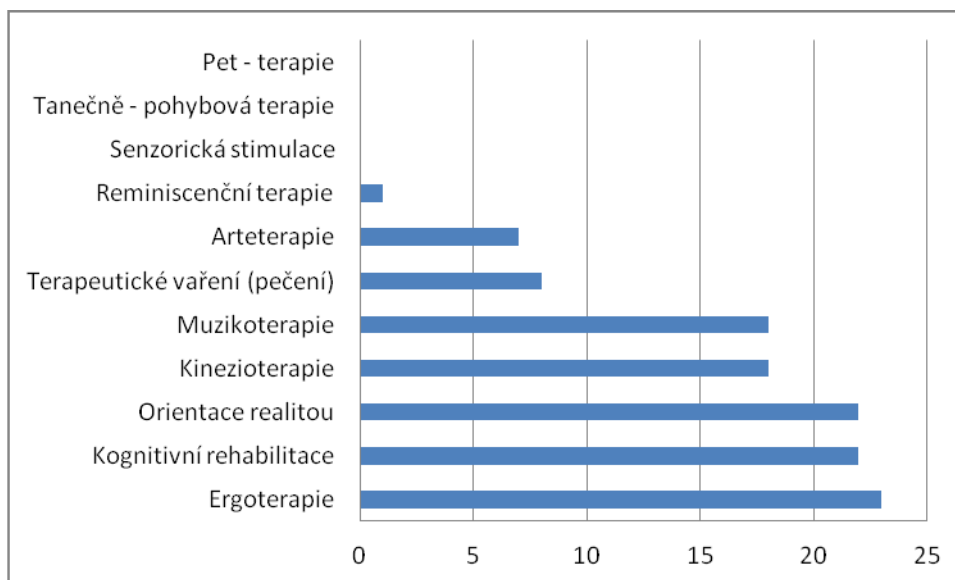
um dokumentů, které obsahují informace o aktivizačních činnostech v denním stacionáři Zahrada. K základnímu utřídění dat jsem použila tzv. „čárkovací metodu“, sestavila jsem tabulku četností (tab. 1). Do sloupce vlevo jsem zapsala metody aktivizace dle přehledu v kapitole 3.2 v teoretické části práce. Pomocí čárek jsem zaznamenávala výskyt jednotlivých metod aktivizace v dokumentech vždy za kalendářní dny, kdy se aktivizace uskutečnila (Chráska, 2007, s. 40).

Říjen 2012

Tab. 1 Tabulka četností

aktivizační metoda	výskyt	četnost
Ergoterapie	////////////////////	23
Kognitivní rehabilitace	////////////////////	22
Senzorická stimulace		0
Terapeutické vaření (pečení)	////////	8
Orientace realitou	////////////////////	22
Reminiscenční terapie	/	1
Kinezioterapie	////////////////////	18
Tanečně - pohybová terapie		0
Muzikoterapie	////////////////////	18
Arteterapie	/////	6
Pet - terapie		0

Graf. 1



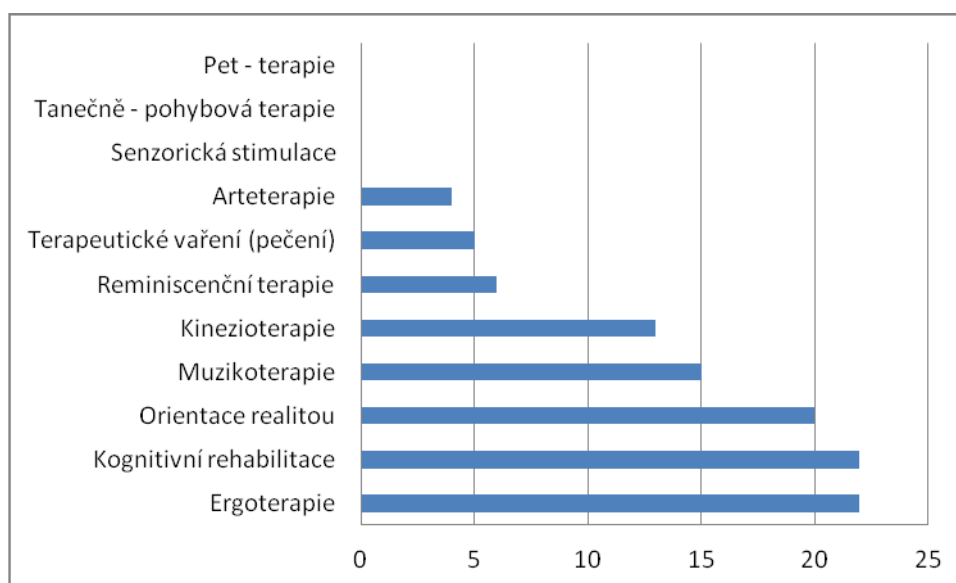
Výzkumné šetření jsem zopakovala v měsíci říjnu 2013 za použití stejné metodologie výzkumného šetření i techniky sběru dat.

Říjen 2013

Tab. 2 Tabulka četností

metoda aktivizace	výskyt	četnost
Ergoterapie	////////////////////	22
Kognitivní rehabilitace	////////////////////	22
Senzorická stimulace		0
Terapeutické vaření (pečení)	////	5
Orientace realitou	////////////////////	20
Reminiscenční terapie	////	6
Kinezioterapie	////////	13
Tanečně - pohybová terapie		0
Muzikoterapie	////////	15
Arteterapie	///	4
Pet - terapie		0

Graf. 2



Ze srovnání tabulky a grafu z října 2012 a října 2013 je patrné, že byly ve stacionáři využívány stejné metody aktivizace, rozdíl je pouze v četnosti výskytu jednotlivých metod aktivizace.

6 Analýza dat

Studiem dokumentů jsem získala potřebné informace o tom, jaké metody aktivizace využívají v denním stacionáři Zahrada. Metody aktivizace nejsou v dokumentech pojmenovány stejně jako ve zdrojové literatuře, je zde uveden pouze krátký popis konkrétní činnosti. Při přiřazování jednotlivých zapsaných aktivizačních činností k metodám aktivizace v tabulce jsem vycházela z informací uvedených v kapitole 3.2. v teoretické části práce, např. zpívání – muzikoterapie, skládání puzzle – kognitivní rehabilitace, házení s míčem – kinezioterapie, cvičení paměti – kognitivní rehabilitace, vycházka ulicí Na vyhlídce – kinezioterapie, pečení švestkové buchty - terapeutické vaření (pečení), rozcvička protahovací - kinezioterapie, motání klubek – ergoterapie, vzpomínání nad starými fotografiemi Vsetína – reminiscenční terapie. U různých výtvarných činností jsem se v přiřazování přiklápěla spíše k arteterapii než k ergoterapii.

Ergoterapie u osob s demencí

Jak je uvedeno v teoretické části, ergoterapie u osob s demencí je spojena zejména s nácvikem sebeobsluhy a soběstačnosti. Jedná se o pomoc při zvládnutí běžných úkonů každodenní péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně v rozsahu uvedeném v individuálním plánu průběhu služby (příloha 2). Na základě těchto informací předpokládám, že ergoterapie je ve vybraném zařízení využívána každodenně, proto jsem její výskyt zaznamenala do tabulky četností za každý den.

Kognitivní rehabilitace

Tato metoda aktivizace je v denním stacionáři využívána téměř každý den. Probíhá zejména prostřednictvím různých forem cvičení paměti, psaní, uživatelé skládají puzzle, luští křížovky nebo hrají společenské hry.

Senzorická stimulace

Při analýze dat jsem nenašla konkrétní cvičení zaměřené na senzorickou stimulaci. Ke stimulaci smyslových orgánů však dochází například při pro-

cházkách nebo při terapeutickém vaření (pečení). Obě tyto aktivity byly ve sledovaném období součástí aktivizačního programu denního stacionáře.

Terapeutické vaření (pečení)

Ve sledovaném období klienti denního stacionáře zavařovali strouhaná jablka, pekli jablečné štrúdlly, cuketovou a švestkovou buchtu, připravovali jablečný kompot, jednohubky.

Orientace realitou

Orientace v realitě je zařazena do denního režimu každý den před začátkem denního programu. Jedná se o orientaci časem a místem (datum, roční období, den v týdnu, místo, kde se nacházíme). Probírají se významné události a pranostiky připadající na konkrétní den, předčítají se aktuální články z novin. Mezi prvky této metody využívané v denním stacionáři patří i označení prostor, které usnadňuje uživatelům orientaci. V denní místnosti je nástěnka, která je věnována aktuálnímu ročnímu období, stejně jako výzdoba místnosti.

Reminiscenční terapie

Do reminiscenční terapie je možné zařadit posvícenské hody a tradice s nimi spojené, návštěvu motomuzea, vzpomínání nad starými fotografiemi Vsetína.

Kinezioterapie

Oblíbenou formou kinezioterapie jsou procházky po okolí denního stacionáře, házení s míčem, házení na terč lepicími balónky a různá tělesná cvičení.

Taneční a pohybová terapie

Ve sledovaném časovém období nebyla tato metoda při aktivizaci využita.

Muzikoterapie

Zpívání je v denním stacionáři velmi oblíbenou činností, do které se většinou zapojují všichni uživatelé. Zpívá se za doprovodu kytary, často se senioři doprovázejí na různé rytmické nástroje. V programu jsem našla také poslech vážné hudby.

Arteterapie

V rámci arteterapie se senioři věnovali těmto výtvarným činnostem: lepení koláže, výroba přáníček, tvoření z keramické hlíny, výroba ubrusu s podzimními motivy, kreslení.

Pet-terapie

Ve sledovaném časovém období nebyl zaznamenán výskyt této metody aktivizace.

7 Výsledky empirického šetření

V následující kapitole budu na základě analýzy dat interpretovat výsledky empirického šetření.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně. Jednalo se o kvantitativní výzkum na malém vzorku, data byla získána v říjnu 2012 a říjnu 2013 a jsou platná pouze pro denní stacionář Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

Empirickým šetřením bylo zjištěno následující:

Základní výzkumná otázka:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně?

V denním stacionáři Zahrada využívají tyto metody aktivizace pro seniory s demencí: ergoterapie, kognitivní rehabilitace, sensorická stimulace (např. jako součást reminiscenční terapie a kognitivní rehabilitace), terapeutické vaření (pečení), orientace realitou, reminiscenční terapie, kinezioterapie, muzikoterapie a arteterapie.

Další výzkumné otázky:

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí využívají nejčastěji?

V denním stacionáři Zahrada nejčastěji využívají ergoterapii, kognitivní rehabilitaci, orientaci realitou, kinezioterapii a muzikoterapii.

Jaké metody aktivizace seniorů s demencí nevyžívají?

V denním stacionáři Zahrada nevyžívají žádnou formu tanečně - pohybové terapie a pet-terapie.

Na závěr této kapitoly mohu konstatovat, že jsem byla schopna odpovědět na výzkumnou otázku a výzkumné podotázky uvedené v kapitole 5.2.. Zjistila jsem, že denní stacionář Zahrada nabízí uživatelům dostatečně širokou nabídku aktivizačních činností a využívá většinu metod aktivizace vhodných pro seniory s demencí.

8 Návrhy aktivizačních činností

Kognitivní rehabilitace

Ke kognitivní rehabilitaci můžeme využít různé obrázky, např. ze starých kalendářů. Obrázky zalaminujeme a potom rozstříháme na dvě nebo i více částí, můžeme tak zvyšovat či snižovat obtížnost aktivity a přizpůsobit ji tak schopnostem jednotlivých klientů denního stacionáře. Jednotlivé díly obrázků promícháme a vyskládáme na stůl, úkolem je najít díly, které patří k sobě a složit obrázek. Tuto aktivitu můžeme spojit s poznáváním rostlin na fotografiích. Pro seniory s demencí je skládání klasického puzzle často obtížné, protože se jednotlivé díly vkládají do sebe, jednodušší je skládání dílů k sobě.

Obr. č. 1 – Kognitivní rehabilitace



Zdroj: autorka, 2016

Obr. č. 2 – Kognitivní rehabilitace



Zdroj: autorka, 2016

Ergoterapie

Výroba závěsné velikonoční dekorace

Na výrobu závěsné velikonoční dekorace budeme potřebovat provázek, dekorační drátek, dřevěné nebo plstěné ozdoby, lepidlo nebo tavnou lepicí pistoli a papírovou šablonu ve tvaru vajíčka (obr. č. 3). Úkolem je omotat papírové vajíčko provázkem dokola. Při této činnosti se procvičuje zejména jemná motorika, používá se stejný pohyb jako při šití nebo vyšívání (obr. č. 4). S dopomocí klient vajíčko ozdobí. Dekoraci můžeme použít pro velikonoční výzdobu denního stacionáře (obr. č. 5).

Obr. č. 3 - Ergoterapie



Zdroj: autorka, 2016

Obr. č. 4



Zdroj: autorka, 2016

Obr. č. 5



Zdroj: autorka, 2016

9 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s demencí v denním stacionáři. V teoretické části práce jsem vycházela ze studia odborné literatury. Získané informace se staly základem pro zpracování praktické části.

Cílem mé práce bylo identifikovat a popsat, jaké metody aktivizace využívají v denním stacionáři Zahrada Diakonie ČCE ve Vsetíně.

První kapitola teoretické části se věnuje stárnutí a stáří. Druhá kapitola se zabývá demencí a Alzheimerovu chorobou, která bývá nejčastější příčinou demence u seniorů, popisuje důsledky této kognitivní poruchy, které významně ovlivňují možnosti aktivizace této cílové skupiny seniorů. Stěžejní kapitolou je třetí kapitola „Aktivizace seniorů s demencí“, ve které je zpracován přehled metod aktivizace vhodných pro seniory s demencí. Vzhledem k tomu, že denní stacionář je zařízením sociálních služeb, pojednává čtvrtá kapitola o sociálních službách. V praktické části seznamuji čtenáře s metodologií empirického šetření, šestá kapitola stručně charakterizuje vybraný denní stacionář. V sedmé kapitole jsou zpracovány výsledky empirického šetření a zodpovězeny výzkumné otázky. Tato kapitola obsahuje také popis použití dvou vybraných metod aktivizace v praxi, jedná se o metodu kognitivní rehabilitace a ergoterapie.

S výsledky empirického šetření jsem seznámila pracovníky denního stacionáře Zahrada. Výsledky vyvolaly diskusi o možnostech rozšíření nabídky metod aktivizace. Nejvíce se diskutovalo o možnosti využití pet-terapie. To, jaké metody aktivizace jsou v denním stacionáři využívány závisí do značné míry na aktuální skladbě klientů denního stacionáře, na preferování určité metody aktivizace samotnými klienty a v neposlední řadě také na kvalifikaci pracovníků denního stacionáře. V diskusi se objevil i návrh na zavedení nového systému profesního vzdělávání pracovníků denního stacionáře, který by měl přispět ke zkvalitnění využívání různých metod a postupů aktivizace. Jednotliví pracovníci denního stacionáře by se ve vzdělávání specializovali na určitou konkrétní metodu, případně metody aktivizace a jejich praktické uplatnění při aktivizaci seniorů s demencí v denním stacionáři.

Výsledkem diskuze bylo umístění akvária s rybičkami do společenské místnosti denního stacionáře, metody aktivizace se tak rozšířily o pet-terapii. Akvárium je umístěné v části určené pro relaxaci v polohovacích křeslech.

Péče o osoby postižené demencí je náročná, ale přes všechna omezení, která musíme při aktivizaci zohlednit, můžeme použitím vhodných metod aktivizace přispět k naplnění jejich potřeb a zkvalitnění života.

Seznam použitých zdrojů

- GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1 HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X, s. 27
- HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7
- HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4
- HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8
- CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. A KOLEKTIV. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
- KOBĚRSKÁ, P. A KOL. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1
- KŘIVOŠÍKOVÁ, M., *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1
- KURIC, J., *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3

- MATOUŠEK, O. A KOL., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví 2. Díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8
- PUNCH, K. F., *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. A KOL., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5
- ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

Zákony

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
[cit. 29. 3. 2016]

Internetové odkazy

Denní stacionář Zahrada. *Diakonie Vsetín*. [online]. [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.diakonievsetin.cz/sluzby-pro-seniory/denni-stacionar-zahrada/>

POKORNÁ A., SUKUPOVÁ M. Naomi Feil ®validation in geriatric care. *Kontakt* 2014; 16(2): e71–e78. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.004>

Poslání a historie. *Diakonie Vsetín*. [online]. [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.diakonievsetin.cz /diakonie-vsetin/poslani-a-historie/>

Terapie tancem a pohybem. *Spektrum zdraví*. [online]. 25.3.2013 [cit. 29. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/terapie-tancem-a-pohybem>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Tabulka četností (str. 31)

Tabulka č. 2: Tabulka četností (str. 35)

Seznam grafů

Graf č. 1 (str. 34)

Graf č. 2 (str. 36)

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Kognitivní rehabilitace (str. 40)

Obrázek č. 2 Kognitivní rehabilitace (str. 41)

Obrázek č. 3 Ergoterapie (str. 42)

Obrázek č. 4 Ergoterapie (str. 42)

Obrázek č. 5 Ergoterapie (str. 43)

Seznam příloh volně vložených

Příloha číslo 1: Týdenní záznamy programu denního stacionáře Zahrada za měsíc říjen 2012

Příloha číslo 2: Týdení záznamy programu denního stacionáře Zahrada za měsíc říjen 2013

Příloha číslo 3: Sjednaný rozsah služby a individuální plán průběhu služby
v denním stacionáři Zahrada

Příloha číslo 4: Zadání bakalářské práce