

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018-2019

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Denisa Kratochvílová

**Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově
se zvláštním režimem v Praze**

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2018-2019

BACHELOR THESIS

Denisa Kratochvílová

**Activation of seniors with Alzheimer's disease in the home
with special regime in Prague**

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská/diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorka(y)

Poděkování

Děkuji Mgr. Lukášovi Stárkovi, Ph.D. za odborné vedení práce a osloveným aktivizačním pracovníkům domovů pro seniory. V neposlední řadě děkuji seniorům za strávený čas, který mi poskytli.

Anotace

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou. Rozebírá Alzheimerovu chorobu od jejího vzniku, příčin, léčby, diagnostiky a řeší její stádia. Vymezuje termín stáří, stárnutí a popisuje aktivizační terapie při práci se seniory. Praktická část na základě rozhovorů s aktivizačními pracovníky a charakteristik seniorů řeší, jaké aktivizační metody používají pražské domovy se zvláštním režimem v souvislosti s Alzheimerovou chorobou.

Klíčová slova

Aktivizace, Alzheimerova choroba, domov se zvláštním režimem, rozhovor, senior, sociální služby, stáří, zdravotní péče.

Annotation

This bachelor thesis deals with the activization of seniors with Alzheimer's disease. It analyzes Alzheimer's disease from its inception and causes, describes its stages, diagnosis and medical treatment. It defines the term of age, aging and describes the activization therapies for seniors. The practical part describes, what activization methods are being used by Prague's houses with special regime in connection to Alzheimer's disease, based on conversations with activization workers and characteristics of seniors.

Keywords

Activization, Alzheimer's disease, conversation, health care, house with special regime, senior, social services, old age.

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ POJMŮ	11
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	12
2.1 Definice choroby	12
2.2 Příčiny	14
2.3 Diagnostika.....	16
2.4 Léčba.....	19
2.5 Stádia choroby.....	21
3 STÁŘÍ	22
3.1 Stáří, stárnutí	23
3.2 Stádia stáří.....	25
3.3 Senioři	27
4 PRÁCE SE SENIORY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	28
4.1 Zdravotní péče	29
4.2 Sociální péče.....	29
5 AKTIVIZAČNÍ METODY	34
5.1 Zooterapie	36
5.2 Reminiscenční terapie.....	37
5.3 Pohybová terapie	39
5.4 Muzikoterapie.....	40
5.5 Dramaterapie	40
5.6 Arteterapie.....	41
5.7 Ergoterapie	42
PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
6 VÝZKUM.....	44
6.1 Cíle výzkumu	44
6.2 Technika sběru dat.....	45
6.3 Výběr otázek.....	45
6.4 Charakteristika vybraných seniorů	46

6.4.1	Pan Jiří.....	46
6.4.2	Paní Božena	47
6.4.3	Paní Alžběta	49
6.5	Výsledky rozhovorů.....	50
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57

ÚVOD

Stáří se týká nás všech. Stáří lidé se objevují v každé společnosti po celém světě. Seniori jsou bráni jako zdroj vědomosti a moudrosti. Za celý život si vytvořili ucelený postoj k životu, prokazují se zkušeností. Mnoho lidí se na stáří připravuje, spoří si na důchod, kupují nemovitosti k zajištění finančních prostředků. Mnoho lidí se domnívá, že staří lidé žijí ve špatných podmínkách.

Seniorům v této fázi života napomáhá v řešení obtížných situací, které přicházejí s vyšším věkem, rodina. Rodina je základ v péči o seniory. Mnoho seniorů chce zůstat ve svém domácím prostředí až do jejich smrti. Nedokáží si představit, že se přestěhují a změní své přirozené sociální prostředí. U mnoha seniorů se při změně sociálního prostředí zhoršuje jejich soběstačnost. Právě soběstačnost je jeden z faktorů, který ubývá v tomto období.

Lidé si myslí, že senior je závislý na pomoci rodiny či jiné osoby, instituce. Proto se stáří bojí, snaží se ho oddalovat. Nyní je stáří považováno jako jedno z nejhorších životních etap. Společnost stáří postavila do role nežádoucího faktoru. Existuje fenomén mládí, který společnost uznává. Lidé si často nepřiznávají svůj biologický věk, nechtějí zestárnout a být závislí na pomoci.

Národ stárne, přibývá starších osob. Předpokládá se, že v řádu několika let razantně vzroste počet seniorů ve společnosti. Z tohoto důvodu je důležité se připravovat na zajištění péče o seniory, kteří potřebují zvýšenou pomoc při jejich sebeobsluze. Vzhledem k tomu, že se prodlužuje dlouhověkost, přibývá seniorů, u kterých se zjišťuje onemocnění Alzheimerovou chorobou. Tito seniori často bývají umísťováni do pobytových sociálních zařízení, která o ně nepřetržitě pečují. Role rodiny se ujímají domovy pro seniory či jiné zařízení vhodná pro tuto věkovou skupinu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce popisuje Alzheimerovu chorobu, její vznik, příčiny. Rozděluje stádia choroby, její projevy. Definiuje pojmy stáří, stárnutí. Zabývá se aktivizační terapií pro seniory.

Cílem praktické části je zjištění aktivizačních metod, které využívají v domovech pro seniory se zvláštním režimem pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Vychází z rozhovorů s aktivizačními pracovníky, doplňuje charakteristiky seniorů.

Výsledky práce budou sloužit pro aktivizační pracovníky jako další možný zdroj informací pro jejich práci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Aktivizace znamená něco dělat, tvořit, vybízet k vyššímu tempu, zvyšovat vyšší účinnost činnosti. Smyslovou aktivizací se rozumí aktivizace, při které se zapojují všechny smysly. Smysl vydává během aktivizace impulzy, které se ukládají do centrální nervové soustavy. U klientů s demencí se smyslová aktivizace realizuje nejčastěji, protože se u seniora znovu může objevit znovu nalezení slov. Senior díky této aktivizace dostává znovu možnost se vyjádřit. Komunikace je důležitým determinantem pro zvyšování kvality života seniorů a přivození radosti ze života.¹

Geragogika je relativně novou vědní disciplínou a vychází z výchovy ke stáří a k vzdělávání starších lidí. Geragogika není ustálený pojem, v literatuře se můžeme setkat ještě s názvy jako gerantopedagogika, gerantogogika či pedagogika starších lidí. Geragogika působí v oblasti vzdělávání (univerzity třetího věku), edukace (zdravotní a kulturní výchova), péče (poradenství, volný čas, a zábava), funkcionální (působení prostředí a masmédií). Geragogika vychází a úzce spolupracuje s několika dalšími vědními obory. Její působení se prolíná v gerantologii, psychologii, andragogice, pedagogice. Ačkoliv se geragogika již několik desítek let dále vyvíjí, není v České republice legitimizována.²

Alzheimerova choroba poškozuje kognitivní oblast. V průběhu nemoci se může vyskytnout i poškození nekognitivních funkcí. Jedná se zejména o poruchu chování, vnímání, porozumění, ztrátou soběstačnosti. Mezi kognitivní poruchy se řadí afázie (porucha porozumění a porucha schopnosti mluvit), apraxie (porucha vykonávat

¹ WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 11. ISBN 978-40-247-4423-0.

² ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, s. 19-23. ISBN 978-8-247-8.

složitější úkony během dne), agnozie (porucha vnímat smyslové vjemy, předměty, osoby, zvuky).³

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je popsána jako první od německého psychiatra a neuropatologa Aloise Alzheimerera v roce 1906. Alois Alzheimer se narodil v roce 1864 v Bavorsku. Vystudoval lékařskou školu a poté pracoval v psychiatrických sférách. Během svého života zkoumal mozkovou kůru. Zejména prováděl pitvy zemřelých při úmrtí v nižším věku. Při svém bádání nebyl od svých kolegů mnoho oceněn. V roce 1910 byly Alzheimerovy poznatky o změnách mozkových tkání pojmenovány po samotném Aloisovi Alzheimeru. Alois Alzheimer zemřel 19. prosince 1915 ve slezské Vratislavě na selhání srdce. Je pohřben ve Frankfurtu nad Mohanem v Německu. V jeho rodném městě má pamětní desku, která připomíná významného objevitele Alzheimerovy choroby.⁴

2.1 DEFINICE CHOROBY

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou nezvratné demence. Projevy choroby jsou z počátku nenápadné, postupně se začínají více prohlubovat. Člověk s Alzheimerovou chorobou se v posledním stádiu choroby stává zcela závislý na pomoci druhé osoby. U lidí s tímto onemocněním se nejvíce dbá na to, aby byly zmírněny projevy a dopady choroby. Lékaři dosud neobjevily žádný postup, lék na zastavení nebo její vyléčení.⁵

³ HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. Století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Infomation, s.r.o., 2007, s. 13. ISBN 978-80-86336-07-7.

⁴ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 11. ISBN 978-80-271-0561-8.

⁵ MACE, N. L., RABINS, P. V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2019, s. 28. ISBN 978-80-7553-583-2.

Existuje několik definicí této choroby. Všechny se se shodují v tom, že se jedná o progresivní neurodegenerativní onemocnění. Jsou postiženy mozkové buňky, které jsou důležité k uchování a získávání informací z vnějšího prostředí. Mozkové buňky jsou složeny z neuronů, které se začínají v důsledku tohoto onemocnění poškozovat.

Podle Zvěřinové se výskyt Alzheimerovy choroby vyskytuje s vyšším věkem častěji. Uvádí, že mezi 65 a 74 lety je výskyt 3 %, mezi 75 a 84 lety výskyt 19 %, po 85. roce je výskyt až 47 %.⁶

Alzheimerova choroba se dělí do dvou základních skupin. Tyto dvě skupiny se rozlišují podle doby vzniku choroby. U první skupiny se první příznaky objevují již ve středním věku života. Hovoří se o chorobě s časným začátkem a nazývá se presilní formou. U druhé skupiny se první příznaky objevují až v pozdějším věku a je častější. Nejvíce se rozvíjí ve stáří. Hovoří se o senilní formě.⁷

Alzheimerova choroba se vyvíjí pomalu a nenápadně. Člověk s touto chorobou se může jevit jako zdravý člověk. Z počátku jsou projevy velmi nenápadné. Často si všimne prvotních změn okolí (rodina, přátelé, spolupracovníci), než samotný člověk.

Nejčastěji si u lidí s tímto onemocněním můžeme povšimnout zhoršení krátkodobé paměti. Člověk zapomíná běžné všední věci během dne. Zapomíná, kam si dal mobilní telefon, případně zapomene, v kolik měl být u lékaře. Osoby se jeví jako zapomnětlivé. Neví, co měly k obědu, na co se dívaly včera v televizi.

Jako další možný náznak tohoto onemocnění se projevuje v neobratnosti učít se novým dovednostem. Člověk ztrácí motivaci objevovat nové věci, nebaví ho zabývat se novými postupy. Je rád v prostředí, které zná. Nerad se uzpůsobuje novým prostorům.

⁶ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 60. ISBN 978-80-271-0561-8.

⁷ Tamtéž, s. 68

Mezi další příznaky se může projevit ztráta orientace. Orientací se myslí orientace v prostoru. Nemocný se přestává vyznávat ve svém domě, bytě. Hledá běžné věci, které používá celý život. Nevzpomene si, kde má v kuchyni čaj. Tyto příznaky mohou trvat několik minut či pár hodin, poté se vše vrací do pořádku.

Určité změny lze pozorovat v oblasti řeči. Nemocný často hledá slova, aby něco popsal, nemůže si vzpomenout na běžné slovo během svého vyjadřování. Během rozhovoru dělá pomlky, v mezidobí přemýšlí nad svým vyjádřením. Často říká jiná slova stejného významu, na které si vzpomene. Porucha vyjadřování a porozumění se nazývá afázie. Tyto obtíže trvají několik minut a mohou se objevovat nepravidelně.

Mezi další projevy lze zařadit ztráta chuti číst, dělat svoji oblíbenou činnost. Nemocný ztrácí zájem o činnosti, které před tím dělal velmi rád. Činnosti, které zatím nemocný zvládá, dělá neobratně, věci mu padají z ruky, je nemotorný. Postupně se jeho motorika může zcela narušit. Špatně se projevuje písemnou formou, zapomene svůj podpis, v další fázi zapomíná i svoje jméno a příjmení. Druhá osoba často připomíná, jak se nemocný jmenuje, či jaké písmenko má při podpisu psát.

Určité omezení je i v poznávání osob. Nemocný vidí obličej, nemůže si vzpomenout, kam člověka zařadit či ho pojmenovat jménem. Při menším projevu dané osoby (např. projev hlasu) se nemocný může rozpoznat a vzpomene si na jméno.

2.2 PŘÍČINY

Mezi největší rizikový faktor se u Alzheimerovy choroby popisuje věk. Nejčastěji se nemoc projevuje ve stáří. Velké riziko onemocnění u 65 letého člověka je 0,25 % ročně, v každých pěti letech se procento zdvojnásobuje. Nicméně průzkumy ukazují, že lidé mezi 70 a 80 rokem života zůstávají v intelektu zcela v normálu.⁸

Druhá největší příčina onemocnění se projevuje v přítomnosti genu, nazývaného apolipoprotein E4. Existuje ve více formách – E2, E3, E4. Tyto geny se získávají

⁸ MACE, N. L., RABINS, P. V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2019, s. 412. ISBN 978-80-7553-583-2.

dědičností. Od jednoho rodiče se získá jedna forma genu. Při získání dvou apolipoproteinu typu E4 se podle studie prokazatelně zvedá riziko onemocnění Alzheimerovou chorobou.⁹

Další možná příčina vzniku Alzheimerovy choroby nastává v případě, že se již v rodině v předchozích letech objevila u příbuzného člověka Alzheimerova choroba nebo výskyt Downova syndromu. „*Klinický obraz demence se rozvine u 40 – 75 % osob s Downovým syndromem starších 60 let.*“¹⁰ Downům syndrom vzniká při špatném spojení chromozomů. Vzniká trizomie chromozomu 21. Na chromozomu 21 se nachází gen pro tvorbu apolipoproteinu.

Během studie Alzheimerovy choroby se ukázalo, že vyšším rizikem pro vznik onemocnění je ženské pohlaví. Dříve se vědci domnívali, že je to spojené s vyšším koeficientem dlouhověkosti oproti mužskému pohlaví. Dodnes toto tvrzení není vyvádáno.¹¹

Mezi další rizikový faktor, který je možnou příčinnou vzniku choroby, patří obezita, vyšší cholesterol, nadměrné užívání alkoholu, kouření, cukrovka. Můžeme hovořit o metabolickém syndromu.¹²

⁹ MACE, N. L., RABINS, P. V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2019, s. 413. ISBN 978-80-7553-583-2.

¹⁰ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 60. ISBN 978-80-271-0561-8.

¹¹ MACE, N. L., RABINS, P. V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2019, s. 415. ISBN 978-80-7553-583-2.

¹² ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 23. ISBN 978-80-271-0561-8.

2.3 DIAGNOSTIKA

Pro diagnostiku je typické, že probíhá u specialistů, kteří se věnují této problematice. K odhalení Alzheimerovy choroby je zapotřebí podstoupit řadu vyšetření. Diagnóza je většinou stanovena během jedné návštěvy u odborníků.

Důležitou roli v diagnostice sehrávají neuropsychologové. Ti používají standardizované testy, úkoly, pozorování k diagnostice duševních schopností. Tyto poznatky pak sehrávají důležitou roli při sestavování individuálního plánu rozvoje dovedností, které ještě nebyly zasaženy a kladou menší nároky na dovednosti, které již nejsou pro daného člověka možné. Neuropsycholog může tímto způsobem potvrdit možnou přítomnost Alzheimerovy choroby.¹³

Při diagnostice je potřebná anamnéza, základní neurologické a interní vyšetření a výsledky laboratorních testů. Při diagnostice je provedeno několik testových metod, jako například Addenbrookský test. Tento test v sobě zahrnuje test Mini-Mental State Examination (MMSE).

Každý při diagnostice prochází CT mozku, aby bylo možné vyloučit jiné příčiny pro vznik Alzheimerovy choroby, např. tumor mozku, podezření na hydrocefalus, cévní změny.

Test označovaný jako MMSE prokazuje tíži postižení a stupeň demence. Tento test odliší středně těžkou demenci od normálního stavu vyšetřovaného.¹⁴ Test se vyhodnocuje podle počtu dosažených bodů. Počty se pohybují od nejvyšší možné dosažitelnosti 30 bodů. Postupně se body snižují. Test odhaluje těžkou kognitivní funkci až těžkou demenci.

¹³ MACE, N. L., RABINS, P. V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2019, s. 415. ISBN 978-80-7553-583-2.

¹⁴ HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Infomation, s.r.o., 2007, s. 13. ISBN 978-80-86336-07-7.

Ověření diagnózy Alzheimerovy choroby lze pouze sekcí, kdy se prokázalo na základě vyšetření přítomnost neurofibril a neuritický plak v množství výrazně převyšující nálezy na mozku zdravého člověka totožného věku.¹⁵

V roce 1984 sestavil diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu McKhann se svými spolupracovníky. Tyto kritéria byla poté publikována jako závazná institutem NINCDS – ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorder Alzheimer's Disease and Neurological and Co-Association). Tyto kritéria zcela potvrdí, vyvrátí nebo označí jako pravděpodobně možnou přítomnost či nepřítomnost Alzheimerovy choroby.¹⁶

Rozlišujeme Alzheimerovu chorobu pravděpodobnou, kdy je potvrzena přítomnost demence z vyšetření (např. MMSE). Je přítomna porucha paměti, začátek klinických příznaků je mezi 40-90 věkem života a nesmí být přítomno jiné systémové onemocnění nebo porucha mozku, které vedou ke vzniku demence. Faktory, které přispívají k pravděpodobnosti diagnózy Alzheimerovy choroby, jsou pozitivní rodinná anamnéza, úpadek kognitivních funkcí jako je řeč, paměť, motorické dovednosti a průkaz mozkové atrofie na CT mozku.

Člověk s pozitivní možnou diagnózou Alzheimerovy choroby má časté poruchy nálad, deprese, poruchy spánku, obrácený denní režim, poruchy vnímání (bludy, halucinace), poruchy chůze, inkontinence, fyzickou slabost.¹⁷

Dále se popisuje Alzheimerova choroba možná, kdy je průběh onemocnění atypický. Může převažovat kognitivní porucha řeči nebo jiné onemocnění, které může ovlivnit vznik demence, např. cévní mozkové příhoda.¹⁸

¹⁵ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 26. ISBN 978-80-271-0561-8.

¹⁶ Tamtéž, s. 47

¹⁷ Tamtéž, s. 26

Alzheimerova choroba nepravděpodobná se popisuje u člověka, u kterého je přítomen syndrom demence s náhlým začátkem, poruchy pohybové koordinace, poruchy zorného pole a mohou se v časných fázích objevit epileptické záchvaty.¹⁹

Jako jistou možnou přítomnost Alzheimerovy choroby se pokládá splnění kritérií pro přítomnost choroby a zároveň je dokladován histopatologický důkaz biopsií nebo autopsií (po pitvě).²⁰

Jako další možné hodnotící testy v problematice Alzheimerovy choroby lze vyjmenovat Adenbroek Cognitive Examination (ACE). K testování verbální paměti je možné použít Paměťový test učení (AVLT – Auditory Verbal Learning Test). Celkové zjištění úrovně paměti lze prověřit prostřednictvím Wechslerova paměťová škála. Jako další testy můžeme jmenovat Mattisův Dementia Rating Scale či test CAMCOG (Cambridge Cognitive Examination).²¹

Pro časnou diagnostiku je důležitá funkčnost rodiny, okolí a informovanost praktického lékaře. Praktický lékař hraje velkou roli v objevení náznaku onemocnění mozku. Rodina a okolí blízké pro člověka je důležitou rolí v povšimnutí, že se dotyčný začal chovat jinak, začal jinak smýšlet, jinak se projevovat.

¹⁸ HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. Století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Infomation, s.r.o., 2007, s. 18. ISBN 978-80-86336-07-7.

¹⁹ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 26. ISBN 978-80-271-0561-8.

²⁰ HORT, J., RUSINA, R. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, s. 87. ISBN 978-80-7345-004-5.

²¹ HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. Století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Infomation, s.r.o., 2007, s. 13. ISBN 978-80-86336-07-7.

2.4 LÉČBA

Alzheimerovu chorobu není ani v nynější době možno vyléčit. Ovšem existuje několik opatření na bázi psychoterapeutických přístupů (zahrnují nácvikové techniky, terapie) k zmírnění projevů a oddálení těžké fáze tohoto onemocnění. Léčba Alzheimerovy choroby zahrnuje i farmakologickou léčbu.

Farmakologie se může rozdělit na dvě hlavní skupiny. Nynější přístup k léčbě je založen na důkazech (evidence-based medicine). To znamená, že se vychází z nejlepších poznatků vědeckého výzkumu a s klinickou zkušeností lékaře ve prospěch ošetřovaného. *„EBM je moderní trend klinické praxe, který spočívá ve výběru způsobu léčby pro konkrétního pacienta na základě vědecky dokázaných medicínských poznatků, s přihlédnutím k jeho osobním, ale i náboženským, tradičním, kulturním a sociálním potřebám. Cílem je převedení nových vědeckých důkazů do klinické praxe a poskytování péče v souladu s autonomií vůle pacienta.“*²²

Do první skupiny řadíme kognitiva – inhibitory mozkových acetyl. Acetylcholinergní systém je důležitý pro správné fungování paměti. I v počáteční fázi Alzheimerovy choroby je právě postižený Acetylcholinergní systém. Lidský mozek obsahuje 2 formy acetylcholinestráz. Typ G1, který významně roste u onemocnění Alzheimerovou chorobou a typ G4, který je častější u zdravých lidí. Enzymy butyrylcholinesterázy mají vliv na zhoršení acetylcholinergního systému. Tyto enzymy se tvoří nadměrně v průběhu Alzheimerovy choroby.²³ Do inhibitorů lze zařadit jednotlivá farmaka a to jsou donepezil, rivastigmin a galantamin. Kontraindikace může nastat při srdečních

²² SACKETT, D., L., STRAUSS, S., E. et al. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2. vyd. Praha: Churchill Livingstone, 2000. 280 s. ISBN 04-430-6240-4.

²³ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 73. ISBN 978-80-271-0561-8.

vadách, vředové chorobě. K dalším možným vedlejším účinkům můžeme zařadit průjmy, nauzea, dyspepsie.²⁴

Tyto léky zpomalují projevy a oddalují možnou těžší formu Alzheimerovy choroby. Jedinec se stává déle soběstačný, není závislý na rodině či ošetřujícího personálu. Léky oddalují i umístění do zdravotnického či sociálního zařízení.

Do druhé skupiny patří léčiva označující se slabí antagonisté (N-metyl-D-aspartátových) glutamátergních ionotropních receptorů. Tyto léčiva napomáhají k léčbě krátkodobé paměti. Mezi tyto léčiva se řadí Memanin. Memanin je užívaná léčebná látka, která působí na vliv zlepšení kognitivních funkcí, především paměti. Memanin je indikován u středně těžkých až pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby.²⁵

K další léčbě Alzheimerovy choroby je popisována celá řada dalších postupů, které nebyly klinicky probádané, nebo se zatím o klinickou studii vůbec nehovořilo. Mezi tuto léčbu se může zařadit podávání doplňku listů Ginkgo biloby.²⁶

V České republice se ještě podávají další doplňkové léčiva. Doporučuje se podávání vitamínu B12, kyseliny listové, vitamínu E.

Základem nefarmakologické léčby je přístup založený přímo na člověka. Vychází se z různých psychoterapeutických přístupů. Tyto přístupy zahrnují kognitivně zaměřený přístup, emočně zaměřený přístup, práce s pečovateli nebo rodinou, a další možné terapie.

Nefarmakologická léčba zahrnuje mnoho programů pro osoby s onemocněním. Jsou procvičovány základní sebeobslužné úkony. Provádí se nácvik dovedností, které zůstaly

²⁴ HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. Století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Infomation, s.r.o., 2007, s. 24. ISBN 978-80-86336-07-7.

²⁵ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, s. 145. ISBN 80-7262-365-6.

²⁶ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 75. ISBN 978-80-271-0561-

zachovány nebo nebyly nijak zasaženy. Základ této léčby spočívá v uchování nemocného v domácím prostředí co nejdéle. Zachování jeho soběstačnosti, posilování sociálních vazeb.²⁷

2.5 STÁDIA CHOROBY

Zvěřinová rozděluje Alzheimerovu chorobu do tří průběhů.

Lehké stádium onemocnění

Pro tento průběh je typické omezení kognitivních funkcí. Pozornost již není udržitelná delší dobu, denní aktivity bývají občas narušeny. Člověk je ještě soběstačný, potřebuje menší nápomoc při denním režimu. Nejčastěji se jedná o popisování předmětů, místností, cedulky. Ztrácí zájem o své koníčky, občas může trpět dezorientací ve známém prostředí.

Střední stádium onemocnění

Postupně se prohlubuje úbytek kognitivních funkcí. U nemocného se popisuje změna osobnosti, bývají podezřívají, probíhá u nich stav zmatenosti. Poruchy aktivit denního života se dostávají do většího propadu oproti běžným funkcím. Nemocný ztrácí přehled o obsluze domácích spotřebičů, o hodnotě peněz. Rodina v tomto stádiu hraje důležitou roli, protože již není nemocný samostatný. Nezvládá základní sebeobsluhu o sebe samou. Nezvládá základní hygienu, vaření, oblékání. Vázne komunikace.

Těžké stádium

V tomto stádiu již není možná s nemocným běžná komunikace. Nemocný nepoznává své rodinné příslušníky, nepoznává své děti, pečovatele, známé. Dochází

²⁷ ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, s. 76. ISBN 978-80-271-0561-

u nich k celkové dezorientaci osobnosti. Nemocný je zcela odkázaný na pomoci druhé osoby.

3 STÁŘÍ

Lidé často říkají, že se stáří a stárnutí dotkne nás všech, všichni budeme jednou staří. Ovšem nesmyslejší nad tím více. O stáří člověk začne uvažovat více, jakmile se toto téma nějak dotkne jeho osobnosti nebo jeho blízkých. Mladí si od stáří představují konečnou fázi života, představují si velmi nelibou fázi života. Ostatně to často potvrzují i senioři, kteří jsou ve styku s mladou generací.²⁸

Stárnutí je celosvětově společenské téma. Týká se celé naší společnosti. S prodlužováním života se dostává do společnosti stále více lidí s vyšším věkem. Lidé by si měli uvědomit, že každý stárne.

Společnost se musí do budoucna připravit na větší počet lidí seniorského věku. Stáří některé společnosti chápou jako změnu osobnosti, úbytek soběstačnosti, projev agresivity či nespokojenosti. Období stárnutí je často spojováno s nemocemi, samotou, odporem navazovat nové sociální vztahy.

Kvalitou života seniorů je často spojována s historickým, geografickým, ekonomickým a společenským kontextem. Kvalita života seniorů se odvíjí od vnímání samotné společnosti. V seniorském věku vstupují do popředí životní hodnoty jako je zdraví, vnímání pohody a vnitřní spokojenosti.²⁹

Uchování správného myšlení a obecné vitální osobnosti se odvíjí od určitého postoje člověka během jeho života. Člověka doprovází celým životem také genetická dispozice, kterou převzal od své biologické rodiny. Velký vliv na pozitivní přístup k životu má

²⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 16-17. ISBN 978-80-87109-19-9.

²⁹ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 7. ISBN 978-80-247-4138-3.

také sociální prostředí, ve kterém se člověk pohybuje, důležitou roli hraje zdravý životní styl, stravování, míra odpočinku.

3.1 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ

Stárnutí lze charakterizovat postupnými změnami organismu a poklesem schopností a výkonností jedince. Stárnutí je průběh okolností, ve kterých se organismus dostává do určitých změn v průběhu času. Stárnutí je velmi individuální a u každého jedince probíhá odlišně.

Ve starém Řecku a Římě se lidé dožívali zhruba pětadvaceti let. V 18. století se stále lidé dožívali nejvíce 30 let.³⁰ V těchto číslech se jedná pouze o statistický údaj. Musí se počítat s průměrnou hodnotou. V těchto období byla vyšší kojenecká a novorozenecká úmrtnost, nebyla ještě vyvinuta zdravotní péče. Lidé často umírali na nemoci, které již nyní dokáže naše lékařská péče úspěšně vyléčit. Začátkem 19. století byl za staršího člověka již považován jedinec, který oslavil čtyřicáté narozeniny. V průběhu let a vyvíjení vnímání stáří a stárnutí se věk oddálil směrem výš.³¹ Důsledkem toho může být vyšší věkový medián společnosti.

Můžeme hovořit o matričním, chronologickém a kalendářním věku. Jedná se o faktická čísla, která jsou holým faktem, není možné s nimi nijak polemizovat. Nelze je nijak měnit, zpochybňovat. Avšak daný člověk se může cítit mladší nebo vypadat starší a lidé ho odhadují na jiný skutečný věk.

³⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 16-17. ISBN 978-80-87109-19-9.

³¹ HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 12. ISBN 978-80-247-4139-0.

Stárnutí lze charakterizovat jako „*velmi individuální záležitost, ovlivňují jej aspekty biologické, genetické, výchovné i sebe výchovné a vzájemné lidské vztahy v konkrétním sociálním prostředí.*“³²

Pacovský a Heřmanová popsali stárnutí a stáří jako „*specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.*“³³

Během procesu stárnutí se jedinec mění v rovině tělesné, psychické i sociální. Každý člověk tyto změny projevuje a snáší jinak. Záleží na sociálním prostředí, rodinné vazbě či celkové životní zkušenosti během života.

Fenotyp stáří označuje fyzické změny během stárnutí tím, že se diferencují staří lidé od mladších. Během stárnutí ubývá hmotnost, někdy se zmenšuje výška jedince, ubývá svalové tkáně. Pro další projevy jsou typické změny v oblasti chůze a celkové zhoršení mobility. Dochází k zhoršování celkového vnímání a orientace. Jedinec má často omezený sluch a onemocní oční vadou (např. šedý zákal). Během těchto změn se jedinec začíná zaměřovat na sebe samotného, tím se více prohlubuje do sebe. To má za důsledek možnou změnu psychické stránky.³⁴

Stárnutí probíhá v celém těle jedince. Tělo postupně stárne a objevují se znaky typické pro starší věk. Objevují se vrásky, šedé vlasy, úbytek svalové hmoty, změny sexuální aktivity.

³² KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 202. ISBN 978-80-247-2169-9.

³³ PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 304 s. ISBN 08-044-81.

³⁴ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 12. ISBN 978-80-247-4138-3.

Stárnutí se projevuje i v oblasti duševní. U seniorů se často setkáváme se změnou osobnosti. Do popředí se dostává neklid osobnosti. Senior se může projevat agresivně, nespokojeně. Senior se cítí více unavený, pokleslý. Jeho pozornost a vitalita již není v dobré kondici, hůře navazuje a udržuje sociální vztahy. Na druhou stranu se u seniorů nemění intelekt, jazykové znalosti.³⁵

U seniorů se můžeme setkat se zhoršenou pamětí. Senior se hůře adaptuje na nové věci a situace, nerad se dostává do nového prostředí, má rád svoje zažité rituály a postupy. Můžeme se setkat i se změnou vnímání a pozornosti.

Statut seniorů se odvíjí od sociální struktury společnosti. Postoj dané společnosti k seniorům je důležitým faktorem při vnímání seniorů. Ve společnosti se může hovořit o diskriminaci seniorů na základě jejich věku. Termín, který tento postoj popisuje, se nazývá Ageismus. Ageismus můžeme popsat jako „*ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*“³⁶ Ageismus se projevuje v izolaci seniorů, postavení jejich bytostí na okraj společnosti, vyčleňování jich mimo společenský život, posměšky, vydírání a přijímání určitých předsudků vůči stáří a stárnutí.

3.2 STÁDIA STÁŘÍ

Není přesně vytvořená přesná klasifikace periodizace stáří. V dostupných publikacích najdeme několik odlišných rozdělení.

Hrozenská a Dvořáčková rozdělují stáří do tří podskupin. První skupinu označují jako období počátečního stáří (od 60 do 65 let), druhou skupinu označují jako období

³⁵ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 12. ISBN 978-80-247-4138-3.

³⁶ VIDOVIČOVÁ, L. O ageismu [online]. 2005 [cit. 2019-01-09]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/o-ageismu>

pokročilého stáří (od 75 let věku), poslední skupinu charakterizují jako vrcholné stáří (od 90 let), kdy ho nazvaly dlouhověkost.³⁷

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se dělí stáří do následujících skupin:

60-74 let → starší věk, presenium,

75-89 → starý věk, senium,

90 a více → dlouhověkost.

Příhoda rozdělil stáří do tří skupin, které nazývá:

První skupinu nazývá časné stáří, senescence a senior je ve věku 60–74 let. V těchto letech jedinec odchází z aktivního pracovního prostředí. Jedinec se adaptuje na novou životní etapu a změnu z toho vyplývající. Ubývá mu každodenní pracovní vytížení, může přemýšlet o existenci na světě. Často to vede k začínajícím depresím, odporu dál žít.³⁸

Druhou skupinu Příhoda nazývá vlastní stáří, kmetství a senior je ve věku 75 až 89 let. V tomto období se senior setkává s úmrtím svého životního partnera, nástupem nemocí a tím zvýšené napětí u seniora. Tento stav může u seniora vyvolat řadu negativních vln.³⁹ Senior hledá důvody, které ho vedou být na světě, proč žít. Často slýchávají od spolužáků ze základních či jiných škol, že ostatní spolužáci umírají. Jsou si vědomi, že jsou na konci života.

³⁷ HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 13. ISBN 978-80-247-4139-0.

³⁸ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 175. ISBN 978-80-244-2141-4.

³⁹ Tamtéž, s. 175

Třetí skupinu Příhoda nazývá dlouhověkost, patriarchum, kdy je senior ve věku 90 a více. Senior v tomto období⁴⁰ je závislý na rodině či jiných osobách v domácím prostředí nebo sociálních, zdravotním zařízení.

3.3 SENIOŘI

Osobnost seniora se vytváří po celý jeho život. Důležitou roli hraje v životě rodina, pracovní zařazení, vytváření vztahů s okolím. Důležité je mít kamarády známé. Životní zkušenosti také rozvíjí osobnost seniora.

Klevetová a Dlabalová uvádějí několik typů seniorů.

Konstruktivní senior reaguje dobře na změny, nové zkušenosti ho obohacují. Vše nové bere jako výzvu. Senior je velmi přející, milý, tolerantní. Kontakty s okolím pro něj znamenají hodně, má smysl pro humor, dobře se adaptuje.

Závislostní senior se rád zbavuje zodpovědnosti. Je pasivní, rád přijímá pomoc od druhých. Po celou dobu jeho života byl společníkem svého partnera. Má rád svoje soukromí, musí se cítit bezpečně. Okolí s ním může manipulovat, zejména toho často využívají děti.

Obranný senior si těžko a nerad uvědomuje změny ve stáří. V pracovním životě býval velmi úspěšný a vysoce hodnocený. Nerad si připouští změnu, že je v důchodovém věku. Rád si před okolím dokazuje svoji soběstačnost. Nepřijme od nikoho pomoc.

Nepřátelský senior shazuje svoji vinu na další osoby. Je nepřátelský, často si na všechno stěžuje. Chce být litován od okolí. Nerozumí si s mladšími ročníky, závidí jim jejich mládí. Vyhledává konflikty.

⁴⁰ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 175. ISBN 978-80-244-2141-4.

Sebenenávistní senior je velmi agresivní. Je kritický vůči vlastní osobě. Ve svém životě je a byl nešťastný. Může mít špatné vztahy se svými dětmi, manželkou nebo vyrůstal ve špatných podmínkách. Nic ho nebaví a o nic se nesnaží. Často se baví o sebe-destructivních aktivitách.

4 PRÁCE SE SENIORY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Poskytování péče o seniory se v České republice opírá o tradiční pojetí zabezpečení této věkové skupiny. Sociální politika vychází z principu subsidiarity. Subsidiarita vychází z teorie, že každý si nejprve má pomoci sobě. V případě nezvládnutí problému se jedinec může obrátit na rodinu. V další fázi se rodina obrací na jiné společenství. Na posledním místě se do podpory a řešení daného problému zapojuje stát. Povinnost státu je vytváření vhodných podmínek pro účastníky sociální politiky – obyvatelstvo. Ve shrnutí lze říci, že stát napomáhá v tomto principu až na posledním místě, jeho hlavním úkolem je vytvoření dobrých podmínek, aby si každý mohl pomoci vlastní silou.

V péči o seniory tento princip vypadá tak, že nejprve se snaží pečovat o vlastní osobu senior sám. Po všimnutí a více zapojení rodiny, kdy rodina pravidelně nakupuje, pečuje o domácnost, pomáhá s vařením, se plně zapojuje funkce rodiny a plně napomáhá seniorovi v jeho přirozeném domácím prostředí. Pečující osoby z rodiny často nevydrží nápor ze strany velké péče. V dalším úskalí rodiny je řešení, co se seniorem v dalších letech, měsících. Zdravotní stav seniora se natolik zhorší, že potřebuje nepřetržitou 24 hodinovou péči. Rodina v tomto případě může využít terénní sociální služby, která dojíždí za seniorem domů, nebo týdenních stacionářů, odlehčovacích služeb a dalších sociálních služeb, které jsou nabízeny.

V případě toho, že již rodina nezvládá ani s terénní sociální službou péči o seniora, může rodina využít pobytové sociální služby (např. domov pro seniory). Rodina zajistí pobyt v tomto zařízení. Pro seniora je tato změna svého sociálního prostředí mnohdy stresující a některý senior si nikdy v daném zařízení nezvykne a jeho zdravotní stav se zhorší. V tomto případě senior nastupuje do zdravotnického zařízení, nejčastěji do Center následné péče či na oddělení jednotlivých nemocnic.

4.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotní péče je v České republice zajišťována primárně od praktických lékařů, kteří vykonávají všeobecnou lékařskou péči. Spolupracují s jedincem a jeho rodinou. Praktický lékař by měl vykonávat v rámci své primární péče spolupráci s domácí ošetrovatelskou péčí nebo pečovatelskou službou či jinými neziskovými organizacemi. Tato péče je plně hrazena ze zdravotního pojištění, které je v České republice povinné. Domácí péče je poskytována v případě, že je stabilizovaný stav seniora a nebrání mu být v domácím prostředí. Domácí péče předpokládá, že se do péče zapojuje i rodina nebo pečovatel. K hlavním cílům domácí péče je poskytování drobných ošetrovatelských úkonů. Zdravotníci provádí ošetřování ran, aplikace inzulínu, výměnu sáčku od vývodu či výměnu cévky. Poskytují i fyzioterapii, odebírají krev. Domácí ošetrovatelská péče je předepsání od praktického lékaře.⁴¹

4.2 SOCIÁLNÍ PÉČE

Sociální péče se poskytuje pomocí sociálních služeb. Sociální služby poskytují péči za účelem zlepšení života seniorům a jejich zachování soběstačnosti. Sociální služby pomáhají v chodu domácnosti, ošetřováním, zachování sociálních vazeb s vrstevníky či jinými osobami. Během poskytování sociální péče se zachovává důstojnost seniora. Pomoc vychází z individuálních potřeb seniora, musí ho rozvíjet, musí působit aktivně, podporovat jeho motivaci k zachování soběstačnosti.⁴²

Sociální služby jsou poskytovány ve třech možných formách. Pobytové sociální služby jsou služby, ve kterých senior trvale bydlí a nikam nedochází. Ambulantní sociální služby jsou pro seniory zajišťovány na základě toho, že senior sám nebo s pomocí navštěvuje danou službu, není zde ubytovaný, žije v domácím prostředí. Terénní sociální služba se vyznačuje tím, že jezdí za seniory do jejich sociálního přirozeného prostředí.

⁴¹ HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 60-61. ISBN 978-80-247-4139-0.

⁴² Tamtéž, s. 61

Sociální služby jsou u nás upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.*“⁴³

Nejrozšířenější a nejvíce známou sociální službou v České republice je pečovatelská služba. Pečovatelská služba je poskytovaná seniorům, zdravotně postiženým občanům, kteří se z důvodu špatného zdravotního stavu nemohou starat o domácnost, nemohou si připravovat stravu, vykonávat osobní hygienu a další základní životní potřeby. Další službou pečovatelské služby je doprava seniora k lékařům, na úřady a jejich celkový doprovod. Pečovatelská služba se snaží o co nejdéle udržení seniorů v domácím prostředí a oddálení jejich umístění do pobytové sociální služby.

Sociální poradenství je upraveno zákonem o sociálních službách. „*Sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.*“⁴⁴ Sociální poradenství je bezplatné. Cílem sociálního poradenství je předání základních informací o nepříznivé životní situaci a napomoci k řešení daného problému, případně odkázání na další službu, která je více vhodná k řešení situace.

Další sociální služby nabízené seniorům jsou denní a týdenní stacionáře, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem.

Centra denních služeb nabízejí služby seniorům v oblasti zajištění stravy, nápomoc pro osobní hygienu, uplatňování lidských práv, pomoci při osobních záležitostech,

⁴³ Zákon o sociálních službách. In: Sběrka zákonů. 2006. s. 1. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf

⁴⁴ Tamtéž, s. 16

nabízejí aktivizační programy. Týdenní a denní stacionáře využívají senioři, kteří nemohou být ve svém sociálním prostředí sami. Rodina nezajistí péči na nezbytně potřebnou dobu v domácím prostředí. Stacionáře nabízí obdobné služby jako centra denních služeb, v rozdílu formy poskytnutí pomoci. Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou formou pomoci. Probíhá zde obdobná péče jako o výše jmenovaných služeb. Domovy pro seniory jsou pobytová sociální služba, ve které se poskytuje ubytování, strava, aktivizační programy, sociální poradenství apod.

Domov pro seniory se zvláštním režimem je pobytová sociální služba. Pomoc nabízí 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.*“⁴⁵

V současné době je kladem důraz na dodržování lidských práv osob a vytváření individuálního přístupu ke každému klientovi dané služby. Služby se snaží o uchování důstojného života a začlenění osob v sociálním prostředí.⁴⁶

V zákoně o sociálních službách je upraven výkon sociální práce a také je popsán příspěvek na péči. Příspěvek na péči se také poskytuje osobám v seniorském věku za podmínky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Příspěvek na péči je sociální dávka, která je určena k zajištění potřebné péče pro jedince, kteří se o sebe nezvládají starat a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Příspěvek je peněžitá dávka, která slouží k pokrytí potřebné péče od osoby blízké (rodina, blízká osoba), asistenta sociálních služeb (pečovatel), od sociální

⁴⁵ Zákon o sociálních službách. In: Sběrka zákonů. 2006. s. 20. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf

⁴⁶ HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 64. ISBN 978-80-247-4139-0.

služby. Nárok na příspěvek na péči mají osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezvládají péči o sebe samy. Nepříznivý zdravotní stav se hodnotí na základě základních životních potřeb. Základní životní potřeby jsou vyjmenované ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje stav, který trvá déle než 1 rok a tento stav neumožňuje zvládat základní životní potřeby. Vzhledem k tomu, že se míra závislosti odvíjí od toho, kolik osoba nezvládá základních životních potřeb, je předem v zákoně o sociálních službách dáno, jaký stupeň závislosti osoba při nezvládnutí daných potřeb splňuje.

Stupeň závislosti je stanoven počtem základních životních potřeb, které osoba nezvládá ve výčtu nezvládnutých životních potřeb.

S vyšším stupněm zákon počítá s tím, že u osoby více závislé na pomoci druhé osoby, je nutné poskytovat zvýšenou péči. Od toho se odvíjí i vyšší částka příspěvku na péči.

U osob starší 18 let věku v 1. stupni závislosti je počet nezvládnutých životních potřeb 3-4,

U osob starší 18 let věku v 2. stupni závislosti je počet nezvládnutých životních potřeb 5-6,

U osob starší 18 let věku v 3. stupni závislosti je počet nezvládnutých životních potřeb 7-8,

U osob starší 18 let věku v 4. stupni závislosti je počet nezvládnutých životních potřeb 9-10.

Výše příspěvku na péči se odvíjí od toho, na jaký stupeň má osoba nárok podle vyhodnocených nezvládnutých základních životních potřeb.

Výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),

6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),

9 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),

13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Základní životní potřeby se hodnotí pro stanovení stupně závislosti osoby. Tyto základní hodnoty jsou vymezeny ve vyhlášce 500/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Jestliže osoba není schopna zvládat jeden výčet z daného bodu, který se pro danou základní životní potřebu hodnotí, pak se posuzuje za nevladatelnou. Například, když si osoba není schopná rozkrájet a naservírovat stravu, je hodnoceno, že nezvládá základní životní potřebu stravování.

Mezi základní životní potřeby patří:

- a) Mobilita,
- b) Orientace,
- c) Komunikace,
- d) Stravování,
- e) Oblékání a obouvání,
- f) Tělesná hygiena,
- g) Výkon fyziologické potřeby,
- h) Péče o zdraví,
- i) Osobní aktivity,
- j) Péče o domácnost.

O příspěvek na péči se může žádat na jakémkoliv Úřadu práce České republiky. Tento správní orgán je oprávněný v této věci jednat a rozhodovat. Úřad práce má svoji místní příslušnost k rozhodování. Tato místní příslušnost se řídí trvalým pobytem osoby, která o příspěvek na péči žádá (žadatel). Je možné, jestli se osoba trvale zdržuje mimo svůj trvalý pobyt požádat Úřad práce v místě trvalého pobytu o postoupení žádosti vzhledem ke svému přechodnému bydlišti na Úřad práce, který je blíže. Tento krok je na žadateli a musí o to písemně požádat. Příspěvek na péči se podává na určeném tiskopisu od Ministerstva práce a sociálních věcí, který je pro tuto věc připravený. Žadatel si ho může stáhnout z internetu nebo si ho může vyzvednout na Úřadu práce.

5 AKTIVIZAČNÍ METODY

Volný čas a jeho aktivní trávení má blahodárné účinky pro tělo každého jedince bez ohledu na jeho věk. Volný čas by si měl každý z nás umět využívat k načerpání nové pozitivní nálady a pohledu na svět. Důležitým faktorem je fakt si volný čas připustit. Často lidé v dnešní době nerozlišují volný čas od práce. Jejich pracovní vytížení je tak obrovské, že neumějí aktivně či pasivně odpočívat a nenechávají odpočívat své tělo. Jedinci někdy pracují nad rámec své pracovní doby a poté jim nezbývá čas si odpočinout. Volný čas se nedá konkrétně specifikovat. Každý z nás vnímá volný čas jinak. Volný čas je takový čas, ve kterém se jedinec věnuje činnosti, která ho vnitřně uspokojuje. V poslední době více lidí využívá pasivní trávení volného času. Nejčastěji tráví čas sledováním televize, hraní her na počítači, surfování na internetu.

Aktivizační metody přináší prospěch pro seniory. Prostřednictvím aktivizačního programu se senior může i v tomto věku vzdělávat. Aktivizační pracovník pořádá v domovech pro seniory různé přednášky o přírodě. Do domovů se zvou osobnosti, které vypráví o svém životě, o svém zaměstnání apod. Senior se aktivně zúčastňuje přednášek. U seniorů s větší soběstačností a možností komunikace se navazuje i diskuse a tím se procvičuje slovní zásoba a mluvidla.

Volnočasové aktivity seniorům přináší prospěch v celkovém zdraví. Aktivizace rozvíjí sociální a duševní pohodu seniora. Senior je během aktivizačních metod ve styku s vrstevníky, probíhá u nich interakce, cítí se být užitečný, může se projevit a rozvíjet své dovednosti.⁴⁷

Aktivizační programy jsou pro seniory důležitou rolí v jejich etapě života. Aktivizační programy pro seniora jsou vytvářeny vzhledem k jejich individuálním potřebám. Senior se do programu musí zapojit sám, není možno ho k aktivizaci nutit. Aktivizační programy musí vést vyškolení aktivizační pracovníci, kteří vědí o smyslu

⁴⁷ JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J. *Volný čas seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, s. 12-26. ISBN 978-80-247-5535-9.

aktivizace. Špatně zvolená aktivizace seniora vede k opačnému působení, seniorovi může spíše uškodit.⁴⁸

Aktivizace seniorů se zaměřuje i na jedince, kteří jsou ohroženi či omezení v oblasti mobility. V tomto případě se aktivizace zaměřuje na jejich soběstačnost. Činnosti se zaměřují na ergoterapii, nácvik běžných činností a jejich obecným nácvikem soběstačnosti. Aktivizace seniorů v sobě zahrnuje i aktivizaci, která naplňuje tráví času. Tyto programy rozvíjí pohybové aktivity, rozvíjí vědomosti a udržují seniora v celkovém uspokojení.⁴⁹

Pro seniory, kteří trpí Alzheimerovou chorobou je vhodné během dne provádět krátkodobou smyslovou aktivizaci. „*Krátkodobá aktivizace představuje vědomé, cílené a pozorné zaměření na určité osoby, na skupiny s různými potřebami v rozdílných směrech; má za úkol splnit potřeby, které mají velký význam pro pocit pohody a tím i kvalitu života ve stáří.*“⁵⁰ Tato aktivita se dělá bez toho, aby se senior vědomě do činnosti zapojoval. Trvá několik desítek minut. Tuto aktivitu může dělat i pečovatel během návštěvy za seniorem na pokoji. Kdokoliv může využít vhodnou chvíli, kdy seniora aktivizuje. Seniora můžeme aktivovat během jeho odpočinku, při obědě, apod. Krátkodobá aktivizace je přínosem. Vyvolává u seniora s Alzheimerovou chorobou emoční, sociální a celkovou stabilitu, pocit potřebnosti, klidu a vyrovnání. Tato metoda vyvolává u seniorů s Alzheimerovou chorobou pocit potřebnosti, udržení zdravého sebevědomí.⁵¹

⁴⁸ ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s 148. ISB: 80-247-0183-9.

⁴⁹ HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 34-35. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁵⁰ WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 17. ISBN 978-40-247-4423-0.

⁵¹ Tamtéž, s. 17

Motogeragogika představuje aktivní působení na seniora s Alzheimerovou chorobou prostřednictvím pohybové činnosti a jeho rozvíjení paměti. Velký význam má tento přístup k aktivizaci osobnosti seniora. Motogeragogika je pedagogický směr, který se snaží o udržení, nácvik či udržení každodenního režimu a s tím spojených aktivit. Vychází z udržení sebedůvěry, pozitivního hodnocení. Procvičuje jemnou a hrubou motoriku, procvičuje končetiny, nacvičuje uchopování předmětu denní spotřeby.⁵²

5.1 ZOOTHERAPIE

Patří pod aktivizační metodu, kde se využívá pozitivního působení zvířete na člověka. Zooterapie se využívá na rozvoj sociálních dovedností jedince, celkového zlepšení duševního a fyzického zdraví. Zooterapie má pozitivní vliv u seniorů, kteří strádají a jsou izolovaní od svých kamarádů či rodiny nebo již ztratili svou blízkou osobu.

Zooterapie se rozděluje dle využití druhu zvířete v terapii. Rozděluje se:

- Canisterapie s využitím psa,
- Hipoterapie s využitím koně,
- Felinoterapie s využitím kočky,
- Delfinoterapie s využitím delfína,
- Lamaterapie s využitím lamy,
- Insektoterapii s využitím hmyzu,
- Ornitoterapie, s využitím ptactva.

Další možná pojmenování se nevyužívají nebo bývají zařazeni obecně pod zooterapii. Nejvíce se používají drobná zvířata.

Nejnámější a nejvíce využívanou zooterapií je v České republice canisterapie. Pro seniory má tato terapie význam ve zlepšování a udržování fyzického zdraví, pomáhá udržovat citovou vazbu, zvyšuje pozornost. Canisterapie probíhá za pomoci

⁵² WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 59-60. ISBN 978-40-247-4423-0.

kvalifikovaného canisterapeuta. Canisterapie může mít individuální či skupinovou formu.

5.2 REMINISCENČNÍ TERAPIE

Terapie, která bývá označovaná za vzpomínkovou terapií. Tato terapie bývá uskutečňována prostřednictvím vybavování si hezkých věcí z minulosti. Nejčastěji se tato terapie provádí ve skupinkách, kdy si senioři prohlíží staré fotografie, vzpomínkové předměty, věci z dřívější doby. Aktivizační pracovník pracuje se vzpomínkami seniorů, povídají si o tom, co prožili. K tomu se používají předměty vyjmenované výše. Tato terapie napomáhá objevení kladného vztahu mezi pečovatelem a seniorem. Senior si během terapie vybavuje vzpomínky, které má uchovány v dlouhodobé paměti.

Pracovníci, kteří tuto metodu využívají v praxi, musí být proškoleni, aby věděli, jak navodit správnou atmosféru, jak využívat negativních i pozitivních vzpomínek. Musí vědět, jakou vhodnou komunikaci mají se seniorem zvolit, nedílnou součástí je naslouchání a pochopení seniora.⁵³

Reminiscenční terapii lze rozdělovat podle autork o reminiscenční terapii na obecnou a specifickou. Obecná terapie využívá při práci jakékoliv předměty z minulosti, nejsou pro seniora osobní a nevlastní je. Specifická terapie využívá cílené předměty, které senior vlastní nebo jsou mu blízké. Podle toho aktivizační pracovník vybírá předměty i skupinu. Specifická reminiscenční terapie je vhodná při práci s Alzheimerovou chorobou. Senior si vzpomíná, na staré časy z minulosti a může ho to příjemně naladit, může se u něj zmírnit projev deprese a pesimismu.⁵⁴

Reminiscenci lze rozdělit do 4 přístupů podle využití vzpomínek.

⁵³ HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 64. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁵⁴ ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, s. 27. ISBN 978-80-247-7262-0.

Narativní přístup využívá vyprávění si příběhů ze života bez ohledu na téma. Senior spontánně vypráví o svém životě bez toho, aby bylo předem určené nějaké téma. Tento přístup lze využít při práci se skupinou či individuálně. Narativní přístup nejčastěji slouží k posílení sebevědomí u seniorů, napomáhá udržovat psychickou pohodu. Senior má prostor si s někým popovídat, navazuje sociální vztahy, trénuje paměť a procvičuje mluvidla. Do této aktivity se musí zapojit všichni zúčastnění, tuto úlohu musí při vyprávění sledovat a pohotově reagovat na vyprávění aktivizační pracovník.⁵⁵

Reflektující přístup využívá hodnocení dosavadního života seniora. Senior vypráví o svém životě sám nebo v malé skupince. Skupinka do vyprávění nijak nezasahuje. Cílem tohoto přístupu je přijetí života seniora a nalezení větší sebeúcty s vlastní osobě seniora. Seniorovi tento přístup napomáhá k zlepšení vztahů s rodinou či kamarády. Vyprávění seniora se aktivizační pracovník snaží pochopit a vžít se do jeho životní role. Vyprávění se nehodnotí a nijak nekritizuje. Senior na konci terapie přijímá život takový, jaký byl bez ohledu na jeho chyby či pochybnosti.⁵⁶

Expresivní přístup pracuje se vzpomínkami, o kterých senior málo mluví, jsou pro něj tabu. V tomto přístupu se senior rozpovídá o daném tématu před ostatními a dostává zpětnou vazbu a pochopení od druhých. Senior má poté lepší psychickou náladu, dojde k uvolnění těžkého problému, cítí se v lepší kondici. Senior na konci terapie může nalézt jiný pohled na jeho problém a pochopení celého problému.⁵⁷

Poslední přístup se nazývá informační. Využívá vyprávění seniorů o jejich životních zkušenostech a obecného vyprávění o životě vzhledem k nějaké historické události. Senior v této roli vystupuje jako učitel před mladší generací. Senior předává svoje

⁵⁵ HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 66. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁵⁶ Tamtéž, s. 66

⁵⁷ Tamtéž, s. 66

postoje mladší generaci a tím se zlepšuje vnímání seniorů. U seniorů se opět navodí pocit potřeby a lepší sebevědomí seniora.⁵⁸

5.3 POHYBOVÁ TERAPIE

Pohyb je důležitou součástí života pro každou věkovou skupinu či generaci. Pohyb je přirozeným projevem našeho těla. Pohyb je přirozenější pro mladší věkovou skupinu. S ohledem na přibývajících léta se pohyb redukuje a stává se obtížnější. Pohyb lze nejčastěji využít během aktivního trávení volného času. Pohyb má důležitou funkci pro tělo. Při pohybu se tělo dostává do pohody a tím se jedinec cítí šťastný.

Pohybová terapie má několik významů. „*Kromě funkce společenské, motivační a volnočasové mají také funkci rehabilitační a rekondiční.*“⁵⁹ Pohybová terapie se musí správně a s rozvahou volit při práci se seniory. Je důležité vybrat správné cvičení s ohledem na jejich zdravotní stav. Pohybová terapie procvičuje u seniorů především celkovou pohyblivost těla, zejména páteře, procvičování končetin a posilování svalové hmoty.

Pro seniora je důležité se pravidelně pohybovat a udržovat svoji fyzickou stránku v kondici. Pohyb hraje důležitou roli v zachování soběstačnosti. Pohyb má blahodárné účinky v prevenci různých chorob.⁶⁰

Při pohybové terapii lze využít tanec. Tanec je doprovázen hudbou. Senioři se pohybují dle jejich fyzické kondice. Záleží na aktivizačním pracovníkovi, jakou formu tance zvolí. Může být tanec zaměřený na jeden styl nebo se může tančit pouze do rytmu.

⁵⁸ ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, s. 25-28. ISBN 978-80-247-7262-0.

⁵⁹ HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 45. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁶⁰ JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J. *Volný čas seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, s. 101. ISBN 978-8-247-5535-9.

5.4 MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie je terapie, při které se využívá hudba. Během této terapie se využívá rytmus, tóny a hudba k uvolnění mysli seniora a relaxaci těla. Během terapie se senior aktivně zapojuje do aktivity a často zapomíná na své trápení a problémy. Poslech hudby má vliv na fungování tělesných funkcí. Během poslechu mozek vysílá pokyny ke správnému dýchání, pulzu. Hudba může u seniorů vyvolat mnoho vzpomínek, které poté vyvolají vnitřní radost a pohodu v těle seniora. Hudba je vhodnou prevencí proti depresím a úzkostem.

Historie muzikoterapie v Číně, Indii, Mezopotámii, Egyptě a Judei sahá do třetího tisíciletí před naším letopočtem. Tyto důkazy jsou vyobrazeny na freskách, kde se pomocí hudby léčí hudebníci. Nejstarší zmínka o muzikoterapii však spadá do 2. tisíciletí před naším letopočtem, kdy se dochovaly medicínské dokumenty. Ve středověku patřila studie hudby a její využití do vzdělání všech lékařů.⁶¹

Muzikoterapie se provádí s jednotlivcem, v páru nebo se skupinou. Výhoda skupinové terapie spočívá v nápodobě od druhých. Záleží na aktivizačním pracovníkovi, jaký počet seniorů zvolí.

Muzikoterapie se může využít jako poslech hudby, zpěvu, pohybu u hudby, hudebního cvičení.

5.5 DRAMATERAPIE

Dramaterapie se dá stručně popsat jako terapie, při které se postupně snaží terapeut snížit a porozumět problémům, který senior může mít. V práci se seniory se terapeut zaměřuje především na pochopení prožitků a vnímání seniora. Senior se prostřednictvím dramaterapie může naučit vyřešit vnímat své negativní zkušenosti jiným způsobem, to

⁶¹ PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001, s. 27. ISBN 80-7315-010-7.

napomáhá k vytvoření nového náhledu na traumatizující zkušenosti. Senior se může během dramaterapie projevit jiným způsobem než verbálně.⁶²

Dramaterapie se nejvíce využívá ve skupinové práci, nepracuje s jedincem. Nesnaží se o řešení individuálních traumat. Během terapie se využívá činností s divadelní tematikou. Při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou se využívá tréninku paměti, hledání pozitivního smyslu života. Cíl dramaterapie spočívá v několika krocích. Jedná se o zvyšování sociálních interakcí, rozvoj spontánního chování, posílení vlastní sebedůvěry, naučit se vnímat sebe jako plnohodnotného jedince v životě.⁶³

5.6 ARTETERAPIE

Výtvarné činnosti jsou pro lidstvo od prvopočátku velmi důležitou součástí života. Již v dobách pravěku si lidé malovali drobné malůvky na stěny jeskyní, v době válek se lidé malovali barvami na obličej, aby se ukryli před nepřítelem.⁶⁴ Kreativním činnostem se lidstvo věnuje nepřetržitě i v dnešní době. Mladí lidé svou kreativitu dávají do sprejování zdí a stěn ve městech. Všechny generace se projevují v kreativě jinak. Mladá slečna si denně vybírá svůj šatník a kombinuje různé kousky, pán ve středních letech si plánuje svoji zahradu na chalupě, aktivní seniorka může péct pěkně zdobené dorty pro rodinu. Umění je všude.

Arteterapie pracuje s uměním. Není zde důležité a nehodnotí se zde kvalita estetického projevu. Jde o projev, který vychází z jedince a nahrazuje verbální projev. Uměním se rozumí samotný proces výroby i výsledný výrobek. Tato terapie se využívá k pochopení seniora a jeho možným negativním projevům.

⁶² HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 54. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁶³ PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001, s. 105. ISBN 80-7315-010-7.

⁶⁴ Tamtéž, s. 105

Cílem arteterapie je uvolnění, sebeprožívání, uchopení zážitků, rozvoj fantazie, sebe ohodnocení. Jedinec během této terapie v práci ve skupině vnímá ostatní, různě s nimi spolupracuje, navazuje s nimi přátelský vztah. Naučí jedince pracovat ve skupině a vnímat ostatní jako osoby se stejnou zkušeností.⁶⁵

Během samotné arteterapie hraje důležitou roli pozitivní motivace k zadanému úkolu. Vždy je nutné zdůraznit, že se nejedná o ideál, ale o subjektivní prožitek. Před zahájením terapie je vhodná se ujistit o vhodně zvolených materiálech. Následně lze terapii zakončit povídáním o výsledném produktu. Může se diskutovat ve skupině o zvolených barvách, o tvarech a celkovém dojmu. Dalším pozitivním aspektem této terapie spočívá v ztotožnění se s prací někoho jiného.⁶⁶

Arteterapie pro seniory využívá aktivizaci jejich vitálnosti a podporuje jejich kreativní projev.⁶⁷

5.7 ERGOTERAPIE

Ergoterapie se nyní studuje na lékařských fakultách. V roce 1994 byla založena Česká asociace ergoterapeutů. Dnes je ergoterapie považována za samostatnou disciplínu.⁶⁸

⁶⁵ HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 54. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁶⁶ CABBELL, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti a dospělé*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 25-36. ISBN 80-7178-428-1.

⁶⁷ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 65-66. ISBN 80-7178-616-0.

⁶⁸ HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 36. ISBN 978-80-247-4697-5.

Ergoterapií se rozumí využití postupů, které vedou k aktivizaci takových činností, které byly z důvodu věku nebo postižení omezeny. Ergoterapie si klade za cíl dosažení, co nejvyšší soběstačnosti jedince. Hlavním prostředkem v ergoterapii je činnost, která vede k obnově či rozvoji postižené funkce. Ergoterapie pro seniory je v kratším časovém rozmezí, senioři jsou více unaveni, je nutné mezi ergoterapií zařazovat různé relaxační a odpočinkové techniky, pouštění relaxační hudby.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUM

Praktická část vychází z metody kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum vychází z rozhovorů s aktivizační nebo sociální pracovníci zařízení. Dále obsahuje charakteristiky seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Pod pojmem kvalitativní výzkum se rozumí výzkum, který se používá i v pedagogických vědách. Zaměřuje se na menší počet vybraných vzorků. Cílem této metody je zjištění, jak oslovené osoby nahlízejí na danou problematiku, jak se k celému tématu staví a mají na to subjektivní názor.

Podle Hendla je důležité si vytvořit předem pokládané otázky, které se budou během sběru dat pokládat. Během pokládání otázek lze subjektivně ovlivňovat zkoumanou osobu, která poté může odpovídat podle výzkumníka.⁶⁹

Rozhovor je jednou z nejpoužívanějších metod v kvalitativním výzkumu. Prostřednictvím rozhovoru jsou zkoumány osoby se stejným znakem (stejně prostředí, stejná sociální skupina, zařazení). Cílem rozhovoru je vyzkoumání jiného pohledu a přístupu na zkoumanou věc.⁷⁰

6.1 CÍLE VÝZKUMU

Cílem výzkumné části je zmapování využívaných aktivizačních programů v domovech pro seniory se zvláštním režimem v Praze. V rozhovoru s aktivizační nebo sociální pracovníci bylo zjistiť, jak často probíhají aktivizace, kolik seniorů se jich aktivně chce účastnit a pravidelnost těchto aktivit. Jako další dílčí cíl práce spočívá ve

⁶⁹ HENDL, J. Kvalitativní výzkum: *Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 35. ISBN 80-7367-040-2.

⁷⁰ ŠVARÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. S. 142-158. ISBN 978-8-262-644-6.

stručné charakteristice vybraných seniorů, kteří pobývají v domovech pro seniory se zvláštním režimem, kdy jejich zdravotní stav vyžaduje každodenní péči personálu.

6.2 TECHNIKA SBĚRU DAT

Během samotného kvalitativního šetření byly rozhovory psány prostřednictvím papírového záznamu na písemné archy. Každý písemný arch byl připravený pro jednotlivý rozhovor. Poté bylo hovořeno se sociálními pracovníci o vybraných seniorech. Se seniory byl navázán krátký rozhovor a byly doplněny charakteristiky pro kvalitativní výzkum.

Výzkumný vzorek byl vybrán na základě poznatků z teoretické části a naplnění cíle bakalářské práce.

Rozhovory byly provedeny ve 3 domovech v Praze, vzhledem k jejich zachování anonymity se cíleně neuvádí jejich názvy a adresy, kde sídlí. Rozhovory se uskutečnily se třemi aktivizačními pracovníky, z nichž jeden byl muž. Jejich věk byl v průměru 38 let a dané problematice se věnují celý život. Jeden aktivizační pracovník pracuje s lidmi v seniorském věku od ukončení svého vzdělání. Ostatní se k aktivizaci seniorů dostali po předchozích zkušenostech v jiném domově, či denním stacionáři. Během rozhovorů panovala příjemná atmosféra, rozhovor byl vždy realizován přímo v domově se zvláštním režimem. Při návštěvě domovů jsem hovořila se sociálními pracovníky domovů o vybraných seniorech a shromažďovala data k charakteristikám. Seniory jsem navštívila a navázala s nimi nezávazný rozhovor. Jména seniorů byla pozměněna, aby nedošlo k případné identifikaci.

6.3 VÝBĚR OTÁZEK

Otázky byly předem vytvořeny na záznamový arch, do kterého se pouze zaznamenávaly jednotlivé odpovědi. Otázek bylo položeno šest, v některých případech byly položeny doplňující otázky k pochopení sdělení.

Otázky z výzkumného šetření vypadaly následovně:

1. Využívá zařízení pro aktivizaci seniorů aktivizačního pracovníka nebo aktivity vede pečovatelský personál spolu s výpomocí sociálních pracovníků?

2. Kolik seniorů se v průměru zúčastňuje aktivizace?
3. Jaké aktivizační terapie využívají k stimulaci seniorů?
4. Jaké aktivizační programy mají senioři nejraději a proč?
5. Jak často se s aktivitami v zařízení senioři mohou potkat?
6. Probíhá aktivizace pouze na pokojích klientů domovů nebo je aktivita v nějaké speciální místnosti? (popřípadě jaké máte vybavení pro tyto činnosti).

6.4 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH SENIORŮ

6.4.1 PAN JIŘÍ

Jako první bude popsána charakteristika pana Jiřího. Panu Jiřímu je 82 let a původem pochází z plzeňského kraje. Do Prahy se přistěhoval za manželkou poté, co se po krátké známosti vzali. Nyní žije v Domově pro seniory se zvláštním režimem. Tuto sociální službu využívá již druhým rokem. Je zde spokojený, již si zde zvykl. Chutná mu v domově zdejší strava, která je pro něj více než pestrá. Seznámil se zde s panem Ivanem, který je s ním na dvojlůžkovém pokoji. Nijak se nebaví, jen si pravidelně sedají ve společné odpočinkové denní místnosti vedle sebe a tráví společně svůj volný čas v domově.

Pan Jiří je hubenější postavy, vysoký zhruba 185 centimetrů. Má prošedivělé krátké vlasy, které nosí celý život. Pravidelně si nechává udržovat vousy na tváři, na které nikdy v životě nebyl zvyklý. Má modré oči, které dominují vráscitému obličejí. V domově nosí zejména pohodlné oblečení, které si přivezl z domova. Oblečení má uložené ve své skříni vedle postele na pokoji, v domově nosí nazouvací obuv. Jinak má ve skříni sportovní obuv, kterou využije, když jede mimo domov.

Pan Jiří působí mile, sympaticky, pořád se usmívá. Je možné s ním krátce hovořit, ale odpovídá jednoslovně, občas otázkám nerozumí. Klasický rozhovor s ním nejde udělat. Pan Jiří má rád kontakty s druhými osobami. Nevadí mu se zapojovat mezi ostatní, ikdyž je omezený komunikační bariérou.

Pan Jiří se zvládá pohybovat po domově s hůlkou, chůzi má pomalou. Jinak je mobilní, schody v domově nevyužívá. Pohybuje se pouze na patře domova. Mimo domov se dostane pouze, když si ho vezme syn domů na víkend. Z manželství má pouze

jednoho syna. Manželka mu před dvěma lety zemřela, po smrti manželky se jeho zdravotní stav zhoršil. Syn má velmi náročné pracovní místo, které mu zabírá mnoho času. Proto se o tatínka nemohl starat. Pan Jiří se díky tomuto dostal do této sociální služby. Pan Jiří má narušenou krátkodobou paměť. Nepamatuje si, co měl v den mé návštěvy k obědu. Již před pěti lety mu byla diagnostikovaná Alzheimerova choroba, která je zatím v lehkém stádiu. Pan Jiří je fyzicky celkem zdatný, má menší úbytek svalové hmoty, je křehký. Denní režim mu připomíná personál, je nutné mu připomínat dané činnosti během dne. Syna poznává, chodí za ním i jedno vnouče, se kterým má kladný vztah. Vnuk dědečkovi vypráví příběhy ze školních lavic a pan Jiří rád poslouchá. Pan Jiří nosí plenkové kalhotky na únik moči, jejich výměnu zajišťuje personál domova. Umyje se za asistence personálu. Zvládne se obléci s dohledem.

Aktivizační pracovnice domova se panu Jiřímu věnuje během reminiscenční terapie, kterou má nejraději. Během této terapie si Jiří prohlíží staré časopisy, které mu připomínají dobu, ve které byl velmi spokojený. Rád si sedá na své oblíbené místo a je spíše pasivním účastníkem, protože se špatně projevuje. Po terapii se cítí více uvolněný, je více uvědomělý o svém životě, který prožil šťastně. Terapie mu pomáhá odbourávat občas chmurné nálady, které se u něj začaly v posledním měsíci objevovat.

6.4.2 PANÍ BOŽENA

Paní Boženě je nyní 86 let, narodila se v Praze. S manželem, který byl z jižních Čech, žila celý život v centru Prahy v bytě. Nyní žije v domově pro seniory se zvláštním režimem. Do domova přišla po krátké hospitalizaci v nemocnici. Po ukončení hospitalizace byla umístěna na tři měsíce na Centrum následné péče, které patří pod stejnou nemocnici, ve které byla hospitalizovaná. V domově žije 5 měsíců. Paní Božena si v pobytové službě nezvykla, již před hospitalizací v nemocnici, žila 6 let u syna, který o maminku s rodinou pečoval. Její manžel zemřel před osmi lety, před tím o něj sama pečovala a žila ve společném bytě, ve kterém vychovala své dvě děti.

Paní Božena zatím špatně navazuje vztahy s ostatními, zatím se s nikým neseznámila. Není zvyklá být ve velkém počtu vrstevníků. Před pobytem v nemocnici žila se synem a jeho rodinou. Měla tam své zázemí a soukromí. Syn mamince zařídil z Pečovatelské služby obědy a pečovatelku, která jí vždy kolem oběda navštěvovala

a pomáhala jí se stravováním. Paní Božena se zatím zvládá sama najíst, ale stravu si již nepřipraví. V domově jí musí připomínat činnosti, které má dělat. Bez toho, aby jí pečovatelka aktivizovala k činnosti, se paní Boženka neprojevuje.

Paní Božena je středně vysoké postavy, měří cca 165 centimetrů. Její vlasy jsou šedivé, místem až do bíla. V domově nosí oblečení, které jí nakoupil syn a dcera. Nemá zájem o sebe pečovat ani se hezky oblékat. V domově nosí pantofle. V aktivním životě byla učitelkou v mateřské škole. Měla kladný vztah k dětem v předškolním věku.

Paní Božena se verbálně či neverbálně moc neprojevuje. Je tišší povahy, spíše melancholicky založená. Vzpomíná, jak žila syna a byla soběstačná. Nyní se necítí dobře, změna pobytu jí velmi zaznamenala. Ovšem syn již o maminku nemůže pečovat, protože potřebuje zvýšenou péči. Je nutné jí připomínat pravidelnost stravy, hygieny a je nutné jí aktivizovat v sebeobsluze.

Paní Božena se pohybuje za pomoci chodítka, které ovládá s pomocí personálu domova. Základní sebeobsluhu již nezvládá, pečovatelky jí pomáhají se základními potřebami během dne. Dcera, kterou má se odstěhovala do Německa a maminku vidá velmi sporadicky. Do České republiky jezdí zhruba 3x ročně. Se synem se vidí častěji, protože maminku navštěvuje minimálně jednou za týden. Paní Boženka má ráda svoje dvě vnučky a jednu pravnučku. Během návštěvy rodiny se vždy usmívá a je ráda, že jí navštívili. Jména vnuček si plete, ale ví, že jsou od ní z rodiny.

Paní Božence byla diagnostikovaná Alzheimerova choroba, která postupně zhoršuje její zdravotní stav i soběstačnost. Nosí celodenně plenkové kalhotky, které vyměňuje personál domova. Orientaci v čase již nezvládá. Nezná svůj datum narození, neví jaký je rok. S orientací v prostoru potřebuje pomoci, v domově si ještě nezvykla. Myslí si, že je v nemocnici.

Aktivizační pracovník domova uvedl, že paní Božena má nejraději arteterapii. Zřejmě si vzpomene, jak pracovala s dětmi. Je velmi tvořivá, ráda maluje a něco vytváří. Jemnou a hrubou motoriku má zatím zachovanou a touto terapií ji procvičuje. Po terapii se cítí více unavená, jde relaxovat k sobě na pokoj. Často usne a spí.

6.4.3 PANÍ ALŽBĚTA

Paní Alžběta oslavila před měsícem 79. narozeniny, narodila se v Příbrami. Byla vdaná, ale s manželem se během několika let rozvedla a poté se již nevdala. V manželství se nenarodily žádné děti. Nikoho z rodiny nemá, je sama. Žije v domově pro seniory se zvláštním režimem 1 měsíc. Před tím bydlela sama a navštěvoval ji známý, který ji vypomáhal. V domově si zatím zvykl a učí se režimu domova.

Paní Alžběta je vysoké postavy, měří 186 centimetrů, má šedé vlasy se stříhem do mikáda. Má hnědé oči a hodně vrásek v obličeji i na těle. Nosí prsteny a řetízky, které dostávala celý svůj život. Oblečení si přinesla ze svého domova, ve kterém do nedávna bydlela sama. V aktivní části života byla divadelní herečka a pocházela z herecké rodiny. Myslí si, že to je příčina jejího rozvodu. Její manžel neunesl její pracovní vytížení a rozvedli se.

Paní Alžběta verbálně zvládá komunikovat. Během návštěvy se často doptávala sociální pracovnice domova, jestli odpověděla dobře. Během jejího projevu byly viděny známky dezorientace v čase, prostoru. Často vypráví pečovatelkám i ostatním klientům domova to stejné dokola. Vypráví svoje zkušenosti s divadlem, často hovoří o svém tatínkovi, který ji přivedl k herectví. Její vyprávění se vztahuje k dávné minulosti.

Paní Alžběta je v dobré fyzické kondici. Zvládá chůzi bez kompenzační pomůcky a bez podpory pečovatelek. Její problém je v oblasti komunikace, stravování a hygieny. Nezvládá komunikovat adekvátně, působí zmateně, často se doptává, jestli odpovídá dobře. Před pobytem v domově nezvládala základní hygienu a neměla žádné hygienické návyky. Hlavu si před tím nemyla jeden rok a odmítala si jí umýt. Zapomínala jíst a v případě, že jí nenavštívil známý nebo sousedka, byla o hladu.

Paní Alžběta má diagnostikovanou počáteční Alzheimerovu chorobu. Nejvíce se to u ní projevuje v krátkodobé paměti. Nezvládá adekvátně komunikovat, je celkově nerozhodná, chaotická. Ostatní klienti domova ji mají rádi, působí na ně mile a kamarádsky. Myslí si, že její tatínek zemřel před rokem, přitom nežije spousty let.

Pan, který se před umístěním do pobytové sociální služby staral o paní Alžbětu je synem paní, která se dříve kamarádila s maminkou paní Alžběty. Pan se postaral o to,

aby byla umístěna do Domova se seniory se zvláštním režimem, protože již pozoroval, že paní nemohla žít sama v bytě, který vlastnila.

Aktivizační pracovnice sdělila, že se paní Alžběta ráda zúčastňuje každé nabízené aktivizace. Je ráda mezi lidmi, je tvořivá a hravá. Zatím se jí nejvíce líbila muzikoterapie a arteterapie. Během činností je veselá, ráda se směje a je aktivní.

6.5 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ

Otázky, které byly pokládány, se zaznamenávaly na písemný arch a následně byly přepisovány do elektronické podoby.

Celkem byli osloveni tři aktivizační pracovníci, kteří se pro výzkum označují A1, A2, A3.

U otázky, která se týkala zmapování aktérů, kteří vytvářejí v domovech pro seniory se zvláštním režimem aktivizace, byly odpovědi shodné. V oslovených domovech využívají pro aktivizaci seniorů aktivizační pracovníky, které zaměstnávají na plný či částečný úvazek. Během výkonu aktivizačního pracovníka spolupracují s pečovatelským personálem. A1: *“Pro aktivizaci seniorů se v našem domově využívá služeb aktivizačního pracovníka, který do zařízení dochází 3x do týdne. Zbylé dny se snaží pečovatelky aktivitu se seniory dělat na lůžku nebo je aktivizují nepřímou.”* V tomto domově pracuje aktivizační pracovnice na částečný úvazek a s aktivizací napomáhají pečovatelky z přímé péče. Pečovatelky z přímé péče jsou pro seniory v zařízení nepřetržitě 24 hodin denně a seniorům se věnují nepřetržitě. V domově také spolupracují s vedoucí přímé péče, která se zúčastňuje aktivizace seniorů. A3: *“Aktivizační pracovník jsem v zařízení já a jsem zde každý den. S aktivizací mi pomáhá ještě vedoucí přímé péče, se kterou se domlouvám na daných aktivitách.”* Vedoucí přímé péče zná seniory z každodenní služby v domově. Ví, jaký senior zvládne danou aktivitu a je nápomocný aktivizačnímu pracovníkovi po celou dobu aktivizace. Ve třetím domově se do aktivizace zapojuje aktivizační pracovník a sociální pracovník. V zařízení sociální pracovník aktivně vymýšlí aktivity a spolupracuje s aktivizačním pracovníkem. A2: *“Naše zařízení má svého aktivizačního pracovníka, který zde pracuje na plný úvazek. S pomocí vedení pomáhá sociální pracovnice.”* Z uvedených odpovědí,

je zřejmé, že se na aktivizaci vždy podílí tým odborníků. V žádném domově nevede aktivizaci jedna osoba sama. Vždy se sejde nejméně dvoučlenný tým.

Další otázka se dotazovala na velikost složení aktivizující skupiny. Během aktivizace se v domovech pro seniory se zvláštním režimem zúčastňuje přibližně stejný počet seniorů. Z odpovědi aktivizačního pracovníka označovaného pod A3 je zřejmé, že velikost odpovídá středně velké skupině. A3: *“K aktivizaci se připojuje nejčastěji 12 až 20 seniorů, někdy je aktivizace pro větší počet lidí. Zejména dávám možnost se zúčastnit většímu počtu, když přijde někdo vyprávět o svém životě či práci.”* Aktivizační pracovník volí podle druhu aktivizace. Z odpovědi A1: *“V průměru se našich aktivit zúčastní něco málo přes 20 seniorů. Někdy je to samozřejmě více a je to velmi individuální. Někdy se sejdeme v menším počtu a využíváme většího prostoru pro zvolenou aktivizaci.”* se potvrdil stejný přístup pro volení velikosti skupiny. Oba dva oslovení aktivizační pracovníci mají během aktivizace kolem 20 seniorů. Aktivizační pracovník označený A2: *“Senioři se zúčastňují aktivit v počtu, který je přínosný a je vhodný pro danou aktivitu. Samozřejmě, že při taneční terapii se může zúčastnit více seniorů, při arteterapii se zpravidla zúčastňuje seniorů méně, protože se někdy využívá náročnější techniky, která si vyžaduje větší zapojení aktivizačního pracovníka.”* V tomto případě se počet seniorů vybírá i s ohledem na zapojení aktivizačního pracovníka. Aktivizační pracovník se do aktivizace zapojuje i s ohledem na velikost skupiny seniorů.

Otázka, která se dotazovala na nabízené aktivizační metody, zobrazuje, jaké aktivity v domovech nabízejí. V domovech využívají několika metod, jak aktivizovat seniory. Všechny odpovědi zmínily jako možnost využití hudby. A1: *“V našem domově se především specializujeme na trénink paměti, který se využívá zejména při práci s osobou s demencí. Hodně využíváme naši herny, kde probíhají různé koncerty a přednášky. Aktivity se snažíme dělat pestré a často se zaměřujeme na jiná témata a druhy.”* V dalším domově se zaměřují na volbu aktivizace i podle ročního období. Zaměřují se na výrobky, které se týkají svátků roku. A2: *“Náš domov nabízí různé aktivity pro seniory. Nabízíme keramiku, zpívání, protažení těla, pohybové a taneční aktivity, vzpomínkovou terapii. Naše spektrum je velké. Záleží na tom, jaké je roční období či svátky.”* Aktivity pro seniory se zaměřují i na rozvoj motoriky, která se

procvičuje při arteterapii i keramice. A3: *“Snažím se o to, aby byly aktivity střídány a aby si každý senior mohl vybrat. Je pochopitelné, že nejjednodušší aktivizace probíhá na pokojích u seniorů. Ovšem tato aktivizace má i nevýhodu v tom, že se senior nesetká s ostatními a nenaváže s nimi sociální kontakt. Připravuji pro seniory arteterapii, kde vyrábíme spousty výrobků. Výrobky pak zdobí náš domov nebo si je berou rodinní příslušníci od seniorů, dále mohu zmínit muzikoterapii, trénink paměti. Samozřejmě, že základní trénink sebeobsluhy provádí se seniory pečující personál.”* V domově se poskytuje i taková aktivizace, která napomáhá k zachování soběstačnosti. Soběstačnost je jeden z hlavních cílů aktivizace seniorů.

Senioři mají na výběr z velké škály aktivit. Vybírají si podle jejich osobnostních předpokladů a zájmů. Senioři z odpovědí mají rádi pečení, zpívání, přednášky, a mnoho dalších. V prvním domově mají nejraději muzikoterapii, ve které se aktivně zapojují do zpěvu a hrají na hudební nástroje. A1: *“Senioři mají nejraději muzikoterapii, kdy jim pouštíme country hudbu či dechovou hudbu. Během Vánoc zpíváme společně koledy a aktivizujeme seniory zpěvem i hraním na lehké hudební předměty (dřívka, bubínky a další).”* Z odpovědí je také zřejmé, že senioři inklinují k dechové a country hudbě. V domově se snaží vybrané aktivity obohacovat o pouštění filmů z dob, ve kterých byla aktivita seniorů na vysoké úrovni. A3: *“Naši senioři rádi využívají vzpomínkové terapie, kdy se věnujeme nějakému předem danému tématu. Rádi si pouštíme černobílé filmy, někdo má rád historické filmy nebo odpočinkové, dokumentární. Záleží na zdravotním stavu seniora. Samozřejmě, že u seniorů, kteří nejsou schopni komunikace, nevolím muzikoterapii, ale spíše aktivitu, která rozvíjí jejich mobilitu.”* U seniorů, kteří nejsou schopni nějakou aktivitu provést, volí jinou alternativu a aktivizace probíhá individuálně. V dalším osloveném domově se využívá ergoterapie, ve které se senioři snaží vyrobit nějaký výrobek. Často se učí nové technické postupy, které vedou k vytvoření nějakého výrobku. A2: *“U seniorů se nejvíce objevuje volba ergoterapie. Senioři často pletou šály, čepice nebo pečou různé sladká jídla, která pak sami snědí. U seniorů s Alzheimerovou chorobou si senioři, kteří ještě projevují zájem o aktivity, vybírají reminiscenci a přednášky od pozvaných lidí.”* Senioři si dále mohou vybrat z řady přednášek na téma, které je zajímá a nějak je může vzdělávat a rozvíjet.

Senioři mají v zařízeních několik možností, kdy půjdou na aktivitu. Pouze jeden domov nabízí aktivity 3x do týdne. Je to odvozeno od toho, že aktivizační pracovník dochází do zařízení právě tolikrát. A2:“ *U nás se aktivizačním programům věnujeme 3x to týdne a každý zvolený den je jiná aktivizace. Někdy volíme nad rámec aktivitu a zveme si nějakou osobnost z daného oboru. Minulý měsíc u nás byl historik, který vyprávěl o historii Prahy. To se klientům domova velmi líbilo, rádi poslouchají.*“ Z dalších odpovědí vyplývá, že se aktivitám v domově věnují denně. A2:“ *Senioři si mohou vybrat každý den z nějaké aktivity, která probíhá většinou odpoledne. Samozřejmě se jedná o nenáročné aktivity na přípravu. Ty náročnější neděláme tak často, ale i ty pro seniory připravujeme.*“ V tomto domově se četnost aktivity odvíjí od časové náročnosti. V posledním domově mají nejvyšší četnost nabízených aktivit. A3:“ *Snažím se denně dělat dopoledne jednu aktivizaci a odpoledne druhou aktivizaci. Je samozřejmé, že se nemohou zúčastnit všichni, právě proto dělám aktivity dvakrát denně. Myslím si, že to takto máme dobře nastavené.*“ Aktivizační pracovník se domnívá, že tato četnost je pro seniory vhodná. Senioři dle jeho názoru musí aktivizaci navštěvovat, co v nejvyšší možné míře. Právě z toho důvodu dělá aktivity poměrně často.

V poslední otázce výzkumu se aktivizační pracovníci vyjadřovali k možnosti využití prostoru v domově pro seniory. V každém domově mají pro aktivizaci předem připravenou místnost, ve které probíhají setkávání. V domově existuje výtah, kterým se senioři do místnosti dopravují. V případě toho, že mají omezenou mobilitu, pomáhá s přemístěním ošetřující tým. A1:“*Aktivizace probíhá záměrně ve specializované místnosti, ve které je velký stůl a je prostorná. Místnost je dostupná pro všechny naše klienty, v domově máme výtah, takže není problém na místo dojet. Samozřejmě, že u klientů, kteří nejsou schopni vstát z lůžka, probíhá individuální aktivizace na lůžku. Není nijak časově daná, tu provádí většinou pečovatelský tým.*“ Aktivizace probíhá i mimo budovu domova. A2:“*Někdy je aktivita vedena na naší zahradě, kterou vlastníme. Zahradu využíváme v létě, kdy například sázíme kytky do květináčů, senioři si poté vyzdobí chodby květinami a cítí se lépe.*“ Během terapie si senioři zdobí své prostředí, aktivizační pracovník se snaží seniory vždy motivovat. A3:“ *Náš domov i přes to, že nepatří mezi novější, má svoje prostory pro konání aktivizace seniorů. Senioři*

doprovází pečovatelky do místností a pomáhají jim v základní mobilitě. Máme svoji keramickou dílnu, ve které vyrábíme výrobky. Výrobky poté prodáváme v dobročinném odpoledni. Tuto akci děláme čtyřikrát za rok.“ V posledním domově se také aktivizace provádí v místnosti předem určené k těmto účelům. Domov má i svoji keramickou dílnu, kterou využívá k možnosti vytvářet výrobky z keramiky. Domov dělá pravidelné výstavy výrobků s možným prodejem.

Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že se domovy se zvláštním režimem velmi dobře připravují na stimulaci seniorů. Do svého programu zařazují velké spektrum aktivizačních metod pro seniory. Pouze v prvním případě se seniorům nevěnuje každý den aktivizační pracovník. Tuto práci poté nahrazuje pečující personál, který provádí aktivizaci na lůžku. Aktivizace se zúčastňuje skoro stejný počet seniorů. V průměru kolem 20. V tomto čísle se výpovědi aktivizačních pracovníků shodly. Ke škále nabízených aktivit domovy nabízejí několik aktivizačních metod. Nejvíce se zaměřují na muzikoterapii, vzpomínkovou terapii, arteterapii a ergoterapii. Domovy upravují aktivizaci na základě individuálního přístupu ke každému klientovi zařízení. V případě, že je klient imobilní, navštěvují klienta na lůžku a aktivizují ho zde. Senioři mají nejraději muzikoterapii, při které zpívají a někdy hrají na hudební nástroje. Senioři mají kladný vztah k hudbě jako takové. Po poslechu hudby se cítí pozitivně naladěni, odpočatě a tato metoda odbourává možnost vzniku deprese. Aktivita se provádějí vždy v místnosti, která je uzpůsobena pro tuto aktivitu. Domovy již mají speciální místnosti, jako je keramická dílna či přednáškovou místnost, kde je možnost přehrávání filmů na zdi nebo pouštění hudby a zpěvu.

Každý domov se snaží o stimulaci seniorů a tím zvyšování jejich soběstačnosti a oddálení jejich trvalé závislosti na personálu domova.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech pro seniory se zvláštním režimem v Praze. Na základě provedeného kvalitativního výzkumu se přiblížila k informovanosti o využívaných aktivizačních terapiích pro seniory.

V teoretické části byla popsána Alzheimerova choroba pro pochopení seniorů, kteří trpí tímto onemocněním. Alzheimerova choroba se nejvíce projevuje v seniorském věku. Ve stáří se objevují fyzické, psychické změny, které jsou typické pro stárnutí. Zejména úbytek svalové hmotnosti, zhoršuje se vitálnost a pružnost těla. Senioři mohou být úzkostní, špatně naladěni, pesimističtí s projevy deprese. V péči o seniory byla rozebrána sociální a zdravotní péče. Existuje několik sociálních služeb pro seniory. Zastoupení ve hlavním městě Praze je na vysoké úrovni oproti jiným krajům České republiky. Praha nabízí pro seniory spousty sociálních služeb. Mohou využít několika forem (pobytové, ambulantní, terénní).

V domovech se zvláštním režimem bývají umístovány osoby s Alzheimerovou chorobou. Je to z důvodu zvýšené péče o jejich osoby. V takových domovech je velmi důležitá jejich aktivizace. Právě aktivizace těchto seniorů byl jeden z hlavních cílů práce.

Během samotného výzkumu byly navštíveny tři domovy pro seniory se zvláštním režimem v Praze. V těchto domovech se prováděl hloubkový rozhovor s aktivizačními pracovníky. Pro charakteristiky seniorů bylo využito rozhovoru se sociálními pracovníky. Vybraní senioři byli navštíveni, proběhlo krátké pozorování a rozhovory.

Z výzkumu je zřejmé, že navštívené domovy nabízejí pro jejich klienty celou škálu aktivizačních terapií. Pro takové aktivity jsou domovy dobře vybaveny, během terapií využívají různých speciálních místností (např. keramická dílna). Aktivizace seniorů provádí aktivizační pracovníci, kteří pracují v domovech. Senioři mají dobré využití jejich volného času.

Veřejnost si myslí, že v těchto domovech se senioři nudí, netráví aktivně svůj volný čas. Neuvědomují si, že senioři jsou v domovech velmi dobře vedeni. Senioři s Alzheimerovou chorobou v domovech neleží, personál se seniorům hodně věnuje. Jsou jim nablízku, pomáhají jim během nepřetržitého provozu domovů. Senioři mají aktivity velmi rádi, hodně se o aktivity hlásí a zajímají.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

CAMBELL, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti a dospělé*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-428-1.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. Vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. Století nebylo*. 1. Vyd. Praha: MediMedia Infromation, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.

HORT, J., RUSINA, R. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. Vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J. *Volný čas seniorů*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

MACE, N. L., RABINS, P. V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-583-2.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. Vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-044-81.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. Vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-247-7262-0

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-8-247-8.

ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-8-262-644-6.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0183-9.

ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

SACKETT, D., L., STRAUSS, S., E. et al. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2. vyd. Praha: Churchill Livingstone, 2000. ISBN 04-430-6240-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

VIDOVIČOVÁ, L. O ageismu [online]. 2005 [cit. 2019-01-09]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/o-ageismu>

Zákon o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů. 2006. s. 1. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Denisa Kratochvílová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem v Praze

Rok: 2019

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 22

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.