

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

**Specifické intervence jako prostředek zvyšování osobnostních potenciálů  
u jedinců s demencí**

**Bc. Kristýna Gnolová**

Diplomová práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kristýna Gnolová**  
Osobní číslo: **H15461**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**  
Název tématu: **Specifické intervence jako prostředek zvyšování osobnostních potenciálů u jedinců s demencí**  
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce se věnuje problematice specifických intervencí u jedinců s Alzheimerovou demencí, jejím možným příčinám, projevům a léčbě ve specializovaném centru. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce se zabývá onemocněním Alzheimerovou chorobou v kontextu odborné literatury - vysvětluje pojmy, charakteristické znaky nemoci, obtíže, uvádí lékařský pohled na problematiku a zejména zahrnuje i sociální hledisko. Nedílnou součástí bude i problematika komunikace s klientem. V rámci této práce bude představeno i specializované centrum Alzheimer Care, kde se věnují léčbě a aktivizaci jedinců s tímto onemocněním. Empirická část práce bude realizována formou smíšeného typu výzkumu. Designem kvalitativního šetření budou případové studie, které vzniknou na základě zúčastněného pozorování a polostrukturovaných rozhovorů s rodinnými příslušníky. Kvantitativní část výzkumu se zabývá statistickým zpracováním dat, poukazující na možnou souvislost účinné medikace a použitých intervencí centra v procesu návratu klienta do rodinného prostředí. Práce obsahuje vyhodnocení výzkumu, výsledky budou shrnuty v závěru práce. Na základě výsledků výzkumu budou prezentovány návrhy v dané oblasti.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BOYD, Marisa R. Alzheimer's disease diagnosis and treatments. Hauppauge, N.Y.: Nova Science, 2010. 298 p. ISBN 9781611220643.

BRAGDON, Allen D a David GAMON. Nedovolte mozku stárnout. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 109 s. ISBN 978-80-7367-500-4.

FRANKOVÁ, Vanda. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

Vedoucí diplomové práce:

**prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

**30. dubna 2016**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2017**

prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.  
děkan



L.S.

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2016

**Prohlášení:**

Tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární zdroje a informace, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že na moji práci se vztahují autorská práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/ 2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 15. 3. 2017

## **Poděkování**

Děkuji prof. Ph.Dr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D za jeho odborné vedení, cenné rady i lidský přístup při psaní této diplomové práce. Poděkování patří celému týmu Centra spokojeného stáří Alzheimer Care a jeho obyvatelům. Díky náleží také rodinám klientů, které se zapojily do výzkumné části této práce.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se věnuje problematice specifických intervencí u jedinců s demencí, jejím možným příčinám, projevům a léčbě ve specializovaném centru. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část práce se zabývá onemocněním demence v kontextu odborné literatury - vysvětluje pojmy, charakteristické znaky nemoci, obtíže, uvádí lékařský pohled na problematiku a zejména zahrnuje i sociální hledisko. Nedílnou součástí je i problematika komunikace s klientem. V rámci této práce je představeno i specializované centrum Alzheimer Care, kde se věnují léčbě a aktivizaci jedinců s tímto onemocněním. Empirická část práce je realizována formou smíšeného typu výzkumu. Designem kvalitativního šetření jsou případové studie, které vznikají na základě zúčastněného pozorování a polostrukturovaných rozhovorů s rodinnými příslušníky a zaměstnanci zařízení. Kvantitativní část výzkumu se zabývá statistickým zpracováním dat, poukazující na možnou souvislost účinné medikace a použitých intervencí centra v procesu návratu klienta do rodinného prostředí. Práce obsahuje vyhodnocení výzkumu, výsledky budou shrnuty v závěru práce. Na základě výsledků výzkumu budou prezentovány návrhy v dané oblasti.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Demence, terapie, sociální služby, rodina

## **TITLE**

Specific interventions as a means of increasing the potential for dementia

## **ANNOTATION**

This thesis deals with problems specific interventions for people with dementia, its possible causes, symptoms and treatment in a specialized center. The work is divided into theoretical and research part. The theoretical part deals with dementia disease, in the context of scientific literature - explains the concepts, characteristics of the disease, difficulties, says the medical perspective on the issue and in particular to include social aspects. An integral part is also the issue of communication with the client. In this work is presented and specialized Alzheimer Care Center, where they focus on the treatment and activation of individuals with this disease. The research is realized in the form of mixed type of research.

Design, qualitative survey are case studies that are based on participant observation and interviews with family members and employments of the center. The quantitative part of the research deals with statistical processing of data, suggesting a possible link of effective medications and interventions used centers in the process of returning client in a family environment. Work includes evaluation of research results will be summarized in the conclusion. Based on the research results will be presented proposals in this area.

## **KEYWORDS**

Dementia, therapy, services of social, family

# Obsah

Úvod.....	11
1 Charakteristika demence .....	12
1.1 Definice demence.....	12
1.2 Historie v pojetí demence.....	14
1.3 Symptomy demence a její stádia.....	15
1.4 Diagnostika a léčba demencí.....	19
1.5 Polymorbidita seniorů trpících demencí .....	23
2 Speciálně pedagogické terapie při práci s člověkem trpícím demencí.....	25
2.1 Reminiscenční terapie .....	25
2.2 Arteterapie.....	31
2.3 Biblioterapie .....	35
2.4 Canisterapie.....	39
2.5 Ergoterapie .....	44
2.6 Ostatní speciálně pedagogické přístupy pro osoby s demencí.....	47
3 Péče o člověka s demencí .....	50
3.1 Komunikace s jedincem trpícím demencí .....	50
3.2 Rodinná (neinstitucionální) péče.....	52
3.3 Institucionální péče .....	53
3.4 Návštěva seniora nemocného demencí .....	55
3.5 Česká alzheimerovská společnost.....	56
4 Centrum spokojeného stáří Alzheimer care .....	58
4.1 Charakteristika zařízení.....	58
4.2 Poskytované služby .....	58
4.3 Přijetí klienta do zařízení .....	60
4.4 Denní program .....	60
4.5 Financování služeb.....	61



5	Projekt výzkumu.....	64
5.1	Výzkum, kvalitativní šetření .....	64
5.2	Použité metody v kvalitativním výzkumu.....	65
5.3	Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	66
5.4	Výzkumný vzorek .....	67
5.5	Sběr dat.....	67
6	Empirický výzkum .....	68
6.1	Obsahová analýza dokumentace .....	84
6.2	Výsledky výzkumu v komparativním kontextu .....	94
6.3	Návrhy a další opatření .....	100
7	Diskuze .....	102
	Závěr .....	106
	Literatura.....	107
	Přílohy.....	115

## Seznam ilustrací a tabulek

### Seznam ilustrací

Obr. 1 Graf Pohlaví klientů.....	85
Obr. 2 Graf Věkové kategorie klientů .....	86
Obr. 3 Graf Doba pobytu klienta v zařízení.....	87
Obr. 4 Graf Druhy demencí .....	88
Obr. 5 Graf Polymorbidita cévní a srdeční nemoci .....	89
Obr. 6 Graf Nemoci urogenitální traktu.....	90
Obr. 7 Graf Poruchy metabolismu a žláz.....	91
Obr. 8 Graf Ostatní nemoci.....	92
Obr. 9 Graf Medikace demence .....	93
Obr. 10 Graf Medikace hypothyreóza a anémie .....	94
Obr. 11 Graf Medikace dyslipidémie .....	95
Obr. 12 Graf Medikace diabetes mellitus .....	96
Obr. 13 Graf Medikace hypertenze.....	97
Obr. 14 Graf MMSE při nástupu do zařízení.....	99
Obr. 15 Graf MMSE při pobytu v zařízení.....	100

### Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika vybraných klientů .....	68
Tabulka 2 Rozhovor s rodinnými příslušníky.....	70
Tabulka 3 Rozhovor se zaměstnanci zařízení.....	75
Tabulka 4 Klienti pohledem aktivizačních pracovníků .....	80

## Úvod

Ve společnosti se díky životnímu stylu rozvíjí stále více civilizačních chorob. Jednou z nich je také demence a to Alzheimerova, která postihuje každého pátého člověka ve společnosti. Jde o velmi závažné onemocnění, které je na čtvrtém místě v příčinách úmrtí ve stáří. Tato choroba má dopad nejen na jedince samotného, ale i na jeho rodinu a společnost jako takovou. Je třeba umět o tyto jedince pečovat a na tyto potřeby musí společnost reagovat jak medicínským přístupem, tak speciálně – pedagogickým přístupem.

Diplomová práce se zabývá specifickými intervencemi, které mají vliv na osobnostní potenciál člověka s demencí. V této oblasti jsou zajímavé farmakologické a nefarmakologické přístupy k lidem s tímto onemocněním. Problematika tohoto onemocnění má velmi úzký vztah ke speciální pedagogice, konkrétně v oblasti nefarmakologických přístupů, které vytváří odborníci v této sféře. V této práci je užíván termín „*klient*“ vzhledem k zaměření speciálně – pedagogickému, možné je i užití termínu „*pacient*“ z pohledu zdravotnické praxe.

Práce je tvořena teoretickou a empirickou částí. Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. První kapitola je věnována samotné nemoci demence z hlediska medicínského přístupu a přináší vhled do této nemoci, protože definuje demenci, její příčiny, stádia, klinické projevy, diagnostiku a léčbu demence. Druhá kapitola se konkrétně zabývá speciálně – pedagogickými přístupy ve vztahu k seniorům nemocným demencí a je ústřední částí práce. Těchto přístupů je celá řada a v diplomové práci jsou zmíněny ty nejvíce využívané, např. reminiscenční terapie, ergoterapie atd. Třetí kapitola popisuje péči o lidi s demencí z pohledu rodinné a institucionální péče. Čtvrtá část práce je věnována samotnému zařízení, které se specializuje na péči o jedince nemocné demencí. Smysl teoretické části práce tkví v předložení souhrnných informací o problematice demencí. Rozsah této práce nemůže pojmout chorobu demence do veškerých detailů, přestože je na celou problematiku nazíráno komplexně ve všech jejích souvislostech a složkách. Pro čerpání hlubších poznatků je odkazováno na množství literatury uvedené v diplomové práci.

V empirické části práce jsou uvedeny cíle, výzkumné otázky a metodologie empirického šetření. Ústředím empirického výzkumu jsou případové studie klientů a rozhovory s rodinnými příslušníky a zaměstnanci zařízení, kteří se specializují na nefarmakologické přístupy. Hlavní cíl práce je zjistit specifické intervence, které zvyšují potenciál u jedinců s demencí. Následně je pokračováno diskuzí a závěrem práce. Práce je rozšířena o přílohy související s empirickou částí práce.

# 1 Charakteristika demence

## 1.1 Definice demence

Demencí se rozumí ztráta kognitivních schopností, která byla získána v životě člověka (Preiss a Kučerová, 2006, s. 124). Výraz demence pochází z latinského *de mens* a poukazuje na snížení úrovně duševní činnosti (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 11). Demence je syndrom, tzn. je tvořen rozmanitými symptomy, které degradují lidskou osobnost, typickou úbytkem běžných denních činností až k úplné ztrátě vlastního já (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 9).

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní definice demence takto: *„Demence (F 00 – F 003) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk, úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“* (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 19).

V současnosti díky zdokonalení diagnostických metod a nástrojů je již možno demence klasifikovat a rozlišovat jejich jednotlivé typy. V Evropském schématu se užívá následující dělení:

- Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence kam řadíme Alzheimerovu demenci, která je nejrozšířenější (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, s. 10).
- Symptomatické demence neboli sekundární demence vznikající na základě celkových onemocnění, infekce, traumatu mozku, nádory. Přičemž tyto symptomatické demence lze rozdělit na podskupinu, kam spadají vaskulární (cévní demence) a podskupiny ostatních nespecifikovaných demencí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19).

### **Atroficko – degenerativní demence**

Tento typ demencí, ať se již jedná o Alzheimerovu demenci, či demenci s Lewyho tělísky, má společný základ, a to v ukládání patologických bílkovin a degradaci přirozených bílkovin v mozku. U Alzheimerovy choroby se ukládá bílkovina beta-amyloid, u jiných typů demencí je degenerován tau-protein. Dochází k narušení tvorby a přenosu neurotransmiterů,

čímž se poruší funkce mozku a rozvine se syndrom demence (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 20). Alzheimerova demence je nejčastěji vyskytující se demencí a zaujímá více než 50 % ze všech typů demencí. Alzheimerova demence je nevratné neurodegenerativní onemocnění charakterizované kognitivním deficitem spojené s abnormálním chováním osobnosti (Boyd, 2010, s. 184). Lze ji klasifikovat na formu s časným začátkem do 65 let věku, a na formu s pozdním začátkem po 65. roce věku. Za rizikový faktor pro vznik nemoci je tedy považován věk. Také pohlaví hraje významnou roli, kdy více se vyskytuje u žen. Uváděna je i souvislost negramotných a méně vzdělaných lidí ve výskytu vyšší prevalence. V poslední době se posiluje význam genetiky u této choroby (Bragdon, 2009, s. 12). Pokud onemocněl v rodině někdo Alzheimerovou demencí, riziko propuknutí stejné choroby u jedinců v přímé linii stoupá 2, 6 krát než u běžné populace (Hátlová a Suchá, 2005, s. 16).

U Alzheimerovy demence rozlišujeme tyto poddruhy (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 27):

- Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem.
- Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem.
- Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu.
- Demence u Alzheimerovy nemoci.

### **Vaskulární demence**

Tyto demence vznikají na základě poškození mozku cévními poruchami obzvláště mozkovými infarkty, kdy se určitá část mozku neprokrvuje díky cévnímu uzávěru. Častější je výskyt několika drobných mikroinfarktů, ale stačí i jeden rozsáhlejší v oblastech důležitých pro paměť (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 20). Vaskulární demence představují 15 – 30 % z celkového počtu všech demencí. Tyto demence jsou častější ve vyšším věku. Mohou se objevit náhle nebo pozvolna. Často je doprovázena zvýšenou dráždivostí a unavitelností, nespavostí, depresivní náladou. Tato demence má schodovitý průběh a osobnost člověka zůstává dlouho zachována (Hátlová a Suchá, 2005, s. 21).

U vaskulární demence klasifikujeme dále tyto poddruhy (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 27).

- Vaskulární demence s akutním začátkem.
- Multiinfarktová demence.
- Subkortikální vaskulární demence.
- Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence.
- Jiné vaskulární demence.

## Ostatní symptomatické demence

Mezi tyto demence řadíme demence infekční, prionové, metabolické, traumatické etiologie a další jiné. Vznikají na podkladě celkových tělesných onemocnění, která zasahují i mozek. Dalším aspektem jsou intoxikace organismů, infekce, záněty, tumory mozku ovlivňující centrální nervovou činnost (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 20). Jsou to tyto následující demence:

- Demence u Pickovy choroby.
- Demence u Creutzfeldovy-Jakobovy nemoci.
- Demence u Huntingtonovy nemoci.
- Demence u Parkinsonovy nemoci.
- Demence u onemocnění virem HIV (Koukolík a Jirák, 1999, s. 27).

## 1.2 Historie v pojetí demence

První zmínky o demencích lze najít již v antice, kdy lékaři popisují určitý úpadek duševních funkcí doprovázející stáří. Rozpoznání syndromu demence bylo ještě v průběhu 19. století nepřesné a nejednoznačné od jiných poruch. Významným mezníkem byl rok 1906, kdy Alois Alzheimer, německý psychiatr a neuropatolog, popsal atypický průběh senilní demence s časným začátkem a typickým klinickým průběhem. Tento případ popsal u své služebné, Auguste D., které bylo jednapadesát let. Nalezl v jejím mozku neuritické plaky a aterosklerotické změny. Naštěstí ve století dvacátém došlo již k přesnější diagnostice, a proto lze rozlišit Alzheimerovu demenci od jiných typů demence (Jirák a Koukolík, 2004, s. 107).

Zato demence s Lewyho tělísky se dočkala svého objevení až ve druhé polovině 20. století a dostala jméno po svém objeviteli Friedrichovi Heinrichu Lewym. Byl německým lékařem internistou a jako první roku 1912 popsal v mozkových buňkách kulovitá tělíška, která nesou jeho jméno. Tato tělíška objevil v mozcích pacientů, kteří trpěli Parkinsonovou chorobou (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 126).

Výzkumy v oblasti Alzheimerovy choroby stále probíhají, protože nejsou známy ještě všechny příčiny onemocnění. Odborníci se ve svých výzkumech zaměřují na genetické faktory, dědičnost, různé abnormality bez genetického podkladu. Předmětem zkoumání jsou nadále metabolické infekční, toxické a autoimunitní mechanismy pro vznik Alzheimerovy choroby. Předpokládá se, že na propuknutí nemoci má vliv více faktorů (Jirák a Koukolík, 2004, s. 107).

### 1.3 Symptomy demence a její stádia

Demence bývá většinou automaticky spojována s vyšším věkem a mnozí se domnívají, že již běžným onemocněním. Pravdou je však, že to není normální přirozený proces stárnutí, demence je vždy chorobným procesem. Člověk postižený demencí je omezován v běžných denních činnostech až k úplné neschopnosti samostatného života. V průběhu tohoto onemocnění dochází k úbytku kognitivních funkcí, tedy zhoršování paměti a rozumových schopností.

Dle Jiráka (1999, s. 36) syndrom demence zahrnuje následující příznaky, které jsou následně více popsány:

- Poruchy paměti.
- Poruchy intelektu.
- Poruchy orientace.
- Poruchy soudnosti a abstrakce.
- Poruchy pozornosti a motivace.
- Poruchy chápání.
- Poruchy chování a emotivity.

#### Poruchy paměti

Jsou často prvními příznaky. Nejvíce je postižena krátkodobá paměť, kdy si jedinci nepamatují, jaké činnosti se věnovali před chvílí, co obědvali toho dne aj. Během rozhovoru si dotyční tato prázdná místa nahrazují konfabulacemi (svými smyšlenkami). Je snížena schopnost adaptace, nové prostředí, nové osoby. Lidé se pak stále cítí jako v novém prostředí, nepamatují si, že je to pro ně již známé. Při porušené krátkodobé paměti se ptají neustále opakovaně na jednu věc, zapomínají důležité schůzky, nejsou schopni zopakovat podstatná jména, která jim přečteme. Nejsou schopni si vštípit nové informace (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 18). Pokud již dojde k postižení dlouhodobé paměti, lidé jsou omezeni ve vykonávání běžných denních činností a jsou také odkázáni na pomoc druhých osob (Jiráček, 1999, s. 12).

## **Poruchy intelektu**

Je zcela přirozené, že vlivem stárnutí dochází k úbytku intelektu, proto počáteční příznaky jsou opomíjeny a přičítány věku. Hloubka poruch intelektu u demencí je různá s konkrétním typem demence. Může se projevovat plynulými změnami či v náhlých skocích (Jirák, 1999, s. 12).

## **Poruchy orientace**

Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, to je normální. Ale lidé s demencí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů. Mají potíže v oblasti časové orientace, jakými jsou den a rok. Tyto situace v nich vyvolávají pocity úzkosti, potřebují podporu druhého člověka, aby se cítili jistější a v bezpečí. Pokud nemocný opakuje stále stejné otázky, pomáhá si tím k ujasnění, kde se nachází a proč (Česká alzheimerovská společnost, 2015). Postupně se pro ně stává neznámé i domácí prostředí, neví, kde je toaleta, koupelna. Je důležité upravit domácí prostředí nemocného. Šero a tma jedince více znejistí a mate ho v orientaci (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 20).

## **Poruchy soudnosti a abstraktního myšlení**

Tyto poruchy souvisí s deteriorací intelektu. Lidé s demencí nedokážou spočítat, kolik mají peněz, nepřečtou kolik je hodin. Racionální úsudek je zasažen, nemocní nejsou schopni posoudit různé situace, které se jich dotýkají, pokud onemocní, považují se za zdravé dlouho po vypuknutí příznaků a to zejména u Alzheimerovy choroby. Často v důsledku nerealistického odhadu odmítají pomoc a trvají na starých vzorech chování, nepřijmou důkaz ani vysvětlení o jejich úpadku kognitivních funkcí (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 20). Nemocní k sobě bývají nekritičtí, i když se chovají jinak než je zvykem společenských norem a ztrácí zábrany. Jsou omezeni v plánování a řešení složitějších úloh. Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s demencí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou (Česká alzheimerovská společnost, 2015).



## **Poruchy pozornosti a motivace**

Většina postižených ztratí zájem o své koníčky, zaměstnání, tisk, televizi a v pozdějších stádiích se přestanou zajímat o svou rodinu. Nerozumí souvislostem, které jsou jim předkládány, ztrácí o ně zájem. Mnohdy se zaměří na nepodstatný detail, ale zapomenou na celek (Jirák, 1999, s. 13). S tímto souvisí neschopnost začít nebo dokončit nějaký úkol. V pozdějších stádiích nemoci je často popisován apaticohypobulický syndrom. Ten je charakterizován apatií a celkovým útlumem aktivity, kdy nemocní sedí a koukají jedním směrem. Proto jsou důležité aktivizační metody a stimulace dosavadních schopností nemocných (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 21).

## **Poruchy chápání**

V posledních stádiích demence není postižený ani schopen pochopit základní údaje a pobídky (Jirák, 1999, s. 13).

## **Poruchy chování a emotivity**

Člověk s demencí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod. Onemocnění je provázeno sníženou aktivitou nebo naopak nadměrnou aktivitou nemocného. Velmi typické jsou stereotypní pohyby, výkřiky, opakování slyšených slov, napodobování pohybů jiných lidí. Často jsou popisovány negativistické útoky na své nejbližší, či pečovatele. Výrazné změny nastávají i na úrovni osobní hygieny, odmítají se umýt, či tvrdí, že se již vykoukali, nevymění si oblečení za čisté apod. Pokud se objeví problémové chování, jsou zřejmě neuspokojeny potřeby člověka. Tato potíž se dá odstranit zjištěním, co člověk postrádá a snažit se mu potřebu saturovat (Jirák, 1999, s. 13).

## **Stádia demence**

Syndrom demence probíhá u většiny typů demence podobně, zejména u Alzheimerovy choroby a vaskulární demence je podobnost nápadná. Také ostatní typy demence a jejich průběh lze shrnout do třech stádií průběhu nemoci. Drobné odlišnosti lze najít v začátcích demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 34).

### **První stadium, počínající a mírná demence**

Začátky nemoci si mnoho lidí snadno splete s přirozeným stárnutím. Nejprve dochází k poruchám paměti, ale ty jsou často vysvětlovány, že je to normální ve stáří (Alzheimer poradna, 2014).

V tomto stadiu jsou nemocní poměrně soběstační, jsou schopni samostatného žití, ale patrný pokles paměti jim zhoršuje běžný život (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, s. 14). Potřebují však návody, pomůcky, cedulky s připomenutím, zavolání k připomenutí návštěvy lékaře. Dokáže vyjádřit, co si přeje a co naopak ne. Mezi první příznaky řadíme horší vyjadřování, hledání slov, problémy v nových situacích, problematické obsluhování nových přístrojů, zhoršení krátkodobé paměti, ztížená orientace v čase i prostoru, nerozhodnost, ztráta aktivity i motivace, depresivní nálady či agrese, ztráta zájmu o koníčky. Ve společnosti se necítí jistě, vztahům s příbuznými se vyhýbají. Pokud je zasaženo centrum řeči, hledají těžko slova a nemohou se vyjádřit (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 35).

### **Druhé stadium, syndrom rozvinuté demence (středně těžká demence)**

Nemocný již potřebuje péči celý den, paměť je narušena natolik, že devalvuje jedince ve vlastní soběstačnosti a těžko se jim vykonává smysluplná činnost (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, s. 14). Nemocný zapomíná jména členů rodiny, ztrácí schopnost orientace, kdy nenajde cestu domů od autobusu, těžko rozlišuje, zda je dopoledne či odpoledne. Potřebuje pomoci se obléknout, protože si nejdříve obleče kalhoty, poté až spodní prádlo. Nemocnému ubývá slovní zásoba, kdy často ulpí na myšlence, kterou stále opakuje. Mohou být patrné změny chování laděné do negativismu a egocentrismu (Alzheimer poradna, 2014).

### **Třetí stadium, syndrom pokročilé demence (těžká demence)**

V této fázi nemoci již nemocný potřebuje hlavně ošetrovatelskou péči. Jedinci jsou plně odkázáni na péči okolí, nejsou vůbec schopni každodenní rutiny (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, s. 14). Přestože mají paměť porušenou ve všech svých složkách, vnímají laskavý přístup pečujících. Chybou pečujících je myšlenka, že pokud jedinec nepoznává ani své rodinné příslušníky, téměř verbálně nekomunikuje, tak vlastně nic nepotřebuje. Oni však nejvíce potřebují vlídné slovo, laskavou pomoc a péči, i když pocity štěstí a spokojenosti neprožívají stejně jako zdraví lidé. Často nemocní již špatně polykají, hůře se pohybují, neudrží moč a stolicí a všude bloudí. Vlivem progresu nemoci dochází ke ztrátě osobní identity a nastává terminální, finální, stadium nemoci končící úmrtím (Holmerová,

Jarolímová, Suchá, 2009, s. 38). Nedá se však dopředu určit, jaké příznaky se u konkrétního nemocného vyskytnou. Podobně se nedá přesně dopředu určit, jak rychle bude onemocnění postupovat (Alzheimer poradna, 2014). Vlček, Fialová a Vytřísalová (2010, s. 278) uvádí průměrnou dobu onemocnění od prvních příznaků 6 – 12 let u Alzheimerovy choroby, u vaskulární demence kratší dobu 5 – 8 let. Mnohdy však pacienti umírají dříve na následky infekčních chorob a úrazů.

## 1.4 Diagnostika a léčba demencí

Včasná a správná diagnostika demence je nezbytným předpokladem pro zahájení účinné farmakologické i nefarmakologické terapie s výsledkem udržení co nejuspokojivějšího stavu funkčního stavu člověka (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 30). Nejčastěji přivádí rodiny své blízké až v pokročilém stádiu demence, neboť první příznaky jsou často bagatelizovány samotným nemocným, mnohdy i rodinou. Někteří praktičtí lékaři včasné diagnostice příliš nepřidávají svým nezájmem, kdy rodině nemocného je řečeno, že zapomínání patří ke stáří. Někteří nemocní naopak při návštěvě lékaře paradoxně zmobilizují všechny své síly, soustředí se a podají lepší výkon, než jsou schopni během svého běžného života.

Prvním krokem diagnostiky je anamnéza klienta i rodinných příslušníků. V další fázi se přistupuje k testování poznávacích funkcí, které provádí již specialista neurolog, psychiatr či psycholog.

Klinicky nejužívanější test je test MMSE, neboli MiniMental State Examination (test kognitivních funkcí). Je ukazatelem pro poruchu v paměťové oblasti, ale není jediným a rozhodujícím kritériem pro vyslovení diagnózy demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 27). Spočívá v testování v následujících bodech:

- Orientace osobou, místem a časem.
- Zapamatování tří slov – zopakování ihned a po uplynutí několika okamžiků.
- Počítání – odečítat číslo sedm od sta.
- Splnění zadaného úkolu.
- Překreslení obrázku dle předlohy.
- Opakování věty.

Zahrnuje celkově 10 subtestů. Test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Administrace cca 5-10 minut.

## Výsledky testu MMSE

- 27 – 30 bodů ukazuje na normální stav kognice.
- 25 – 26 bodů ukazuje na hraniční nález, vhodné neuropsychologické vyšetření.
- 18 – 24 bodů poukazuje na lehkou demenci.
- 6 – 17 bodů znamená středně těžkou demenci.
- Méně než 6 bodů ukazuje na těžkou demenci (Koukolík a Jirák, 1999, s. 13).

## Další vyšetřovací metody

- **Addenbrookský kognitivní test ACE – CZ** – ukazuje podrobnější profil kognitivní poruchy a slouží k diferenciální diagnostice kognitivních poruch a demence, obsahuje v sobě test MMSE. Test obsahuje 19 úkolů (Válková, 2015, s. 41).
- **Weschlerova škála paměti** – zaměřena na testování slovní a zrakové paměti, testuje orientaci i logickou paměť prostřednictvím dvojice slov, číselných řad.
- **WAB** – testy řečových funkcí, testuje pojmenování, opakování a vybavení slov, dále hodnotí čtení, psaní a počítání.
- **Test řečové plynulosti** – jedinec musí v časovém úseku vyjmenovat co nejvíce slov dle zadání, např. slova začínající stejným písmenem.
- **Bender-Gestaltův test** – schopnost obkreslit obrazce s přibývajícím náročností.
- **Stroopův test** – posuzuje se míra pozornosti, psychomotorického tempa, hodnotí se i nekognitivní projevy jako je adaptace na zátěž a míra deprese (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 27).

Nedílnou součástí jsou také zobrazovací metody. Využívá se počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). Tyto metody zobrazí změny v mozkové tkáni, její úbytek a prokrvení mozku a patologické útvary (Pidrman, 2007b, s. 44). Tomografická scintigrafie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET) ukazují metabolismus mozku a aktivitu důležitých přenašečů vzruchů v mozku. Elektroencefalografie (EEG) ukazuje na zpomalení mozkové činnosti, což může být významné při určení druhu demence (Franková, 2011, s. 29).

Preiss a Kučerová (2006, s. 135) uvádí, že diagnostická kritéria se opírají o obecná kritéria demence, vycházejí z 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 a z kritérií pro Alzheimerovu nemoc z diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM – V.

Pro stanovení diagnózy demence je nutná přítomnost:

- Poruchy paměti.
- Postižení dalších kognitivních funkcí v souvislosti s časovým poklesem z předchozí vyšší úrovně.
- Změny osobnosti a chování.
- Postižení překáží v běžných denních činnostech, sociálních aktivitách a výkonu povolání.
- Není přítomna porucha vědomí a delirium.
- Nemoc má chronicko-progresivní průběh.

### **Laboratorní vyšetření**

Jsou doplňkem ke všem vyšetřením k určení diagnózy demence. Řadíme sem běžná vyšetření krve (biochemické, sérologické, hematologické). Důležité je vyšetření štítné žlázy a hladiny vitamínu B<sub>12</sub>. Jejich hodnoty přesahující či hluboko pod normou hranice mohou v klinických projevech ukazovat mylně na demenci (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 16). Pokud se příslušnými léky stav zkompenzuje, příznaky ukazující na možnou diagnózu demence, zmizí. K určení diagnózy demence je nutná série několika vyšetření výše uvedených.

### **Terapie demencí**

Jedná se o komplexní činnost zahrnující jak farmakoterapii, psychoterapii, socioterapii, tak i speciálně pedagogické terapie. Farmakoterapie demence jsou indikovány podle jejího typu, a proto zde uvádím jen léčbu nejčastějších typů demence.

### **Kognitivní farmakoterapie**

- **Farmakoterapie u Alzheimerovy demence** – v začátcích nemoci se užívají přípravky na bázi lecitinu, samotný lecitin však k léčbě nestačí. Postupně se používá s inhibitory cholinesterázy (Franková, 2011, s. 41). U těžké demence je předepisován memantin. U nootropik nejsou prokázány zcela pozitivní účinky pro dlouhodobou léčbu (Vlček, Fialová, Vytřísalová, 2010, s. 283).
- **Farmakoterapie u vaskulární demence** - prvním krokem je léčba rizikových vaskulárních faktorů (hypertenze, metabolický syndrom). Účinné jsou inhibitory cholinesterázy a memantin. V České republice není léčba čistých vaskulárních demencí hrazena ze zdravotního pojištění (Vlček, Fialová, Vytřísalová, 2010, s. 283). Nootropika mají jen mírný efekt, který byl prokázán staršími studiemi (Koukolík

a Jiráček, 1999, s. 145). Vhodná je preventivní antiagregační léčba pomocí malých dávek kyseliny acetylsalicylové (Anopyrin).

- **Farmakoterapie u demence s Lewyho tělísky a Parkinsonovy choroby s demencí** – doporučuje se pokus léčbou inhibitory cholinesterázy. U pacientů s Parkinsonovou chorobou se předepisuje lék rivastigmin. U tohoto typu demencí je třeba se vyvarovat podávání antipsychotik, z důvodu jejich nežádoucích účinků pro tyto pacienty, kteří jsou zvýšeně citliví v oblasti extrapyramidového systému (Vlček, Fialová, Vytřísalová, 2010, s. 283).

### **Nekognitivní farmakoterapie**

Je nedílnou součástí léčby demencí, protože ovlivňuje různé nekognitivní symptomy demencí, jako jsou např. spánek, nálada, chování. Během nemoci se může vyskytnout psychomotorický neklid, který vyústí až v agresivitu jedince. Často se vyskytují poruchy vnímání, jako jsou bludy a halucinace až deliria. Základní skupinou farmak jsou neuroleptika (Tiapridal, Risperdal, Haloperidol). Pokud se přidruží k nemoci depresivní syndrom, je léčen antidepressivy (Deprex, Fevarin, Seropram, Zoloft). Poruchy spánku jsou také léčeny. K zvládnutí poruch spánku se užívají hypnotika (Dormicum, Rohypnol, Stilnox). Vyrábí se stále nové léky, známé hlavně svým komerčním názvem, nežli lékovou skupinou (Koukolík a Jiráček, 1999, s. 148 – 152; Vlček, Fialová, Vytřísalová, 2010, s. 289).

### **Nebiologické terapie**

Demenci je nutno léčit komplexně, nestačí tedy pouze léčba farmaky, i když je velmi důležitá. Je nutné dodržovat režim člověka, omezit co nejvíce změny (stejně prostředí, pečovatel). Podstatné je pomoci člověku jen do určité míry, zbytečně příliš neobsluhovat jedince, abychom ho udrželi co nejdéle soběstačného (Vlček, Fialová, Vytřísalová, 2010, s. 284). Své specifické místo zaujímají speciálně - pedagogické terapie, kterým se věnuji konkrétněji v kapitole 2.

## 1.5 Polymorbidita seniorů trpících demencí

Výskyt onemocnění s přibývajícím věkem stoupá a pro toto období života u nemocných seniorů je charakteristická polymorbidita (Mühlpachr, 2004, s. 26). S tímto souvisí polypragmázie, ovšem senioři s demencí nejsou schopni sami léky správně užívat. Ve vyšším věku je prevalence chronických chorob tak vysoká, že bez přítomnosti nemoci je jen malé procento seniorů. Ve věku 60 – 74 let trpí chronickou nemocí až 80 % jedinců (Dvořáčková, 2012, s. 77).

Při péči o seniora s demencí se lze setkat s těmito přidruženými chorobami:

- **Hypertenze** – patří mezi nejčastější kardiovaskulární choroby. Arteriální hypertenzi se rozumí trvalé zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mm Hg, naměřené alespoň ve dvou případech ze třech měření. Vysoký krevní tlak poškozuje výstelku cév a tím snáze pronikají do ní lipidy a začíná škodlivá aterogeneze cév. K léčbě se užívají antihypertenziva, úprava životosprávy a pohyb (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 118).
- **Ischemická choroba srdeční** – je souhrnné označení pro nemoci vznikající na podkladě změn koronárních tepen srdce tím, že se omezí či zastaví průtok krve do srdce. Nejčastější příčinou je aterosklerotický plát nebo trombus. Nemocné obtěžuje bolest na hrudi, dušnost, otoky končetin, palpitace. K léčbě se užívají antiagregancia, inhibitory angiotenzinu (Sovová a Sedlářová, 2014, s. 94).
- **Anémie** – není v pravém slova smyslu chorobou, ale spíše syndromem, který vzniká z různých příčin, charakterizovaný snížením koncentrace hemoglobinu v krvi pod 135g/l u mužů a u žen pod 120 g/l, hematokritu a počtu červených krvinek (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 91). Tento syndrom se projevuje bolestmi hlavy, hučením v uších, unavitelností a sníženou výkonností, závratěmi, slabostmi, bledostí kůže a sliznic. Léčba probíhá dle konkrétního druhu anémie např. podáním železa (Feronat), substituce vitamínu B<sub>12</sub>, podáním kyseliny listové nebo askorbové (Karges a Dahouk, 2011, s. 263).
- **Hypothyreóza** – snížená funkce štítné žlázy způsobená nedostatečnou sekrecí tyreoidálních hormonů T<sub>3</sub> a T<sub>4</sub>. Všechny příznaky nemoci vznikají v důsledku sníženého metabolismu, jako je únava, deprese, zimomřivost, poruchy paměti (zhoršená vstřípivost a výbavnost, což může u seniorů vyvolat mylný dojem diagnózy demence), suchá kůže, bolesti kloubů, vypadávání vlasů, otok hlasivek, končetin, dušnost. Léčba spočívá v substituční terapii tyreoidálních hormonů (Euthyrox, Lethrox) a je doživotní (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 130).

- **Diabetes mellitus** – spočívá v poruše metabolismu cukrů, typická zvýšením cukru v krvi a moči. Rozlišujeme diabetes mellitus 1. typu, znamenající absolutní nedostatek inzulínu v krvi. Je vždy závislý na léčbě inzulínem, a diabetes mellitus 2. typu charakterizovaný relativním nedostatkem inzulínu, většinou se vyskytuje v rodině a u osob obézních (inzulínu mají dostatek, ale jejich zvýšenému příjmu cukrů nestačí). Léčba spočívá v dietě s omezením cukrů a cvičení, pokud se stav po 8 týdnech nezlepší, zahájí se užívání perorálních antidiabetik (PAD), případně se podávají krátkodobé inzulíny (Rybka, 2007, s. 19).
- **Dyslipidémie** – metabolické onemocnění, porušená bilance tuků v krvi. Cholesterol v krvi seniora nemá překročit hranici 5,9 mmol/l. Porušený metabolismus tuků přispívá k rozvoji aterosklerotických plátů, které následně až praskají a vedou k akutní cévní mozkové příhodě. Léčí se dietou a farmaky (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 86).
- **Glaukom, Katarakta** – glaukom je zelený zákal očí a spočívá ve zvýšené hranici nitroočního tlaku, který vede k zániku nervových vláken na sítnici a ke ztrátě vidění. Léčí se léky miotiky, které zpomalí průběh nemoci, správnou životosprávou (vyřadit z jídelníčku kofein), v dalších fázích se přistupuje k operaci laserem. Katarakta je šedý zákal očí a je způsobený degenerativními změnami čočky. Léčí se nejčastěji chirurgicky (Nováková, 2011, s. 103).
- **Inkontinence moče, stolice** – jedná se o poruchu vylučování moče a stolice, kdy dochází k jejímu spontánnímu odchodu (Mikšová, 2006, s. 105). U seniorů s demencí je to častý jev, kdy ztrácejí kontrolu i nad základními fyziologickými potřebami. Řeší se použitím inkontinenčních pomůcek, mikčním režimem v pravidelném močení každé 2 hodiny, u imobilních seniorů i zavedením permanentního močového katétru u inkontinence moče. Důležitá je zvýšená osobní hygiena, pravidelná výměna inkontinenčních pomůcek jako prevence možných infekcí urogenitálního traktu.



## 2 Speciálně pedagogické terapie při práci s člověkem trpícím demencí

Existuje mnoho terapií, které napomáhají ke zmírnění nežádoucích těžkostí projevů demence a neustále vznikají nové metody, mnohé jsou modernizovány a více prohlubovány. Stále se hledají další techniky, které by ještě více uspokojily individuální potřeby osob s demencí. Ve speciálně pedagogických přístupech se jedná o spojení směsice léčby, zábavy a cvičení. V této kapitole uvádím několik terapií detailněji, zbylé jsou uvedeny v kratší formě, protože každá z těchto terapií by mohla být sama předmětem diplomové práce.

### 2.1 Reminiscenční terapie

Vzpomínky jsou nedílnou součástí každého člověka, ovlivňují naši přítomnost i budoucnost. Vzpomínání je charakterizováno jako univerzální proces, který lze najít v každém cyklu života člověka. Jedná se o hlubokou a bohatou zkušenost, která je aktivním procesem pro minulost, jež je znovu prožívána. Je přirozené ohlížet se zpět na svůj dosavadní život, na lidi, pocity, myšlenky a události, tak jak v našem životě přišli. Gibsonová (1994, s. 46) dělí vzpomínání na soukromé a veřejné, spontánní a záměrné.

Většina našich vzpomínek jsou emocionálně zabarveny, ovlivněné osobností vzpomínajícího. Vzpomínání je sensorická a vizuální zkušenost, může být podněcována zvuky, vůněmi, chutí nebo pohledem na určitou scénu. Vyvolává v nás pocity smutku, štěstí, hněvu, nenávisti i smíření. Události si nepamatujeme přesně, jak se odehrály, spíše si je vybavíme, tak jak jsme je vnímali sami, přibarvíme si je, dokreslíme, přizpůsobíme je, měníme je (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 12).

Význam vzpomínek má větší význam s přibývajícím věkem, napomáhá k dosažení celistvosti jedince. Dosažení tohoto stavu je charakteristické smířením se se vším, co bylo.

Vzpomínání ve vyšším věku může sloužit k:

- Zdůraznění pozitivních stránek osobnosti jedince a zachování sebepojetí. Více je kladen důraz na to, co jedinec ještě dokáže, než aby se mu připomínalo, co již nezvládne. Člověk si tak nadále sám sebe váží.
- Zvýšení pocitu vlastní hodnoty. Starší člověk během života nasbírá zkušenosti a může se o ně podělit předáváním těchto zkušeností z generace na generaci.
- Udržení osobní identity. Vše co člověk prožije a uskuteční, zůstane uchováno v jeho vzpomínkách.

- Změna negativního image a narušení stereotypu o stáří. Společnost vnímá seniory často negativně, vnímá je jako zmatené a závislé. Pokud však okolí ví, co vše dotyčný prožil a dokázal, představuje pro ně bytost originální a jedinečnou a upouští od negativního vnímání.
- Získávání materiálu pro proces bilancování. Lidé, kteří se ocitají na sklonku života, se ohlížejí zpět a zabývají se tím, co prožili. Jejich postoj ke světu i sobě samému je bilancující, nemají tendence něco měnit. Svůj život změnit nemohou a ani nechtějí, aby se okolní svět měnil (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 14).

### **Rozdělení vzpomínání podle Wattové a Wonga**

- **Integrativní vzpomínání** – hlavním posláním je dosažení pocitu smysluplného života a smíření se s vlastní minulostí. Často zahrnuje vypořádání se s pocity viny, životními ztrátami.
- **Instrumentální vzpomínání** – obrací jedince do minulosti, aby díky zkušenosti dokázal vyřešit problém v přítomnosti. Vzpomíná, jaké strategie při problému použil a co mu pomohlo se s potížemi vyrovnat. Lidé, kteří využívají takto své vzpomínky, jsou schopni si i ve stáří zachovat relativně vysokou úroveň duševního zdraví.
- **Transmitivní vzpomínání** – jeho hlavním smyslem je posílení kulturní kontinuity. Z generace na generaci jsou předávány určité hodnoty, normy, vzory a modely. Nejtypičtější je příklad prarodičů vyprávějící svým vnoučatům příběhy vlastní minulosti a předávají určitá ponaučení.
- **Narativní vzpomínání** – používá se za účelem poskytnutí autobiografických informací (datum narození, vstup do manželství apod.) Chybí zde tradiční předávání ponaučení, jedná se o faktické sdělení informací. Spíše se pracuje s příjemnými vzpomínkami, pozitivními emocemi pro vlastní potěšení i pro okolí.
- **Uhýbavé vzpomínání** – pracuje spíše na bázi úniků do denního snění či fantazírování. Jedinec se uchyluje ke starým dobrým časům, aby se vyhnul střetu s tíživou přítomností. Rád přehnaně vychvaluje minulost a devaluje přítomnost. Je zde riziko, pokud se člověk tomuto snění poddá, odpoutá se zcela od přítomnosti, chřadne a blíží se smrti.
- **Obsesivní vzpomínání** – jedinec nezačlenil do svého života určitou událost a nevyrovnal se s ní. Neustále situaci rozebírá, pronásledují ho pocity viny, zoufalství a zášti. Destruuje osobnost a je nutná terapeutická pomoc (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 15 – 16; Janečková a Vacková, 2010, s. 14).

## Typologie vzpomínajících

Anglický psycholog Coleman sestavil typologii vzpomínajících, kde hledal spojitosti mezi typem vzpomínajícího a jeho spokojeností s životem a s přístupem k přítomnosti. Jedná se o čtyři kategorie:

- **Lidé, kteří vzpomínají často a cení si svých vzpomínek** – vzpomínání vnímají jako něco pozitivního, přinášejícího dobrý pocit, útěchu v těžkých časech. Vzpomínky vnímají jako cenné a rádi by o nich napsali i knihu. Většina se dobře adaptovala na stávající život, byť nebyl jednoduchý a museli čelit řadě problémů. Tito lidé jsou se svými životy spokojeni a jejich přístup je pozitivní a konstruktivní.
- **Lidé, kteří vzpomínají často, ale jejich vzpomínky je trápí** – jsou obtěžováni a deprimováni. Pro někoho znamenají hádky se sebou samým. Jsou nespokojeni se svým životem, mají pocit, že nestálo za to ani žít, nesmíří se s vývojem událostí jejich života. Jejich přístup k přítomnosti je negativní a nekonstruktivní.
- **Lidé, kteří vzpomínají zřídka, nespátřují ve vzpomínání smysl** – vzpomínají málo, vzpomínky pro ně nemají zvláštní význam. Se svým životem jsou však spokojeni a přístup k přítomnosti je celkem pozitivní.
- **Lidé, kteří se vzpomínání vyhýbají, protože jim vzpomínky připomínají utrpené ztráty** – vzpomínky pro ně představují nepříjemné a bolestivé okamžiky, snaží se mu vyhnout. Důvodem jsou ztráty, které utrpěli, a nevyrovnali se s tím. Jejich přístup k životu je tak velmi negativní až nepřátelský, často trpí demencí (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 16 – 17).

Colemanova typologie má pro reminiscenční terapii velký význam, protože respektuje individuální přístup ke klientům a umožňuje zjistit, zda je tato metoda vhodná pro jedince či nikoliv. Reminiscenční terapie je tedy přínosná hlavně první kategorii a vůbec by neměla být užita u jedinců čtvrté kategorie.

## Vznik a vývoj reminiscenční terapie

Značný zlom nastal v šedesátých letech minulého století, do té doby převládal názor při studiu stárnutí značně negativní pro vzpomínání. Věřilo se, že vzpomínání nepřináší nic dobrého a ohlížení zpět do minulosti nepřináší nic dobrého. Vzpomínání bylo vnímáno jako

abnormalita i známka psychického onemocnění. Dopady těchto názorů se promítaly i do institucionalizované péče o seniory.

Tento pohled však změnil Butler s teorií Rekapitulace života, jež se stala základem pro reminiscenční terapii. Od poloviny sedmdesátých let došlo až k nadšení z procesu vzpomínání a bylo hojně využíváno zaměstnanci nemocnic a domovů pro seniory. Významným mezníkem byl Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek sponzorovaný britským zdravotnictvím. Vytvořila se šestidílná tématická sada diapositivů a magnetofonových záznamů. To vše přišlo v době, kdy byl kladen důraz na holistický přístup k člověku. Přestože ve Velké Británii i jinde ve světě byla hojně využívána již v osmdesátých letech, Česká republika si musela dalších dvacet let počkat. Hlavní osvětu přineslo občanské sdružení JOB. Reminiscence byla dále rozpracována v geriatrických centrech v Týništi nad Orlicí.

Významnými průkopníky jsou Kašlíková a Kopřiva. V současné době nejvíce o reminiscenční terapii publikuje Holmerová, Janečková a Vacková (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 20).

### **Formy reminiscenční terapie**

Nabývá různých forem, které se mohou vzájemně prolínat. Přesto je možné je popsat a konkretizovat. Špatenková a Bolomská (2011, s. 25) je uvádí takto:

- **Diskuze o aspektech minulosti, která je organizována a koordinována** – taková diskuze má podobu setkání, při kterém si senioři prohlížejí fotografie, používají se různé reminiscenční pomůcky, filmy, hudba za účelem navození určitých vzpomínek. Součástí mohou být návštěvy známých míst, kde senioři pracovali či žili.
- **Vytvoření prostředí, které co nejvíce připomíná domov** – reminiscenční setkání připomínají směsici povídání, hudby a popíjení čaje. Jejím cílem je společenská interakce. Smyslem je seniory rozptýlit, popovídat si a navodit zdání domácího prostředí. Také u různých aktivit podpořit vzpomínání, např. u hygieny, jak se doma koupal?
- **Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného** – hlavním cílem je něco vytvořit, ať už se jedná o složení písně, básně, zaznamenání svého příběhu. Senioři využívají své dosavadní dovednosti, ale mohou objevit ty skryté.
- **Všeobecný kontext pro prohloubení porozumění** – smyslem je získání zájmu pracovníků o seniory a intenzivnější komunikace mezi nimi. Vhodné je vytvoření biografie klientova života, která napomůže pracovníkům lépe pochopit chování a jednání daného klienta.

Reminiscenční terapii lze také dělit na obecnou a specifickou. Obecná reminiscence označuje předem naplánované aktivity s využitím nejrůznějších reminiscenčních pomůcek. Specifická reminiscence spočívá v pečlivě vybraných, cílených a přesně užitých specifických pomůcek, které se týkají konkrétního seniora. Jsou používány materiály a předměty, které senior vlastní. Tento typ reminiscence je vhodný u klientů trpících demencí (Prokešová, 2016).

Podle počtu osob rozlišujeme reminiscenční terapii na individuální, neformální skupinovou a formální skupinovou. Při individuální reminiscenci se terapeut věnuje jednomu účastníkovi, je to dynamický proces vytváření intenzivního vztahu mezi naslouchajícím a vzpomínajícím (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 181).

V neformální skupinové reminiscenční terapii dochází k diskuzi spontánně, nenuceně. Tato diskuze může vzniknout během podávání jídla, je otevřena všem příchozím ať už se jedná o pracovníky instituce, návštěvy, ostatní klienty. Hlavním cílem je přinést účastníkům radost a smysl do života v instituci.

Formální skupinová reminiscence je naplánovaná a cíleně zaměřená. Probíhá na místě tomu určeném. Na začátku sezení je nutné pomoci s koncentrací jedinců. Skupina by měla mít omezený počet jedinců. Toto dělení v praxi nefunguje a v jedné skupině dochází k prolínání obou přístupů (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 28).

### **Reminiscenční pomůcky**

Pomůcky jsou využívány, aby pozitivně podněcovaly vzpomínání účastníků.

- **Vizuální pomůcky** – fotografie, kresby a obrázky, diapozitivy, články z novin, časopisů, inzeráty, televize, promítání filmů.
- **Auditivní pomůcky** – nahrávky zvuků (parní lokomotivy, školní zvonění), nahrávky mluveného slova (recitace, poezie), hudební nahrávky, zvuky okolo nás.
- **Další senzorycké stimuly** – dotyk (podání ruky, stisk, předměty), vůně, chuť (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 187).

## Reminiscenční terapie u seniorů

Reminiscence lze chápat jako proces vybavování vzpomínek ze života člověka a reminiscenční terapii jako rozhovor terapeuta a seniora o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách a prožitých zkušenostech. Častěji je však definována jako proces, při kterém je důraz kladen na příjemné vzpomínání. Je to aktivizační metoda, která využívá vzpomínání a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů (Sayoud Solárová, 2010, s. 69). Impulzem jsou staré fotografie, filmy, hudební nahrávky a seniori jsou podporováni v konverzaci díky těmto impulsům. Tato metoda není soubor striktně daných technik, ale je otevřenou sbírkou nápadů, od kterých se odvíjí jednotlivé přístupy, praktiky lišící se podle specifík zařízení. Přesto, nežli mluvit o terapii, je vhodná spíše práce se vzpomínkami. Reminiscence představuje impuls pro tvořivou činnost, pro seniory v zařízení představuje společenskou aktivitu a sociální interakci (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 24). Je vhodná pro zdravé seniory, ale u seniorů s demencí je nejvíce vhodná. Mají porušenou krátkodobou paměť, ale dlouhodobá paměť zůstává zachována (Sayoud Solárová, 2010, s. 69).

Vhodné je setkání alespoň jedenkrát týdně, pokud se týká seniorů s demencí, je vhodné i častěji po dobu čtyřiceti pěti minut až jedné hodiny. Je třeba dbát zasedacího pořádku, nejvhodnější je uspořádání do kruhu (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 51).

Seniori s demencí patří k nejvíce osamělým a přehlíženým v domovech pro seniory. Fyzické potřeby jsou sice uspokojeny, dále však péče příliš nepokračuje. Pokud není senior dále stimulován, dochází k rychlejšímu mentálnímu a sociálnímu úpadku. Využití reminiscenční terapie může napomoci ke zlepšení jejich kvality života v instituci. Hlavní zásadou pro využití reminiscenční terapie u jedinců s demencí je využití emocí. U jiných klientů stačí k stimulaci hudba, pomůcky. Ne však u jedinců s demencí, zásadní jsou emoce a vytvoření přátelské atmosféry. Nejvhodnější jsou aktivity umožňující sensorickou stimulaci. Nejmenší význam má využití technik reminiscenční terapie zaměřených na kognitivní funkce.

Zvláštní pomůckou jsou terapeutické panenky, mají řadu speciálních vlastností, které je předurčují k úspěšné práci s klienty trpícími různými formami demence včetně Alzheimerovy choroby. Svými parametry do jisté míry připomínají skutečné děti. Použité textilní materiály jsou měkké a příjemné na dotek, pozitivně stimulují smyslové orgány klienta. Mají speciálně vyvážené jednotlivé části těla, aby se mohly lépe objímat, chovat či posadit. Výraz obličejů postaviček je záměrně neutrální, a přesto navozuje kladné emoce (Alzheimer centrum, 2016).

Mezi osvědčená témata k reminiscenční terapii jsou taková, která jsou spojena s pozitivními emocemi např. kamarádi z dětství, první lásky, svatba, děti, písničky, cestování, domácí zvířata, zahrádky a chalupy, vaření a recepty (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 188). Reminiscenční terapii nemusí nutně provádět pouze školený terapeut, jednoduchou reminiscenci může provádět i pečující personál, např. během procházek vést rozhovor o životě seniora, nebo si s ním prohlížet fotoalbum (Mlýnková, 2011, s. 165).

Reminiscenční terapie má smysl u jedinců s demencí a může, sice nepatrně, přispět ke zlepšení kvality jejich života (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 68). Konkrétní reminiscenční aktivity využívané v praxi jsou uspořádání vzpomínkové výstavy, kniha životního příběhu, archiv vzpomínek, vyprávění příběhů a předčítání, poezie, fotografování. Také se ne tak často využívají kreativní přístupy jako je keramika, šití, vyšívání, malování vzpomínek, vytvoření koláže, dramatizace vzpomínek jako divadelní představení, tanec, hudba, reminiscenční vycházky a výlety. Reminiscenční terapie by měla být součástí každé dobré praxe v péči o jedince trpícího demencí.

## 2.2 Arteterapie

Arteterapii řadíme mezi expresivní terapie. Je specifická a citově zabarvená. Můžeme ji definovat ze širšího pojetí, kdy zastřešuje všechny expresivní terapie, jakékoliv umělecké práce s klientem a je tedy nadřazena ostatním terapiím jako je dramaterapie, poetoterapie, biblioterapie, muzikoterapie a taneční terapie. Užší pojetí pracuje s klientem pouze ve výtvarné formě. V České republice se spíše pracuje s užším pojetím (Potměšilová in Müller, 2014, s. 77).

Arteterapie je „*jeden z psychoterapeutických postupů. Opírá se o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde při ní o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby*“ (Potměšilová in Müller, 2014, s. 78). Tato definice spíše evokuje zacílení na handicapované skupiny, avšak dle mého názoru má uplatnění i u zdravých jedinců.

Arteterapie je mladý obor, do podvědomí veřejnosti pronikla na konci 19. století. Pojem poprvé použila v USA Margaret Naumburgová s myšlenkou, že některé pocity z nevědomí se lépe vyjádří v obrazech než ve slovní komunikaci. Jisté prvky arteterapie však můžeme spatřit i před užitím prvního termínu arteterapie. V historii lze najít tyto stopy v období starověku v podobě nástěnných kreseb. Období antiky využívá arteterapii intuitivně léčebně. Evropa tyto účinky objevuje v 18. století, kdy stoupá fascinace duševními poruchami, lidé takto nemocní malují jiným způsobem než lidé zdraví.

Další pojem, s kterým se lze setkat je artefiletika. Mají sice s arteterapií společné kořeny, avšak každá jiný cíl. Artefiletika je specifické pojetí výchovy uměním kladoucí důraz na tvořivost a následnou reflexi.

## **Druhy arteterapie**

Arteterapii lze rozdělit do dvou základních složek a to na individuální a skupinovou.

### **Individuální arteterapie**

Tato forma se v domovech pro seniory vyskytuje zřídka kdy, spíše ne. Spočívá v tom, že klient má terapeuta plně k dispozici. Setkání arteterapeuta s klientem má dané normy. Je zde větší prostor pro co největší otevřenost, která by měla být oboustranná. Pokaždé se vychází z aktuálního stavu klienta. Často zde dochází k otevření uzamčených témat v duši jedince. Pro arteterapeuta je více náročné na jeho profesionalitu. Arteterapie by neměla vytvářet nová traumata, ale měla by vést k pochopení vlastních problémů a způsobu řešení (Šicková-Fabricsi, 2008, s. 43).

### **Skupinová arteterapie**

Jedná se o nejrozšířenější formu arteterapie. Pracuje se podle předem domluvených pravidel, jako u individuální arteterapie. Výhodou je využití skupinové dynamiky, což znamená souhrn skupinových interakcí. Reakce ostatních členů a jejich zkušenosti mohou pomoci klientovi pochopit, co prožívá (Potměšilová in Müller, 2014, s. 88). Liebmanová (2010, s. 19) vidí výhody skupinové terapie v tom, že stmeluje lidi s podobnými problémy a je i ekonomičtějším způsobem pomoci druhým najednou.

Arteterapeutická skupina má obvykle kolem 6 až 12 členů, v institucích se většinou mezi sebou znají. Celá skupina by měla být vhodně uspořádána tak, aby se na sebe jednotliví členové viděli a udržovali s arteterapeutem oční kontakt. Arteterapeutické skupiny lze dělit ještě na strukturované a nestrukturované. V nestrukturovaných skupinách pracuje každý sám za sebe, zatímco ve strukturovaných skupinách se snaží o dosažení společného cíle (Campbell, 2000, s. 21).

### **Arteterapeutické metody**

Šicková-Fabricsi (2008, s. 125) uvádí šest základních metod, s kterými se lze setkat.

- **Imaginace** – umožňuje klientovi vstoupit do jeho vnitřního světa, dostat se ke svému nitru a vrátit se k nevyřešeným situacím v sobě samém. Obrazy, které se mu zjeví,



zpřítomní situaci nebo problém. Každá imaginace začíná relaxací, poté se prostřednictvím tématu dostane klient do svého nitra. Využívá se kresba vody, jeskyně, létající koberec atd.

- **Animace** – metoda rozhovoru ve třetí osobě. Klient se ztotožní s postavou či věcí a o ní promlouvá. Vhodná metoda u úzkostných jedinců (Potměšilová in Müller, 2014, s. 101).
- **Koncentrace** – cílem je soustředění za pomoci tvorby mandal, které mají očištný nebo posilující charakter. Vytváří se za pomoci sypkého materiálu jako je písek či mouka.
- **Restrukturalizace** – původní obraz se rozdělí a poskládá se nový obraz. Může ukázat nový způsob nazírání na problém.
- **Transformace** – druh uměleckého díla se převede do jiného. Nejčastěji se využije hudba, text.
- **Rekonstrukce** – klient dostává část obrazu a zbytek si dotváří sám, tzv. dokreslování koláží.

Potměšilová in Müller (2014, s. 105) uvádí i techniky, konkrétní postupy práce s klientem. Jejich výběr závisí na cíli práce, na potřebách klienta.

- **Úvodní techniky** – mají význam pro navození pocitu důvěry u klienta, stav relaxace. Dají se využít i po skončení lekce.
- **Techniky zaměřené na práci s problémem** – zaměřují se na budování funkční komunikace, vytváření vztahů ve skupině.
- **Techniky zaměřené na rozvoj osobnosti** – jak mě vnímají ostatní, první dojmy, co na sobě mohu pochválit.
- **Arteterapeutická práce s osobami se speciálními potřebami** – směřuje k uvolnění psychického a fyzického napětí.

## **Arteterapie u seniorů**

Tato terapie pomáhá seniorům v přizpůsobení se na nové situace, s vyrovnáním poklesu jejich fyzických sil, ztrátě zdraví a změnám v sociální a ekonomické oblasti života. Cílem arteterapie u seniorů je snaha k aktivizaci jejich zbylé vitality, flexibility a podněcení jejich kreativity (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 212). Seniorům s demencí Alzheimerova typu je výtvarná tvorba vnímána jako tvůrčí činnost, která pomáhá odvádět účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překonávání jejich psychických obtíží (Charita, 2012).

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2009, s. 212) uvádí společné rysy specifické pro tvůrčí činnost seniorů:

- Prodloužené tvary objektů.
- Chaotické uspořádání objektů.
- Realistické zobrazení objektů je ztvárněno fragmenty a ne celkem.
- Ornamentalizace.
- Více se daří v kolážových technikách.

Často se objevuje v obrazech zvíře jako zástupný objekt citové frustrace. Používají nejdříve modrozelené barvy, což se může vysvětlit oslabeným emočním prožitkem, při delší spolupráci inklinuje výběr k teplejším barvám (Štorkán, 2016).

## **Doporučené výtvarné techniky**

Klienti trpící demencí potřebují k výtvarné činnosti spíše větší plochy než kreslit malé detaily.

Nejčastěji využívané techniky v domovech pro seniory jsou:

- Výtvarné techniky (kresba, malba, malování na porcelán, sklo, textil, hedvábí).
- Textilní techniky (textilní koláže, výroba polštářů, batikování textilu),
- Práce s papírem -mačkání jemného papíru do kuličky, stříhání, skládání, lepení, koláže a jiné techniky, barevné kartony.
- Modelování - zpracování modelíny oběma rukama, zpracování keramické hlíny.
- Práce s klovatinou, s přírodními materiály – obilí, listí, šípky, žaludy, kaštiny, bukvice (Charita, 2012).

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2009, s. 213 – 219) uvádí příklady arteterapeutických aktivit:

- **Malování na květináče**

Tato činnost není náročná na potřeby, postačí květináč, štětce a barvy. Nejosvědčenější je pokrývání celé plochy květináče jednou barvou, což dokáže i senior s pokročilou demencí. Po zaschnutí se zdobí květináč jinou barvou, kontrastní, která by ladila s podkladovou.

- **Malování na textil nebo papír skrze otiskování**

K tomuto je nutné vyrobit z brambor razítka, kdy se brambora přepůlí, zakrojí se do ní vykrajovátko a ostrým nožem se okrojí, lepší když to provede terapeut. Klienti mohou pracovat dohromady, jeden natírá barvu na razítka a druhý obtiskne. Vhodné je použít textil, vyrobí se např. vánoční ubrus.

- **Textilní koláž**

Poměrně jednoduchá činnost. Vystřihují se motivy na látkách a poté se lepí na papír v určité kompozici. Klienti v pokročilejší fázi demenci mohou potřebovat pomoc s lepením. Důležitý je přínos pro klienta, kdy mu přináší tato činnost radost, uvolnění a prožitek.

## **2.3 Biblioterapie**

Jedná se o terapii, kterou svým charakterem lze zařadit do samostatných expresivně-formativních terapií, které se vyčlenily z psychoterapie (Vališová, 2010). Tato terapie spadá do speciálně - pedagogických terapií. Biblioterapie je mezi vědami velmi mladou disciplínou. Je to způsobeno tím, že vznikala na základech psychiatrie a psychologie. Původně byla využívána při léčbě psychických poruch, což je praktikováno v současnosti ve Spojených státech amerických a v západní Evropě (Kruszewski, 2008, s. 219).

Biblioterapie pracuje s psaným textem, jehož hlavním cílem je navození žádoucího chování, prožívání, chování a jednání klientů. Termín biblioterapie vznikl z řeckých slov *biblion* = kniha a *therapia* = léčit a neznamenal pouze medicínské prvky léčení, ale i právě využití básní k léčbě. První přesnější vysvětlení pojmu *biblioterapie* pochází z roku 1941 a vyplývá z ní, že je to využití knih při léčbě nervových onemocnění. Sedmdesátá léta 20. století přinesla i rozdělení typů této terapie. Rubinová uvádí biblioterapii klinickou, která je ryze lékařská a aplikována během psychoterapeutických sezení psychiatrických klinik. Často se však spíše setkáme s biblioterapií institucionální. Klienti jsou rovněž hospitalizováni a využívaná literatura ukazuje psychický a zdravotní stav člověka (Svoboda

in Müller, 2014, s. 198). Svoboda in Müller (2014, s. 198) chápe biblioterapii jako „*záměrné, systematické a cílevědomé terapeutickovýchovné působení jednotlivými složkami literárního projevu na postižené, narušené, ohrožené a nemocné jednotlivce tak, aby napomohlo zlepšit anebo upravit jejich celkový stav ve smyslu zmírnění nebo eliminace problémů v chování a žití.*“

### **Literární složky**

Pro správné použití biblioterapie a její diagnostiku je nezbytné znát literární žánry a formy. Dnes se rozlišují tři základní žánry – próza, poezie a drama, které mezi sebou prostupují a zároveň vznikají nové žánry těžko kategorizovatelné. Existují i literární formy – narativní, tam řadíme povídky, balady, pohádky, mýty. Další je forma lyrická, sem spadají sonety, pořekadla, ódy, žalozpěvy. Poslední je forma dramatická, do které řadíme komedie, tragédie, frašky, veselohry. Biblioterapie se zakládá na narativní formě. Lyrická forma je využita především u poetoterapie a dramatická forma u dramaterapie (Svoboda in Müller, 2014, s. 200).

### **Členění biblioterapie**

Svoboda in Müller (2014, s. 200) uvádí šest skupin biblioterapie:

- **Poetoterapie** – využívají se lyrické prvky k léčbě.
- **Paremiologická** terapie – užívají se kratší slovní spojení, hádanky, aforismy.
- **Imagoterapie** – klient se vtělí do literárního hrdiny.
- **Narativní terapie** – klient je léčen skrz vyprávěný příběh.
- **Hagioterapie** – léčba skrz rozbor náboženského textu.
- **Pohádkoterapie** (skazkoterapie) – léčba pomocí pohádek.

### **Dále je dělena na oblasti svého působení:**

- **Bibliopsychologie** – působení četby na vnitřní život člověka a vztah ke knize.
- **Bibliopedagogika** – zaměřuje se na edukační vliv knihy a četby na klienta.

Cílem expresivních terapií je co největší emocionální působení na jedince. V některých případech může být výsledkem expresivních terapií až umělecké dílo. Pokud s tím bude klient souhlasit, je dobré ono dílo vystavit na odív ostatním.

## **Realizace biblioterapie**

Biblioterapii lze aplikovat individuálně i skupinově (asi 15 – 25 osob), klient si může sám aplikovat biblioterapii (autobiblioterapie) a procházet léčivým procesem sám a nabíjet se pozitivní energií. Samotný proces biblioterapie má základ v racionálním a emočním vnímání knihy. Nejdříve je aktivován emoční prvek, silné emoce vtáhnou klienta do děje a později se zapojuje racionální složka. Klient je většinou pasován do role hlavního hrdiny a řeší jeho problémové situace. Děj je tedy inspirací pro klienta v jeho řešení problémů (Svoboda in Müller, 2014, s. 201). Biblioterapie, z hlediska psychologických i speciálně pedagogických disciplín, psaní osobních deníků klientů, někdy se prolíná s tvůrčím psaním.

## **Biblioterapeutické domény**

Tyto domény se ohraničují podle způsobu práce s klientem a podle využití materiálu k terapii. Speciálně pedagogická praxe využívá následné dělení:

- **Psychosomatika a psychosociálně orientovaná biblioterapie** – vhodná literatura s podobným zdravotním či psychickým problémem klienta. Má působit motivačně.
- **Řízená biblioterapie psychorelaxační** – podstatou je řízená vizuální imaginace, kdy klient poslouchá text s hudebním pozadím. Pomocí hypnotických frází přichází změna vědomí a naskýtá se možné řešení potíží.
- **Řízená biblioterapie edukační** – kromě terapeutického působení se zde uplatňuje i výchovné působení, propojení různých poznatků. Nejčastěji skrz encyklopedie.
- **Biblioterapeutické psaní deníku** – klient píše sám, u seniorů díky nim nalezneme společný čtenářský zájem nebo využití při reminiscenční terapii.
- **Biblioterapie jako tvůrčí psaní** – snaha vzbudit v klientovi tvůrčí potenciál.
- **Biblioterapie narativní** – nejčastěji probíhá ve skupině, vzájemné předčítání oblíbených pasáží či celých knih. Slouží k diskuzi nad tématem a rozdílných emočních prožitků.
- **Biblioterapie lyrická** – má poetický charakter, ale nezabývá se rytmikou a zvukomalbou. Jedná se o skládání veršů.
- **Biblioterapie virtuální** – využívá moderní technologie a sociální sítě, kdy se seskupí lidé se stejným zájmem se literárně vzdělávat.
- **Biblioterapie polyestetická** - spojení arteterapeutických prvků s texty, dvojrozměrné objekty - grafika, kresba (Svoboda in Müller, 2014, s. 209).

## **Biblioterapie u seniorů**

Zájem seniorů o aktivity s přibývajícím věkem klesá, ale mohou se udržovat aktivní i nenáročným způsobem. Kromě poslechu rádia a televize sem nepochybně patří četba knih, novin, časopisů. Význam četby pro seniory je nesporný, dává jim pocit činnosti a udržuje jejich kulturní úroveň (Vášová a Černá, 1989, s. 96). Výběr četby závisí na jejich dosaženém vzdělání, psychice a sociální příslušnosti. Nejčastějším motivem pro četbu je snaha seniorů pobavit se. Dílo jim pomáhá zpestřit všední dny.

Institucionální biblioterapie je uplatňována především v nemocničním prostředí, ale i v domovech pro seniory. Většinou jsou zde k těmto účelům zaměstnání knihovníci nebo sociální pracovníci, kteří vedou i nemocniční knihovnu. Kontaktují pacienty a nabízejí nebo doporučují jim knížky, které zlepšují náladu. Proto by nabízená literatura měla být jednoduchá a lehká, ale je nutné přihlížet ke stupni intelektuální úrovně a čtenářské angažovanosti pacientů. Pro jednoho to může být kniha Jaroslava Haška *Osudy dobrého vojáka Švejka*, pro intelektuálního čtenáře to mohou být povídky Bohumila Hrabala (samozřejmě ne všechny, protože kniha má pomoci k relaxaci a ne vyvolávat smutek, proto se nedoporučuje např. *Příliš hlučná samota*). Role knihovníka je zde orientována na správnou volbu čili správný výběr knihy pro klienta (Kruszewski, 2008, s. 223).

## **Skazkoterapie**

S touto terapií jsem se setkala v domově pro seniory. Tento druh terapie využívá pohádky jako prostředek k dosažení terapeutických cílů. Systematicky se v České republice nevyužívá, přesto ho lze v některých zařízeních najít. Nejvíce je uplatňována v Rusku jako samostatná terapie. Vymezuje se jako samostatný systém nebo jako pohádka - účinný psychoterapeutický prostředek (Kruszewski, 2008, s. 223).

Skazkoterapie je procesem hledání smyslu života, vědomostí o světě a vztazích v něm. Zkoumá vztahy mezi motivem pohádky a chování v realitě. Napomáhá zlepšit klientovu vnitřní podstatu a je útekem do snů, které se prostřednictvím pohádky naplní. Princip terapie pohádkou spočívá v seznámení klienta s jeho silnými stránkami, napomáhá mu uvědomit si své chování, hledá optimální východiska z problémových situací, podporuje dovednost naslouchat sobě i druhému (Polínek in Müller, 2014, s. 229).

Cíle skazkoterapie jsou v působení na formování etického vědomí, rozvíjí duševní prožívání a působí na morální chování. Může se zdát, že tento druh terapie je určen pouze dětem, ale naopak je využit u dospělých jedinců.

Pracuje se třemi typy pohádek, jsou jimi lidové pohádky, pohádky známých autorů a speciálně vytvořené pohádky pro psychoterapii (Polínek in Müller, 2014, s. 230). Při této terapii je účinnost v symboličnosti, která nese potenciál pro bezpečné osobní projekce. Při tvorbě psychoterapeutických pohádek se předkládá souvislost s aktuálním problémem, tématem, či potřebou skupiny nebo jedince. Pohádka se dá využít i k diagnostice problému.

Skazkoterapie má své fáze, které Polínek in Müller (2014, s. 232) definuje takto:

- **Počáteční fáze** – slouží k navození atmosféry, využívá se rituálů vzývání pohádky.
- **Seznámení s konkrétní pohádkou** – zapojení i členů skupiny v předčítání, ponechání otevřeného konce.
- **Analýza pohádky** – diskuze nad pohádkou, rozebrání obrázku na základě pohádky.

### Účinky skazkoterapie

- Oživení imunologického systému, a tím zaktivizování samoléčby.
- Posílení radosti ze života.
- Vytvoření si odstupů od vlastních problémů.
- Pomoc při zbavování se strachu a úzkosti.
- Zmobilizování aktivity a odvahy.
- Podpora vnitřní spokojenosti a pohody.
- Posílení víry ve vlastní sílu (Kruszewski, 2008, s. 223)

Senioři si velmi dobře vzpomenu na pohádky svého dětství a tento prožitek jim přináší radost.

## 2.4 Canisterapie

Tuto terapii lze definovat jako pozitivní až léčebné působení zvířete, konkrétně psa, na člověka (Klech in Müller 2014, s. 450). Dále je také užíván termín animoterapie nebo animalterapie. Animoterapie využívá domestikovaných zvířat (koní, koček, psů) k léčbě psychiky a osobnosti člověka. Léčba pomocí zvířat zahrnuje péči o ně, dotýkání, hlazení, kontakt s nimi, komunikaci přes zvíře. Autorkou termínu canisterapie byla Jiřina Lacinová, stala se průkopnicem v této oblasti. Užší pojetí canisterapie znamená využití psa v podpůrné alternativní terapii. Pro člověka je pes velkým motivačním činitelem a tlumí nežádoucí a negativní projevy člověka.

Z hlediska historického vývoje je mezníkem v České republice již zmíněný rok 1993, kdy se rozvíjí organizované aktivity se psy a vytváří se terapeutický systémový přístup. V roce 1997 vznikla Canisterapeutická společnost, která již dnes neexistuje. Vycházela ze zahraničních zkušeností a v České republice zavedla udělování atestů pro psy. V roce 2003 se sjednotila pravidla a podmínky provozování canisterapie (Canisterapeutické centrum Zlín, 2014).

### **Metody canisterapie**

- **Aktivity za pomoci zvířat** – primární je zde přirozený kontakt člověka se zvířetem, který poskytuje motivační, odpočinkový a terapeutický prospěch. Zvyšuje kvalitu života. Hlavní jsou pocity radosti, štěstí a spokojenosti. Tyto aktivity lze členit na pasivní formu, kdy klienti zvířata pouze pozorují např. akvária s rybami, nebo na aktivní formu, která je náročnější. Je určena institucionálním klientům, pro jejichž život je typická organizovanost, kontrola, nedostatek soukromí. Může být prováděna individuálně či skupinově. Pes může být také stále přítomen v instituci či dochází zooterapeut se zvířetem.
- **Terapie za pomoci zvířat** – jedná se o cílený kontakt člověka a zvířete. Podstatou je zlepšení psychického nebo fyzického stavu. Toto by měl poskytovat pouze profesionál. Výsledky každého sezení spolu s pokroky v léčbě musí být dokumentovány v osobních záznamech klienta. Typické jsou hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, polohování, hlazení a péče o psa (Canisterapeutické centrum Zlín, 2014).
- **Vzdělávání za pomoci zvířat** – typické je předávání informací hravou formou a názornou ukázkou. Zvíře je prostředníkem v celém procesu a působí motivačně.
- **Krizová intervence za pomoci zvířat** – smysl spočívá v odbourání stresu a celkovém zlepšení fyzického a psychického stavu klientů, kteří se ocitli v krizové situaci (myšleno kriminální čin, přírodní katastrofy). Je nutná přítomnost zooterapeuta, který má znalosti psychologie (Klech in Müller, 2014, s. 478).



## **Canisterapii lze provádět následujícími způsoby:**

- **Individuální canisterapie** (polohování), která se využívá u klientů se zdravotním postižením. Spočívá v přímém kontaktu klienta a psa. Polohování může probíhat na boku, vkleče, na zádech. Pes předává svou pozitivní energii a teplo na klienta. Tímto ho přivádí do pozitivního psychického a fyzického stavu. Nevýhodou je časová náročnost při množství klientů, kterým by tato metoda pomohla.
- **Skupinová canisterapie** – té se účastní 6 – 8 klientů, což je výhodné, avšak nenaplní se individuální cíle klientů.
- **Návštěvní program** – nejčastější forma canisterapie, kdy v pravidelných intervalech dochází canisterapeutický tým do zařízení (Galajdová, 2011, s. 105).
- **Jednorázové canisterapeutické aktivity** – tyto aktivity se mohou týkat široké veřejnosti či uzavřeného okruhu lidí. Spočívají ve veřejných přednáškách, seminářích a dotýkají se zdravých jedinců i osob s postižením.
- **Pobytový program** – podstata spočívá v pravidelném pobytu často spojeným s ozdravným programem v prostředí, kde se poskytuje zooterapie.
- **Rezidentní program** – znamená umístění zvířete do zařízení, s tím, že se zvíře může stát majetkem klienta nebo zařízení. Jsou určeny specifické podmínky, za kterých je pes předán (Klech in Müller, 2014, s. 480).

## **Výběr psa pro canisterapii**

Mnozí lidé se mylně domnívají, že každý pes je vhodný pro canisterapii. Velmi záleží na povahových vlastnostech psa, jeho výchově a vztahu k lidem. Vhodnost plemene se dá předpokládat na základě citlivosti plemen. Nedá se jednoznačně určit nejvhodnější plemeno. Nejčastěji se v praxi setkáváme s osobami, které si psa pořídily a zájem o canisterapii se u nich projevil až posléze. Pak jsou zde lidé, kteří si psa již pořizují se záměrem věnovat se canisterapii a znají všechny podmínky a postupy při poskytování terapie.

Pes by měl splňovat základní požadavky. Klech in Müller (2014, s. 482) uvádí:

- Neagresivnost psa, nevznětlivost, s útěkovou technikou reakcí.
- Nadmíru socializovaný s prostředím města, dopravy, budov.
- Je socializován s člověkem, nevadí mu senioři s holí, hlučné děti, matky s kočárky, člověk na vozíku, osoby ležící na zemi, různá etnika.
- Umí základní povely, jako jsou lehni! sedni!

- Zná speciální povely jako vyskočit na lůžko, položit tlapky na klienta.
- Je vychován myšlenkou, že lidé jsou přátelé.
- Pes nemá negativní zkušenost s člověkem, nebyl týrán ani napaden.
- Není úzkostně závislý pouze na svém pánovi.
- Je zdravý, čistotný a přátelský.
- Je cíleně a aktivně vychován, cvičen a veden.

Votava (2003, s. 161) klasifikuje psy využívané pro zdravotně – sociální obor na tři skupiny.

- **Psi servisní** – pomáhají s každodenními potřebami osob s handicapem a pomáhají jim překonat problémové situace.
- **Psi canisterapeutičtí** – působí pozitivně na psychosociální rovinu člověka podpůrnou rehabilitací.
- **Psi diagnostičtí** – asistují včasné diagnostice, dokáží svým čichem poznat některé projevy nemoci či psychosomatických stavů dříve než se projeví klinicky.

Klech in Müller (2014, s. 484) rozšiřuje klasifikaci psů ještě o čtvrtou skupinu:

- **Psi záchranářští** – speciálně vycvičení psi pro vyhledávání pohřešovaných osob v terénu, po přírodních katastrofách.

Canisterapie se doporučuje u klientů s mentálním, smyslovým, tělesným postižením, u klientů v logopedii, psychologii, psychiatrii, geriatrii. Naopak ji nelze provádět u jedinců alergických na srst zvířete, při některých akutních stavech nemoci, kynofobii, otevřených ran a u klientů, kteří nemají zájem a chuť být se psem.

### **Canisterapie u seniorů**

Velké uplatnění si canisterapie našla u klientů seniorů. Pes může starému člověku nabídnout přátelství, lásku, pocit vzájemné potřeby a respekt. Zvíře plní roli zastoupení chybějících mezilidských vztahů. Pes dodává pocit jistoty, bezpečí a napomáhá k zmírnění pocitu osamění (Canisterapeutické centrum Zlín, 2014). Je dobrým prostředníkem k lepší komunikaci a navázání kontaktu s okolím (Klech in Müller, 2014, s. 486). Návštěvy psa v domově pro seniory probíhají jednou za čtrnáct dní až měsíc. Pes prolomí ticho, podnítko konverzaci a psovod ji udržuje. Pes uvolňuje atmosféru a představuje bezpečné neutrální téma hovoru. Pokud umí reagovat i na neobvyklé pokyny, vyvolá v klientech úsměv a lidé se otevřou na tuto chvíli pro své okolí. Pokud má klient špatný den, je nahněvaný, často

se tyto pocity polarizují a mění se v zájem a v uvolnění. Pes je vytáhne z jejich ulity (Galajdová, 2011, s. 97).

Terapie má také své fáze, dle Klecha in Müller (2014, s. 487) jde o tyto následující:

- **Seznámení se psem** – v této fázi se vyskytují různé reakce klientů na psa. Určují se základní pravidla a povinnosti pro další setkávání.
- **Zvykání si na přítomnost psa** – tato doba je různě dlouhá, každý klient je individuální a nedá se přesně vymezit doba, kterou bude potřebovat pro přivyknutí si na psa.
- **Dotýkání se psa** – tato fáze je vymezena pro konkrétní dotyky psa, jeho česání, hlazení, krmení pamlsky.
- **Cílená komunikace (hra)** – rozvíjí se vzájemná komunikace mezi psem a klientem.
- **Umocnění vjemů** – konečná fáze, s výsledkem spokojeného klienta.

Canisterapie má blahodárny vliv na klienta, působí na jeho hrubou a jemnou motoriku, motivuje k pohybu jedince, podporuje kognitivní funkce a napomáhá při verbální i neverbální komunikaci, udržuje dobrou psychickou pohodu, podporuje samostatnost a soběstačnost (Klech in Müller, 2014, s. 487). Mnoho starých lidí si s pejskem povídá, někteří mu nahlas čtou noviny. Galajdová (2011, s. 31) uvádí, že pes dokáže u lidí s Alzheimerovou chorobou vyvolat dávno skryté emocionální vzpomínky a fakticky zlepšuje stav takto nemocných. Je dokázáno, že pes odstraňuje pocity osamění a zlepšuje imunitní systém člověka. Mnoho seniorů má ve svém původním domově psa, ale pokud musí být jedinec umístěn do instituce, nemůže si vzít s sebou svého mazlíčka. Často tím velmi trpí a dramaticky to působí na jeho kondici. Ztrácí důvod dále žít. V domově pro seniory klientům utíká čas jinak, vnímají, zda je rodina navštěvuje či nikoliv. Pak přijde pes a vnutí se do jejich pozornosti, nechá se pohladit. Lidé pookřejí a opět se na něco těší. Je tím pádem jisté, že canisterapie působí blahodárně i na psychickou složku seniora, vyvolává u něj smích, radost, spokojenost, pohodu. V kognitivní oblasti pak působí na vnímání, smysly, pozornost a soustředění (Sayoud Solárová, 2010, s. 26).

Velemínský (2007, s. 135) uvádí, že senioři se setkávají v domovech pro seniory nejčastěji s problémy v adaptaci na nové prostředí, se zdravotními problémy, které s věkem stoupají. A rovněž se smutkem, protože opouští své bydliště, své blízké a vědí, že se již domů nevrátí. Stoupá pocit osamělosti, odchod do domova pro seniory vnímají jako odložení, cítí

se nepotřební. Pokud senior trpí demencí, nastává situace poněkud složitější. Takový člověk se bohužel správně nepostará o zvíře v domácím prostředí. V instituci má ale přítomnost zvířete na jedince velký význam. Prostředí instituce působí více domácí dojmem a stává se prostředkem pro komunikaci mezi lidmi a v neposlední řadě je prevencí syndromu vyhoření pro pečující personál (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, 229).

Psi lidskou společnost provázejí již po staletí a snaží se jí přizpůsobit. Poskytují nám lidem pocit pohodlí, sociální podpory, snižují naši úzkost a krevní tlak, učí nás empatii, věrnosti, zodpovědnosti a přátelství (Galajdová, 2011, s. 80).

## 2.5 Ergoterapie

Ergoterapie je oborem, který přispívá k podpoře zdraví a duševní rovnováhy skrz vhodně zvolenou a smysluplnou činnost (Pfeiffer a kol. in Müller, 2014, s. 441). Dříve se používal termín *pracovní terapie* (od 70. let 20. století se nepoužívá tento termín), avšak nevystihuje výstižně podstatu terapie, proto se odborníci shodují na výrazu ergoterapie. Matoucí by mohl být termín *pracovní rehabilitace*, ten má ale jiný význam. Znamená soustavnou přípravu klienta na určité povolání (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 142). Termín vznikl, ze slova *ergo* – práce, dílo a *therapeuo* – obsluhovat, pečovat.

Ergoterapie pomáhá lidem znovu se začlenit do běžného života a vykonávat běžné denní činnosti i přes jejich postižení či poruchu (Krivošíková, 2011, s. 13). Nevztahuje se pouze k oblasti zaměstnání, ale ke všem činnostem, které vyplňují volný čas a dávají životu smysl. Jedinec těmito činnostmi potvrzuje sám sebe a celkově přispívá ke svému zdraví. V ergoterapii se tyto činnosti nazývají oblastí výkonu zaměstnání a dělí se do třech velkých skupin:

- Všední denní činnosti.
- Práce a produktivní činnost.
- Hra a volný čas (Krivošíková, 2011, s. 14).

Zvolené činnosti saturují osobní a sociální potřeby klienta, jejich aktuální stav, věk, pohlaví. U osob s fyzickým postižením se užívá biomechanický, neurovývojový a kognitivní přístup. Spadá sem Bobathův koncept, pohybová terapie. U jedinců s psychosociálními problémy se využívá behaviorální, kognitivně-behaviorální a psychodynamický přístup (Krivošíková, 2011, s. 23).

## Ergoterapeutické činnosti

Krivošíková (2011, s. 23) uvádí pět oblastí těchto činností:

- **Zaměřené na nácvik denních činností** – klient je omezen v běžných základních fyzických činnostech. Spadá sem osobní hygiena, přesun na WC, stravování, mobilita, manipulace s penězi. Ergoterapeut pracuje s kompenzačními a substitučními mechanismy. Příkladem je klient po poškození mozku, který se ve stoje neoblékne z důvodu porušené rovnováhy, obléká se tedy vsedě.
- **Zaměřené na nácvik pracovních činností** – cílovou skupinou jsou především osoby v produktivním věku a dospívající. Cílem je začlenění klienta do původního zaměstnání, případně upravit pracovní prostředí.
- **Zaměřené na zaměstnávání** – důležitý je výběr aktivit pro klienta s přihlédnutím k jeho individualitě. Využívá se i kreativních technik jako je keramika, práce s papírem.
- **Zaměřené na poradenství** – poskytnutí informací o různých službách, nárocích. Pomoc a rada v nepříznivé situaci. Příkladem může být konzultace o novém vhodnějším uspořádání nábytku, tak aby více vyhovoval potřebám klienta. Doporučí vhodné kompenzační a technické pomůcky klientovi.
- **Funkční** – intenzivní procvičování porušené oblasti. Zvyšuje se svalová síla, cvičení jemné motoriky. Tohoto dosahuje ergoterapeut pomocí intenzivního opakování.

## Ergoterapeutický proces

Existují dva postupy v práci ergoterapeuta. Prvním je *přístup shora dolů*, který směřuje k sociálním rolím klienta a na aktivity s tím související, v jakých aktivitách je omezen a proč. Příkladem může být žena po cévní mozkové příhodě a její touha uvařit rodině oběd. Výhodou tohoto přístupu je dosažení větší nezávislosti a samostatnosti, přestože porušená funkce se nenapraví. Druhým je přístup *zdola nahoru*, který vychází od tělesných funkcí k aktivitám. Příkladem je omezený rozsah ramenního kloubu, bude mít potíže podat si věci z výše uložených míst. V tomto přístupu předpokládáme, že se funkce automaticky obnoví (Pfeiffer a kol. in Müller, 2014, s. 443).

## **Fáze ergoterapeutického procesu**

Nejdůležitější je diagnostika a hodnotí se i zbytkový potenciál člověka, používají se různé baterie testů pro zjištění aktuálního stavu klienta, rozhovor, pozorování a spolupráce multidisciplinárního týmu. Používají se tři druhy vyšetření. Funkční vyšetření se zaměřuje na to, jak je klient soběstačný v denních činnostech. Druhé vyšetření je dynamické, které se zaměřuje na odpovědi klientů k zadaným úkolům. Třetí je vyšetření jednotlivých kroků, zejména percepčních a konstrukčních schopností (Pfeiffer a kol. in Müller, 2014, s. 442). Po vyhodnocení se vytvoří plán s krátkodobými i dlouhodobými cíli ergoterapeutického procesu. Každý plán je konkrétně připravován pro každého klienta zdravotně-sociálním týmem. V zařízeních pro klienty s demencí se skládá multidisciplinární tým z ošetřujícího lékaře, neurologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka a pečujícího personálu (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 142). Zhodnocují se také terapeutické intervence a jejich efekt na klienta i prováděné činnosti, jimiž se vyhodnocuje, jaké části těla se zapojují (Votava, 2009, s. 29).

Celá ergoterapeutická intervence se neobejde bez navázání vztahu terapeuta a klienta. Ergoterapeut musí pochopit klienta, jeho potřeby, zvyklosti v prováděných činnostech. Všechny kroky by měly směřovat ke zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnutí běžných činností, volnočasových aktivit. Klient senior v institucionální péči bude potřebovat smysluplně strávit volný čas, zato člověk po úraze může potřebovat pomoci k znovuzачlenění do pracovního procesu (Pfeiffer a kol. in Müller, 2014, s. 444).

## **Ergoterapie u seniorů**

Podstatou ergoterapeutických intervencí u seniorů je úsilí o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti a posílení jejich důstojnosti. To se většinou neobejde bez kompenzačních pomůcek či pomoci pečujících. Využití moderních pomůcek, ať už se jedná o polohovatelné lůžko, elektrický vozík je finančně náročné, ne však zbytečné. Pomůcka je levnější než náklady na péči druhé osoby (Švestková, 2008, s. 12). Ovšem zkušenosti z praxe ukazují, že u klientů s demencí nelze ve větším měřítku používat technické kompenzační pomůcky. Je to logické, díky zhoršené funkci kognice se již tito lidé nenaučí s pomůckami zacházet a nejsou na ně zvyklí (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 144). Podstatným faktem pro ergoterapeuta je, že většina starších jedinců se ráda zaměstnává činnostmi, které dříve vykonávaly každodenně. Podle toho by měl vypadat ergoterapeutický program, připravit ho tak, aby vyhovoval potřebám seniora. V těchto případech nejde již o učení se novým věcem, podávání mnoha informací, ale o vytvoření příjemné atmosféry,

kteřá zároveň aktivuje psychickou a fyzickou stránku člověka. V začátcích práce ergoterapeuta se seniory je důležité umět je motivovat. Ergoterapeut musí počítat s negativistickými postoji klientů, jejich depresivním laděním, strachem a podceňováním jejich vlastních sil. Podstatné je, aby jakákoliv činnost měla svůj smysl, vhodná je výroba dárků pro rodinu a blízké seniorů (Pfeiffer, 1990, s. 50).

V domovech pro seniory se uplatňuje v ergoterapeutické intervenci nácvik a udržení co největší samostatnosti. Procvičují se činnosti spojené s oblékáním, osobní hygienou, stravováním. Nešvarem pečujícího personálu je, když tyto sebeobslužné aktivity udělají za klienta, snižují tím jeho soběstačnost. Mnohé ústavy se potýkají s nedostatkem personálu a tímto urychlením stihnou více činností, které jsou na ně kladeny (Pidrman, 2007a, s. 93).

Náročnější je ergoterapie u klientů trpících demencí. Ergoterapeut se individuálně klientovi věnuje a nacvičuje s ním například orientaci v prostředí, výcvik pravo-levé orientace, orientace na těle, jemné motoriky, apraxie, stereognozie, koordinace, dále se zabývá cvičením paměti, tréninkem počítání, sensorickou stimulací, reprodukcí obrázků, čtením a dalšími činnosti zvolenými podle konkrétních potřeb seniora. Potíže s chůzí a stabilitou lze vyřešit botami s pevnou patou a čtyřbodovými holemi. Obtížné vstávání z lůžka se nacvičuje správným stereotypem – klient se přetočí na bok, pomalu se z něho posadí vzepřením ruky o postel, dolní končetiny visí z lůžka a klient chvíli sedí a poté pomalu vstává. Při inkontinenci se nacvičuje mikční režim (pravidelné vyzývání klienta k použití WC každou hodinu a použití vložek jako jistoty, v poslední fázi se přistupuje k používání plenkových kalhotek (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 145). Avšak jak vyplývá z prognózy onemocnění, ergoterapie své místo nebude mít v konečném stádiu této nemoci.

## **2.6 Ostatní speciálně pedagogické přístupy pro osoby s demencí**

### **Muzikoterapie**

Tato terapie označuje terapeutické metody, kde je dominující hudba. Pracuje s rytmy, zvuky, umožňuje vytváření hudby, ale i jen její poslech, vnímání zvuků (Sayoud Solárová, 2010, s. 28). Pomocí tónů se pracuje s uvolněním a napětím těla, hudba tedy může působit relaxačně, iritačně a stimulačně. Klient se může zúčastnit této terapie aktivně sám např. zpěvem, při pasivní účasti odkrývá své potlačované emoce. Při terapii se zpívají písně s hudebními nástroji, jako jsou dřívka, bubínky, zvonečky, nebo se hraje na vlastní tělo např. tleskání, luskání, či se pouze poslouchá hudba a nechává se působit na jedince (Votava, 2003, s. 155). Klienti trpící demencí, kteří mají komunikační schopnosti již porušeny, jsou

schopni si vybavit celé texty písní, když slyší hudbu, kterou znali (Hátlová a Suchá, 2005, s. 28).

### **Kinezioterapie**

Jedná se sice o somatoterapeutickou metodu, která využívá cíleně zaměřené pohyby, avšak působí jako léčebná metoda spolu s farmakoterapií, biologickou a psychologickou terapií. Pracuje nejen s fyzickými silami člověka, ale i psychickou složkou jedince. Pohyb je spojením našeho vnitřního a vnějšího světa a přináší nám pocity harmonie (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 189).

Tyto pohyby vedou k sebepoznání, zvyšují sebeúctu, snižují úzkost, depresi, zvyšují odolnost vůči zátěži a mají euforizační účinky (Hátlová a Suchá, 2005, s. 31). U osob s demencí je nutné vzít při cvičení v potaz, že mají zhoršenou hrubou motoriku, jsou rigidní a mají narušené prostorové vnímání, mají porušenou pravolevou orientaci, je lepší zvolit označení *první ruka* a *druhá ruka* (Štílec, 2003, s. 33). Kinezioterapeut by měl dbát, aby se nepoužívaly cviky se záklonem hlavy, protože omezují krevní oběh v arteriích vedoucích do mozku. Potíž nastane, když se terapeut věnuje opravám cviků jednoho klienta, ostatní ztrácí soustředění a přestávají cvičit. Přesto pohyb je velmi prospěšný pro jedince s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 190).

### **Terapeutické pečení (vaření)**

Tato činnost je ve většině kolektivů osob s demencí velmi oblíbená, protože se jedná o pohyb, který tyto osoby dělaly tak dlouho, až se zautomatizoval (Zgola, 2003, s. 192). Senioři rádi pečou a vaří sladká jídla. Výhodou je, že mohou pracovat skupinově a vytváří kolektivní dílo. Díky této stereotypní aktivitě se zapojují i lidé v pokročilém stádiu nemoci, zejména ženy. Díky tomu, že vaření a pečení jsou běžnou součástí života, vrací jim tato aktivita pocit normality a nebojí se, že něco nezvládnou udělat (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 224). Bez obtíží zvládají loupání, krájení, strouhání jablek a brambor, vypeckování většího ovoce, hnětení a válení těsta. V této činnosti se využije i senzorická stimulace, kdy např. vůně jablkového závinu vyvolá příjemné vzpomínky.



## **Kognitivní stimulace**

Spočívá v trénování paměti v podobě cvičení paměti, pozornosti, myšlení prostřednictvím pexes, křížovek, puzzle, doplňování říkanek, slovní hry atd. Kombinace tréninku paměti a psychomotorického tréninku působí na úroveň paměťových výkonů, posiluje soběstačnost a podporuje prokrvení mozku. Klientům s demencí přináší radost a zábavu (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 158).

## **Bazální stimulace**

Tento koncept vyvinul v 70. letech 20. století německý speciální pedagog Andreas Fröhlich. Poznatky ukázaly, že bazální stimulace má význam pro lidi všech věkových kategorií, zdravé a hlavně nemocné. Tato metoda je vhodná pro klienty v závažných stavech, poraněních, poruchách vědomí. V péči o seniory s demencí se nejvíce využívá v pokročilém stádiu demence a terminálních stavech (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 248). Podstatou práce terapeutů pracujících s bazální stimulací je jejich pokus nabízení podnětů a pohybů v navázání komunikace s lidmi se změněnou schopností vnímat.

Cílem jejich snažení je podpora a umožnění vnímání tak, aby docházelo u klientů:

- Ke stimulaci vnímání vlastního těla.
- K rozvoji vlastní identity.
- K umožnění komunikace s okolím.
- Ke zvládnutí orientace v prostoru a čase.
- Ke zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007, s. 24).

Bazální stimulace je založena na empatickém vztahu s klientem i jeho rodinnými příslušníky. Poznává se život klienta, jeho rodina, co má a nemá rád. Důraz je kladen na příjemnou stimulaci všech smyslů, nejen zraku a sluchu, ale především hmatu, vůně a chutí (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 249). Dnes je uznávaným konceptem na poli speciální pedagogiky i ošetřovatelství.

## 3 Péče o člověka s demencí

### 3.1 Komunikace s jedincem trpícím demencí

Komunikace v jakékoliv podobě nás provází celý život, o to závažnější je, když nám ji něco stěžuje.

Jedinec trpící demencí má zvláštní komunikační potřeby. Nemoc mu působí potíže nejen s každodenním fungováním, ale zbavuje ho i vhledu a pochopení, které mu brání se s nemocí srovnat. K navázání efektivní komunikace s jedincem, který má postižené kognitivní funkce, je dobré se řídit těmito hlavními zásadami:

- Jedinec trpící demencí komunikuje nestandardním způsobem. Tato potřeba pramení z jeho citové angažovanosti, neschopnosti dělat kompromisy a přizpůsobit se.
- Zodpovědnost za správné porozumění je vložena do rukou pečující osoby.
- Nejdůležitějším úkolem je nastolení a podpora partnerství, úcta a důvěra.
- Je důležité si uvědomit, že porucha komunikace u osob s demencí nezmizí, ale dají se naučit používat účinné strategie při řešení komunikačních problémů.
- Respektujeme identitu člověka, neoslovujeme ho familiárně „babi“ nebo „dědo“.
- Nemluvíme s takto nemocnými jako s dětmi, ani obsahem nebo formou.
- Počítáme, že je na místě trpělivost a nespěchat.
- Komunikace by měla směřovat k udržení soběstačnosti člověka a ne mu připomínat nemohoucnost a dovést ho tím k imobilizaci (Pokorná, 2010, s. 49).

Při počínající demenci se snažíme jedince vrátit do reality tím, že mu sdělíme skutečnost. Pomáháme mu tím uchovat informace o sobě samém, o místě, kde se nalézá a o lidech, kteří ho obklopují. Při denních činnostech ho nenásilně vracíme do reality, oslovujeme ho jménem, opakujeme, co děláme a proč to děláme a tím upevňujeme jeho podvědomí. Při pokročilé demenci nikdy nesmíme vyvracet nemocnému jeho prožitky, on je v tu chvíli tak vnímá a cítí. Na pečujících osobách je zjistit, proč tak člověk jedná, co tím vyjadřuje (Klevetová a Dlabalová, 2002, s. 114).

#### Řeč a jazyk

Řeč je schopnost vyslovovat slova a jazykem kódujeme myšlenku do slov. V počáteční a střední fázi nemoci řeč obvykle poškozena není. Vada se objevuje, když Alzheimerovu nemoc doprovází symptomy Parkinsonovy choroby, nebo když jsou postiženy řečové svaly. Nemocný může vyslovovat dobře slova, ale ta nemusí přesně

vyjadřovat jeho myšlenky a pocity. Problém může vyvstat s poznáním slov, pochopením dlouhých souvětí, a sledováním směru hovoru. Expresivní jazyk tkví ve správném se vyjádření a receptivní jazyk ve schopnosti někomu porozumět.

### **Expresivní jazyk**

Jedinec může ztratit schopnost najít správná slova, problém sestavit větu se správným slovosledem, tak aby přesně vyjadřovala myšlenku. Potíže nastávají, když člověk původně zamýšlená slova nahradí slovy podobného významu nebo podobně znějící. Jsou to tzv. *parafázické chyby* např. „matka“ místo „žena“. Často osoby s demencí charakterizuje použití slovního opisu. Spočívá v nahrazení jednoduchého slova komplikovanými popisnými frázemi. Např. „ta kulatá věc s barevnou šťávou“ může vyjadřovat pomeranč. Při větším poškození jazyka můžeme hovořit o „slovním salátu“. Může také zůstat pouze několik ustálených vět či slov, kterými se nemocnými snaží vyjádřit všechno. Náročné je to pro pečovatele, který se musí soustředit na pochopení kontextu, na znalost osobnosti člověka s demencí, jeho častá témata, výraz tváře a tón hlasu (Zgola, 2003, s. 133).

### **Receptivní jazyk**

Další stránkou řeči je porozumění. V začínající fázi onemocnění může mít osoba, která se ještě dobře vyjadřuje, potíže s porozuměním určitého obsahu sdělovaného nebo otázky. Přestává jí být jasný kontext. Tato neschopnost porozumět se projevuje jako zvýšené napětí či podrážděnost. Osoba s demencí se snaží vypořádat se vzniklou situací a při tom předstírat, že rozumí. Člověk s poškozenou schopností porozumět řeči přestává rozeznávat některá slova, a když je slyší, nedokáže jim dát význam. Pečující osoby by si měly udělat seznam slov nebo synonym, kterým skutečně jedinec s demencí rozumí. Důležité je také udržení pozornosti během hovoru, což lidem s demencí činí problém (Zgola, 2003, s. 136).

### **Psaný jazyk**

Toho využívají pečovatelé nejčastěji, aby se domluvili s člověkem trpícím demencí. Avšak pokud se ztratí schopnost porozumět psanému slovu, stává se pro člověka zdrojem frustrace. Způsob zjištění, zda psanému slovu člověk s demencí rozumí, je jednoduchý. Na papír se napíše jednoduchý pokyn např. „Zatleskej“. Přestože osoba pokyn nahlas přečte, nemusí tomu, co čte, rozumět a pokyn nevykoná. V tomto případě tedy orientační tabule, instrukce a označení ztrácejí na významu (Zgola, 2003, s. 137).

### 3.2 Rodinná (neinstitucionální) péče

Většině lidí je nejlépe doma. Je to místo, které poskytuje pocit bezpečí a jistoty a je nám známé. Pokud nastane situace, že senior ztrácí své síly, rodina se snaží pečovat, dokonce se přestěhují do společného bydlení. Má to svá pozitiva, ušetří se čas, usnadní se péče, která je rozdělena mezi členy rodiny, senior se necítí sám a cítí se bezpečněji. Negativa mohou vyvstat ve vzájemných vztazích, děti seniorů jsou již ve středním věku, mají své rodiny a svá pravidla ohledně chodu domácnosti. Také prostory společného soužití nemusejí být dostačující a je narušeno soukromí všech.

Mlýnková (2011, s. 63) uvádí překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky:

- **Nevyhovující bydlení** – malý byt, nedostatek soukromí.
- **Zaměstnanost střední generace** – většina lidí si nemůže dovolit zůstat doma celý den a pečovat, pokud mají své zaměstnání.
- **Povinnost vůči vlastní rodině** – střední generace se věnuje péči o svou vlastní rodinu, domácnost.
- **Vzdálenost rodin** – stárnoucí rodiče bydlí ve svém bytě a děti také, každý v jiném městě, státě.
- **Vyčerpání a únava při péči o seniora** – zpravidla není možné, aby člověk v produktivním věku pečoval o seniora, chodil do zaměstnání. Musí se zapojit více členů rodiny, a pokud jde o seniora nemocného demencí, je to velmi psychicky náročné.

Aby rodina mohla být se starým člověkem a pomáhat mu, potřebuje často pomoci také ona sama. Existuje několik způsobů podpory pečovatелů. Pečovatel může využívat některou z forem zdravotních a sociálních služeb, lze také kontaktovat některou z řady nestátních organizací. Je důležité, aby také sám vyhledával potřebné informace. Může navázat kontakt se svépomocnou skupinou pečovatелů. V poskytování efektivní péče je třeba si stanovit reálné cíle v tom, co může a co nemůže rodina udělat. Zvlášť významnou pomocí je komunikace v rodině nebo s přáteli.

Rodina, která se rozhodne pečovat o svého blízkého seniora, musí především chtít, umět a mít možnost se o takového člověka starat. Občasná péče o seniora rodinám většinou nepůsobí potíže. Mnohým seniorům ovšem musí být s přibývajícím věkem a nemocemi poskytována stále náročnější a dlouhodobější péče, na kterou už jejich rodinní příslušníci nestačí. Pečující by neměli váhat se žádostí o pomoc a měli by se včas obrátit na odborníky

- např. agentury domácí péče, které mohou zajišťovat komplexní domácí péči včetně pečovatelské služby. Poskytují tak komplexní zdravotní i sociální péči klientům, kteří ji potřebují (Dvořáčková, 2009). Pomohou se sociálním poradenstvím, upozorní na možnost získání příspěvku např. na mobilitu, péči, na zvláštní pomůcku atd. Další možnostmi jsou respitní (odlehčovací) služby. Když rodina potřebuje odjet na pár dní, tak se o nemocného postará někdo jiný v zařízení, také se dají využít denní a týdenní stacionáře.

Pokud se rodina rozhodne pečovat o svého blízkého s diagnózou demence v domácím prostředí, je nutné se připravit i na úpravy bytu tak, aby se stal bezpečným. Samozřejmě je to finančně náročné pro rodiny, a proto lze zažádat o příspěvek obecní nebo krajský úřad, tento příspěvek činí 70 % ceny za úpravy, nejvýše však 50 000 Kč. O tom, zda bude příspěvek získán, rozhoduje příjem rodiny a rozsah bytových úprav. S progresí nemoci se stav jedince bude zhoršovat, bude více nesamostatný, hůře se orientovat a těžko manipulovat se zařízením bytu např. plynovým sporákem. Byt zase není vhodné příliš modernizovat, jedinec s demencí už zná svůj úložný systém a všechno nové u něho způsobí nejistotu. Pro lepší orientaci je vhodné mít dobré osvětlení bytu, místnosti označené (odlišit WC a koupelnu), skříně s oblečením popsat. Je nutné dbát také na prevenci pádu, senioři s demencí mají zhoršenou pohyblivost, mohli by snadno upadnout přes různé koberečky, kabely vedené po zemi atd. Vhodné je doplnit zábradlí ke schodišti, madla v koupelně, místo vany sprchový kout, ostré hrany nábytku opatřit krytkami (Zgola, 2003, s. 143).

Při středně těžkém stádiu demence je riskantní, aby senior sám vyšel ven, snadno zabloudí a nenajde cestu domů a může se stát obětí trestného činu. To se dá řešit uzamčením oken a dveří, schovat ostré předměty, chemikálie, které by mohl omylem vypít. V pokročilém stádiu demence se nemocný sám nepozná v zrcadle, proto je dobré zrcadlo odstranit. Pro nemocného demencí je dobré nastavit stereotypní denní režim, ve kterém se bude dobře orientovat. Připravit program pro dopolední i odpolední činnosti. To je ovšem pro pečující rodiny náročné, vyčerpává je skloubení základní péče s plněním jiných svých povinností, a proto tato stránka péče bývá opomíjena v domácím prostředí (Zgola, 2003, s. 144).

### **3.3 Institucionální péče**

Situace v poskytování sociálních služeb se oproti minulým letům výrazně změnila k lepšímu. Předchozí model sociální pomoci stál zcela na jiných základech. Lidé staří, nemocní i postižení byli izolováni v ústavech sociálních i zdravotnických a toto téma bylo

ve společnosti tabu. Společnost si vytvářela mylný dojem, že mezi nimi mají žít pouze zdraví a výkonní jedinci, a pokud někdo takový není, je zcela přirozené, že žije izolovaně. Systém péče o takové jedince byl založen na direktivním přístupu péče bez hlubšího porozumění specifickým potřebám jedince. Takový člověk nemocný demencí byl umístěn do státního domova důchodců (dnes se používá výraz *domov pro seniory*), to bylo považováno za zcela běžný způsob řešení jejich snížené soběstačnosti, či se tak často řešil problém nedostatku bydlení. Poskytovanou péči hradil stát a umístění jedince do ústavu bylo řešeno dle příslušného místa bydliště a jeho spádové oblasti. Z toho vyplývá i případné umístění do ústavu, který nemá dobrou pověst. Pokud se rodina nemohla starat, byla jediná možnost a to ústavní péče. Většinou než se situace s umístěním vyřešila, se pobyt řešil opakovanými pobyty v léčebně dlouhodobě nemocných, často bez zdravotnické indikace. Mnohdy si z toho rodinní příslušníci udělali nový zdroj příjmu – příbuzného navštívili zřídkakdy a pouze si přišli pro důchod seniora, když péči platil stát. Senior se musel podřídít režimu ústavu a individuální přístup zaměstnanců byl spíš otázkou jednotlivců.

Z kapacitních důvodů byly pokoje přeplněné lůžky, dostatek soukromí nebyl možný. Hygienické zázemí bylo pouze jedno na patře, z imobilních klientů se často stávali brzy inkontinentní jedinci. Člověk byl pouze pasivním příjemcem péče. Seniorům s demencí nikdo nerozuměl a nikdo netušil, že jsou možnosti, jak jim porozumět a přiblížit se jim. Běžně se užívala omezující opatření, aniž by o tom byl veden záznam, záleželo na vůli pracovníka (Malíková, 2011, s. 29 – 31).

Situace se výrazně změnila jednak po roce 1989, ale významně až s platností zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a to transformací sociálních služeb. Odpovědnost za péči přešla na jednotlivce, povinnosti mají obce, kraje, komunity a stát.

Nemůže-li se senior s demencí o sebe postarat sám, či rodina péči již nezvládá, je možnost zvolit ústavní péči. Ta je v současné situaci založena na principu udržení soběstačnosti jedince a vede ho k aktivnímu a důstojnému životu. Jedinec má právo znát svůj osobní plán péče, a pokud mu to zdravotní stav dovolí, tak se může rozhodovat o způsobu svého života. Jeho pohyb po zařízení nesmí být omezován a omezujících opatření se využívá minimálně a vždy jen na dobu nezbytně nutnou s řádným zaznamenáním. Ústavní péče má řadu výhod jako je profesionální přístup personálu, každodenní péči, pravidelnou stravu vyhovujícím individuálním potřebám člověka a hlavně vhodné aktivity a terapie (arteterapie, muzikoterapie aj.) k podpoře soběstačnosti, možnosti socializace a ne izolace, jako tomu bylo v minulosti (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003, s. 41).

### 3.4 Návštěva seniora nemocného demencí

Navštívení seniora se silnou kognitivní poruchou není jednoduchý okamžik pro nikoho. Pro rodinné příslušníky je to velmi těžké, pamatují si svého blízkého v jiné fyzické a duševní kondici a najednou je před nimi někdo, koho téměř nepoznávají a hledají v něm alespoň záblesk toho, člověka plného sil, jak si ho pamatovali z dřívějších dob. U člověka s těžkou demencí, který si nepamatuje ani své jméno, není schopen zpětné interakce, si rodinní příslušníci mohou pokládat otázku, zda si je jejich blízký vědom jejich přítomnosti. Odpověď na tuto otázku nedostanou nikdy. Nevíme, co se odehrává v jeho zbylé mysli. Rodina i pečující personál se musí naučit hledat zpětné vazby člověka. Může s námi udržovat oční kontakt, reagovat svým tělem a dávat tak najevo, co mu je příjemné a co není, např. ztuhnutím nebo uvolněním těla. Důležité je nezapomenout zapojit do této zvláštní komunikace další smysly jako je hmat, čich, chuť. Dotyk, pohazení bude působit příjemně a nemocného seniora potěší.

Zgola (2003, s. 215) uvádí vhodné aktivity během návštěvy jedince s těžkou demencí:

- Poslech známé hudby z rádia.
- Zpívání písní, někdy se zapojí i senior, protože se mu text vybaví.
- Společná modlitba, pokud je senior věřící.
- Poslech četby.
- Masáž vonnými oleji.
- Prohlížení obrázků.
- Naslouchání hlasu blízkých.
- Sezení a držení za ruce.
- Pojídání oblíbených potravin, např. rumové pralinky.
- Pouhá přítomnost rodiny.

Lidé často nechodí na návštěvy do domova pro seniory, protože to na ně působí neosobním, depresivním dojmem. Mohou mít i obavy, že si nebudou vědět rady, o čem si povídat, jak strávit čas návštěvy. Někteří pečující cítí i pocit viny, že se rozhodli svého blízkého umístit do instituce a trpí pocitem, že se nikdo nepostará lépe, než se starali oni. Přesto platí, že jsou okamžiky, kdy péče doma přesahuje možnosti a síly pečujících.

### 3.5 Česká alzheimerská společnost

První společenství ve světě vzniklo v Kanadě roku 1977, do České republiky se dostala o dvacet let později roku 1997. Tato organizace vznikla z popudu nedostatečně věnované pozornosti nemoci demence. Členy této organizace byli z počátku lékaři, zdravotní sestry a později se přidali ti, kterých se to týká nejvíce, a to pečující rodiny (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 101).

Organizace sídlí v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích. Věnují se úzké spolupráci poskytovatelů služeb na pomezí zdravotnických a sociálních. Podobně podstatná je spolupráce s jejich kontaktními místy - s dalšími zařízeními, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v celé ČR. Jedná se o státní i nestátní subjekty, zdravotnická i sociální zařízení. Neposkytují pouze rady, chtějí znát současnou situaci nemocných, jejich rodin, ale také poskytovatelů služeb. Z těchto zkušeností vycházejí a pracují s nimi. Cílem stále zůstává pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které patří nemocní, tak jejich rodinní příslušníci, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny (Česká alzheimerská společnost, 2015).

Česká alzheimerská společnost (dále jen ČALS) vydává řadu brožur, informačních letáků s cílem osvěty této choroby. Díky tomu se pak daří zachytit včasnou diagnostiku této nemoci. Vydává také čtvrtletní časopis Vážka, kde jsou uvedeny novinky z oblasti výzkumu této choroby. Také organizuje přednášky pro zdravotníky i pečující rodiny.

#### **Projekty České alzheimerské společnosti:**

- **Bezpečný návrat** – člověk s demencí je dezorientovaný, ztrácí se i na místech, která mu byla dobře známá. Při pokusu dostat se zpátky domů často zabloudí ještě na vzdálenější místa a kolemjdoucí snažící se mu pomoci jsou bezradní, protože nemocný jim není schopen říci, kde bydlí, a někdy ani, jak se jmenuje. Projekt Bezpečný návrat spočívá v pasivním hledání jedince, kdy má na sobě náramek s jedinečným kódem a telefonním číslem na ČALS. Pokud se tedy člověk ztratí, je na základě kódu sděleno příbuzným, kde se nachází. Služba je bezplatná (Česká alzheimerská společnost, 2015).
- **Čaj o páté** – podstatou tohoto projektu je vytvoření svépomocných skupin, kde za pomoci erudovaných pracovníků probíhají výměny zkušeností rodinných pečovatelů. Smyslem tohoto projektu je získat vzájemnou podporu a cenné zkušenosti (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 103).



- **Vážka** – ČALS vytvořila certifikační systém, který se zabývá službami pro nemocné demencí. Ta zařízení, která poskytují služby těmto lidem v souladu s kritérii Vážka, obdrží certifikát Vážka na dobu 18 měsíců. V současnosti mají všechna zařízení poskytující služby pro osoby s demencí certifikaci a jsou zárukou dobré péče (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

Zajímavostí je udělení ceny Zlatá Vážka, od roku 1998 také i osobnostem, které se podílejí na rozvoji péče o seniory. Cenu může získat odborník i někdo z laické veřejnosti, kdo přispívá k rozvoji této činnosti. S Alzheimerovou chorobou je také spjata datum 21. června, Pomerančový den, tento den je spjat s řadou koncertů ve jménu Vážky, sbírek a upozornění na problematiku Alzheimerovy choroby (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

## 4 Centrum spokojeného stáří Alzheimer care

### 4.1 Charakteristika zařízení

Svoboda nad Úpou leží ve východní části Krkonoš, pod Černou horou mezi městy Trutnov a Pec pod Sněžkou. Je vzdálena 3 kilometry od Jánských Lázní a nejen díky své poloze je ideální pro léčbu demencí.

Centrum spokojeného stáří Alzheimer care disponuje 120 lůžky, kuchyní, jídelnou a terapeutickými místnostmi. Objekt je rozdělen na dvě budovy spojené vstupní halou s recepcí. Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových, dvoulůžkových, třílůžkových a čtyřlůžkových, moderně zařízených pokojích. Je zde dbáno i na diety klientů, ať už se jedná o diabetickou či bezlepkovou dietu.

### 4.2 Poskytované služby

Alzheimer care, centrum spokojeného stáří, poskytuje klientům a jejich rodinám oporu při každodenním zápase s následky Alzheimerovy choroby či jiného typu demence. Centrum poskytuje základní sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Jsou to služby sociálního poradenství a sociální péče.

Zákon 108/2006 Sb. § 37 o sociálních službách uvádí dva typy poradenství a to:

- **Základní** – poskytnutí potřebných informací v nepříznivých životních situacích klienta. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni zajistit toto poradenství. V Centru spokojeného stáří, Alzheimer care, potřebné informace poskytují dvě sociální pracovnice.
- **Odborné sociální poradenství** – zaměřené na potřeby jednotlivých sociálních skupin a obsahují tyto činnosti jako je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Stěžejní náplní zařízení jsou však pobytové služby. Zákon o 108/ 2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů § 50 charakterizuje Centrum spokojeného stáří, Alzheimer Care, jako „*domov se zvláštním režimem poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické*

*osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“*

**Mezi základní služby, které Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care (2016) poskytuje, se řadí:**

- **Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.**
- **Pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.**
- **Pomoc při osobní hygieně.**
- **Poskytnutí stravy** – v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care, je zajišťováno podobou celodenního stravování zahrnující 5 - 6 jídel denně, která jsou podávána v jídelně nebo samostatně dle potřeb klienta. Nápoje jsou k dispozici celodenně v jídelnách. U imobilních klientů jsou zajišťovány formou termonádob na pokojích a pravidelně doplňovány. Samozřejmostí je strava upravená dle typu klientových potřeb.
- **Poskytnutí ubytování** - nabízí klientům ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových, třílůžkových a čtyřlůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením (WC, bezbariérový sprchový kout, umyvadlo). Všechny pokoje jsou vybaveny polohovacími lůžky, sedacím a úložným nábytkem a televizí. Dále umožňují i umístění vlastního drobného vybavení dle přání klienta (obrazy, hodiny apod.), aby klientovi co nejvíce přiblížili domácí prostředí. V ceně za ubytování je zahrnuto topení, voda, odběr elektrické energie, praní, žehlení a drobné opravy prádla.
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** - návštěvy klientů jsou umožněny kdykoliv. Omezit nebo zakázat návštěvy je možné v případě zvýšeného výskytu infekčních onemocnění, nebo pokud je zákaz vyhlášený celostátně či hygienickou stanicí.
- **Sociálně terapeutické činnosti** - nabídka terapií, které inspirují klienty k aktivnímu životu jako je ergoterapie (návuk dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Dále je to biblioterapie, canisterapie, reminiscenční terapie, bazální stimulace, arteterapie. Aktivity vycházejí ze životních příběhů klientů, jejich rituálů a zájmů. Pracovníci v Centru spokojeného

stáří Alzheimer Care dělají vše pro to, aby život lidí zasažených demencí byl důstojný a aktivní až do svého závěru.

#### **Mezi další aktivity, které poskytují, patří:**

- Trénování paměti a jemné motoriky.
- Masáže.
- Práce na zahradě.
- Kadeřnictví a pedikúra v podobě fakultativních služeb.
- Bohoslužby.
- Kulturní akce i mimo areál.
- Oslavy narozenin klientů.
- Promítání retrofilmů.
- Vycházky po okolí.
- Pořádání kavárenského odpoledne.

### **4.3 Přijetí klienta do zařízení**

Prvním krokem je vyplnění žádosti, která je na internetových stránkách zařízení, či přímo k dostání u sociálních pracovníc. Je dobré přidat k žádosti neurologické, psychiatrické výsledky vyšetření klienta. Podmínkou k přijetí je diagnostikovaná Alzheimerova či jiná demence. Po těchto krocích je vše posláno k lékaři specialistovi pracujícím pro zařízení a po schválení k přijetí jsou žadatelé osloveni sociální pracovnící k nástupu do zařízení a dohodnutí dalších podrobností (Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care, 2016).

### **4.4 Denní program**

V minulých letech se uplatňoval hlavně lékařský model péče o člověka s demencí anebo výchovný model péče. Tyto modely spočívají v absolutním podřízení se klienta veškerému danému a neměnnému programu instituce. Možná lze takto přistupující zařízení ještě nalézt, ale přístupy k lidem s demencí se naštěstí již mění. Klient není ani v době své nemoci zbaven svých práv a má nezadatelné právo žít podobným životem, jaký je ve společnosti považován za běžný. Vhodné je motivovat jej nenásilným způsobem, aby se zapojil do terapií, aby nezůstával na pokoji, ale má plnou svobodu pohybu a není povinen se podrobit intervencím, které nechce, nebo mu nejsou příjemné. Je to na přístupu personálu,

aby se společně s klientem rozhodli, co a kdy budou společně dělat, a pokud něco nejde hned, později se to určitě podaří (Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care, 2016).

Přestože zařízení dbá na klientovy potřeby, neobejde se systém péče bez režimu a koordinovaného fungování. Klienti s demencí potřebují mít pravidelný režim, vědět co a kdy se bude dít. Ráno v 7 hodin začíná buzením klientů ze spánku a pečovatelský personál provádí a pomáhá s ranní hygienou klientů. Poté klienti snídají ve společné jídelně, podávají se léky zdravotnickým personálem, imobilní klienti snídají na svých pokojích. V dopoledních hodinách probíhají připravené terapie, které se každý den liší. Od 11 hodin se opět klienti shromáždí v jídelně a podává se oběd. Po obědě následuje krátký odpočinek a odpoledne je znovu naplněno aktivitami, které se mění každý den i dle přání klientů. V 17 hodin se podává večeře, poté probíhají večerní hygieny a klienti jsou postupně ukládáni k spánku. Klienti mají volný pohyb po zařízení, nejsou limitováni, či zamykáni. Nesmí ale opustit zařízení bez doprovodu z důvodu jejich bezpečnosti a povaze onemocnění, které je postihlo.

#### **4.5 Financování služeb**

V Centru spokojeného stáří, Alzheimer Care, se sociální služby poskytují klientům za plnou úhradu nákladů. Služby se poskytují na základě uzavření písemné smlouvy. Poskytovatel sociální služby se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Klient si služby hradí ze svého starobního či invalidního důchodu, v některých případech ještě doplácí rodina na služby. Klientovi musí zůstat alespoň 15 % jeho příjmu (starobního či invalidního důchodu) Vyhláška 505/2006 Sb. uvádí, že *„maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem činí 210 Kč denně za poskytnutí pomoci při hygieně, pomoci při péči o vlastní osobu, ubytování atd. Další položkou je celodenní strava za 170 Kč denně a 75 Kč za oběd i s provozními náklady souvisejícími s přípravou stravy.“*

Pokud je klient přijímán k pobytové službě, sociální pracovnice sociálním šetřením zjišťují, zda klient pobírá příspěvek na péči. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb. Nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Pokud je klient tedy v pobytovém zařízení, celý jeho příspěvek na péči pobírá zařízení. Ovšem pokud nastane případ hospitalizace klienta ve zdravotnickém zařízení, sociální pobytové zařízení nemá nárok na jeho čerpání (ČESKO, zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Pokud sociální pracovnice zjistí, že klient není uživatelem příspěvku na péči, sepíše s ním žádost o přiznání příspěvku na péči. Pokud klient již užívá příspěvek na péči I a II. stupně, podá se návrh na zvýšení příspěvku na péči. Žádost vyřizuje krajská pobočka Úřadu práce příslušného bydliště klienta.

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v:

- **Stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby.
- **Stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb.
- **Stupni III** (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb.
- **Stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016, s. 17).

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby dle vyhlášky 505/2006 Sb.

- Mobilita.
- Orientace.
- Komunikace.
- Stravování.
- Oblékání a obouvání.

- Tělesná hygiena.
- Výkon fyziologické potřeby.
- Péče o zdraví.
- Osobní aktivity.
- Péče o domácnost.

*Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách říká, že „pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.“*

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I lehká závislost.
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II středně těžká závislost.
- 8 800 Kč, jde-li o stupeň III těžká závislost.
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV úplná závislost (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016, s. 17).

Ukazatelem závislosti jedince na péči druhých osob je test MMSE, kdy výsledky pod 20 – 18 bodů ukazují na závislost osoby na pomoci druhého člověka, nejsou schopni pracovat a jsou invalidní (Zvoníková, Čeled'ová, Čevela, 2010, s. 122).

## 5 Projekt výzkumu

Projekt výzkumu popisuje specifické intervence Centra spokojeného stáří Alzheimer Care ve Svobodě nad Úpou v komplexním systému péče o jejich klienty. K empirické části výzkumu byl zvolen kvalitativní typ výzkumu. V kvalitativní části výzkumu se zaměřujeme na poznatky v systému aktivit a terapií prováděných pracovníky zařízení a pohledem na tyto aktivity rodinnými příslušníky klientů.

V kvantitativní části výzkumu jsou zpracována data z obsahové analýzy dokumentace Centra spokojeného stáří Alzheimer Care, což bylo následně zpracováno do grafické podoby. V obsahové analýze se zajímáme o klientelu zařízení, věkovou charakteristiku klientů, typy demencí, jimiž klienti trpí. Dále také o to, jakými přidruženými chorobami trpí, jaké léky užívají a jak tyto léky v kontextu odborných výzkumů ovlivňují onemocnění demence a souvisí spolu.

### 5.1 Výzkum, kvalitativní šetření

*„Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí se jím dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky“* (Gavora, 2000, s. 11).

Diplomová práce představuje kvalitativní typ výzkumu, uvádí zjištění v nečíselné podobě. *„Jde o popis, který je plastický, výstižný a podrobný“* (Gavora, 2000, s. 13). Na rozdíl od kvantitativního šetření se v kvalitativním přístupu výzkumník snaží o navázání vztahu se zkoumanými osobami a být součástí situací tak, aby co nejlépe pronikl do problému a situace. Výzkumný problém je tedy probádán nejhluběji a nejkomplexněji. Kvalitativní výzkum lze charakterizovat jako přístup zaměřený na člověka ve všech jeho složkách, bio-psycho-sociální rovině, zaměřuje se na otevřenost a bohatá data ve slovní podobě, neopakovatelnost a jedinečnost (Mioviský, 2006, s. 26). Vyhodnocení takového výzkumu je vyjádřeno slovem z písemných záznamů, či z nahrávaného rozhovoru, či obsahovou analýzou textu. Výsledky výzkumu nelze zobecnit na celou populaci, týkají se pouze daného souboru respondentů, kteří byli účastníky tohoto výzkumu (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 12 – 17).

Na začátku každého kvalitativního výzkumu na dané téma je nutné vytvořit výzkumné otázky. Otázky nemusí být fixně dané. Kvalitativní výzkum je svou podstatou dynamický a pružný. Má však i své nevýhody, tou největší je ovlivnění subjektivním pohledem samotného výzkumníka (Hendl, 2016, s. 25) Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách



je definován jako „proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci metod a celé řady postupů rozkrýt a prezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, 2007, s. 17).

## **5.2 Použité metody v kvalitativním výzkumu**

Výzkumné metody jsou podle Skutila (2011, s. 79) takové postupy, které vedou k nabytí dat a jejich následnému zpracování za účelem objasnit sledovanou problematiku.

Pro vlastní výzkum byla zvolena metoda zúčastněného pozorování, polostrukturovaného rozhovoru a rozbor obsahové analýzy Centra spokojeného stáří Alzheimer Care. Podle Skutila (2011, s. 89) jsou popsány tři druhy rozhovoru – strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný. Tento námi vybraný výzkum bude probíhat za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, kde spatřujeme výhodu v možnosti měnit výzkumné otázky podle situace a reagujeme tím na nadcházející změny, které mohou v průběhu výzkumu přijít.

### **Zúčastněné pozorování**

Je základní metodou kvalitativního výzkumu, protože nám objasňuje situaci, kde se co děje a proč? Dle Hendla (2016, s. 197) „vede k těsnějšímu přiblížení k předmětu a odhaluje vnitřní příčinu.“ Zúčastněné pozorování je „forma, ve které se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozorujeme“ (Miovský, 2006, s. 152). Touto metodou získáme mnoho dat, která nám napomohou vysvětlit nastalý jev, který pozorujeme.

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Rozhovorem lze získat informace o názorech, postojích tázaného ve vztahu k určitému jevu. Vyžaduje navázání hlubšího vztahu mezi výzkumníkem a zkoumanou osobou a zároveň nám zobrazí i neverbální projevy, které nám hlouběji vykreslí realitu zkoumaného problému (Skutil, 2011, s. 89). Tazatel se drží předem připravených otázek, je však schopen v průběhu rozhovoru reagovat na změny, které nastanou. Při sestavování otázek do rozhovoru je nutné držet se záměru podstaty otázek tak, aby korespondoval s cíli výzkumného záměru. Patří mezi nejčastěji využívané metody kvalitativního výzkumu (Gulová, Šíp, 2013, s. 108). K rozhovorům s pracovníky zařízení a rodinami klientů byl použit diktafon a rozhovory následně doslovně přepsány. S nahráváním našich rozhovorů souhlasili všichni zúčastnění.

## **Obsahová analýza dokumentace**

Je další nezbytná metoda používaná ve výzkumném šetření. Podle Skutila (2011, s. 96) znamená „výzkumnou techniku sloužící k objektivnímu a systematickému kvantitativnímu popisu.“ Obsahová analýza nás vede k získání relevantních údajů. Slouží k pochopení problematiky v komplexním pojetí. Dle Hendla (2016, s. 384) znamená přetvoření kvalitativních dat do kvantitativní podoby. Možnou nevýhodou je selektivní výběr dokumentace výzkumníkem (Miovský, 2006, s. 99). V našem výzkumu byla použita obsahová analýza odborné dokumentace, Centra spokojeného stáří Alzheimer Care. Podrobněji zpracováno v oddílu 6. 1.

## **Případová studie**

Je chápána jako popis jednotlivých případů a vnímána i jako metoda verifikační (ověřovací). Zaměřuje se na detailní popis vztahů, zachycení složitosti a utvoření celistvosti v dané problematice (Skutil, 2011, s. 108) Vždy vybíráme takové případy, aby měl požadované vlastnosti, které chceme hlouběji probádat (Švaříček, 2007, s. 103). Pro náš výzkumný záměr byli vybráni tři klienti zařízení, o nichž jsme se sesbírali nejvíce dat od rodinných příslušníků a pracovníků zařízení. Vzhledem k diagnóze demence by rozhovor s klienty nebyl validním zdrojem dat.

## **5.3 Cíle výzkumu a výzkumné otázky**

### **Hlavním výzkumný cíl:**

- Zjistit specifické intervence, které zvyšují potenciál u jedinců s demencí.

### **Dílčí cíle:**

- Zjistit stav člověka nemocného demencí před nástupem do zařízení.
- Zjistit stav jedince trpícího demencí při pobytu v zařízení.
- Analyzovat systém aktivizace člověka nemocného demencí v instituci.
- Analyzovat efekty terapií a aktivit na klienty v instituci.

### **Výzkumné otázky:**

1. Jakým způsobem probíhala péče v domácím prostředí a v instituci?
2. Jaké služby poskytuje instituce osobám nemocným demencí?
3. Jakým způsobem probíhají aktivizace u osob trpících demencí?
4. Jaké efekty mají terapie a aktivity na člověka nemocného demencí?

## 5.4 Výzkumný vzorek

Respondenti do našeho výzkumného šetření byli vybráni záměrně a účelově. Skládal se ze třech pracovníků zařízení, kteří aktivizují klienty, a třech rodinných příslušníků klientů zařízení. Zajímalo nás, jaké intervence provádějí u svých klientů a s jakým efektem je jejich působení na klienta charakterizováno. Rodinní příslušníci nám přinesli informace o premorbidní osobnosti svého blízkého, průběhu nemoci a chování člověka s demencí.

## 5.5 Sběr dat

Výzkumné šetření i se svými přípravami započalo v září 2016 dle nastaveného harmonogramu práce a sběr dat probíhal do prosince 2016. Bylo nutné oslovit zařízení, zda bude souhlasit s výzkumem, což proběhlo již v červenci 2016. Výzkum byl zahájen zúčastněným pozorováním, které vedlo k pochopení struktury organizace a systému práce s klienty. Klíčovou roli však sehrály rozhovory s pracovníky, kteří se participují na aktivizaci a poskytování terapií, a ochotné rodiny. Záznamy byly nahrány na diktafon a poté doslovně přepsány. Hendl (2016, s. 212) toto nazývá jako doslovnou transkripci, kdy se jedná o „náročnou proceduru převodu mluveného projevu do písemné podoby. Jednotlivá důležitá místa lze podtrhávat.“ Po tomto procesu následovalo kódování textu, kdy jim byla přiřazena určitá kategorie. Podle Skutila (2011, s. 219) lze kódovat určitým slovem či slovním spojením. Lze ke kódování použít obecná slova či odbornou terminologii. Důležité je logické propojení slova se zastupujícím kódem.

## 6 Empirický výzkum

Výzkum si vyžádal souhlas zařízení k provedení výzkumu, který schválil ředitel zařízení (Příloha A). Jelikož si obsahová analýza vyžádala nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, byl nutný souhlas zařízení a bylo nutné předložit osvědčení o registraci nelékařské zdravotnické profese, které bylo získáno předchozím vzděláním a opravňovalo nás k možnosti nahlédnout do spisů za asistence zdravotnického personálu (Příloha B, C).

Samotné rozhovory probíhaly formou osobního setkání na pracovišti se zaměstnanci zařízení, taktéž probíhaly rozhovory s rodinami klientů. Schůzky domluvily sociální pracovnice. Bylo obtížnější získat ochotné rodiny k rozhovorům. Jsou to pro ně stále těžké situace vyrovnat se s nemocí člena své rodiny a nemají příliš chuť se svěřovat. Nakonec se však vše podařilo. Pro rozhovory byl zvolen koutek v zařízení, kde bylo zajištěno soukromí při rozhovoru, se zaměstnanci se hovořilo s každým zvlášť, taktéž i s rodinami.

Rozhovor pro pracovníka obsahoval 23 otázek zaměřených na osobní profil pracovníka a jeho služeb klientům, další část byla specifikována k jednotlivým klientům, kteří byli součástí šetření. Rozhovor pro rodiny čítal 12 otázek (Příloha E). Rozhovor byl nahráván na diktafon a výpovědi zůstaly zachovány v nezměněné formě (Příloha D). Jména respondentů byla změněna.

**Tabulka 1** Charakteristika vybraných klientů

	<b>1. klient</b>	<b>2. klient</b>	<b>3. klient</b>
<b>Jméno</b>	Jan	Marie	Věra
<b>Věk</b>	83 let	76 let	86 let
<b>Diagnóza</b>	Alzheimerova demence	Neurčená demence	Smíšená demence

<b>Polymorbidita</b>	ICHS, CHOPN, Hyperplazie prostaty	Hypertenze, Varixy	Diabetes mellitus, Hypertenze, Artróza kloubů
<b>Léky</b>	<b>Nitráty</b> (Sorbimon), <b>Bronchodilatancia</b> (Respimat), <b>Kognitiva</b> (Rivastigmin)	<b>Antihyperenziva</b> (Tritace), <b>Venotonika</b> (Detralex), <b>Kognitiva</b> (Pirabene)	<b>PAD*</b> (Siofor), <b>Nitráty</b> (Nitroglycerin), <b>NSA*</b> (Acylpyrin), <b>Kognitova</b> (Donepezil)
<b>Délka nemoci</b>	4 roky	5 let	7 let
<b>Délka pobytu</b>	2 roky a 3 měsíce	8 měsíců	1 rok a 3 měsíce
<b>MMSE</b>	15 bodů	19 bodů	10 bodů

\***PAD** – perorální antidiabetika

\***NSA** – nesteroidní antirevmatika

V tabulce 1 jsou uvedeny charakteristiky vybraných klientů zařízení. Zaměřili jsme se na základní údaje klienta jako je jméno, věk, hlavní diagnóza, kvůli které byli do zařízení přijati. Také jsme se zajímali o další nemoci, kterými klienti trpí, to znamená polymorbiditou klientů. Nedílnou součástí jsou i léky, jež klienti užívají a vyplývají logicky z přidružených nemocí. V tabulce jsou tyto léky uvedeny v lékových skupinách a závorka obsahuje konkrétního zástupce tak, jak je v České republice farmaceuticky distribuován na trhu s léky. Podstatnou informací pro nás byla délka trvání nemoci a délka pobytu v zařízení. Pro doplnění celkového obrazu jsme rozšířili tabulku o skóre testu kognitivních funkcí (MMSE).

**Tabulka 2** Rozhovor s rodinnými příslušníky

	<b>Jan</b>	<b>Marie</b>	<b>Věra</b>
<b>Rodinný vztah</b>	dcera	vnučka	dcera
<b>Péče doma</b>	matka a dcera	syn a vnučka	dcera
<b>Projevy nemoci</b>	nejasné, změna chování, zapomínání, orientace, sebeobsluha narušena,	zapomínání, nezájem, pasivita, narušena sebeobsluha, agresivita, bezmoc, orientace	psychiatr, zapomínání, narušená sebeobsluha, snížená sebepéče, zmatenost,
<b>Komunikace</b>	změna, ztráta slov, konfabulace,	hledání slov, smyšlenky	nelogická slova, opakování
<b>Pomoc druhých</b>	druhá dcera	rodina	pečovatelky, zdravotní sestry
<b>Rozhodnutí pro ústav</b>	rok a půl	rok	6 let
<b>Spokojenost v zařízení</b>	moderní vybavení, nové, personál	prostředí, atmosféra, strava , aktivity	vybavení, personál, kvalita
<b>Účast na aktivitách</b>	ne	nepravidelně	ne
<b>Změny chování</b>	adaptace, zlepšení, úsměv, Komunikace	zklidnění, sociální kontakt, komunikace	adaptace, léky, zlepšení, spolupráce

<b>Pozitiva péče</b>	celodenní péče, aktivity, zdravotní dohled	celodenní péče, odbornost pracovníků, bezpečí	celodenní péče, bezpečí, dohled, aktivity
<b>Negativa péče</b>	ne	ztráta domova, finance	ztráta domova
<b>Doporučení</b>	dobrá péče, nové centrum	kvalita, nové centrum, aktivity, profesionalita	dobrá péče

V tabulce 2 je uvedeno kódování rozhovorů s respondenty, rodinnými příslušníky klientů v zařízení. První sloupec obsahuje kódy otázek, ostatní sloupce náleží kódům odpovědí jednotlivých klientů z pohledu jejich rodin. Z tabulky 2 lze vyčíst o každém klientovi: s kým byl veden rozhovor, kdo o klienta pečoval doma, jak se jeho nemoc projevovala v domácím prostředí, zda došlo ke změně komunikace mezi klientem a jeho rodinou, zda rodina pečovala o nemocného sama či využili pomoci zvenčí, jak dlouho pečovali doma, než se rodina rozhodla pro ústavní péči. Také nás zajímalo, zda je rodina spokojena s péčí v zařízení, která je poskytnuta jejich rodinným příslušníkům, jestli se i rodina účastní aktivit a terapií, které zařízení nabízí a poskytuje. Důležitý pro nás byl pohled rodiny na změnu v chování jejich blízkého při intervencích zařízení. Zajímali nás pohled rodiny na ústavní péči, jaká v ní spatřují pozitiva a jaká negativa vnímají. A nakonec, zdali zařízení spatřují prospěšné nemocným a doporučili by je i dalším rodinám, které se ocitly se svým blízkým ve stejně těžké životní situaci, kdy péče doma je nad jejich síly.

**U klienta Jana** byl rozhovor veden s dcerou, která společně s matkou o něho pečovala v domácím prostředí. Jeho nemoc se dle slov dcery projevovala ze začátku nejasně, později byly patrné změny chování např. obviňování Janem z krádeže peněz. Typické bylo zapomínání, hlavně v krátkodobé paměti, poruchy orientace, kdy nemohl najít WC, musel být doprovázen. Došlo ke změně i v sebeobsluze, kdy Jana musela manželka holit, protože toho nebyl schopen. Nepoznával už své vnuky, vnímal je jako cizí lidi a obával se, že ho chtějí

okrát. Výrazná změna nastala i v komunikaci mezi Janem a jeho rodinou. Nenacházel správná slova pro určité předměty, často se opakoval. Rodina přistihla Jana, kdy si během svých vyprávění sdělované informace upravoval, pokud si nemohl situaci přesně vybavit, doplnil ji svými domněnkami a konfabulováním. Přestože se Janův stav zhoršoval, manželka o něj stále pečovala s dcerou doma, s péčí ještě pomáhala druhá Janova dcera. Nevyužily sociálních služeb, respitní péče, ani ošetrovatelské péče. Péče o nemocného demencí byla náročná a Janova manželka se ocitla na pokraji sil, proto se rozhodly po roce a půl intenzivní péče o Jana pro pobytové zařízení. Vybraly takové zařízení, které shledávají jako vyhovující, především v moderním vybavení, pomůckách. Zařízení je nové, jsou spokojeny s personálem, který hodnotí jako milý a vstřícný. Kladně hodnotí přístup sociální pracovnice, která je zařízením nejprve provedla a zodpověděla jejich otázky. Na otázku, zdali se účastní i aktivit a terapií spolu s Janem, však odpovídají, že nikoliv, nenapadlo je to. Přesto na něm pozorují změny v oblasti jeho chování. Nástup do zařízení nesl zpočátku těžko, jeho stav se zhoršil, nicméně při setrvání v zařízení se Jan adaptoval na nastolený režim, byl zdravotně vyšetřen a byla mu podávána medikace pro základní diagnózu demence. Účastnil se nabízených terapií a aktivit zařízení. Manželka i dcera si všimly, že se více usmívá a má klidnější náladu, více si s ním popovídají. Na otázku, zdali vidí pozitiva ústavní péče, hovoří o kladech v poskytnuté celodenní péči pro Jana, také pozitivně vnímají aktivity, které zařízení poskytuje. Velmi oceňují i zdravotní dohled, v případě zhoršení Janova stavu, mu bude poskytnuta pomoc. V ústavní péči neshledávají žádná negativa, avšak s nemocí Jana se stále těžko smířují. Zařízení by doporučily ostatním rodinám, které se ocitnou na hraně péče doma o nemocného demencí, potvrzují dobrou péči ze stran personálu a nové vybavení prostředí zařízení.

**U klientky Marie** byl veden rozhovor s vnučkou, která pečovala o svou babičku společně se synem Marie, tedy s vnuččíným otcem. Vzpomínala, jak se nemoc u Marie začala projevovat, dominovalo zapomínání, nevěděla, kam si založila věci denní potřeby, celkově uvadal zájem o jakoukoli činnost, neměla zájem ani o práci na zahradě a péči o květiny. Stávala se pasivnější, často koukala na televizi a nevěděla na co. Stávala se ve svých projevech agresivnější, přestávala se mýt, jídlo si neuvařila ani neohřála. Neužívala léky, jak jí byly předepsány. Často zapomněla na nedávno odehrané situace, neustále opakovala stejné věty a řešila stejné situace, které již byly vyřešené. Mnohdy reagovala pláčem, když si během lucidnějších chvil uvědomovala svou bezmoc nad sebou. Postupem času ztrácela potuchy, kde se nachází, přestože byla vzdálena od domova pár ulic. Nemohla najít



cestu zpět a dovedli ji sousedé. Změnila se i komunikace mezi Marií a členy rodiny. Nemohla najít správná slova a věci pojmenovat, prázdná místa ve svých vyprávěních si dosazovala svými smyšlenkami, často ji rodina přistihla při „lži“. Rodina pečovala o Marii sama, bydleli spolu v jednom domě. Nevyužívali pomoci z vnějšku, žádné stacionární sociální služby, ani respitní pobyty či ošetrovatelskou péči. Po roce tohoto obtížného stavu se rodina rozhodla pro pobytovou péči. Zařízení jim doporučil rodinný přítel. Po návštěvě v zařízení se rozhodli pro zažádání o přijetí Marie do zařízení. Se svým výběrem jsou spokojeni, líbí se jim prostředí zařízení v blízkosti lesa. Oslovila je přátelská atmosféra, která panuje v zařízení, také stravování se jeví na dobré úrovni. Velmi spokojeni jsou s aktivitami nabízenými pro Marii, která již pasivně nesedí u televize jako doma. Na otázku, zdali se účastní aktivit spolu s Marií, odpovídají, že nepravidelně, byli přítomni společnému grilování. Díky pobytu v zařízení spatřují změnu v chování Marie, sledávají ji klidněji, navázala sociální kontakty s ostatními obyvateli zařízení, vytvořila si přátelství, které v místě předchozího bydliště neměla, zlepšila se v komunikaci. Přesto komunikace s rodinou závisí na jejím momentálním emočním rozpoložení. Rodina vnímá ústavní péči jako prospěšnou a pozitivní. Kladně hodnotí celodenní péči, která je Marii poskytnuta a s tím související odbornost pracovníků. Důležité je pro ně bezpečné prostředí, kdy vlastní domov se již stával nástrahou nebezpečí. V ústavní pobytové péči ale spatřují i negativa, a to, že Marii „vzali domov“, a zmiňují i finanční stránku věci za poskytnuté služby. Péče o Marii je dotována z jejího starobního důchodu, z příspěvku na péči a i rodina přispívá ze svých financí. Přesto by zařízení doporučili dalším rodinám v podobné situaci kvůli kvalitě poskytovaných služeb, poukazují na nové zařízení, na široké spektrum nabízených aktivit a terapií a na profesionalitu celého týmu poskytující služby a péči Marii.

**Třetí klientka** se jmenovala Věra a rozhovor byl veden s její dcerou, která o ni od začátku nemoci demence pečovala a byla jí nejbližší. Vzpomínala na začátky projevů nemoci Věry. Zapomínala, co říkala před chvílí, vše se zhoršovalo, zhoršila se její sebeobsluha, dominovala zmatenost a noční telefonáty rodině, že se cítí ohrožená. Byla v péči ambulantního psychiatra 6 let, ale stav se zhoršoval. Výrazně se změnila komunikace mezi Věrou a rodinou. Věra používala nelogická slova, která byla mimo kontext rozhovoru, často opakovala ty samé věty, neuměla pojmenovat předměty. Dcera musela vícekrát opakovat své požadavky, mluvit v jednodušších větách. Péče o Věru byla náročná, proto dcera využila pečovatelských a ošetrovatelských služeb, bylo nutné kontrolovat stravování Věry, ohřát jídlo, pomáhat s hygienou a podávat léky dle předpisu lékaře. Po šesti

letech péče se dcera rozhodla pro ústavní péči. Je spokojena se zařízením, oceňuje nové vybavení, vstřícný a ochotný personál, který má vztah k lidem s demencí a ochotu vyjít vstříc požadavkům rodiny. Služby a stravování hodnotí jako kvalitní, zejména, že Věře je podávána diabetická strava. Přesto se dcera neúčastní aktivit a terapií, které zařízení nabízí. Viděla je však při prohlídce zařízení a nenapadlo ji, že by se mohla tohoto účastnit, když přijede za Věrou. Dcera Věry na začátku pobytu zpozorovala změnu v matčině chování, nemohla si zvyknout na nové prostředí, vnímala ho negativně, a tak i reagovala. Křik a pláč, stažení do sebe sama, odmítání stravy byly na denním pořádku. Po období adaptace však nastaly změny k lepšímu, Věra začala přijímat potravu. Je jí podávána diabetická strava, kterou musí dodržovat v rámci kompenzace diabetu mellitu. Na nabízené aktivity a terapie reaguje kladně, spolupracuje a neodmítá je jako při přijetí do zařízení. Díky správně nastavené medikaci ze stran lékaře je její zdravotní stav pod kontrolou a kompenzován. Na otázku, zda dcera paní Věry spatřuje pozitiva v ústavní péči, odpovídá jednoznačně ano. Péče o člověka s demencí je náročná pro rodinu, jednak psychicky, tak i fyzicky. Na ústavní péči kladně hodnotí celodenní péči ve všech směrech, vnímá zařízení jako bezpečné místo pro svou matku, jelikož domácí prostředí přestávalo takovým býti. Poukazuje i na dohled personálu nad Věrou, což souvisí s bezpečným prostředím. Dcera oceňuje i podnětné prostředí, které zařízení vytváří pro své klienty. Jedinou negativní stránku spatřuje ve ztrátě domova, kterou svým rozhodnutím způsobila Věře. Nicméně zařízení by doporučila dalším lidem ve stejné situaci a vyzdvihuje péči, která je zde poskytována.

**Tabulka 3** Rozhovor se zaměstnanci zařízení

	<b>Anna</b>	<b>Petra</b>	<b>Jana</b>
<b>Pozice</b>	aktivizační pracovník v sociálních službách	aktivizační pracovník v sociálních službách	aktivizační pracovník v sociálních službách
<b>Délka zaměstnání</b>	1 rok a 6 měsíců	6 měsíců	2 roky
<b>Služby</b>	plánování činností, udržení kognice	aktivizace	aktivizace, motivace
<b>Specifika zařízení</b>	neurolog, individuální plán, identifikace klienta, orientace v prostoru	orientace v prostoru, orientace v čase, identifikace klienta,	orientace v prostoru, identifikace klienta,
<b>Kognitivní schopnosti</b>	trénink paměti,	trénink paměti, jemná motorika	trénink paměti
<b>Poskytované terapie</b>	aromaterapie, muzikoterapie, canisterapie, reminscence, bazální stimulace, erogoterapie, arteterapie	arteterapie, aromaterapie, reminiscence, canisterapie, erogoterapie, bazální stimulace	ergoterapie, biblioterapie, reminiscence, canisterapie, bazální stimulace, arteterapie
<b>Druh terapie</b>	individuální, skupinová	skupinová, individuální	skupinová,
<b>Nejefektivnější terapie</b>	erogoterapie, arteterapie	erogoterapie, arteterapie, canisterapie, bazální stimulace	erogoterapie, reminiscence,

<b>Podstata péče</b>	udržení kognice, sociální kontakt, aktivizace	trpělivost, komunikace	individualita,
<b>Deficit</b>	fyzioterapie	fyzioterapie	fyzioterapie
<b>Programy</b>	kulturní akce	kulturní akce, společenské akce	kulturní akce
<b>Organizace</b>	soukromé subjekty, škola	škola	soukromé subjekty, škola

Tabulka 3 obsahuje kódování jednotlivých otázek a odpovědí odborných pracovníků zařízení, kteří se právě zaměřují na přímou práci s klientem. Levý sloupec tabulky náleží kódům jednotlivých otázek, zbylé sloupce představují kódy odpovědí jednotlivých zaměstnanců zařízení. Z tabulky 3 lze vyčíst údaje o zaměstnanci v zařízení a to zejména pracovní pozici, jak dlouho v zařízení pracuje, jaké služby svým klientům poskytuje. Zajímalo nás pohled pracovníka na dané zařízení, konkrétně jaká specifika péče spatřuje u nich v zařízení. Důležitá byla i otázka rozvoje a posílení kognitivních schopností jejich klientů, jaké terapie poskytují, jak probíhají terapie, které terapie ze svých zkušeností považují za nejvíce efektivní, a co je podle nich nejdůležitější při péči o člověka s demencí. Také nás zajímalo, co potřebného postrádají v zařízení, jaké programy pořádají pro klienty a jejich blízké a s jakými organizacemi spolupracují.

#### **Aktivizační pracovnice Anna**

První pracovnící byla Anna, která pracuje jako aktivizační pracovník v sociálních službách. V zařízení pracuje rok a půl a práce ji naplňuje. Služby, které poskytuje, charakterizuje jako plánování činností klientů s cílem udržet je v takové formě, aby se úroveň jejich stávajících kognitivních funkcí udržela co nejdéle na stejné možné úrovni. Na otázku, jaká specifika by vyjmenovala pro dané zařízení, zmiňuje přijetí klienta po vyšetření neurologem, tedy přijetí až na základě diagnózy demence. Také s každým klientem za spolupráce rodiny a sociální pracovnice sestaví individuální plán, dle kterého se postupuje při péči o klienta. Za prospěšné označuje i systém identifikace jednotlivých klientů, jelikož někteří již nejsou schopni vybavit si své jméno, mají dokumentaci ke konkrétnímu klientu označenou jeho fotografií, i dveře do pokoje klienta jsou označeny jménem klienta a jeho fotografií. Zmiňuje také barevné odlišení podlaží v budově pro snadnější orientaci

klienta. Každý klient má v jídelně své místo pro stravování označené štítkem se svým jménem a je pravidelně posazován na stejné místo k ukotvení stejné situace a opakování stejného režimu. Vyzdvihuje i pravidelné kontroly klientů neurologem, kdy zjišťuje úroveň kognitivních funkcí a upravuje léky dle potřeby klientů, i spolupráci s dalšími zdravotními pracovníky v péči o jejich klienty.

Na otázku, jak tedy udržuje kognitivní schopnosti svých klientů, odpovídá, že nejvíce trénováním paměti v podobě křížovek, osmisměrek, sudoku, či vyjmenováváním pohádkových postav. V zařízení nabízí i různé druhy terapií jako je např. aromaterapie, muzikoterapie, canisterapie, reminiscenční terapie, bazální stimulace, ergoterapie a arteterapie. Terapie probíhají skupinově, avšak když je klient méně schopný, dostává se mu individuální péče i během skupinové terapie. Z hlediska svých odborných zkušeností a svého pohledu považuje za nejefektivnější ergoterapii, především v nácviku soběstačnosti klientů, dále arteterapii, kdy se při výtvarné činnosti uvolní i ztuhlé ruce klientů a cvičí si jemnou motoriku. Za nejdůležitější a podstatné při péči o člověka s demencí považuje ze svého pohledu udržení rozumových schopností na co nejvyšší možné úrovni jedince, udržení sociálních vazeb s okolím, kdy se posiluje i komunikace, a hlavně aktivizaci jedince, nutnost být aktivní a namáhat sebe i mozek. Přestože nabídku terapií považuje za pestrou, postrádá v zařízení stálého fyzioterapeuta. Pohyb byť i v pasivnějším provedení, uvolňuje endorfiny a po rozcvičení svalstva, jsou klienti motivovanější k dalším činnostem dne a mají mnohem lepší náladu.

Svým klientům a jejich rodinám zajišťuje i další programy, jako jsou kulturní akce, společné výlety do zoo, návštěva farmy zvířat, letní opékání párků. Spolupracují i s dalšími organizacemi, soukromými subjekty, kdy se spíše jedná o jednorázové spolupráce, např. patchworková skupina a věnování dek na relaxační místnost. Také dochází škola na různé besídky. V jednání byla i spolupráce mateřské školy, kde ale nedošlo k dohodě. Důvody byly ze strany vedoucího pracovníka mateřské školy takové, že toto zařízení není vhodné pro malé děti a může na osobnost dítěte působit až devalvačně. Oslovují tedy jiné mateřské školy. Návštěva dětí v zařízení se totiž vždy setká s velkým úspěchem, klienti jsou nadšení a rozzářeni, děti jim připomínají vnoučata.

### **Aktivizační pracovnice Petra**

Druhým zaměstnancem byla Petra, která pracuje na pozici aktivizačního pracovníka v sociálních službách, v zařízení pracuje teprve 6 měsíců a je spokojená. Služby, které poskytuje svým klientům, by zhodnotila jako vytváření činností, na kterých se klienti

aktivně podílí. Specifika zařízení spatřuje v praktickém pojetí budovy, kdy jednotlivá patra jsou barevně odlišena, Petra pracuje na zeleném patře, a její klienti se podle toho orientují. Na svém oddělení vyvěsila nástěnku s informacemi, jaký je den, jaké datum, kdo má svátek, aby její klienti měli přehled a připomínali si základní běžné informace. Také jako její kolegyně uvádí označení dokumentace fotografiemi klientů i označení pokoje klienta stejným způsobem.

Aktivizaci kognitivních funkcí klientů provádí trénováním paměti v podobě křížovek, procvičení základních matematických úkonů, kdy koupí pomeranče a názorně s klienty sčítá, odčítá, aby si to lépe představili. Více se zaměřuje na cvičení jemné motoriky, kdy vystřihují z novin obrázky a s klienty tvoří koláže, o kterých dále hovoří a trénují svou mysl. Zdůrazňuje nutnost pochvaly klientů za snahu při prováděném programu jako posílení motivace k dalším činnostem.

Klientům je poskytována v zařízení arteterapie, aromaterapie, reminiscenční terapie, canisterapie, ergoterapie, bazální stimulace. To již zmiňovala její kolegyně Anna. Terapie jsou poskytovány skupinově, ale mnohdy se vyvinou v individuální práci. Dle slov Petry míra aktivity klientů v participaci na probíhající terapii závisí na emočním rozpoložení klienta, na počasí venku. Pokud je slunečno, klienti mají větší chuť do aktivit. Záleží také na návštěvách rodiny. Pokud je klient pravidelně navštěvován, více spolupracuje. Pokud rodina nenavštěvuje klienta, nepřipomínají mu to, ale přesto klient cítí, že mu něco chybí, pak je třeba pracovat individuálně. S klienty imobilními pracuje taktéž individuálně u nich na pokojích. Za nejefektivnější terapii ze svých odborných zkušeností považuje ergoterapii v nácviku sebeobsluhy a cviku jemné motoriky, také arteterapii, canisterapii i bazální stimulaci. Za nejdůležitější v péči o člověka s demencí považuje trpělivost a laskavost. Nespěchat na člověka a dát mu čas, mluvit o tom, co se bude dít, komentovat jednotlivé kroky. Nejvíce v zařízení postrádá, jako její kolegyně, péči fyzioterapeuta. Uvítala by v zařízení další vybavení k rozcvičení klienta, na 114 klientů mají pouze jeden motomet (přístroj, který pohybuje s končetinou klienta sám).

Společně se svými kolegyněmi pořádá kulturní a společenské akce, kterých se mohou zúčastnit i rodiny. V létě jezdí do nedalekých lázní na kolonádu, na koncert živé hudby. Organizuje i kavárnu přímo v zařízení, kdy nakoupí klientům zákusky a vaří kávu. Na přání klientů a jejich rodin zorganizovali cestu na mši v kostele. Přestože do zařízení dochází kněz, byl zájem o návštěvu mše přímo v kostele a čerpání atmosféry, kterou to přináší. Zařízení spolupracuje nárazově se soukromými subjekty a se základní školou, kdy děti chodí zpívat seniorům do zařízení.

## **Aktivizační pracovnice Jana**

Třetím zaměstnancem byla Jana, taktéž pracující na pozici aktivizačního pracovníka v sociálních službách. Na této pozici pracuje již dva roky. Pracuje každý den v týdnu. O víkendu má volno. Podstatu své pracovní náplně spatřuje v aktivizaci a podpoře motivace klientů k činnosti. Specifika zařízení spatřuje v promyšlené orientaci v prostoru jako usnadňující cestu pro klienty. Každé patro mají barevně odlišeno, Jana pracuje na červeném patře. Jako ostatní kolegyně se zmiňuje o fotografiích na dokumentaci klienta a označení pokoje klienta jménem a fotografií. Klienti mají volný pohyb po zařízení, jezdí i výtahem. Ten byl dříve na čip, aby si klienti neublížili, jenže vzhledem k naplnění standardů kvality poskytovaných služeb muselo být toto odstraněno. Cílem je nebránit klientům v jejich volném pohybu. Vyzdvihuje také neustálé zdokonalování nabídky služeb pro klienty. Chystají do provozu relaxační místnost typu snoezelen. Zmiňuje také spolupráci s neurologem a ostatním personálem, kdy všichni multidisciplinárně spolupracují. Péče v zařízení je stavěna na prvcích biografického modelu péče.

Aktivizace kognitivních funkcí probíhá formou tréninku paměti, pořádá různé kvízy, čte klientům příběhy a klienti zopakují, co si pamatují. Dále luští křížovky, osmisměrky.

V zařízení poskytuje ergoterapii, reminiscenční terapii, canisterapii, bazální stimulaci, arteterapii, aromaterapii, biblioterapii. To se shoduje s výpovědí Janiných kolegyní.

Jana pracuje s klienty převážně skupinově, ale i dle potřeby individuálně. Jako problémový shledává počet lidí, má na starost 28 klientů. Mrzí ji, když se jí příliš nedaří klienty motivovat k činnosti. Někteří klienti jsou zahořklí a vzdali snahu. Výhodu spatřuje ve složení svých klientů, má mobilní klienty, tak není problém se přemístit na reminiscenční místnost, či plánovat další činnosti. Za nejefektivnější terapii z hlediska své odborné zkušenosti považuje ergoterapii, kdy nacvičuje s klienty jejich sebeobsluhu jako zapínání knoflíků, oblékání apod. I reminiscenční terapii vnímá jako dobrý terapeutický prostředek, kdy nad fotkami klienti vzpomínají a vybavují si okamžiky svého života. Za nejdůležitější při péči o člověka s demencí považuje individuální přístup, každý klient potřebuje něco jiného, a umět se přizpůsobit situaci klienta. V zařízení jí chybí fyzioterapeut jako ostatním kolegyním, do zařízení zatím dochází masérka, kdy se jedná o fakultativní službu. Po masáži jsou klienti uvolněnější a více ochotní ke spolupráci.

Mezi programy, které jsou určeny i pro rodiny klientů patří opékání párků a další kulturní akce jako návštěva zoo a různé výlety. Také účast na letních olympijských hrách v Pilníkově, kde jsme získali pohár v šipkách. Organizace, které spolupracují

se zařízením, bývají spíše soukromé subjekty. Jejich spolupráce bývá většinou nárazová. Také k nim chodí dobrovolníci, navštívila je paní Hemelíková a uspořádala přednášku o Indonésii. Dokonce byl uspořádán i koncert v zařízení za spolupráce pana Janka, který bez nároků na honorář zahrál klientům.

**Tabulka 4** Klienti pohledem aktivizačních pracovníků

	<b>Jan</b>	<b>Marie</b>	<b>Věra</b>
<b>Doba spolupráce</b>	2 roky	8 měsíců	1 rok a 3 měsíce
<b>Denní program</b>	hygiena, stravování, terapie, aktivity, spánek	hygiena, dohled, stravování, terapie, aktivity, spánek	hygiena, dohled, stravování, terapie, aktivity, spánek
<b>Využívané terapie</b>	ergoterapie, arteterapie, reminiscence, canisterapie	ergoterapie, arteterapie, canisterapie, reminiscence, biblioterapie	ergoterapie, reminiscence, arteterapie, aromaterapie, canisterapie
<b>Preference terapie</b>	canisterapie	reminiscence	canisterapie
<b>Nepreferované terapie</b>	aromaterapie	biblioterapie	arteterapie
<b>Efekty terapie</b>	podpora sebeobsluhy, motivace, kognice	chování, začlenění, kognice	kognice, činnost, chování
<b>Negativa terapie</b>	nálada	nezaznamenáno	motivace
<b>Rodina</b>	dvakrát týdně	jednou týdně	dvakrát týdně



<b>Doporučení rodině</b>	aktivní přístup, hodnocení	hodnocení	aktivní přístup
<b>Spolupráce s rodinou</b>	osvěta, přecenění	prevence	osvěta
<b>Oblíbenost aktivit</b>	hry	flóra	pečení
<b>Neoblíbenost aktivit</b>	pečení	pohyb	pastorační činnost

Tabulka 4 obsahuje kódování rozhovorů se zaměstnanci zařízení, kteří pečují o klienty v zařízení, uvedených v tabulce 1. Doplnují tím informace o těchto klientech ze své odborné pozice. Z tabulky lze vyčíst, jak dlouho již aktivizují klienta odborní pracovníci, jaký denní program mají klienti. Jaké terapie klienti využívají a které nejvíce preferují, jaké terapie jsou naopak méně oblíbené. Zajímalo nás, jaké efekty terapií shledávají aktivizační pracovníci na svých klientech a zda tito pracovníci zaznamenávají i negativní projevy klientů po terapiích. Dále také, jak často navštěvuje klienta rodina a zda se účastní terapií se svým blízkým, či to doporučují odborné pracovnice. Také nás zajímalo, zda mají aktivizační pracovnice konkrétní doporučení pro spolupráci s rodinami a které aktivity patří u klientů mezi oblíbené a mezi neoblíbené.

### **Klient Jan**

O klienta Jana se stará aktivizační pracovnice Jana od začátku svého působení v organizaci, tedy dva roky. Denní program pana Jana začíná probuzením v sedm hodin ráno, kdy musí mít doprovod do koupelny, řekne se mu, ať se umyje, použije WC. Pečovatelky mu připraví oblečení, sám se již oblékne a je nasměrován do jídelny na své místo. Nají se sám. V devět hodin začínají terapie, které se každý den mění. V pondělí je arteterapie, v úterý reminiscence, ve středu aromaterapie, čtvrtek ergoterapie, v pátek promítání filmů a pastorační činnost. Canisterapie probíhá jednou za čtrnáct dní. V jedenáct hodin končí terapie a probíhá přesun na jídelnu, kde je podáván oběd. Po obědě je hodinu a půl polední klid, pije se káva, odpoledne je věnováno různým činnostem, aktivitám jako je terapeuticképečení, ruční výroba různých předmětů, ve středu bývá kavárnička. Činnosti se mění dle výběru aktivizačních pracovníků. Večer se Janovi pomáhá s hygienou, usíná ve dvacet dva hodin, někdy ze spaní vykřikuje, má noční děsy.

Pracovnice Jana si během práce s Janem povšimla, že Jan nejlépe pracuje při ergoterapii, reminiscenci a canisterapii. Za nejoblíbenější považuje u Jana canisterapii, kdy si s pejskem hrál, byl hovornější, mluvil na pejska, usmíval se a působil spokojeně. Nejméně ho oslovila aromaterapie, ta oslovuje spíše ženy. Efekty terapie na pana Jana aktivizační pracovnice spatřuje zejména v působení na psychickou pohodu, v podpoře soběstačnosti díky ergoterapii v cvicích jemné motoriky, posílení motivace k dalším činnostem a nutnosti přemýšlet a zapojovat mozek i nadále. Negativa v terapii nespátřuje, avšak velmi záleží na emočním rozpoložení pana Jana. Pokud je smutný, i terapie s ním probíhá hůře a spolupráce s ním je obtížnější.

Rodina pana Jana navštěvuje dvakrát týdně, vždy dcera a někdy i širší rodina. Aktivizační pracovnice Jana doporučuje rodinám i té Janově aktivní přístup, ráda je uvítá při terapiích, či různých akcích, které organizuje pro klienty. Zdůvodňuje to tím, že by rodina viděla schopnosti jejich člena rodiny, jak ještě umí být aktivní a že mnoho věcí ještě zvládne. Zároveň ale připouští, že by ji to v práci osobně rušilo, přesto by v tom rodinám nebránila. Mnohdy rodiny své blízké podceňují a při návštěvě klienta v rodném domě blízcí vše kompletně obstarají a po návratu do zařízení je pak klient v úrovni soběstačnosti mnohem níže, než byl před návštěvou domova. Někteří klienti, tedy i Jan, domácího prostředí zneužívají a působí, že daný úkol nezvládají. V zařízení však mají jinou zkušenost. Pro spolupráci s rodinou by radila, ať příliš ty své blízké nehýčkají. Aktivizační pracovnice Jana říká: „*Je poznat, když klient přichází z domácího prostředí, nemá žádné návyky, rodina kolem něho vše udělá.*“

Ve volném čase pan Jan rád hraje pexeso a naopak ho nebaví terapeutické pečení, pasivně sedí a pozoruje dění kolem sebe.

### **Klientka Marie**

Paní Marie je umístěna na oddělení aktivizační pracovnice Petry. Spolupracují spolu šest měsíců, tak dlouho je Petra aktivizační pracovnicí, i když Marie je v zařízení osm měsíců. Denní režim má Marie stejně jako ostatní klienti zařízení dán jeho chodem. Paní Marie si ráda pospí, po probuzení potřebuje dohled v koupelně, připomenout určité úkony ranní hygieny. Spolu s ostatními kolegyněmi ze společného pokoje se přemístí do jídelny, sama se nasnídá. Od devíti hodin se účastní terapií dle výběru aktivizační pracovnice. V pondělí mají na oddělení ergoterapii, v úterý arteterapii, ve středu reminiscenci, ve čtvrtek aromaterapii a biblioterapii, v pátek pastorační činnost a promítání retrofilmů. Canisterapie probíhá jednou za čtrnáct dní. V jedenáct hodin končí terapie a začíná shromažďování se v jídelně a podávání

oběda. Poté je polední klid hodinu a půl, paní Marie si sedne do křesla a pospává. Odpoledne začínají aktivity, dle výběru aktivizační pracovnice. V průběhu týdne se aktivity mění. Večer se Marie ráda dívá na televizi a trvá delší čas, než usne.

Paní Marie využívá všechny nabízené terapie, ať už je to ergoterapie, arteterapie, canisterapie, reminiscence, biblioterapie. Nejvíce spokojená je však u reminiscenční terapie, má ráda reminiscenční místnost, starý nábytek, který jí připomíná domácí prostředí, ráda si povídá o tom, jak žila dříve. Vzpomíná na minulost a nejvíce je spokojená u prohlížení fotografií, které jí přivezla rodina. Nejméně využívá biblioterapii, činí jí potíže udržet pozornost u předčítaného textu a vybavení si, o čem příběh byl. Spíše jen poslouchá ostatní. Klienti nejsou nuceni do činnosti, když opravdu nechtějí a reagují podrážděně. Efekty terapie na klientku Marii spatřuje aktivizační pracovnice Petra ve zklidnění a pohodě, v posílení sociálních kontaktů s ostatními klienty i personálem a ve snaze udržet míru kognitivních funkcí. Negativa terapie nejsou zaznamenány.

Rodina navštěvuje klientku jednou týdně. I aktivizační pracovnice Petra by uvítala participaci rodiny při terapiích. Někdy to rodiny podceňují, i rodina paní Marie měla takové chvíle. U člověka s demencí se nedá čekat, že se vlivem terapií vyléčí, ale je znát, když se přestane s klientem pracovat. Velký význam shledává pracovnice Petra v prevenci. Je nutné mozek trénovat co nejvíce než člověk onemocní.

Paní Marie nejraději pečuje o květiny, zalévá je. V létě pracuje ráda na zahrádce zařízení. Ovšem nejméně oblíbenou aktivitou je cvičení, často říká, že se jí nechce a používá výmluvy, aby cvičit nemusela.

### **Klientka Věra**

Třetí klientka Věra je členem oddělení, kde působí aktivizační pracovnice Anna. Spolupracují spolu rok a tři měsíce. Denní režim Věry začíná probuzením o půl osmé ráno, je odvedena do koupelny, kde s pečovatelkou provádí ranní hygienu. Za asistence pečovatelky se také oblékne a spolu s ostatními se v jídelně nasnídá. V devět hodin začínají terapie. V pondělí je na programu reminiscence, v úterý ergoterapie, ve středu arteterapie, ve čtvrtek aromaterapie, v pátek promítání retrofilmů a pastorační činnost. V jedenáct hodin končí terapie a hromadně se obědvá. Po obědě je polední klid, paní Věra si vypije kávu a popovídá s ostatními klientkami. Odpoledne se účastní aktivit spolu s ostatními. Večer je za asistence pečovatelky provedena večerní hygiena a paní Věra usíná kolem deváté hodiny.

Využívá všech nabízených terapií, ať už je to ergoterapie, reminiscenční terapie, arteterapie, aromaterapie, canisterapie. Nejvíce preferuje canisterapii, kdy se i aktivně podílí

při péči o psa, vyčesává ho, hraje si s ním. Canisterapie probíhá jednou za 14 dní. Nemá příliš ráda arteterapii, některých výtvarných činností se nechce účastnit, tak dělá jinou aktivitu. Ovšem není to tak vždycky. Za efekty terapie považuje pracovnice Anna udržení míry kognice, smysluplnou činnost a duševní pohodu. Negativa terapie vidí ve zhoršené motivaci k aktivitám, protože je těžké motivovat klienta s demencí k činnosti.

Rodina navštěvuje klientku dvakrát týdně. Shoduje se s ostatními kolegyněmi, že rodiny často doma klienty „rozmazlují“ a tím snižují jejich úroveň soběstačnosti. Je nutné dodržovat režim klientů, aby si zafixovali, kdy se co bude dít. Za důležité považuje i šíření informovanosti o podstatě nemoci demence a způsobu chování k těmto lidem.

Paní Věra v zařízení nejradši vykonává terapeutické pečení, je vidět, že i doma ráda pekla, což potvrzuje i rodina. Neoblíbila si pastorační činnost, kam přestala i docházet, přestože dříve byla velmi věřící. Nyní však říká, že farářům nevěří a odmítá se účastnit mší.

## 6.1 Obsahová analýza dokumentace

Ke zjištění potřebných dat bylo užito obsahové analýzy dokumentace Centra spokojeného stáří Alzheimer Care. Tato analýza proběhla v měsíci listopadu 2016. Během výzkumného šetření jsme se zaměřili na zaznamenání dat do připraveného záznamového archu, který byl vytvořen pro tento výzkum. Zaměřili jsme se zejména na celkový počet klientů v zařízení, na zastoupení počtu mužů a žen, věkové zastoupení klientů, a na to jak dlouho jsou umístěni v zařízení, a s jakými druhy demencí se v zařízení pracuje. Nedílnou součástí je polymorbidita klientů, tedy jakými dalšími druhy nemocí jedinci trpí, jaké léky užívají. Také jak tyto léky působí na onemocnění demence. Další součástí je skóre testu MMSE (testu kognitivních funkcí) při nástupu klienta do zařízení a v průběhu pobytu. Výzkumný soubor tvořilo 114 klientů v zařízení.

Data byla zpracována pomocí popisné statistiky v programu MS Excel 2007, výpočtem relativní četnosti dle vzorce, níže uvedeného, se zaokrouhlením výsledku na dvě desetinná místa. Grafické znázornění mnou získaných dat bylo vytvořeno taktéž za pomoci programu MS Excel 2007.

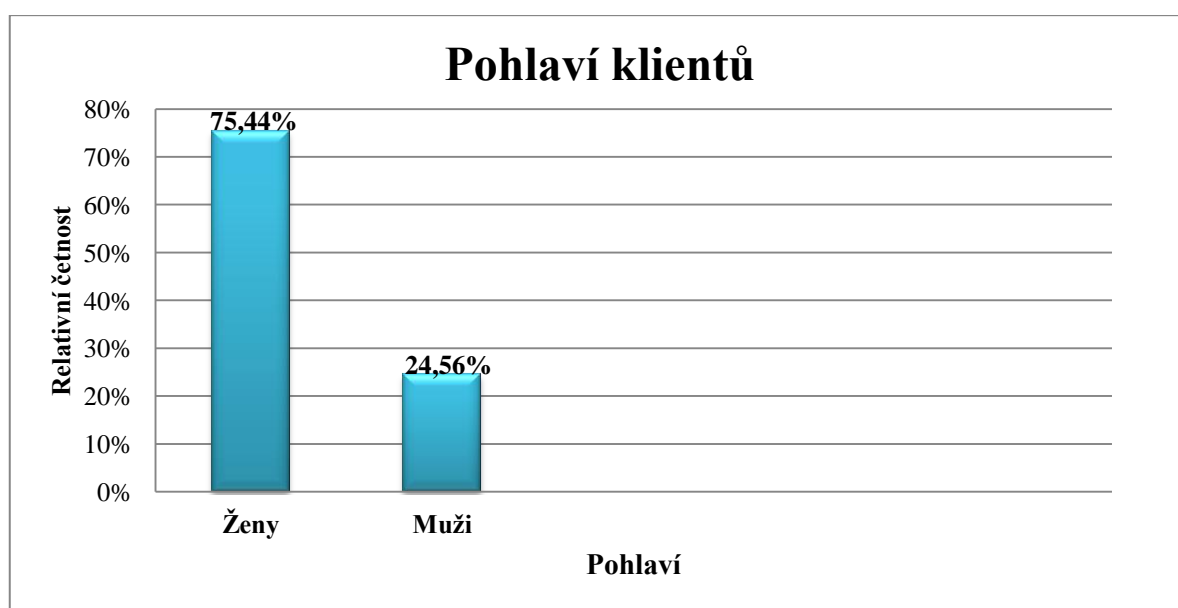
$$r = \frac{Z_a}{|S|}$$

$Z_a$  je absolutní četnost znaku  $z$  a  $|S|$  je rozsah statistického souboru (počet všech prvků).

Výsledky šetření nelze zobecnit na celou populaci, jsou relevantní pouze pro tento výzkum a vztahují se k tomuto výzkumnému souboru. Grafické znázornění dat se vztahuje k organizaci Centra spokojeného stáří Alzheimer Care ve Svobodě nad Úpou, a proto název organizace nebude dále již v grafech znovu uváděn.

### Jaké je zastoupení mužů a žen v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care?

Z obsahové analýzy vyplynulo, že výzkumný soubor tvořilo 114 klientů ( $n = 114$ ) v zařízení. Ženy tvořily 75,44 % ( $n = 86$ ) a muži v zastoupení 24,56 % ( $n = 28$ ). Viz. obr. 1



**Obr. 1** Graf Pohlaví klientů

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

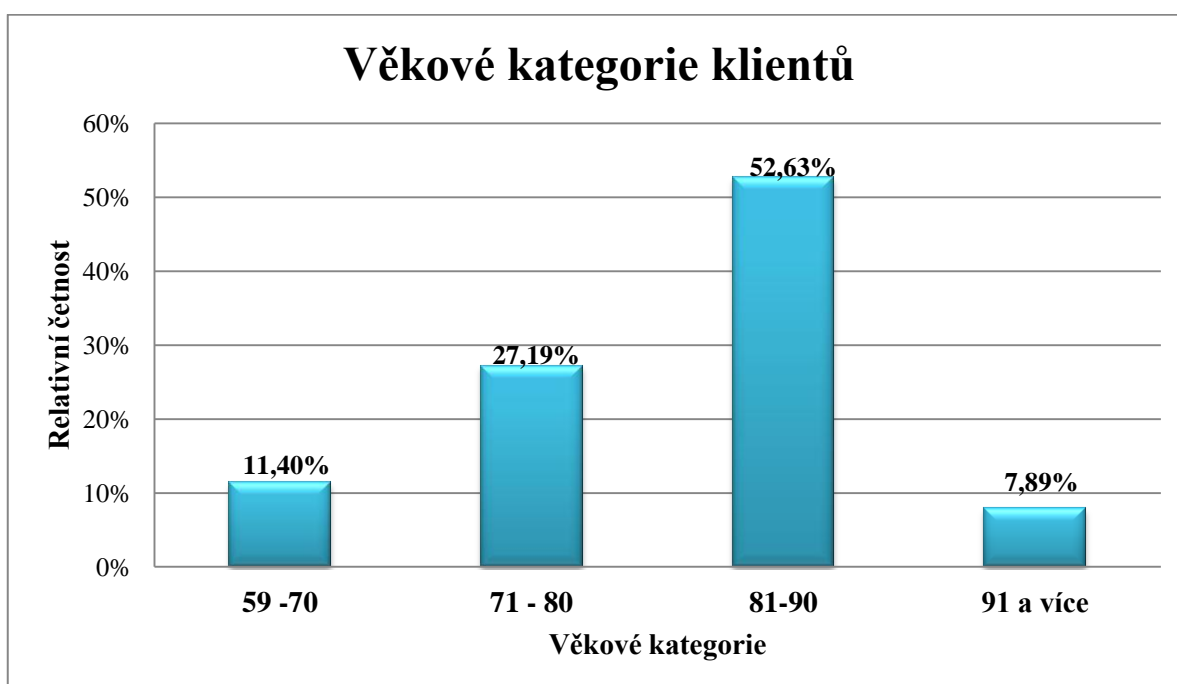
Z hlediska charakteristiky pohlaví klientů je pochopitelná převaha žen. Přestože se dle Českého statistického úřadu rodí více mužů než žen, mužů se v populaci vyskytuje méně. V roce 2008 bylo v České republice 49,1 % mužů. Nižšího věku se dožívají muži, protože vedou riskantnější způsob života, stávají se častěji oběťmi trestných činů, dopravních nehod a sebevražd. Muži také vykonávají spíše více fyzicky náročné práce, kdežto ženy mají díky péči o potomstvo odolnější a silnější organismus. V České republice připadá na 1000 mužů ve věku 65 let a více 1511 žen (Český statistický úřad, 2014).

Zajímavá je i skutečnost, kdy Alois Alzheimer diagnostikoval prvně Alzheimerovu demenci v roce 1907 u své služebné Augusty, tedy ženy (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 119).

## Jaké je věkové zastoupení klientů?

Věkové rozpětí klientů bylo rozděleno do čtyř kategorií. První kategorie ve věku 59 – 70 let představuje 11,40 % (n = 13) klientů. Do druhé kategorie ve věku 71 – 80 let spadá 27,19 % (n = 31) klientů. Nejvíce zastoupena je třetí kategorie 81 – 90 let, jenž zaujímá 52,63 % (n = 60) klientů. Čtvrtá kategorie 91 – 94 let je zastoupena pouze 7,89 % klienty (n = 9). Nejčastěji nemocní demencí jsou ve věku 81 – 90 let. Viz. obr. 2.

Minimální věk nemocného je 59 let a maximum představuje 94 let. Průměrný věk klientů činí 86 let vypočítáno aritmetickým průměrem. Modus (nejčastější prvek) je 85 let.



Obr. 2 Graf Věkové kategorie klientů

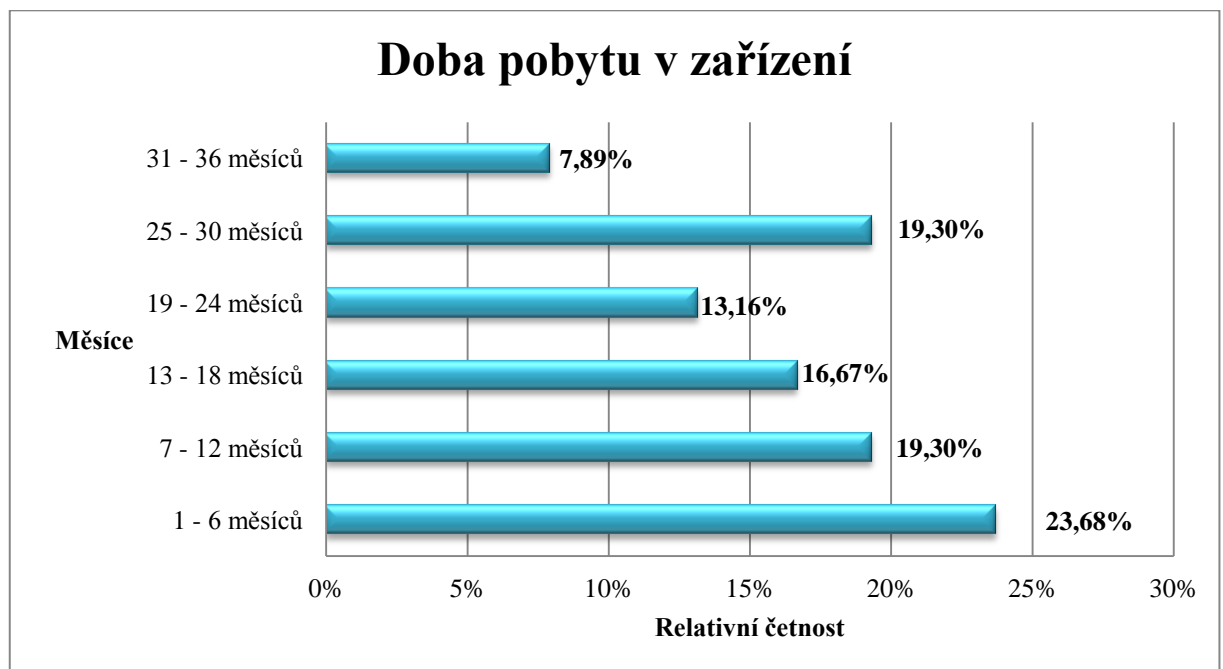
(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Kategorie 59 – 70 let věku je málo zastoupena z důvodu začátku prvních příznaků nemoci. Rodiny nemocných mnohdy tuší, že se udává změna v chování jedince, ale ne vždy je nemocný včas přiveden k lékaři, příznaky bývají bagatelizovány, diagnostika a léčba nemoci se prodlužuje do pozdních let nemocného (Alzheimer centrum, 2014). Nejvyšší podíl, více než ½ nemocných v zařízení, je naopak typickou věkovou kategorií profilu nemocného. Výskyt demence stoupá s přibývajícím věkem člověka (Mühlpachr, 2004. s. 40). Naopak kategorie 91 let a více je velmi málo zastoupena, vlivem nárůstu a progresí chorob senioři umírají, byť se z kvalitní zdravotní péče a zvyšuje se dlouhověkost.

## Jak dlouho jsou klienti v zařízení umístění?

Zajímalo nás, kolik měsíců žijí stávající klienti v zařízení. Délka pobytu je různá, proto jsme si u každého klienta spočítali, jak dlouho žijí v zařízení od jejich data nástupu a to je uvedeno v měsících. Pro lepší přehlednost jsme rozdělili doby do šesti kategorií.

Nejpočetnější je kategorie doby pobytu od 1 do 6 měsíců a to 23, 68 % (n = 27). Stejných hodnot dosáhla kategorie pobytu 7 – 12 měsíců v počtu 19, 30 % (n = 22) a kategorie pobytu 25 – 30 měsíců v počtu 19, 30 % (n = 22). Kategorie pobytu 13 – 18 měsíců představuje 16, 67 % (n = 19). Méně zastoupená kategorie doby pobytu je 19 – 24 měsíců a to v 13, 16 % (n = 15). Nejméně je zastoupena doba pobytu 31 – 36 měsíců a to 7, 89 % (n = 9). Viz. obr. 3.



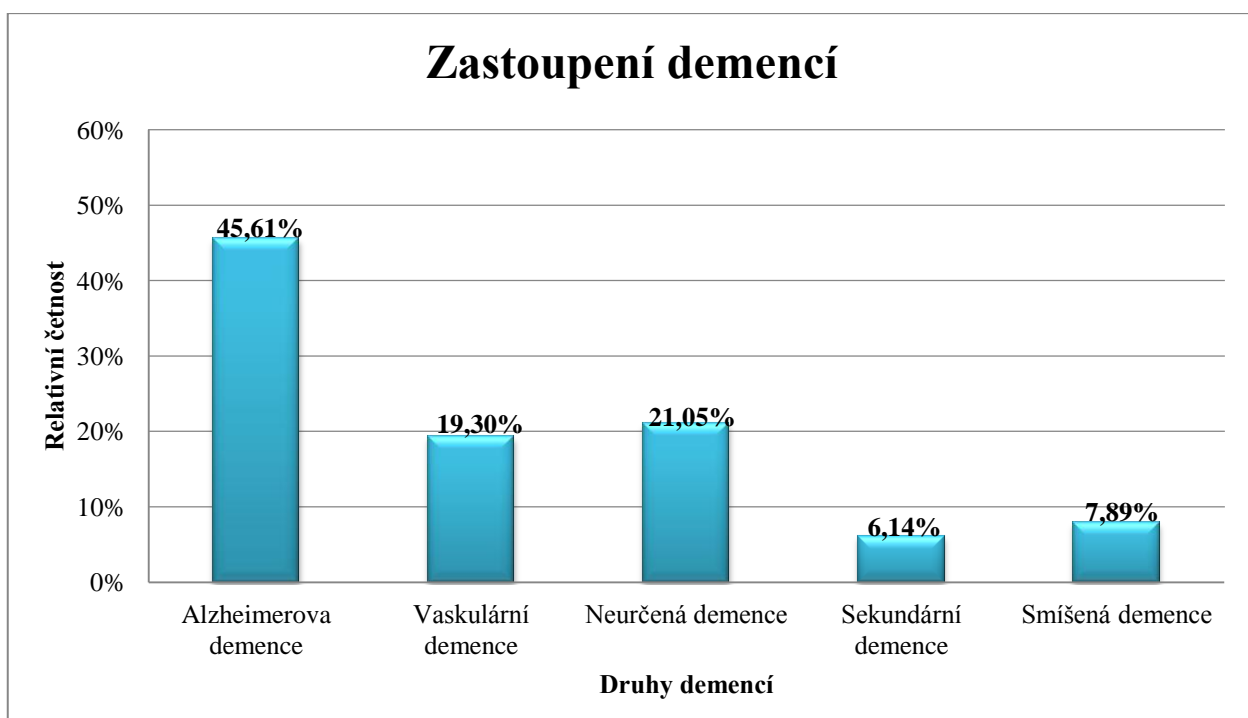
**Obr. 3** Graf Doba pobytu klienta v zařízení

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Nejvíce pobytů, téměř  $\frac{1}{4}$  je poměrně krátkodobých (doba od 1 do 6 měsíců). Zařízení je v provozu teprve tři roky. Tříleté pobyty jsou málo zastoupeny, protože nemocní umírají. Průměrná doba dožití je stanovena v rozmezí 3 – 8 let. Avšak u některých pacientů to může být až 15 let (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 32).

## Jaké druhy demencí se v zařízení vyskytují?

V zařízení se nejčastěji vyskytuje Alzheimerova demence a to 45,61 % (n = 52) a je nejpočetněji zastoupena. Druhou početnou skupinu tvoří Neurčená demence, kdy nelze diagnostikovat přesný druh demence, jedinec však vykazuje známky demence a to 21,05 % (n = 24). Třetím typem je demence Vaskulární 19,30 % (n = 22). Čtvrtý typ představuje demence Smíšená, kdy se podílí na vzniku demence více faktorů a nelze přesně diagnostikovat, který je převládající a to v 7,89 % (n = 9). A posledním druhem je demence Sekundární, která vznikla následkem úrazu, po prodělané cévní mozkové příhodě, či po chronickém ethylismu a to 6,14 % (n = 7). Viz. obr. 4.



Obr. 4 Graf Druhy demencí

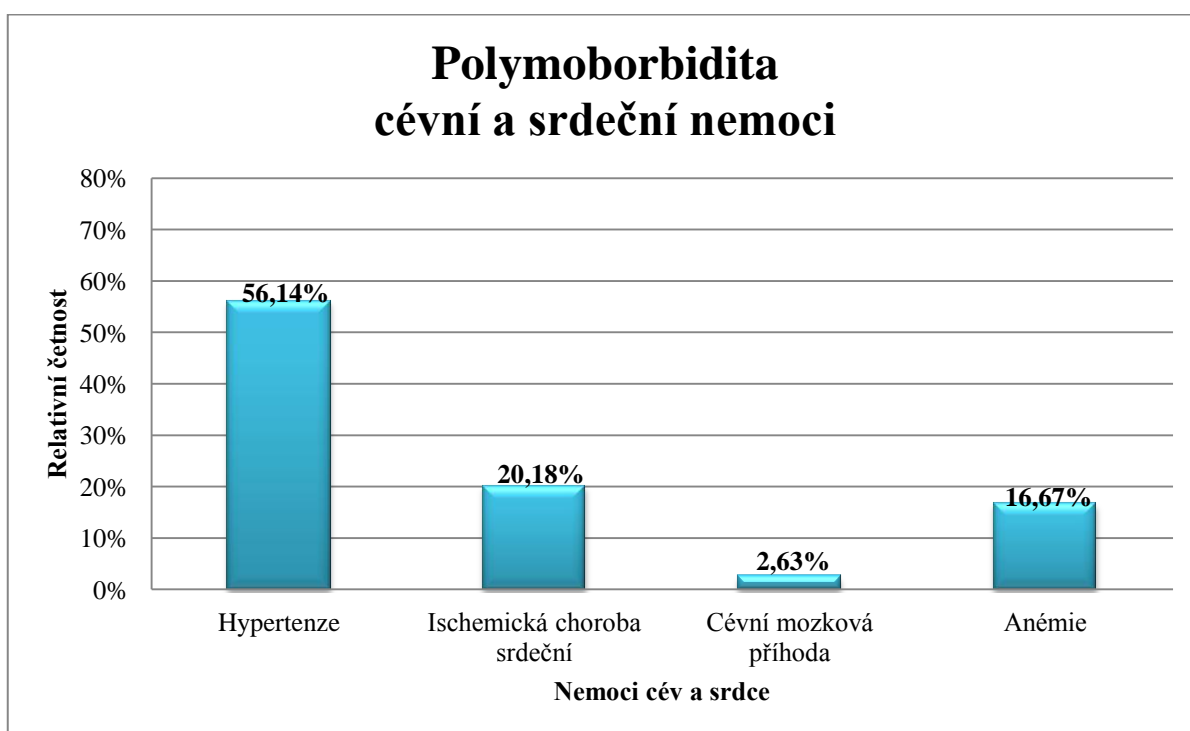
(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Alzheimerova demence je nejvíce zastoupena. To ostatně uvádí i Pidrman (2007b, s. 31), že Alzheimerova demence představuje až 60 % všech demencí a patří mezi primárně degenerativní demence. Vaskulární demence je zastoupena 20 % v populaci jedinců s demencí, což ostatně ukazuje i graf výše (Pidrman, 2007b, s. 31). Neurčená demence ukazuje na 1/5 demencí, u kterých nelze určit jejich původ, přestože nemocný vykazuje známky probíhající choroby. Diagnostika typu demence není jednoduchá a ne vždy dostaneme jasný výsledek.



## Jakými dalšími nemocemi klienti trpí?

Vzhledem k věku klientů a diagnóze demence se k této nemoci přidružují další nemoci. Z dokumentace lze zaznamenat, že nejčastější chorobou z oblasti cévního a srdečního systému je hypertenze a to v 56,14 % (n = 64). Dalším onemocněním je ischemická choroba srdeční 20,18 % (n = 23). Zastoupena je zde také anémie a to v 16,67 % (n = 19). Nepatrné místo zaujímá cévní mozková příhoda 2,63 % (n = 3). Viz. obr. 5.

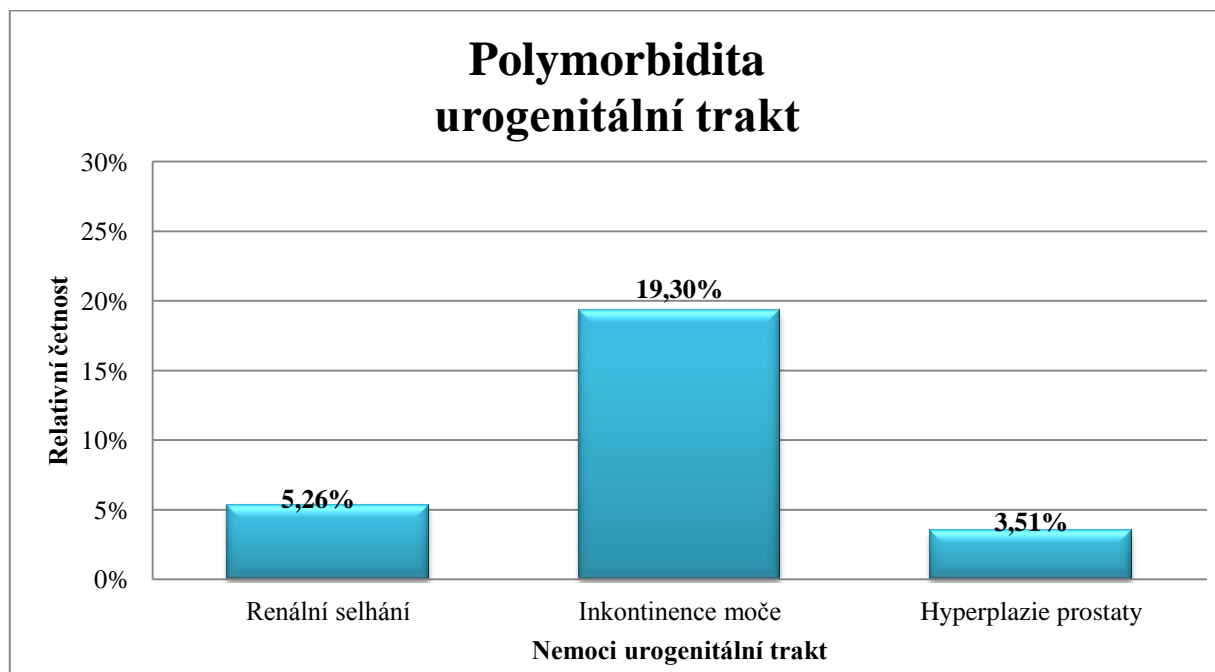


**Obr. 5** Graf Polymorbidity cévní a srdeční nemoci

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Rozvoj polymorbidity je typickou charakteristikou pro seniory. Jak člověk stárne, stárnou i jeho orgány, opotřebovávají se a snižuje se jejich funkčnost. Nejčastěji za to může životní styl, jaký lidé vedou, a to, jak se stravují. Svě místo zaujímá i genetická rodinná zátěž. V České republice v roce 2013 zemřelo nejvíce lidí na nemoci oběhové soustavy, a to 23,7 tisíc mužů (43 % mužů z celkového počtu zemřelých) a 28 tisíc žen (51,8 % úhrnu), bylo to však méně než v roce 2012 (Český statistický úřad, 2014). To dokazuje i naše šetření.

V oblasti urogenitálního systému u jedinců s demencí lze objevit následující choroby. Nejvíce jsou klienti postiženi inkontinencí moče a to v 19,30 % (n = 22). Méně zastoupeno je renální selhání 5,26 % (n = 6). Poslední místo v grafu zaujímá hyperplazie prostaty 3,51 % (n = 4). Viz. obr. 6 .



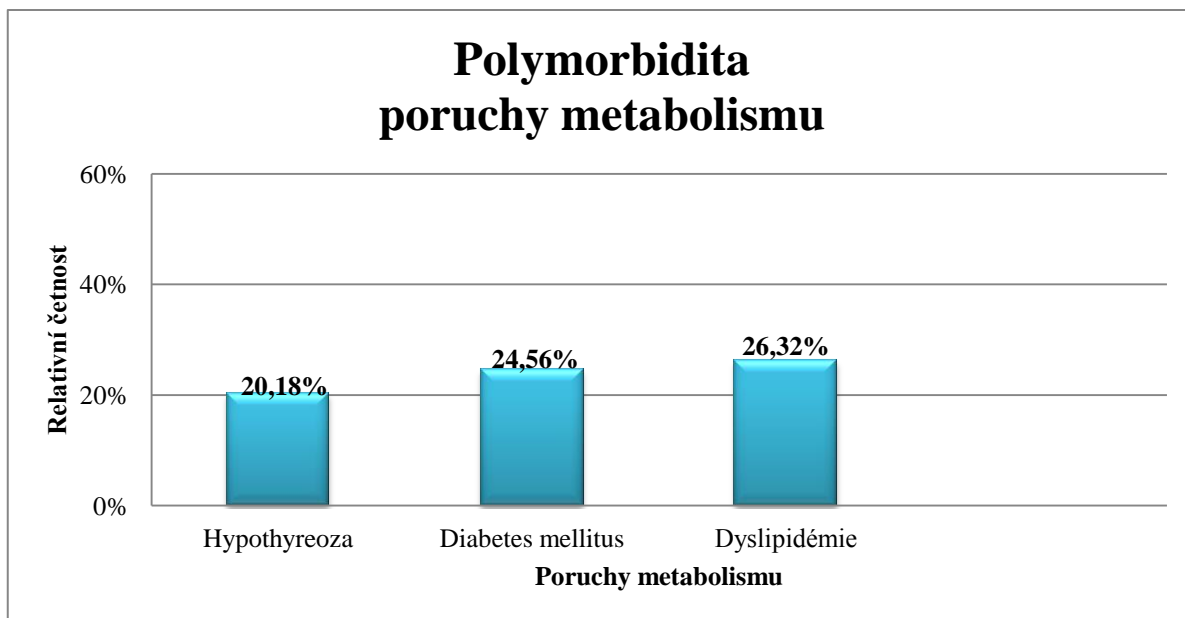
**Obr. 6** Graf Nemoci urogenitálního traktu

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Inkontinence moče často provází stáří. Dle WHO trápí tento problém 5 – 8 % populace. V České republice je to asi 670 000 osob. Častější výskyt je spojován se ženami, inkontinencí trpí až 510 000 žen, z toho polovina stresovou inkontinencí. Významný vliv během života ženy má porodní trauma, zvýšení nitrobřišního tlaku. U mužů toto onemocnění souvisí s patologickými změnami prostaty. Finanční náklady spojené s inkontinencí jsou zařazeny mezi nejdražší diagnózy (Lukáš a Žák, 2011, s. 110). V současnosti je již urologie na takové úrovni, že nabízí účinnou pomoc, avšak protože je to intimní a citlivé téma, není tato léčba plně využívána (Mühlpachr, 2004. s. 165).

Další skupinu nemocí tvoří poruchy metabolismu a žláz. Poruchami funkce štítné žlázy trpí 20,18 % (n = 23) klientů v zařízení. Diabetes mellitus postihuje 24,56 % (n = 28) klientů. Jedná se o diabetes mellitus druhého typu, který není závislý na inzulinu, a o diabetes mellitus prvního typu, který je závislý na inzulinu. Hladina glykémie je regulována léky

a podáváním stravy s vyváženým počtem sacharidů. Významné místo zaujímá dyslipidémie a to 26,32 % (n = 30). Viz. obr. 7.

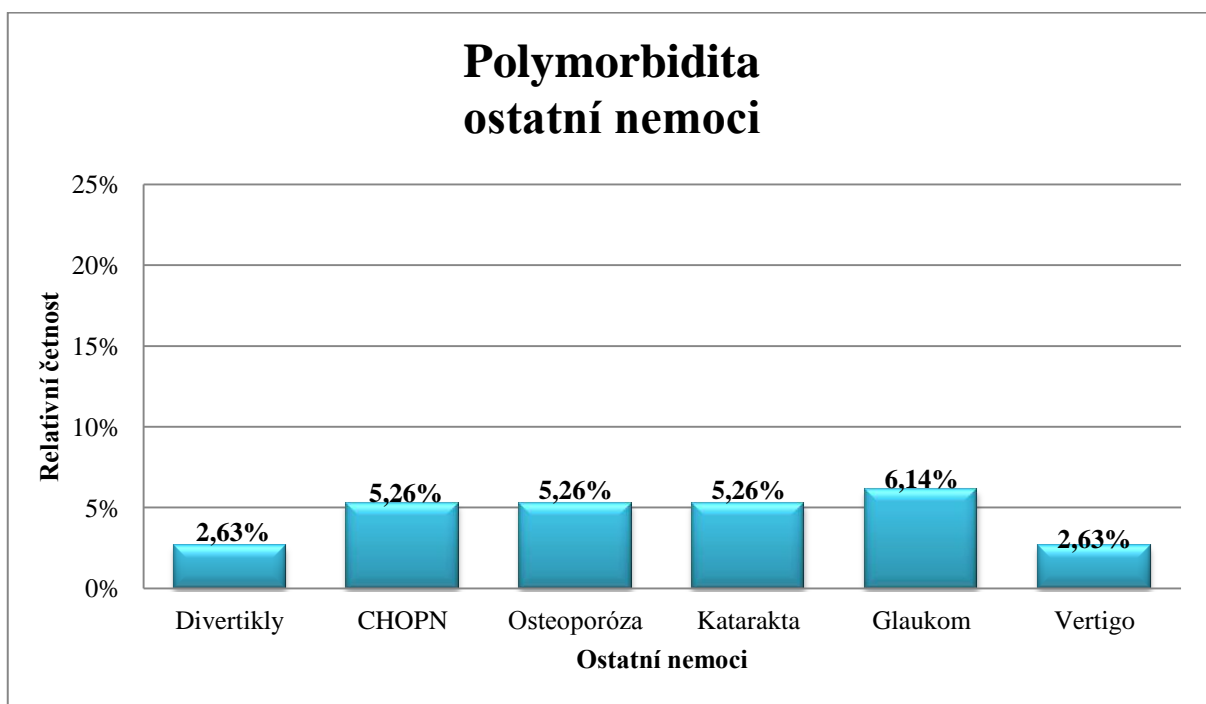


**Obr. 7** Graf Poruchy metabolismu a žláz

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Dle Českého statistického úřadu (2014) čtvrté místo příčiny úmrtí zaujímá diabetes mellitus. Diabetes mellitus spolu s dyslipidémií a hypertenzí představují rizikový faktor pro vznik ischemické choroby srdeční. A nemoci srdce a cév mají významný vliv na vznik demence. (Kalvach, 2004, s. 571). Incidence jakékoli demence je vyšší u osob s diabetem mellitem, než u osob bez diabetu (Kučerová, 2006, s. 95). Zvýšenou pozornost je nutné věnovat poruchám funkce štítné žlázy, hypothyreóze. Její porucha zpomaluje psychickou výkonnost, porušuje paměť a poznávací funkce. Po léčbě se však tyto funkce vrací do normálu, pokud není přítomna demence (Jirák, Holmerová, Borzová 2009, s. 6).

V tomto grafu jsou zpracovány další choroby, které jsme zaznamenali u klientů v zařízení. Klienti trpí divertikly, což představuje 2,63 % (n = 3). Jedná se o výčlipky na stěně tlustého střeva v těle člověka. Další je onemocnění chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a to v 5,26 % (n = 6). Stejným procentem je vyjádřena i osteoporóza 5,26 % (n = 6). Katarakta (šedý zákal) představuje taktéž 5,26 % (n = 6). Glaukom (zelený zákal) tvoří 6,14 % (n = 7). Poslední místo zaujímá vertigo (pocit porušené rovnováhy) a to 2,63 % (n = 3). Viz. obr. 8.



**Obr. 8** Graf Ostatní nemoci

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

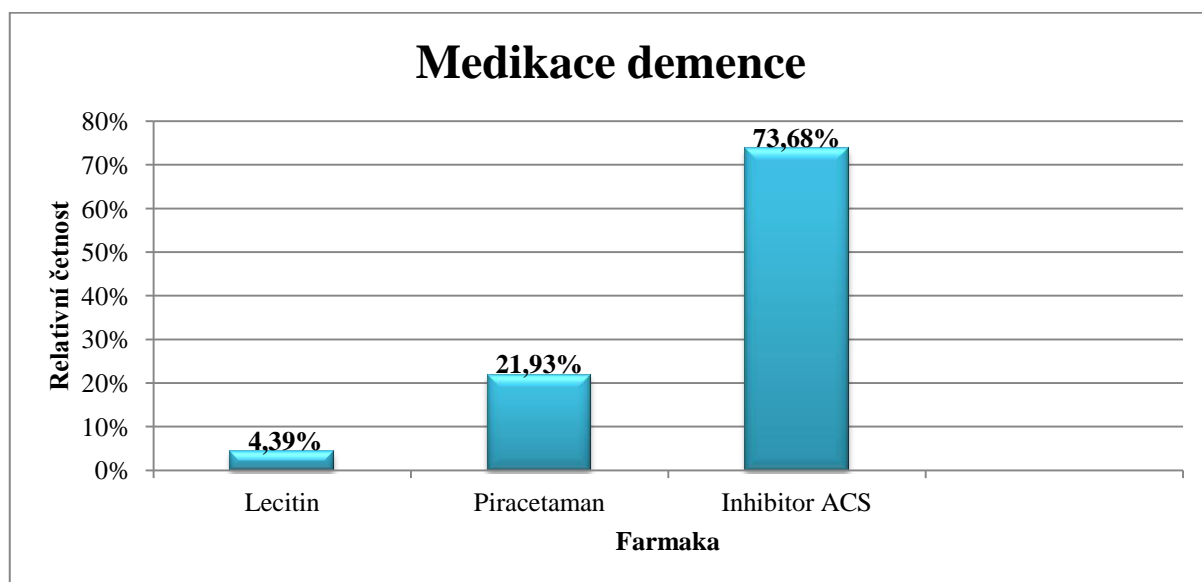
Divertikly, jejich výskyt a počet se významně zvyšuje s věkem. U osob ve věkové kategorii do 40 ti let se vyskytují výjimečně, asi 5 %. U osob nad 70 let jsou přítomny asi v 60 % (Academy Spektrum zdraví, 2013). Náš graf výše ukazuje pouze nízké procento jedinců trpících divertikly, jelikož diagnostika této choroby je prováděna kolonoskopickým vyšetřením, mnoho jedinců pocítuje strach a odmítá toto vyšetření. Proto lze spatřit deficit v diagnostice této choroby. Ve stáří se objevuje celková atrofie všech orgánů, dochází k úbytku orbitálního tuku, zhoršuje se stav čočky a rozvíjí se glaukom a katarakta. Změny nastávají v oblasti minerálového hospodářství, vzniká osteoporóza (Malíková, 2011, s. 20).

### **Jaké léky klienti užívají a jaké souvislosti mají tyto léky k demenci?**

Nejdůležitější při léčbě demence, je správná farmakologická léčba. Nejčastěji jsou indikována kognitiva. Ve farmaceutickém průmyslu je mnoho léků k léčbě demence.

Z obsahové analýzy vyplývá, že nejčastěji jsou užívány inhibitory acetylcholinesterázy, nová skupina psychofarmak, např. Donepezil v 73, 68 % (n = 84) případů. Další skupinou jsou léky na bázi piracetamanu a to v 21, 93 % (n = 25) případů.

Podporuje látkovou výměnu v nervových buňkách, pomáhá při závratích, zlepšuje poruchy paměti. Nejméně zastoupeny jsou léky obsahující Lecitin a to v 4,39 % (n = 5), který je užíván při lehkých kognitivních poruchách, vzhledem ke stupni postižení klientů zařízení je takto nízké indikování tohoto léku logické. Viz. obr. 9.



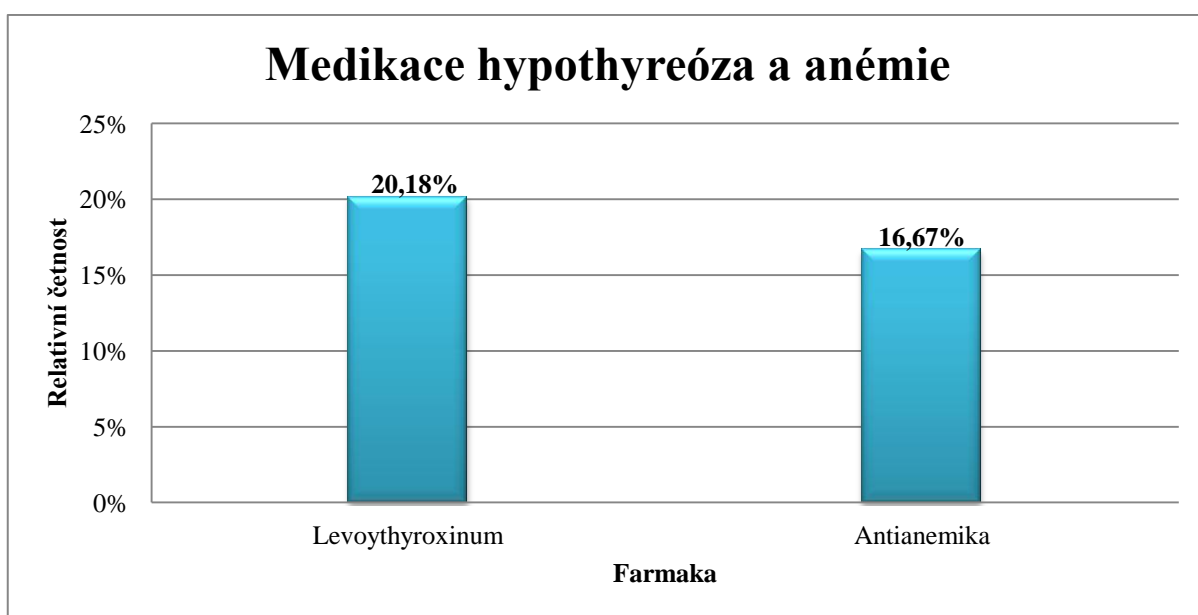
**Obr. 9** Graf Medikace demence

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Inhibitory acetylcholinesterázy se v klinické praxi osvědčily jako léky zvyšující potenciál člověka s demencí. Jde o udržení takové kognitivní, behaviorální a funkční úrovně, na jaké byl na začátku léčení. Klinické studie prokazují, že kognitiva jsou prostředkem k cíli, a to zlepšení symptomů demence a zejména stabilizace stavu člověka a snížení progresu nemoci. Hrazení kognitiv zdravotní pojišťovnou je vázáno na test MMSE, na hodnotu 20 a méně bodů (Franková, 2011, s. 49).

## 6.2 Výsledky výzkumu v komparativním kontextu

Dle dokumentace bylo zjištěno a vyplývá z obrázku 7, že klienti, již přicházejí do pobytové služby, nejsou mnohdy správně diagnostikováni a neužívají správná farmaka. Mnoho z potíží klienta je odhaleno až v zařízení. Nejčastěji se lékaři a sestry setkávají s hypofunkcí štítné žlázy a chudokrevností (anémií). Tyto choroby mají vliv na rozvoj a progresi demence. Léky k nastavení správné funkce štítné žlázy skupiny levothyroxinum (Euthyrox, Letrox) byly indikovány v 20, 18 % (n = 23) případů. Léky suplementující nedostatek železa v krvi antianemika (Ferronat, vitamin B<sub>12</sub>) byly indikovány v 16, 67 % (n = 19) případů. Viz. obr. 10.



**Obr. 10** Graf Medikace hypothyreóza a anémie

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

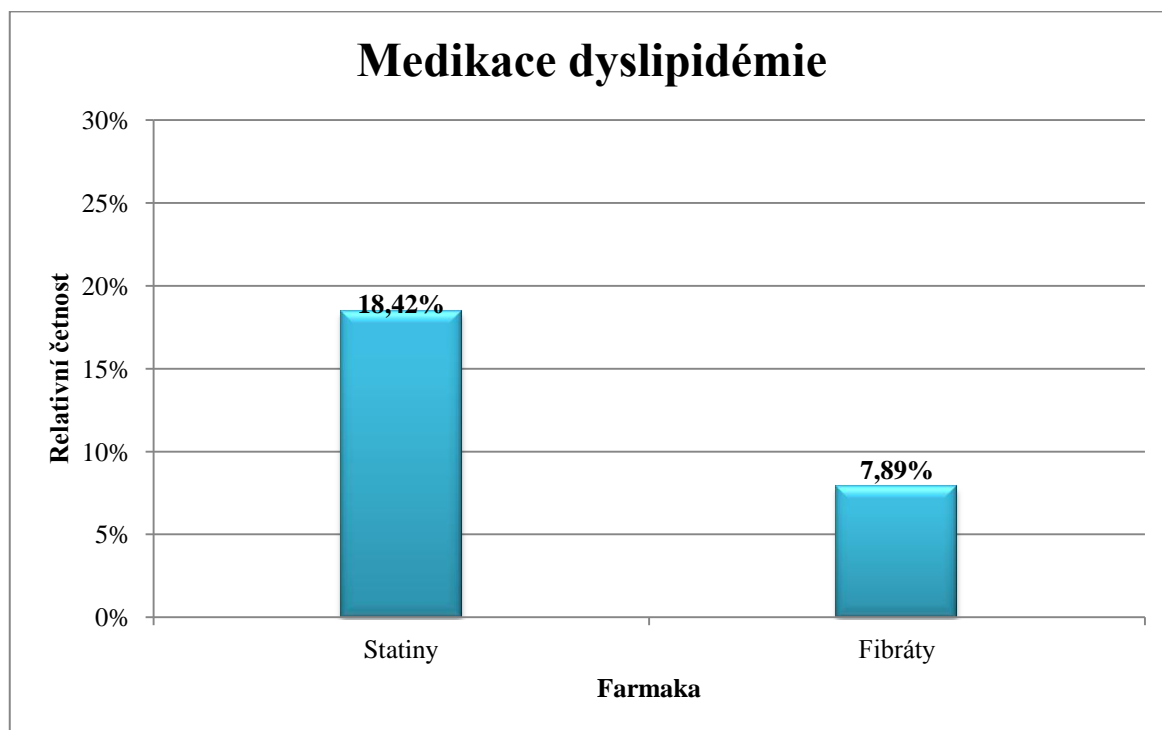
Jak stárneme, ubývá hladina vitamínu B<sub>12</sub> v krvi (anémie ze snížené tvorby erytrocytů). Nízká hladina tohoto vitamínu ve středním věku života zvyšuje pravděpodobnost onemocnění Alzheimerovy demence až čtyřikrát. Vědci z Oxfordu zjistili, že při nedostatku tohoto vitamínu dochází k úbytku kognitivních funkcí, protože mozková hmota se smršťuje a atrofuje. Snadno tedy může nastat situace, kdy je mylně diagnostikována Alzheimerova demence a skutečností je deficit vitamínu B<sub>12</sub> (Carperová, 2010, s. 260).

Taktéž poruchy štítné žlázy mohou imitovat příznaky Alzheimerovy demence. Proto se stává, že nefunkční štítná žláza často končí chybnou diagnózou demence. Jenže nenormální aktivita štítné žlázy může do určité míry demenci vyvolat, obzvláště u žen je dvakrát vyšší pravděpodobnost. Vyplývá to ze studie lékařky Tanosové z Univerzity v Harvardu, kdy sledovala osmnáct tisíc mužů a žen po dobu třinácti let, na počátku studie

nikdo nevykazoval známky demence, na konci to bylo 11 % respondentů. Je zajímavé, že muže abnormální činnost štítné žlázy v souvislosti s Alzheimerovou chorobou neohrožovala. Zato v Dánsku se prokázalo, že starší muži, kteří trpěli zvýšenou funkcí štítné žlázy, vykazovali o 20 % vyšší riziko onemocnění Alzheimerovy demence. Carperová (2010, s. 206) uvádí, že nadprodukce hormonů štítné žlázy způsobuje odumírání neuronů (mozkových buněk). Nízké hodnoty hormonů štítné žlázy zase mohou mít vliv na zvýšení hladiny beta-amyloidu (bílkoviny, která se v placích ukládá v mozku a stojí za vznikem Alzheimerovy demence).

### Medikace dyslipidémie ovlivňující demenci

Další léky, které klienti v zařízení užívají, jsou z důvodu zvýšeného množství tuků, konkrétně LDL, který přenáší cholesterol a fosfolipidy. Zde pracujeme s klienty, kteří trpí dyslipidemií a to 26,32 % (n = 30) a vycházím z obrázku 7. Nejčastěji užívanými léky jsou Zocor a Mevacor patřící do oblasti statinů a to v 18,42 % (n = 21) případů. Další lék je Lipanor patřící do oblasti fibrátů, který byl indikován v 7,89 % (n = 9) případů. Viz. obr. 11.



Obr. 11 Graf Medikace dyslipidémie

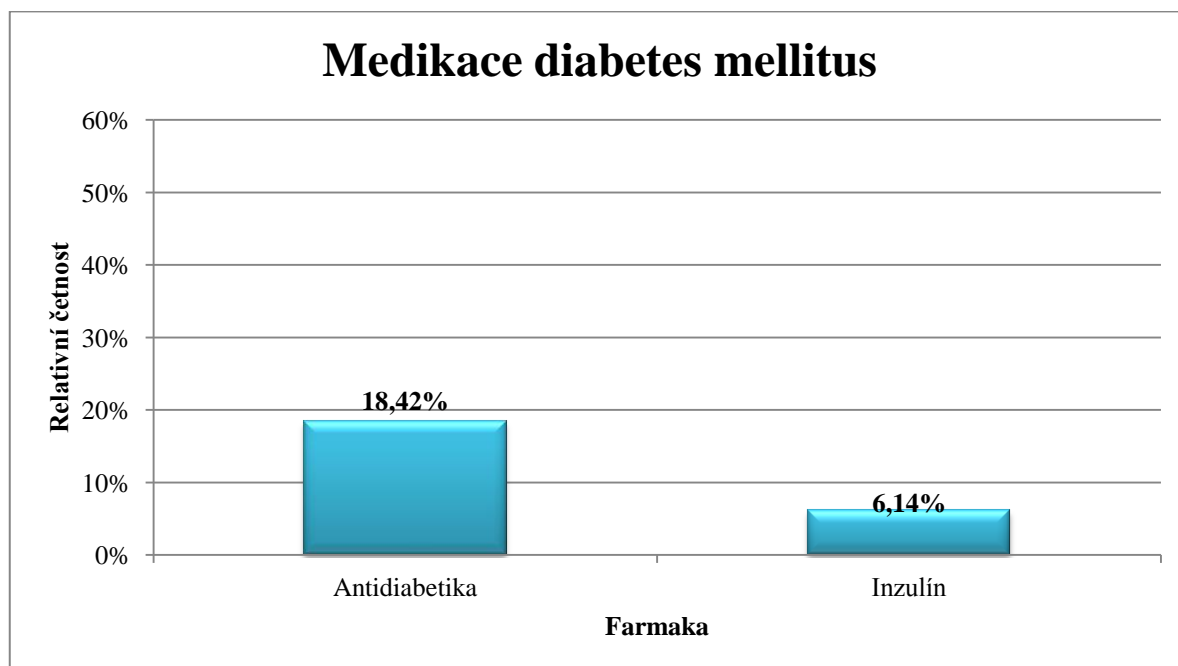
(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Škodlivé nasycené tuky (LDL), které ucpávají cévy, oslabují prokrvení mozku, a tím umožňují toxickému beta-amyloidu (bílkovině způsobující Alzheimerovu chorobu), aby se mohl šířit. Je důležité udržovat správnou hladinu tuků v krvi. Hladina cholesterolu je vhodná do množství 5,2 mmol/l (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 129).

Statiny snižují cholesterol v krvi a pomáhají tlumit záněty v těle. Avšak nejsou to léky, které by vedly k prevenci proti demenci. Organizace Cochrane Collaboration v roce 2009 provedla výzkum u 26 340 pacientů, kteří vykazovali vysoké riziko demence a užívali statiny. Výsledek neukázal v úrovni kognice žádný rozdíl mezi staršími lidmi, kteří tyto léky užívali až pět let a mezi těmi, kdo je neužívají. Existují však i svědectví, kdy lidé pocítují, že mají naopak horší paměť po užívání těchto léků. V této oblasti probíhají i nadále další výzkumy (Carperová, 2010, s. 232).

### Medikace diabetu mellitu ovlivňující demenci

Vycházíme zde z obrázku 7, kde je uvedeno zastoupení onemocnění diabetes mellitus u klientů v zařízení, kde touto nemocí trpí 24, 65 % (n = 28), a z tohoto počtu vycházíme v následujícím grafu. Dalšími léky, které užívají klienti v zařízení při onemocnění diabetem mellitem, jsou léky Siofor a Oltar (PAD = perorální antidiabetika) při diabetu II. typu, a to v 18, 42 % (n = 21) případech. Při léčbě diabetu I. typu se jedná o aplikaci inzulínu do podkoží klienta injekční stříkačkou a to v 6, 14 % (n = 7) případech. Viz. obr. 12.



Obr. 12 Graf Medikace diabetes mellitus

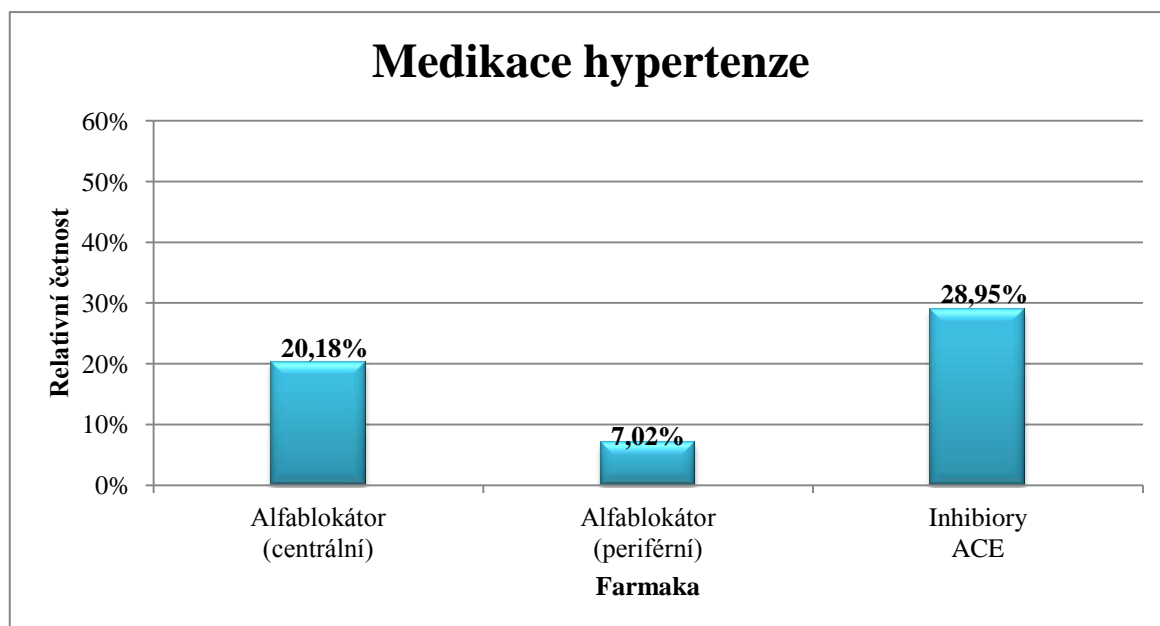
(Zdroj: Vlastní konstrukce)



Diabetes mellitus 2. typu vyvolává větší náchylnost k onemocnění demencí. Riziko onemocnění demence se ztrojnásobňuje, pokud je přítomný i diabetes mellitus. Ještě stále v této oblasti probíhají výzkumy, ale obě tyto choroby (diabetes mellitus a Alzheimerova choroba) mají podobné rizikové faktory. Mezi ně patří obezita, hypertenze, vysoká hladina cholesterolu, vysoká konzumace pokrmů s vysokým obsahem tuků a cukrů a poškozená činnost slinivky břišní. U diagnostikovaných diabetiků se výsledky kognitivních testů vždy zhoršují v závislosti s nedostatečnou regulací hladiny cukru v krvi (Carperová, 2010, s. 102). Optimální hladina cukru v krvi se pohybuje v rozmezí 3,9 – 5,9 mmol/l (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 55).

### Medikace hypertenze ovlivňující demenci

Vycházeli jsme z obrázku 5, z kterého vyplývá, že hypertenzí trpí 56, 14 % (n = 64). Léky indikované k léčbě hypertenze jsou centrální alfablokátory (např. Dopegyt) a to v 20, 18 % (n = 23), další lékovou skupinou jsou periferní alfablokátory (např. Ebrantil) a to v 7,02 % (n = 8) případů. Nejvíce jsou užívány lékové skupiny inhibitory angiotensinu I (ACE např. Prestarim, Tritace) a to v 28, 59 % (n = 33). Hypertenze patří mezi nejčastější kardiovaskulární choroby a musí být léčena. Viz. obr. 13.



**Obr. 13** Graf Medikace hypertenze

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

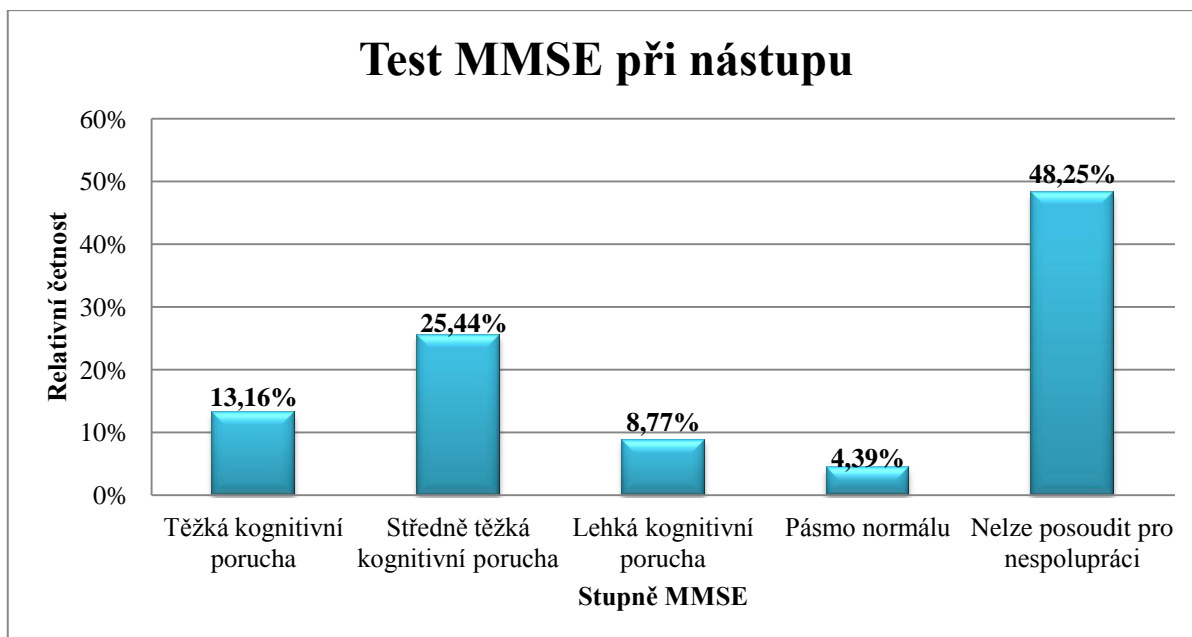
Hypertenze může významně ovlivnit a přispět ke snížení kognitivních funkcí. Neléčený vysoký tlak vyvolá časné ztráty paměti, zdvojnásobuje pravděpodobnost nástupu

Alzheimerovy choroby a šestkrát zvyšuje riziko vaskulární demence. Hypertenze poškozuje drobné cévky v mozku, uzavře se přívod kyslíku a glukózy do mozkových buněk. Buňky odumírají, odumírá i paměť. Pravidelné užívání léků může snížit pravděpodobnost demence. Vědci prozatím zjistili, že nejúčinnějšími léky proti vysokému tlaku, jež zároveň působí preventivně proti demenci, jsou ACE inhibitory. Normální krevní tlak se pohybuje kolem 120 mm rtuťového sloupce (systolický tlak) na 80 mm rtuťového sloupce (diastolický tlak) (Carperová, 2010, s. 61).

### **Jakého bodového skóre bylo dosaženo v testu MMSE při nástupu klientů do zařízení?**

Test MMSE je nejrozšířenější a nepoužívanější zkouška k rychlému a orientačnímu zhodnocení kognitivních funkcí. Je to základní orientační metoda, která se musí posuzovat v širším kontextu. Osoby s vyšším vzděláním mohou dosahovat normálních hodnot navzdory probíhající nemoci. A naopak osoby s nižším vzděláním mohou dosahovat nižších hodnot, ačkoliv se u nich nejedná o funkční pokles. Test má i své nevýhody, není příliš senzitivní a neodhalí počínající a lehké formy demence. Také je chráněn autorskými právy, která uplatňují dědici autora testu. V současnosti se využívají spíše jiné testy např. Nasredinův Montrealský test, je časově trochu více náročný, ale zachytí i počínající stádium demence a je zdarma (Holmerová, 2014, s. 92).

Kategorie jsou rozděleny, tak jak je stupňován test MMSE. Nejvíce je zastoupena oblast kdy nelze posoudit výsledky MMSE kvůli nemožnosti provést test s klientem pro jeho nespolupráci 48, 25 % (n = 55). Dá se však usoudit, že již nejsou schopni test vykonat kvůli těžké formě demence. Pásma normálu dosáhlo, tedy 24 – 30 bodů, 4, 39 % (n = 5) klientů. Lehkou kognitivní poruchu (21 – 23 bodů) vykazuje 8, 77 % (n = 10) klientů. Pásma středně těžké kognitivní poruchy, tedy 11 – 20 bodů, dosáhlo 25, 44 % (n = 29) klientů. Těžkou kognitivní poruchu (0 – 10 bodů) vykazuje 13, 16 % (n = 15) klientů. Test kognitivních funkcí je i ukazatel pro hrazení léku zdravotní pojišťovnou. Viz. obr. 14.

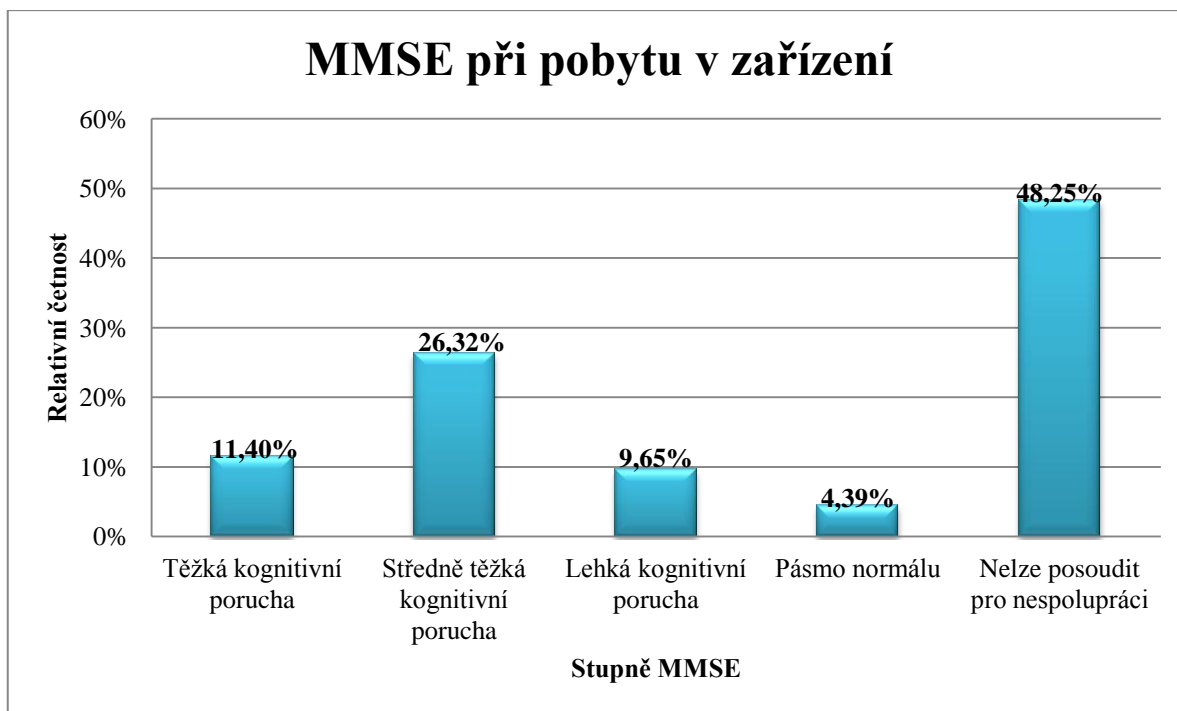


**Obr. 14** Graf MMSE při nástupu do zařízení

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

### **Jakého bodového skóre bylo dosaženo při testu MMSE během pobytu v zařízení?**

Kategorie jsou rozděleny tak, jak je stupňován test MMSE. Nejvíce je zastoupena oblast kdy nelze posoudit výsledky MMSE kvůli nemožnosti provést test s klientem pro jeho nespolupráci 48, 25 % (n = 55). Klienti, pokud nespolupracují, tak jsou většinou v takové fázi demence, že nejsou schopni test vykonat. Lze se tedy domnívat, že tyto jedinci trpí těžkou kognitivní poruchou. Pásma normálu, tedy 24 – 30 bodů, dosáhlo 4, 39 % (n = 5) klientů. Lehkou kognitivní poruchu (21 – 23 bodů) vykazuje 9, 65 % (n = 11) klientů. Pásma středně těžké kognitivní poruchy, tedy 11 – 20 bodů, dosáhlo 26, 32 % (n = 30) klientů. Těžkou kognitivní poruchu (0 – 10 bodů) vykazuje 11, 40 % (n = 13) klientů. Viz. obr. 15.



**Obr. 15** Graf MMSE při pobytu v zařízení

(Zdroj: Vlastní konstrukce)

Test MMSE není jednoznačný ukazatel kognitivní poruchy, velmi záleží na daném emočním rozpoložení klienta, na ochotě spolupráce k vyplnění testu. Proto závěry tohoto testu nelze vnímat jako pevné a neměnné stanovisko míry kognitivní poruchy. Ukazují pouze na stav člověka v době vyplnění testu. Velkou roli hraje farmakologická léčba klienta, jeho duševní stav a ochota spolupracovat.

### 6.3 Návrhy a další opatření

Z empirického šetření vyplývá, že zařízení má velmi propracovaný systém péče a užití speciálně - pedagogických přístupů. Vše je poskytováno na vysoce kvalitní úrovni. Pomůcky a vybavení jsou také nové, bylo by vhodné zaměřit se i na vícero cvičebních pomůcek. Slabé stránky by bylo možné vidět v počtu aktivizačních pracovníků. Vhodné by bylo navýšit jejich počet, aby se mohli věnovat klientům více individuálně. Nejvíce chybí v zařízení fyzioterapeut, měl by být členem multidisciplinárního týmu, který pečuje o jedince s demencí a je důležitý pro udržení tělesné kondice nemocných.

Zajímavým návrhem by mohlo být zaměření se na aktivizaci seniorů o víkendu. Aktivizační pracovníci v mnoha zařízeních o víkendech nepracují, bylo by dobré tedy pokračovat i o víkendu, např. víkendy v duchu konkrétního tématu. Příkladem může být Velikonoční den spočívající ve zdobení velikonočních vajíček, pletení pomlázky, kreslení

beránků. Dále v duchu pokračovat při reminiscenční terapii v připomínání a vzpomínání různých velikonočních zvyklostí v rodinách. Při terapeutickém pečení by mohl být upečen velikonoční beránek a následně konzumován u kávy. Den by mohl být završen návštěvou dětí, které by přišly koledovat s pomlázkou, a následovala by besídka lidových písní, které by si děti připravily.

Vhodné by bylo připravit i odpoledne pro zapojení rodinných příslušníků do programu, který aktivizační pracovníci vytváří. Věříme, že by to více prospělo klientům po psychické stránce a upevnil by se vztah mezi rodinou a jejich blízkým. Aktivizační pracovníci by i více pronikli do klimatu rodiny a lépe poznali svého klienta, což by jim pomohlo při uspokojování jeho potřeb a vysvětlilo např. některé reakce v chování nemocného, kterým zatím nerozumí a neumí si vysvětlit.

## 7 Diskuze

Oblast rodinné péče (1. výzkumná otázka). Z odpovědí na otázky zaměřené na péči v domácím prostředí lze vypožorovat z rozhovorů s rodinnými příslušníky, že si postupně všímali změn v chování svého blízkého a snažili se pečovat vlastními silami. Pouze jedna rodina ze tří oslovených využívala pomoci služeb sociálních a zdravotních. Z rozhovorů vyplývá, že o nemocné v domácím prostředí pečují hlavně ženy. Všechny rodiny se shodují na společných projevech nemoci, kdy zcela dominuje zapomínání, ztráta orientace, postupné snižování soběstačnosti a sebeobsluhy až k nezájmu a pasivitě jedince, či naopak vystupňované agresivitě. Velmi výrazné změny nastaly v oblasti komunikace, nemocní nenacházeli vhodná slova, nemohli se správně vyjádřit, opakovali stejná slova. Prázdná místa ve vyprávění doplňovali svými konfabulacemi, komunikace se stala obtížnou pro nemocné i pečující.

Oblast institucionální péče (1. výzkumná otázka). Zajímavá je délka péče v domácím prostředí, než se rodiny rozhodly pro ústavní péči. U dvou případů to byla přibližně stejná doba rok až rok a půl, kdežto ve třetím případě rodina poskytovala péči až šest let, než využila ústavní péče. Pečující se snaží starat, dokud je to pro ně možné. Hodně záleží na stavu a progresi choroby. Zařízení, které vybraly pro své blízké, tyto rodiny společně hodnotí kladně, poukazují na moderní prostředí budovy, oceňují erudovaný personál a kvalitní péči, která je poskytována jejich blízkým. Všechny tři rodiny se shodly, že nástup jejich blízkého do zařízení přinesl změny v jeho chování. Zejména byla nutná adaptace na nové prostředí, která byla různě dlouhá (asi 2 měsíce), provázena smutkem, stažením se do sebe. Po překlenutí adaptačního období se chování nemocných změnilo, byli řádně vyšetřeni, následně medikačně řešena nemoc demence a přidružené nemoci. Dále je u nemocných pozorováno zklidnění, navazován kontakt s ostatními klienty v zařízení, zlepšuje se snaha komunikace s personálem i ostatními lidmi. Rodiny shledávají největší pozitiva ústavní péče v systému celodenní péče o jejich blízké, v aktivním denním programu, zdravotním dohledu a bezpečném prostředí, kdy se nemusejí strachovat o své rodinné příslušníky. Samozřejmě ústavní péče s sebou přináší i negativa jako je ztráta domova klienta a financí, mnohdy se rodiny ještě podílejí na doplácení péče. Přesto by dalším rodinám, ocitnou-li se v podobné situaci, toto zařízení doporučily z důvodu dobré péče a kvalitních služeb. Neurolog (Doc. Taláb) působící v zařízení ze svých zkušeností z praxe nedoporučuje dlouhodobou péči o nemocného demencí v domácím prostředí. Zdůvodňuje to tím, že rodina zvládne zaopatřit pouze základní péči o nemocného jako je hygiena, stravování, oblékání, ale mají

také své pracovní povinnosti a už nezvládají systematicky pracovat s nemocným, motivovat ho a vytvářet mu podněty. Nemocný je tedy v péči rodiny, ale velmi strádá.

Oblast služeb instituce (2. výzkumná otázka). Instituci zaštituje ředitel zařízení, vrchní sestra, která řídí zdravotnický a ošetrovatelský personál na jednotlivých odděleních, dvě sociální pracovnice, které řídí aktivizační a terapeutický úsek. Instituce poskytuje ubytování, pomoc při stravování, hygieně, sociálně terapeutické aktivity a další. V zařízení pracují tři aktivizační pracovnice, poměrně krátkou dobu od půl roku do dvou let, důvodem je krátkodobost zařízení na trhu sociálních služeb. Práce aktivizačních pracovníků spočívá v plánování činností dne, aktivizaci a motivování klientů a snaze udržet je v takové formě, aby se jejich nemoc nezhoršovala. Zaměřují se na trénink kognitivních funkcí člověka v podobě slovních cvičení, luštění křížovek, hraní pexesa, důraz kladou na rozvoj jemné motoriky, protože klienti mají ztuhlé klouby na rukách a to se projeví i na jejich soběstačnosti.

Specifika zařízení všechny aktivizační pracovnice vidí hlavně v propracované identifikaci klienta v podobě fotografií v dokumentaci a na dveřích pokojů klientů. Dále oceňují důmyslné barevné odlišení jednotlivých pater pro lepší orientaci klienta, kde se právě nachází. Pomáhají jim také nástěnky s datem, dnem, ročním obdobím na každém patře. Důraz je kladen na volnost klienta po budově, není ničím limitován, pokud mu to zdravotní stav dovolí.

Oblast aktivizace klientů (3. výzkumná otázka). Zařízení poskytuje svým klientům aromaterapii, muzikoterapii, canisterapii, reminiscenční terapii, bazální stimulaci, ergoterapii, arteterapii, biblioterapii. Jsou poskytovány individuálně i skupinově. Každá aktivizační pracovnice za nejefektivnější terapie považuje ergoterapii, arteterapii, reminiscenční terapii a canisterapii. Všem pracovnícím ale chybí v zařízení fyzioterapeut, který by klienty tělesně aktivizoval. Za podstatu péče o člověka s demencí považují udržení rozumových schopností, udržení sociálních kontaktů, trpělivost a respekt individuálnosti člověka, ne všem vyhovuje stejný přístup. Důležitá je pro ně inovace nových programů pro klienty a jejich rodiny, pořádají kulturní akce, návštěvy Zoo, koncertů, zvířecích farem, kde se mohou zapojit i rodiny. Přesto z empirického šetření vyplynulo, že rodiny se příliš neúčastní společných aktivit se svými blízkými, navštěvují je přibližně dvakrát týdně. Aktivizační pracovnice by rodinám doporučily, aby absolvovaly programy společně s nemocnými demencí, aby viděly, co ještě vše jsou schopni zvládnout, co jim dělá radost a jak se cítí. Mnohdy klienti při návštěvě v domácím prostředí jsou příliš obsluhováni svými blízkými, přitom by ještě část sebeobsluhy zvládli sami. Po ukončení návštěvy domova a návratu do zařízení je patrná zhoršená soběstačnost, chybějící režim.

Aktivizační pracovnice pracují s režimem dne, je přesně dána doba vzbuzení a ranní hygieny, stravování, na terapie je vymezen čas dvou hodin dopoledne a dvou hodin odpoledne pro další aktivity, které se mění. Každý den je jiná terapie dle jednotlivých pater zařízení. Dále je stanoven čas večerí a noční klid.

Prospěšné jsou další organizace spolupracující se zařízením, zejména základní škola, ukazuje se, že návštěva dětí dělá většině seniorů s demencí radost, přináší jim společenský kontakt a supljuje vlastní vnoučata.

Oblast efektů aktivit a terapií (4. výzkumná otázka) Klienti si nejvíce oblíbili canisterapii a reminiscenční terapii. Klienti využívají ale všechny nabízené terapie. Z empirického šetření vyplývá, že efekty terapií jsou spatřovány v podpoře a posílení stávající soběstačnosti, v motivaci k činnostem, v relativním zlepšení mozkové činnosti. Dominantní je změna chování klientů, kdy v domácím prostředí to byli lidé až agresivní, v zařízení díky terapiím lidé usměvaví, vyhledávající společnost druhých lidí, s chutí tvořit. Je vyzorováno, že nejméně oblíbené jsou aromaterapie a biblioterapie. Z aktivit jsou nejvíce využívány terapeutické pečeni, odpolední kavárna, hry k procvičení paměti. Nejméně je oblíben pohyb a pastorační činnost. O negativních účincích terapií se nedá hovořit, aktivizační pracovnice neshledaly negativní dopady terapií na osoby s demencí, velmi záleží na zdravotním stavu klienta. Pokud vyjádří nesouhlas s terapií a aktivizační pracovnici se nepodaří klienta motivovat k terapii, není nucen ji absolvovat a jsou hledány náhradní činnosti.

V obsahové analýze zařízení jsou uvedeny grafy výsledku testu MMSE před nástupem do zařízení a během pobytu v zařízení. Dle těchto testů ale nelze prokázat, že by intervence, které zařízení poskytuje, vedly k výrazným změnám úrovně kognitivních funkcí. Jedná se o individuální pokroky jednotlivců, kdy se část klientů drží na své úrovni kognice, jsou usměvaví, spolupracující. Na druhém pólu ale naopak člověk stabilní vlivem progresu nemoci i přes všechny intervence upadá ve své rozumové úrovni, nespolečně, není motivován a chřadne. Tento stav může trvat několik týdnů, během této doby se s klientem terapeuticky pracuje a je snaha ho opět motivovat k činnosti.

Za specifické intervence, které zvýší potenciál u jedinců s demencí, lze tedy označit v první řadě včasnou diagnostiku nemoci demence od pseudodemence vyvolanou jinými stavy. Jak vyplynulo z obsahové analýzy, těmito stavy jsou poruchy funkce štítné žlázy, anemické stavy. Pokud jsou podány léky k substituci těchto stavů, je stav kognice nezměněn a nemá tedy co dočinění s demencí. Důležité je užívat vhodnou medikaci na podporu funkcí mozku dle typu demence a léčit přidružené choroby seniorů. Svě místo má i aktivizace a speciálně – pedagogické metody. Zkoumání nefarmakologických přístupů ke klientům



s demencí a jejich rodinám nemá tak dlouhou historii jako farmakologické přístupy. Vždy se vědělo, že kromě medicínského přístupu je jistě přínosná úprava prostředí, aktivní den, vlídný ošetřující personál. Ovšem z důvodu metodologických se nedají jednoznačně určit závěry účinnosti nefarmakologických metod. Většina nefarmakologických přístupů je zkoumána spíše kvalitativně. Farmakologické přístupy vyžadují více kvantitativní přístupy spolu s kontrolními studiemi, což je u nefarmakologických metod těžko realizováno. Výsledky efektu nefarmakologických přístupů jsou spíše dílčí, pozorovány jsou spíše v každodenní praxi. Prokázána je zlepšená motivace k sebeobslužným činnostem přiměřenou asistencí než systémem udělat vše za klienta. Upravená ergoterapie a specifické aktivizační programy jsou účinnější u osob s demencí než klasicky pojaté terapie. Muzikoterapie zase snižuje agresivitu. Významné je udržovat denní režim což se shoduje s naším empirickým šetřením. Americká neurologická asociace potvrzuje účinnost nefarmakologických přístupů k osobám s demencí. Výsledky efektu terapií vidí nejlépe osoby, které pečují o konkrétního nemocného a rodiny, které svého blízkého znají.

Důležitá je i vhodná úprava prostředí pro nemocného, v domácím prostředí i v instituci. Zejména v zařízení potřebují vědět o jejich klientovi téměř vše, jak se obléká, v čem potřebuje pomoci a jakým způsobem, zda užívá příboru k jídlu či jí rukama. Je nutné respektovat zvyklosti a rituály, protože se v mnohém usnadní adaptace na nové prostředí a klient se nestane agresivním, frustrovaným, nebude bloudit. Připomínky rodiny jsou cenné a přístup k osobě s demencí by měl být vždy multidisciplinární.

## Závěr

Tématem této diplomové práce byly *Specifické intervence jako prostředek zvyšování osobnostních potenciálů u jedinců s demencí*. Cílem práce bylo zjistit tyto specifické intervence, které zvýší potenciál u jedinců s demencí. Hlavní cíl práce byl tvořen dílčími cíli.

Výzkum byl proveden metodou rozhovorů s aktivizačními pracovníci a rodinnými příslušníky, kteří pečovali o svého blízkého, než byl umístěn do institucionální péče. Z empirického šetření vyplynulo, že je nutná včasná diagnostika nemoci, užívání vhodných léků, včasná aktivizace klienta s demencí pomocí aktivit a speciálně – pedagogických metod a denní režim. Tyto přístupy jsou v zařízení na kvalitní úrovni. Aktivity jsou prováděny na vysoké úrovni, pracovníce nabízí osobám s demencí rozmanité činnosti a terapie. Přínos těchto speciálně – pedagogických přístupů je patrný v oblasti společenské, dodává klientům smysl života, náplň dne, pocit užitečnosti a prospěšnosti, že ještě něco umí. Z hlediska aktivizačních pracovníků je přínos viděn ve stavu klienta, v jeho úrovni kognitivních funkcí. Smyslem těchto činností není zastavit nemoc, ale udržet klienta na takové úrovni, v jaké se zrovna nachází, co nejdéle možnou dobu. Důležitý je také kontakt s ostatními lidmi. Mnoho rodin chce pro své blízké jen to nejlepší a udržet je tedy co nejdéle v domácím prostředí. To je ovšem náročné pro rodiny, když mají své zaměstnání a povinnosti. Zajistí tedy péči o základní fyziologické potřeby a na rozvoj aktivizace nezbývá čas. Tímto svému blízkému škodí. Proto není neobvyklé, když po nástupu do zařízení a uplynutí času pro adaptaci se člověk nemocný demencí rozzáří, je usměvavý a činný. Rozhodnutí svěřit člena rodiny do celodenní péče je zpočátku těžké pro všechny zúčastněné, ale jak ukázal náš výzkum, je to prospěšné rozhodnutí. Stav se mnohdy zlepšil natolik, že je možné jedince s demencí navrátit do rodinného prostředí např. víkendovými pobyty u rodiny. Samozřejmě s progresí choroby to je obtížněji realizovatelné.

Hlavním přínosem této práce bylo hlubší proniknutí do této problematiky a uchopení tématu komplexně tak, jak se s ním v každodenní praxi lze setkat, ze strany medicínské a speciálně – pedagogické, protože k fenoménu demence nelze přistupovat pouze jedním způsobem. Hlavní cíl práce a jeho dílčí cíle byly naplněny.

## Literatura

### Knižní zdroje

1. BOYD, Marisa R. *Alzheimer's disease diagnosis and treatments*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science, 2010. 298 p. ISBN 9781611220643.
2. BRAGDON, Allen D a David GAMON. *Nedovolte mozku stárnout*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 109 s. ISBN 978-80-7367-500-4.
3. CARPER, Jean. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Praha: Vyšehrad, 2010. 284 s. ISBN 978-80-7429-194-4.
4. CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. 2. vyd Praha: Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
8. GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. 1.vyd. Praha: Portál 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
9. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
10. GIBSON FAITH. *What can reminiscence contribute to people with dementia?* 1st ed. Buckingham: Open University Press, 1994. s. 46. ISBN 0335190413.

11. GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013. 245 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4368-4.
12. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
14. HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
15. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
16. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
17. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
18. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
19. JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
20. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

21. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
22. JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
23. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. Avicenum. ISBN 80-247-0548-6.
24. KARGES, Wolfram a Sascha Al Dahouk. *Vnitřní lékařství – stručné repetitorium*. Praha: Grada, 2011. 432 s. ISBN 978-80-247-3108-7.
25. KLECH, Pavel. *Zooterapie*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2014. s. 475-488. ISBN 80-244-1075-3.
26. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
27. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. 156 s. ISBN 80-7169-716-8.
28. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
29. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. 109 s. Psyché. ISBN 80-247-1491-4.
30. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.

31. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky 2: 35 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 32 kapitolách s prologem a epilogem*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3728-7.
32. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
33. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. 248 s. Sestra. ISBN 80-247-1442-6.
34. Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2016: Informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. 2. vyd. Praha 2: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016. ISBN 978-80-7421-132-4.
35. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
36. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
37. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
38. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. 235 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3422-4.
39. PFEIFFER, Jan a kol. *Ergoterapie*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2014. s. 252-278. ISBN 80-244-1075-3.
40. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapia II*. Martin: Osveta, 1990. 198 s.

41. PIDRMAN, Vladimír. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galén, 2007a. 180 s. ISBN 978-80-7262-474-4.
42. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007b. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
43. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
44. POLÍNEK, Dominik Martin. *Skazkoterapie*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2014. s. 230-235. ISBN 80-244-1075-3.
45. POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Arteterapie*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2014. s. 77-130. ISBN 80-244-1075-3.
46. PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. 411 s. Psyché. ISBN 80-247-1460-4.
47. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007. 317 s. ISBN 978-80-247-1671-8.
48. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
49. SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 238 s. ISBN 978-80-210-5287-1.
50. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 255 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4823-8.
51. SVOBODA, Pavel. *Biblioterapie*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2014. s. 198-228. ISBN 80-244-1075-3.

52. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. 211 s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
53. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 167 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
54. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.
55. ŠTILEC, Miroslav. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2003. 94 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0788-3.
56. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
57. ŠVESTKOVÁ, Olga. *Metodika hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. RAP Iniciativa Společenství EQUAL, 2008. 56 s. ISBN 978-80-86878-76-8.
58. VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5571-7.
59. VÁŠOVÁ, Lidmila a Milena ČERNÁ. *Bibliopedagogika*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 132 s.
60. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
61. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2003. 207 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0708-5.



62. VOTAVA, Jiří. Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8.
63. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTRŽÍŠALOVÁ. *Klinická farmacie I.* Praha: Grada, 2010. 368 s. ISBN 978-80-247-3169-8.
64. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada, 2003. 226 s. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.
65. ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDOVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity.* Praha: Grada, 2010. 357 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

### Časopis

66. KRUSZEWSKI, Tomasz. *Biblioterapie - léčba četbou.* Čtenář. 2008, ročník 60, č. 7/8, s. 219 -223. ISSN 1805-4064.

### Internetové zdroje

67. *Alzheimer centrum* [online]. 2016 [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>.
68. *Alzheimer poradna Vysočina* [online]. APV Ždírec, 2014 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://alzheimerporadnavysocina.cz/alzheimerova-choroba/>.
69. *Canisterapeutické centrum Zlín* [online]. Zlín: <http://www.sophics.cz/>, 2014 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://canisterapie-zlin.cz/>.
70. *Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care: domov pro seniory s Alzheimerovou chorobou* [online]. eBrána, 2016 [cit. 2017-02-09]. Dostupné z: <http://alzheimercare.cz/>.
71. *Česká alzheimerovská společnost, o.p.s* [online]. Praha 8: vizus, 2015 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>.

72. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. 2006. In: *Sbírka zákonů*. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).
73. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška 505/2006. In: *Sbírka zákonů*. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska\\_505-2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf).
74. Český statistický úřad: *statistiky* [online]. 2014 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide).
75. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Rodinná péče o nesoběstačného seniora. *Sestra* [online]. Mladá fronta, 2009, (11), 2 [cit. 2017-02-12]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nesobestacneho-seniora-448185>.
76. *Charita: péče o seniory* [online]. vizus, 2012 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.charita.cz/>.
77. PROKEŠOVÁ, Renata. *Reminiscenční terapie* [online]. Grand Park, 2016 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <https://www.grandpark.cz/remniscencni-terapie/>.
78. ŠTORKÁN Jan. *Arteterapie s gerontologickými klienty* [online]. 2016 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.culturenet.cz/aktuality/jan-storkan-arteterapie-s-gerontologickymi-klienty/n:5142/>.
79. Trávení: Divertikulární choroba tlustého střeva. *Academy Spektrum zdraví* [online]. PROPEOPLE marketing, 2013 [cit. 2017-02-22]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/traveni>.
80. VALIŠOVÁ, Edita. *Webová podpora biblioterapie zaměřená na projekt BiblioHelp* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 136 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Dostupné z www: <[http://is.muni.cz/th/178556/ff\\_m/magisterska\\_prace.txt](http://is.muni.cz/th/178556/ff_m/magisterska_prace.txt)>.

# **Přílohy**

## **Seznam příloh**

<b>Příloha A</b>	<b>Souhlas s provedením výzkumu</b>
<b>Příloha B</b>	<b>Osvědčení k odborné způsobilosti I</b>
<b>Příloha C</b>	<b>Osvědčení k odborné způsobilosti II</b>
<b>Příloha D</b>	<b>Otázky k rozhovorům</b>
<b>Příloha E</b>	<b>Přepis rozhovoru</b>

## Příloha A

### Souhlas s provedením výzkumu

#### Prohlášení o mlčenlivosti

Já, Bc. Kristýna Gnolová, DiS. jakožto student Univerzity Pardubice, Fakulty filozofické, oboru Resocializační pedagogika, v rámci své diplomové práce nesoucí název Specifické intervence jako prostředek zvyšující potenciál u jedinců s demencí provádím výzkum v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care ve Svobodě nad Úpou, vzhledem k tomu, že v rámci této činnosti přicházím do styku s osobními údaji klientů zařízení a zaměstnanců zařízení,

#### **prohlašuji,**

- že jsem si vědoma své povinnosti zachovat mlčenlivost o těchto osobních údajích i o způsobu zabezpečení.
- že tyto osobní údaje nezneužiji ve prospěch svůj ani třetích osob.
- že tyto osobní údaje nevystavím přístupu neoprávněných osob ani nebezpečí jejich ztráty.
- že jsem si také vědoma, že tyto povinnosti trvají i po skončení mé činnosti na fakultě.
- že v diplomové práci budou osobní údaje klientů i zaměstnanců anonymní.



.....  
( ředitel MUDr. Ivan Pařízek)

*Bc. Kristýna Gnolová, DiS.*  
.....  
( studentka Bc. Kristýna Gnolová, Dis.)

Tímto udělujeme souhlas s provedením výzkumu v naší organizaci, Centru spokojeného stáří Alzheimer Care, ve Svobodě nad Úpou 542 24.

Ve Svobodě nad Úpou dne 3. 11. 2016

## Příloha B

### Osvědčení ke způsobilosti I



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

Datum: 5. 10. 2012  
Č. j.: MZDR 34182/2012/VZV

#### ROZHODNUTÍ

Ministerstvo zdravotnictví jako orgán věcně příslušný podle ustanovení § 67 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 96/2004 Sb.“), v souladu s ustanovením § 67 a následujícího zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), **rozhodlo** ve věci žádosti o vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra evidované pod č.j. MZDR 34182/2012/VZV o vydání:

**Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání  
bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra  
paní Kristýna Gnolová, DiS.**

registrační číslo **005-0151-1670**

na období 10 let od nabytí právní moci tohoto rozhodnutí.

K označení své odbornosti může výše jmenovaná/ý připojit též označení „Registrovaná(ý)“.

#### Odůvodnění:


Podle ustanovení § 68 odst. 4 správního řádu není třeba odůvodnění, jestliže je účastník v plném rozsahu vyhověn. V případě, že není podán rozklad, nabývá toto rozhodnutí právní moc uplynutím odvolací lhůty. Odvolací lhůta činí 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí. Rozhodnutí se oznamuje doručením stejnopisu písemného vyhotovení rozhodnutí do vlastních rukou. Není-li uložena písemnost vyzvednuta do 10 dnů ode dne jejího uložení, považuje se za doručenu posledním dnem této lhůty. Přesné datum nabytí právní moci společně s registračním obdobím je možné zjistit v elektronickém náhledu: <http://www.nconzo.cz/web/registr/4>

#### Poučení:

Proti tomuto rozhodnutí lze podle § 152 odst. 1 správního řádu podat do 15 dnů ode dne jeho oznámení rozklad u Ministerstva zdravotnictví prostřednictvím detašovaného pracoviště odboru vzdělávání a vědy – Uznávací jednotky Brno. O rozkladu rozhodne ministr zdravotnictví. Lhůta k podání rozkladu počíná běžet dnem následujícím po dni, ve kterém bylo toto rozhodnutí oznámeno.

Za Ministerstvo zdravotnictví

Vyřizuje: Jitka Dočkalová, linka: 543 559 555  
e-mail: jitka.dockalova@mzcr.cz

  
Bc. Ing. Kateřina Příbylová  
vedoucí detašovaného pracoviště MZČR  
- Uznávací jednotky Brno

ČR- Ministerstvo zdravotnictví  
Odbor VZV, oddělení VZV/2,  
Uznávací jednotka Brno, Vlnářská 6, 603 00 Brno  
tel.: +420 543 559 556, e-mail: vzv@mzcr.cz, www.mzcr.cz

## Příloha C

### Osvědčení ke způsobilosti II



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

Datum: 14. prosince 2015

Č. j.: MZDR 76474/2015-2/NCONZO

#### ROZHODNUTÍ

Ministerstvo zdravotnictví ČR jako orgán věcně příslušný podle ustanovení § 67 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) ve věci žádosti, kterou podala **paní Bc. Kristýna Gnolová, DiS.**,

(dále jen „účastník řízení“), dne 16.11.2015, evidované pod č.j. MZDR 76474/2015/ONP, o vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru zdravotně-sociální pracovník, v souladu s ustanovením § 67 a následující zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), **rozhodlo** takto:

**Ministerstvo zdravotnictví ČR v y d á v á**  
**Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu**  
**v oboru zdravotně-sociální pracovník**  
**paní Bc. Kristýna Gnolová, DiS.**

registrační číslo **010-0164-0519**

na období 10 let od nabytí právní moci tohoto rozhodnutí.

K označení své odbornosti může výše jmenovaná/y připojit též označení „Registrovaná(y)“.

#### Odůvodnění:

Podle ustanovení § 68 odst. 4 správního řádu není třeba odůvodnění, jestliže je účastník řízení v plném rozsahu vyhoveno. V případě, že není podán rozklad, nabývá toto rozhodnutí právní moc uplynutím odvolací lhůty. Odvolací lhůta činí 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí. Rozhodnutí se oznamuje doručením stejnopisu písemného vyhotovení rozhodnutí do vlastních rukou. Není-li uložena písemnost vyzvednuta do 10 dnů ode dne jejího uložení, považuje se za doručenu posledním dnem této lhůty.

#### Poučení:

Proti tomuto rozhodnutí lze podle § 152 odst. 1 správního řádu podat do 15 dnů ode dne jeho oznámení rozklad u Ministerstva zdravotnictví ČR prostřednictvím oddělení uznávání kvalifikací a registru se sídlem v Brně, Vlnářská 6. O rozkladu rozhodne ministr zdravotnictví. Lhůta k podání rozkladu počíná běžet dnem následujícím po dni, ve kterém bylo toto rozhodnutí oznámeno.

Za Ministerstvo zdravotnictví ČR



  
Ing. Bc. Kateřina Příbylová  
oddělení uznávání kvalifikací a registru

Pověřená úřední osoba: Jitka Dočkalová, linka: 543 559 555  
e-mail: jitka.dockalova@mzcr.cz

Pozn.: Přesné datum nabytí právní moci společně s registračním obdobím je možné zjistit v elektronickém on-line náhledu: <http://www.nconzo.cz/Registr>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
Odbor ONP, Oddělení uznávání kvalifikací a registru – ONP/2, Vlnářská 6, 603 00 Brno  
tel.: +420 543 559 555 nebo 553, e-mail: odboronp@mzcr.cz, www.mzcr.cz

## **Příloha D**

### **Záznamový arch pro sběr dat v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care**

#### **Charakteristika klienta**

Iniciály klienta:

Věk klienta:

Diagnóza klienta:

Další nemoci (polymorbidita):

Užívané léky:

Délka trvání nemoci:

Délka pobytu v zařízení:

#### **Rozhovor s rodinou**

1. Jaký máte (příbuzenský) vztah k panu/paní XY'?
2. Kdo pečoval v domácím prostředí o pana/paní XY?
3. Jak se jeho/její nemoc začala projevovat, než byl/a umístěn/a v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care? Vyjmenujte konkrétní projevy.
4. Změnila se komunikace mezi vámi a nemocným? Jakým způsobem?
5. Docházela k vám kvalifikovaná pomoc (např. sociální pracovnice, zdravotnický personál)?
6. Po jak dlouhé době v domácí péči jste se rozhodli pro ústavní péči?
7. Jste spokojeni s ubytováním pro svého blízkého v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care? Se stravováním pro svého blízkého? S péčí a přístupem zaměstnanců Centra spokojeného stáří Alzheimer Care? Jste spokojeni s nabídkou aktivit pro volný čas Vašeho blízkého?
8. Účastníte se aktivit v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care společně s vaším blízkým? Pokud ano, kterých aktivit se účastníte?
9. Jaké shledáváte změny v chování/ve zdravotním stavu svého blízkého?
10. Uveďte několik pozitiv pro ústavní péči, konkrétně Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care, pokud je zaznamenáváte.

11. Uveďte několik negativ pro ústavní péči, konkrétně pro Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care, pokud nějaká zaznamenáváte.

12. Doporučil/a byste zařízení Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care dalším rodinám, které pečují o člověka s demencí? Svou odpověď zdůvodněte.

Prostor pro vaše poznatky.

Děkuji za rozhovor.



## **Rozhovor se zaměstnancem**

1. Jakou pozici v zařízení vykonáváte?
2. Jak dlouho v zařízení pracujete?
3. Jaké služby svým klientům poskytujete?
4. Jakým způsobem dochází k aktivizaci kognitivních funkcí u vašich klientů?
5. Jaké terapie poskytujete svým klientům?
6. Probíhají v zařízení terapie skupinově nebo individuálně?
7. Jaké terapie pokládáte za nejvíce efektivní z hlediska svých zkušeností?
8. Co je podle vás nejdůležitější při péči o člověka s demencí?
9. Jak dlouho pracujete s klientem XY?
10. Jak často klienta/ku navštěvuje rodina a přátelé?
11. Popište jaký denní program má klient XY?
12. Jaké druhy terapií klient XY využívá?
13. Které terapie preferuje? Jak na něho působí? Jak často konkrétní terapie probíhá?
14. Které terapie má nejméně rád? Jak se to projevuje?
15. Jaké efekty terapií u klienta zaznamenáváte?
16. Zaznamenáváte nějaká zhoršení stavu klienta po terapiích?
17. Nabízíte možnost účasti rodin při probíhajících terapiích? Má zájem rodina z vlastní iniciativy?
18. Doporučujete účast rodiny při probíháních terapiích? Pokud ano, jaký to má efekt? Pokud ne, z jakého důvodu nedoporučujete?
19. Které aktivity ve volném čase má klient nejraději? Jak se to projevuje?
20. Které aktivity ve volném čase má klient nejméně oblíbené? Jak se to projevuje?
21. Máte nějaká konkrétní doporučení pro spolupráci s rodinou?
22. Pořádáte i programy, kde dochází k zapojení i rodiny nemocného? Pokud ano, jaké programy?
23. Spolupracujete s dalšími organizacemi? Jakým způsobem?

Prostor pro Vaše poznatky.

Děkuji za rozhovor.

## **Příloha E**

### **Přepis rozhovorů**

#### **Rozhovor s rodinou 2**

##### **Charakteristika klienta**

Iniciály klienta: M. T.

Věk klienta: 76 let

Diagnóza klienta: Neurčená demence

Další nemoci (polymorbidita): varixy, hypertenze,

Užívané léky: Detralex, Tritace, Lokren

Délka trvání nemoci: 5 let

Délka pobytu v zařízení: 8 měsíců

MMSE 19 bodů

##### **Rozhovor s rodinou**

###### **Jaký máte (příbuzenský) vztah k paní M. T.?**

*„Jsem její vnučka“*

###### **Kdo pečoval v domácím prostředí o paní M.T.?**

*„Většina péče zůstala na otci, i já jsem se dost zapojila, myslím, že celkově celá rodina se snažila pomoci,“ říká vnučka.*

###### **Jak se jeho/její nemoc začala projevovat, než byl/a umístěna v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care? Vyjmenujte konkrétní projevy?**

*„Babička začala cca před 5 lety tak jako zapomínat, různě věci po domě, ty pak nemohla najít. I děda nás na to upozornil, že se mu zdá jako když blbne. Děda onemocněl rakovinou, babička s ním byla hodně doma, byla již v důchodu, a zvykla si s ním ležet v posteli a dívat se na televizi. Dřív byla taková čiperná, ráda vařila i pekla, uklízela. Pak se jí vše točilo kolem dědy a polevila. Děda zemřel, což nese dodnes těžce. Táta jim vařil, babi přestala mít o vše zájem, tak jsme začali se vším pomáhat. Stávalo se, že si dala ohřát mléko na sporák,*

*a brácha přišel a hasil to. Nebo si někam něco uklidila a nemohla to najít a propadala hroznému vzteku. I ta témata se smrskla, hodně hledala slova, nebo mluvila tak neurčitě. Úplně zapomněla svátky a narozeniny nás všech, bývala ta, která nám přála dopředu o den dřív. Nebo nás obvinila, že jsme jí s mámou odvezly kalhoty a nenechala si to vymluvit, znovu jsem s ní vše prohledala a našla jsem je u ní ve skříni. Pak reagovala pláčem, že se jí vše plete. Táta s ní bydlel a trávil s ní volný čas, bral ji s sebou na chalupu. Když se vrátil, ptám se jí, kde byli, co dělali...odpovídala mi, kde na té chalupě byli, ale na to, co dělali, mi řekla, ať se zeptám táty. Často jsme ji přistihla, když neumí odpovědět, tak si ta místa doplňuje takovými svými výmluvami nebo jak to říct. A když se dál ptáme, tak se rozčílí, protože neumí odpovědět. Přestala o sebe také dbát, ráda chodila ke kadeřnici, i když jsem ji tam objednala a měla ji tam odvézt, tak mi udělala scénu, že nikam nejede, i když jsme se před pár dny dohodly. Vše jsem rušila. Snažili jsme se jí vymýšlet činnost, nebo aby něco dělala, ale když má blbý den, tak to se nedá změnit, pořád pláče, že půjde radši do domova důchodců a že si tam podá žádost. Víím, že by to nezvládla. Většinou se snažím změnit téma, a to docela zabírá. Jen táta to těžce nese a někdy vylítne, mrzí ho to, že se snaží a pořád je to málo. Jenže to je prostě ta nemoc. Ona za to nemůže,“ vysvětluje vnučka.*

### **Změnila se komunikace mezi vámi a nemocným? Jakým způsobem?**

*„Změnila se v tom, že s babičkou mluvíme jako s malým dítětem, ale jinak užíváme pořád stejné slova nebo jako ona chápe, co jí říkáme, ale za chvíli si to nepamatuje,“ odpovídá vnučka.*

### **Docházela k Vám kvalifikovaná pomoc (např. sociální pracovnice, zdravotnický personál)?**

*„Ne, starali jsme se jen v rodině, babička se zvládla sama osprchovat, oblékat se, jíst, tohle všechno jo,“ říká vnučka.*

### **Po jak dlouhé době v domácí péči jste se rozhodli pro ústavní péči?**

*„Před necelým rokem. Najednou se zhoršila a odmítala úplně všechno, umytí problém, nic ji nebavilo, žádná činnost ji netěšila. Chtěla řídit auto, protože na to byla dřív zvyklá a tím, že už to nemohla dělat, tak doma byly hrozné scény. I byly pořád nějaké konflikty kvůli všemu, ať se udělalo cokoliv, tak špatně. Jednou vyšla ven a nevěděla, kde je, naštěstí ji potkali sousedi, tak ji přivedli domů. To už se nám to vymklo z rukou,“ vysvětluje vnučka.*

**Jste spokojeni s ubytováním pro svého blízkého v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care? Se stravováním pro svého blízkého? S péčí a přístupem zaměstnanců Centra spokojeného stáří Alzheimer Care? Jste spokojeni s nabídkou aktivit pro volný čas vašeho blízkého?**

*„Tátovi tohle centrum doporučil jeho kamarád, tak jsme se tu byli podívat a zjistit si o tom víc. Líbí se nám to prostředí tady a přátelská atmosféra. Babička je tu chvíli, ale vidím, že taková ta agrese ji opustila. Vidím ji, jak pokaždé rozpráví tady s někým, ať už to jsou sestřičky nebo její spolubydlící. Na jídlo si nestěžuje, naopak to chválí, tak snad to tak je. Líbí se mi tady ty náplně volného času. Babička ráda dřív pletla a doma už pak vůbec a tady tomu zase přišla na chuť,“* objasňuje vnučka.

**Účastníte se aktivit v Centru spokojeného stáří Alzheimer Care společně s vaším blízkým? Pokud ano, kterých aktivit se účastníte?**

*„Ne ne, my nebydlíme blízko, abychom tu byli každý den, ale v létě jsme byli na zahradě, když se pořádalo jedno z opékání párků, tak to bylo docela fajn,“* říká vnučka.

**Jaké shledáváte změny v chování/ve zdravotním stavu svého blízkého?**

*„Určitě se nám zdá, že není vzteklá babička, je vidět, že jí hodně pomáhá ten kontakt s vícero lidma. A to, že musí něco dělat. Doma jen seděla a koukala na televizi a bylo to znát. Tady si s ní víc popovídá, o tom, co dělala, a je poznat, když ji to uvízne v hlavě,“* vysvětluje vnučka.

**Uved'te několik pozitiv pro ústavní péči, konkrétně Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care, pokud je zaznamenáváte.**

*„Asi, že je o babičku pořád postaráno. A že se jí věnují lidé, co tomu rozumí. Když se zhorší, tak že si toho někdo všimne. Taky to, že je tady vlastně v bezpečí, i před sama sebou,“* odpovídá vnučka.

**Uved'te několik negativ pro ústavní péči, konkrétně pro Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care, pokud nějaká zaznamenáváte.**

*„To že už s vámi dotyčný není doma. A hlavně pro ni, že jste jí vzali domov, v kterém byla zvyklá,“* uvádí vnučka.

**Doporučil/a byste zařízení Centrum spokojeného stáří Alzheimer Care dalším rodinám, které pečují o člověka s demencí? Svou odpověď zdůvodněte.**

*„Ano. Je pravda, že to není laciná záležitost, ale to vůbec neřešíte, když víte, že se dobře postarají a to tady jo. Sem přijдете a necítíte zápach moče jako třeba v důchod'áku. Navíc zařízení není staré, pořád tu vymýšlí nové aktivity a nápady. Lidi tady nejsou vyhořelí, tak je vidět, že tu práci dělají rádi,“ vysvětluje vnučka.*

### **Rozhovor se zaměstnanci provádějící aktivity a terapie v zařízení**

#### **Rozhovor 2**

**Jakou pozici v zařízení vykonáváte?**

*„Jsem na pozici aktivizační pracovník,“ říká zaměstnanec A.*

**Jak dlouho v zařízení pracujete?**

*„Pracuji zde rok a půl,“ odpovídá zaměstnanec A.*

**Jaké služby svým klientům poskytujete?**

*„Takže já mám v popisu práce plánovat ten jejich den. Snažit se je udržet v takové formě, aby se ta jejich nemoc nezhoršovala, vlastně tím, že mají každý den ten plán, ať už je to trénování paměti, cvičení jemné motoriky, filmoterapie, a tím je udržet na úrovni, na jaké jsou,“ říká zaměstnanec A.*

**Dala by se charakterizovat nějaká specifika pro vaše pobytové zařízení? Úprava prostředí, identifikace klienta, orientace při pohybu v zařízení, systém péče?**

*„Tak hlavně sem jsou lidé přijímání na základě vyšetření u našeho neurologa, kde si klienta lékař diagnostikuje. Tady si ho přijmou sociální pracovníce, kde se spíš mluví s rodinou klienta, sestaví se individuální plán, klient je ubytován, přijme si ho i zdravotní personál a náš lékař internista.*

*Jako čím si myslím, že jsme jiní, je to, že na každé dokumentaci, ať už zdravotní nebo naší aktivizační máme fotky klientů, kolikrát ti lidé nevědí, jak se jmenují, a třeba při podání prášků by to byl problém. I na dveřích pokoje klientů jsou jejich fotky a jejich jména, aby se ti schopnější mohli sami orientovat. Jinak každé patro máme barevně odlišeno. Obě naše budovy jsou členěny stejně, jsou zrcadlovým odrazem sobě, např. v jídelně má každý klient svoje místo, a na stole je jeho jméno vytištěno, takže pořád ukotvujeme stejnou situaci. Jsou věci v režimu, které se dělají pořád stejně. A to je pro ty lidi důležité. Další důležitá věc je, že ty lidi, když sem přijdou, mnohdy neužívají léky na podporu toho mozku, to se jim*

všechno nastaví i tady, nebo i léky na jejich další nemoce, když se všechno upraví, tak celkově ty lidi pookřejou,“ odpovídá zaměstnanec A.

**Jakým způsobem dochází k aktivizaci kognitivních funkcí u vašich klientů? Zda mi můžete vyjmenovat, jak to děláte?**

„Mezi nejdůležitější patří to trénování paměti. Samozřejmě nejde to hromadně, každý je v úrovni na tom jinak, každého klienta zajímá něco jiného, takže tady máme od různých křížovek, osmismerek, sudoku až po obrázky pohádkových postav. Ty jsou pro ty, co toho moc již neznají, tak se vrátí do toho svého mládí, nebo když oni měli malé děti. Takže pomocí toho, že jim ukážete ten obrázek, tak si musí vzpomenout, jaká je to postavička, z jaké je pohádky a někdy se i dopracujeme k dalším postavám z té pohádky,“ vysvětluje zaměstnanec A.

**Takže to se dá dělat v těch menších skupinkách?**

„Určitě se to nedá dělat jednotlivě, ale dá se to realizovat v malém počtu, máme i klienty, kteří si toto nepřejí dělat. Ti jsou potom rozrušeni, a nabourá to tu činnost. Takže se to dá pak dělat ve skupince na pokoji. Maximum je 10 lidí na skupinku. Spíš méně, aby se dalo každému věnovat, jak je potřeba,“ dodává zaměstnanec A.

**Jaké terapie poskytujete svým klientům?**

„Poskytujeme aromaterapii, ta je nejvíce využívána u lidí už ležících, oni sice vnímají, ale už nekomunikují. Další co bych řekla, tak je muzikoterapie, dochází k nám i pejsek, takže canisterapie. Z toho mají klienti radost (směje se), on je takový huňatý. Skáče jim i do postele (smějeme se obě). Tam je potřeba vědět, kdo se těch psů bojí, aby neskočil do postele k někomu, kdo má strach z psů. Třeba k paní XY, ta je bývalá pošťačka, takže ta si pejska pohladí, ale nejdříve se s ním potřebuje postupně seznámit. Měli jsme i felinoterapii, kočička docházela, a chtěli bychom i hippoterapie, máme velkou zahradu, takže máme místo, kde by se to dalo provést. Máme kontakty v okolí Centra, takže je to v jednání,“ objasňuje mi situaci zaměstnanec A.

**Pokud si vzpomínám, před třemi lety zde začínala reminiscenční terapie, je to tak?**

„Ano, místnost, kde probíhá reminiscenční terapie, je již plně v provozu, v tuto chvíli zde probíhá i bohoslužba, přišel farář. A v této době jsme nově otevřeli relaxační místnost, kde máme velký plátno s vodopádem, válec s bublinkami,“ vysvětluje zaměstnanec A.

### **A je hodně o to zájem?**

*„Máme vše připravené, dolad'ovali jsme detaily, takže chystáme brzké zavedení v praxi. Snažíme se zde mít pestrou nabídku,“* dodává zaměstnanec A.

### **Probíhají v zařízení terapie skupinově nebo individuálně?**

*„Probíhají skupinově, ale i v té skupince se věnuji lidem individuálně, a těm co jsou nepohybliví, tak za nimi chodím i na pokoj a snažím se o jejich aktivitu,“* doplňuje zaměstnanec A.

### **Jaké terapie pokládáte za nejvíce efektivní z hlediska svých zkušeností?**

*„Tak tohle je velmi individuální, ale za svoje oddělení, kde působím, bych to shrnula, že nejvíce je využíváno cvičení jemné motoriky a trénování paměti. U nás je převaha ženských a oblíbily si mandaly. Takže u nás se vykreslují mandaly a je od člověka k člověku, tak musíte mít připraveno individuálně pro každého něco, několik variant. V podstatě každému na míru. Hodně využíváme kresby, kde se spojují čísla a po spojení jim vznikne obrázek. Cvičíme i počítání přitom. Jsou tady klienti, co zvládnou čísla do deseti, do dvaceti. A mám tam klientku, co zvládne čtyři sta číslicek spojit. Nejde vzít jednu aktivitu a použít ji na všechny. Třeba to trénování paměti by šlo udělat plošně, ale tím, že intelekt těch lidí je na hodně různých úrovních, tak to prostě nemá smysl tak dělat. Za sebe upřednostňuji menší skupinky, protože když to děláte ve větším počtu, tak ti, co odpověď vědí rychleji, tak jsou soutěživí a chtějí to rychle říct a nedostane se na ty, kteří mají tu výbavnost delší. Někdy cvičíme takto po dobu tohoto programu a je to rozděleno na pět skupin obtížnosti a s každou tou skupinkou jedete to její tempo. Musíte ty lidi znát (směje se),“* vysvětluje zaměstnanec A.

### **Co je podle vás nejdůležitější při péči o člověka s demencí?**

*„To, aby prostě neklesl ve své úrovni mozku. Dál aby neztrácel kontakty s lidma. Tady třeba, aby nezůstával sám na pokoji. Aby se aktivizoval,“* vzkazuje zaměstnanec A.

**Většina rodin má poměrně dlouho doma člověka s demencí, protože mají například problém s pocitem viny, dát svého blízkého do ústavního zařízení, co si o tom myslíte vy?**

*„Oni ho nechtějí dát do zařízení, že jako mají pocit, že mu tím ublíží, nebo že se ho zbavují. Jenže tím, že si ho doma nechají co nejdýl, tak to stádium když sem přichází,*

*je už pak v takové fázi, že se rychleji zhoršuje ve své nemoci. Oni toho člověka obslouží, jídlo, pití, mytí, ale už nikdo moc neví, jak s ním dál pracovat, nemají moc času, když ještě chodí do práce a pak ta nemoc nabere rychlý spád. Čím déle se dělají tyhle naše terapie a aktivity, tak tím delší dobu se ten člověk udrží v té své úrovni, na který je. Záleží také, jak člověk s demencí je sám se sebou smířený. Když přijde někdo, kdo sem prostě vůbec nechce a není s tím srovnaný, že sem jde, tak Vám nebude chtít chodit do toho kolektivu, bude chtít být sám na pokoji a nechce se začlenit. Od toho tady slouží adaptační období, kdy začnu individuálně za tím člověkem na pokoj chodit, protože se mnohdy stydí jít za ostatními a přesvědčujeme ho k tomu, aby se chtěl začlenit. Máme tady i kavárnu, kde vyloženě to není aktivita, kde by musel něco klient dělat, ale jen si sedne k ostatním, udělá se kávička, dají si zákusky, sednou si spolu, tak už i to pomáhá v začleňování do kolektivu,“ upřesňuje zaměstnanec A.*

### **Popište, jaký denní program mají klienti?**

*„Každou středu je kavárnička, odpoledne od 14h. do 15.30h. Podle toho, jak si chtějí klienti posedět. A každý pátek je promítání a farář. To jsou stálé aktivity a jinak jsou ty aktivity v naší režii a to se snažím obměňovat. V pondělí ráno jsme měli trénování paměti, to trvalo 30 minut. Probíhalo ve skupince, kde bylo deset lidí. Následovalo cvičení na jemnou motoriku, kde bylo to spojování čísel a to už jsem měla lidi rozdělený do menších skupinek, podle úrovně, jak co zvládnou. Pak mají v 11. 30 hod. oběd, odpolední pauza. Po obědě jim uvaříme kafičko, popovídá se s nima. Když je hezký počasí, tak jdeme ven,“ popisuje zaměstnanec A.*

### **Jaké druhy terapií klienti využívají?**

*„Využívají všechno, co tady máme, ať už je to ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, filmoterapie, reminiscenční terapie, aromaterapie, canisterapie a všechny ty aktivity, co ještě nabízíme jako trénink kognice, kavárnu, mši s farářem. Ale vždy záleží, zda klient chce. Není to každý den stejné. Záleží i na tom, zda už klient není uzavřen ve svém světě,“ říká zaměstnanec A.*

### **Které terapie preferují? Jak na ně působí? Jak často konkrétní terapie probíhá?**

*„Máme tu výtvarnou činnost, a to my už víme, že je na celé dopoledne, protože ta výtvarka je baví, takže to nám zabere to celé dopoledne. Trénování paměti to je otázka 20 – 25 minut, takže ono se dá spojit více terapií dohromady. Uděláme trénování paměti a následuje jemná motorika, musí také být přestávka, protože už se nedokážou tak dlouho soustředit.*

*Jinak ta canisterapie, snažíme se alespoň dvakrát měsíčně, aby pejsek chodil, je to německý*



*ovčák s border kolii a je hrozně rád mezi lidma, ví, že od každého vždycky něco dostane a těm lidem to moc pomáhá, se rozzáří, hladí si ho. Když bylo krásné počasí venku, tak jsme byli s pejskem všichni venku, pejsek je k nezastavení a všichni mu házeli míček a byli spokojení. Například paní R. viděla jste sama, jak opatrně chodí, má s chůzí potíže a ta si s ním i kopala s tím míčem, a to se dokonce i těch psů jako trochu bojí.*

*Většinou s pejskem začínáme na těch ergo místnostech, kde je nás víc, pak obcházíme i ty pokoje, kde lidi leží a nechodí. Když to klient dovolí, pejsek mu skočí i do postele,“ říká zaměstnanec A.*

**Vzpomenete, zda máte ve své péči klienta, který by byl z Vašeho terapeutického pohledu pro vás něčím zajímavý?**

*„Přišla k nám klientka, která odmítala jíst, byla strašně vyhublá. Už to vypadalo, že půjde na PEG (výživovou sondu, která ústí přes stěnu břišní do žaludku a tímto způsobem klient přijímá stravu). Úplnou náhodou jsem zjistila, že klientka má ráda pivo, takže jsme ji ho začali kjídlu podávat a nyní sní i klidně tři porce oběda najednou,“ vzpomíná zaměstnanec A.*

**A jak jste na tohle přišla?**

*„Tak hlavně z té rodiny, jsem se ptala a říkali, že má ráda pivo a když jsme ji přislíbili tu skleničku piva, tak začala jíst. Nedávno se nám stalo, že dokonce ukradla dva obědy svým kolegům u stolu. (směje se). Takže má nyní opravdu chuť k jídlu. A i se zapojuje do všech aktivit a je dobrá. Když sem byla přijata, tak to byla klientka ležící, příliš nekomunikující. Teď prostě normálně komunikuje, dokáže si říct, co chce či nechce. Třeba že chce další jídlo (smích). Dokáže říct, kterou aktivitu dělat chce, kterou zase nechce. Na ni jsme tady v tom pokroku pyšní,“ vysvětluje zaměstnanec A.*

**Jak často navštěvuje klientku rodina či přátelé?**

*„Zrovna u této klientky minimálně jednou do týdne,“ vysvětluje zaměstnanec A.*

**A obecně, myslíte, že jsou tady převážně rodiny, které chodí za svými blízkými na návštěvu a mají zájem?**

*„Nedá se to říct celoplošně. Na oddělení, kde pracuju, ano jsou lidi, kteří sem příbuzní strčili a rodinu neviděli, jak je rok dlouhý. Nebo se ukážou v době důchodů. A zároveň tu jsou lidé, kteří dochází denně. Máme tu klientku, která má dceru tady ve městě a ta dochází denně. Prostě jak můžou ty rodiny. Pořád je ale převaha těch, co se zajímají. Asi 80 % takových rodin,“ říká zaměstnanec A.*

### **Domníváte se, že i návštěva těch rodin má vliv na ty klienty?**

*„Je to individuální, někteří už ty své blízké ani nepoznávají. Někteří ano, a to vidíte, jak se rozzáří. Lidi jsou rádi, rodina jim přinese něco dobrého jako zákusky apod. Ale bohužel ti klienti, kteří nepoznají tu svou rodinu, tak ta rodina to nese těžce, protože ten jejich blízký je schopen pojmenovat všechny sestřičky kolem, ale třeba dceru nepoznají. Tak je to těžký pro ně sem často chodit, že mají pocit, že to je zbytečný. Čím častěji by chodili, tím by si je klient taky pamatoval. Než když přijedou jednou za půl roku. Pak je z toho ta rodina rozhozená,“ vysvětluje zaměstnanec A.*

### **Odmítání terapií? Jak se to projevuje?**

*„Nikoho nenutíme něco dělat, když vidím, že se klient nezapojí a nechce. Pokud vidím, že pasivně sedí, tak ho raději nechám a snažím se pak za ním jít a individuálně mu něco připravit. Třeba za ním zajdu do pokoje a uděláme aromaterapii nebo biblioterapii, musíte vědět, co má člověk rád. Vědět, co si můžete dovolit a co ne. Pak když se takhle snažíte, stane se i, že člověk se zvedne a chce se zapojit do kolektivu. Měli jsme tady klienta, který nám chodil na filmoterapii, do kavárny, a pak se jeho stav zhoršil, zlomil si krček stehenní kosti, zůstal ležet a toho člověka vyrušovalo úplně všechno, byl vystresovaný, nechtěl televizi slyšet ani rádio, tak bylo lepší ho za každou cenu nenutit cokoli dělat. Ale asi tady není nic, co by lidem vadilo a byla to špatná terapie,“ říká zaměstnanec A.*

### **Jaké efekty terapií u klienta zaznamenáváte?**

*„Třeba po té canisterapii, to vidíte, jak je to pro všechny emočně silné, jak jsou spokojeni, a nadšení. Dokážou si mezi sebou o tom i vyprávět, a to je pro nás velký úspěch. I ten dotyk toho zvířete, že si ho můžou vyčesat, pohladit. Ta felinoterapie ta byla moc fajn v tom, že ta kočka začala i vrnět a ty vibrace lidi zklidňovaly a byli veselejší, cítili od ní odezvu, že to dělají dobře.*

*Jinak ty terapie mají smysl, za mě určitě ano, ono tady už nemůžeme čekat zlepšení stavu u klienta, ale udržet ho co nejdéle na jeho kognitivní úrovni. Je vidět, jak moc je to baví. Když se ty terapie přestanou dělat, tak toho zhoršení stavu si všimnete hned. Máme tady klientku na pokoji po operaci prsu a na pokoji její kolegyně jsou všichni spjaté dohromady, a když ta klientka šla na tu operaci, tak tu týden nebyla. A druhá klientka její spolubydlící se nám dost zhoršila. Stále se ptala po té klientce, která byla v nemoci. Paní hodně mate tělem, působí, že je na tom lépe, než skutečně je, protože ona se nezvládne už ani podepsat, nespojí vám čáry od bodu A do bodu B, ale ví, kdo je zpěvačka Adele,*

*kdo vyhrál Oscara, jezdila po celém světě, potápěla se, byla v životě velmi aktivní a to odloučení od té spolubydlící, to na ni mělo strašný dopad. Celkově lze říci, že ty progresy neuvidíte, ale to zhoršení vidíte hned, že kdo se uměl najíst příborem, tak najednou na něj kouká a neví co s ním, a je to mnohdy způsobeno tím emočním zážitkem. Přestože probíhaly dál terapie a držel se režim, tak ty emoce, které prožívají, jsou v tu chvíli na výši,*“ vysvětluje zaměstnanec A.

### **Zaznamenáváte nějaká zhoršení stavu klienta po terapiích?**

*„Nezaznamenala jsem něco takového,*“ říká zaměstnanec A.

### **Nabízíte možnost účasti rodin při probíhajících terapiích? Má zájem rodina z vlastní iniciativy?**

*„Určitě když by chtěli, tak tu možnost mají. Nikoho nevyhodíme, nebo že bychom to neumožnili, to né. V létě po snídani vyvezeme všechny ven a terapie probíhají venku a ty rodiny chodí na návštěvy za svými blízkými, tak tam sedí s námi a jsou u toho také a zapojí se, že třeba poradí té své mamince s odpovědí, nebo se jí snaží k tomu dovést. Většinou rodina přijde a odvede si svého blízkého z té terapie a chtějí s ním být o samotě,*“ vysvětluje zaměstnanec A.

### **Doporučujete účast rodiny při probíháních terapií? Pokud ano, jaký to má efekt? Pokud ne, z jakého důvodu nedoporučujete?**

*„Některým rodinám možná jo. Protože některý ty rodiny to strašně podceňují ty terapie. Stávám se nám takhle kolem těch Vánoc, že klient, který se sám nají, obleče se, tak odjede na ty svátky domů k rodině a je tam třeba 14 dní a vrátí se pak sem a ten klient neumí nic. Ta rodina v dobré víře za něj dělala vše, chtějí mu dopřát, jídlo mu nakrájí, tkaničky zavážou, knoflíčky na košili zapnou, a ti klienti nám zleniví. Vypadnou z režimu a je to hned poznat. Takže těm bych to asi doporučila, aby viděli, že jejich blízký si dokáže ještě dost činností kolem sebe udělat sám. Někteří klienti jsou vyčůraní a předstírají, že to nezvládnou a vy víte, že jo. Ale doma ta rodina to samozřejmě neví. Tak by tímhle způsobem viděli, co jejich blízký ještě dokáže a co ne. Máme tady klientku, co má horší a lepší dny, dokáže se sama najíst a někdy ne. Takže té dáme prostor, aby to sama zkusila, a když jí to nejde, tak jí pomůžeme,*“ říká zaměstnanec A.

### **Které aktivity ve volném čase mají klienti nejraději? Jak se to projevuje?**

*„Já mám různě schopné klienty. Nejraději dělají cvičení na jemnou motoriku. Je vidět,*

*jak spolupracují, že to dělají rádi,“ říká zaměstnanec A.*

**Které aktivity ve volném čase mají klienti nejméně oblíbené? Jak se to projevuje?**

*„Neřekla bych, že je něco, co by nedělali rádi. Máme tady pestré nabídky. Spíše záleží, jak se ti lidé zrovna cítí,“ dodává zaměstnanec A.*

**Máte nějaká konkrétní doporučení pro spolupráci s rodinou?**

*„I těm, kteří ještě nejsou zasaženi demencí, aby prostě trénovali ten mozek,“ vzkazuje zaměstnanec A.*

**Mluvila jsem s doc. Talábem a ten mi řekl, že je nutné trénovat mozek již od 40. let života. Co si o tom myslíte?**

*„Ano, je to pravda. Dokud studujete, tak si mozek trénujete. Jenže v dospělém věku se chodí do práce, a jede se už jen mechanicky. Takže neusnout na vavřínech. Jinak tady používáme test kognitivních funkcí, ale ten je spíše orientační. Jsou klienti, kteří se zhorší ze dne na den, naopak někdo se udrží dva roky na tom stejně,“ vysvětluje zaměstnanec A.*

**Pořádáte i programy, kde dochází k zapojení i rodiny nemocného? Pokud ano, jaké programy?**

*„V létě jsme vyrazili všichni do zoo, naplnili jsme dva autobusy, mohli se zúčastnit i rodiny. Někteří se skutečně připojili a bylo to moc fajn. Měli jsme sebou chlapy pečovatele na přenášení těch méně pohyblivých a těch na vozíku, když byli ve stavu, že by program zvládli. Někteří si druhý den nepamatovali, že někde byli. Ale my všechno fotíme a máme tu nástěnky, kam ty fotky dáváme a nedávno se mi stalo, že jsem ty fotky z nástěnky sundala a zapomněla jsem je v jídelně na stole a klientka si je vzala do košíčku a ve středu je přinesla na tu kavárnu a rozložili si tam ty fotky a začali vzpomínat s ostatními a bavit se o tom a vydrželo jim to až do 17 hodin, takže to je pak vidět, že to má smysl. Poznávali se na fotkách.*

*Nebo klienti jezdí rádi mimo zařízení do jiných kaváren. Nebo se podívat na zvířátka na Svatou Kateřinu na farmičku. Také jsme byli na osadě Muchomůrka, kde se můžete volně pohybovat mezi zvířaty, mají tam divoké prase, kozy, ovce, slepice, králíky. A dokonce si klientka lehla na zem k těm kozám. Kontakt se zvířaty jim dělá dobře. Jinak ty rodiny rádi uvidíme na těchto programech,“ vysvětluje zaměstnanec A.*

### **Spolupracujete s dalšími organizacemi? Jakým způsobem?**

*„Většinou se soukromými organizacemi. Ale na některé akce k nám chodí i škola, bohužel ne s nadšením, na vánoční besídky. Dokonce i mateřská škola k nám měla docházet, jen jsme se nedohodli s vedením mateřské školy, kde panuje asi nějaký předsudek ohledně malých dětí a dementních seniorů. Nezdá se jim to tady jako vhodné prostředí pro ty děti. Nevím, co si představují, že se tady jako děje. Když sem ty děti přijdou, naši klienti jsou strašně rádi, rozzáří se. Snažíme se nakontaktovat jiné školky z okolí. V létě jsme tu měli stepařku, klientům se ukázalo zase něco jiného a líbilo se jim to,“* popisuje zaměstnanec A.

### **Paní M.T. spadá na oddělení zaměstnance A, proto jsem požádala tohoto pracovníka o doplnění dalších informací ke klientce z pohledu aktivizačního pracovníka**

#### **Jak dlouho pracujete s klientkou M. T.?**

*„Pracuji s paní M. T. 8 měsíců,“* odpovídá zaměstnanec A.

#### **Jak často klientku navštěvuje rodina a přátelé?**

*„Jednou týdně jezdí rodina,“* říká zaměstnanec A.

#### **Popište, jaký denní program má klientka M. T.**

*„Paní M. T. si někdy ráda pospí, tak ji budíme až později, ale tak, aby stihla snídani. V koupelně potřebuje nyní minimální dohled. Od 9 hodin se účastní programu se všemi. Pak hromadný oběd, potom si paní sedá s ostatními a chce si povídat. Pak jsou různé aktivity a taky se zapojí. Večer si sedne a kouká na televizi, docela ponocuje,“* odpovídá zaměstnanec A.

#### **Jaké druhy terapií klientka využívá?**

*„Všechny co nabízíme,“* vysvětluje zaměstnanec A.

#### **Které terapie preferuje? Jak na ní působí? Jak často konkrétní terapie probíhá?**

*„Nejvíce reminiscence, to tak jednou týdně. Hodně se jí líbí práce s fotkami, rodina dovezla paní fotky, tak nám vyprávěla, kdo s ní na fotce je, a docela zavzpomínala. Ten mozek se namáhal. Dost informací máme od rodiny, takže tak víme ty rodinné souvislosti,“* říká zaměstnanec A.

**Které terapie má nejméně ráda? Jak se to projevuje?**

*„Úplně nemusí biblioterapii, když musí udržet pozornost, a zkouším téma otázkama, co si pamatují, tak to jako udržet tu pozornost,“* vysvětluje zaměstnanec A.

**Jaké efekty terapií u klientky zaznamenáváte?**

*„Určitě zklidnění, sociální začlenění, a že nám paní neklesá (rozumové schopnosti),“* říká zaměstnanec A.

**Zaznamenáváte nějaká zhoršení stavu klientky po terapiích?**

*„Zhoršení ne,“* říká zaměstnanec A.

**Které aktivity ve volném čase má klientka nejraději? Jak se to projevuje?**

*„Paní má ráda květiny, takže nám tady chodí zalévat všechny květiny, v létě na zahrádce se stará o záhonky, to dělá ráda. Víme, že doma měla skleník, tak tady má záhonky a to u toho vydrží,“* vysvětluje zaměstnanec A.

**Které aktivity ve volném čase má klientka nejméně oblíbené? Jak se to projevuje?**

*„Nechce se jí cvičit, když děláme před terapií takové rozcvičení, tak to se jí nechce, řekne, že to dělat nebude, a zmlkne, tak ji nenutíme,“* říká zaměstnanec A.