

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí

Alena Švábková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena ŠVÁBKOVÁ**
Osobní číslo: **H118671**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách"(IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na popis charakteristických znaků demencí, na vymezení pojmu demence
- na fyziologické, psychické změny ve stáří a na sociální aspekty stárnutí
- na aktivizaci a aktivizační programy v domovech pro seniory

Součástí práce bude kvalitativní výzkum zaměřený na zjištění využívání aktivizačních metod z pohledu pracovníků v přímé péči v Centru služeb pro seniory Kyjov.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

GAMON, D. Mozek a jak ho cvičit. 1. vyd. Praha: Portál, 2001.

HENDL, J. Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Portál, 1999.

KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2008.

MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

VÁGNEROVÁ, M. Výchovná psychologie II.: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.**
Katedra pedagogiky a psychologie


Datum zadání bakalářské práce: **11. listopadu 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

ALENA ŠVÁBKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 14. 2. 2014


Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce má název „Aktivizace seniorů a Alzheimerovou demencí“ a je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a části praktické.

Teoretická část má za cíl vymezit pojmy gerontologie, demence a Alzheimerova demence, biologické, psychické a sociální změny ve stáří a stárnutí, příznaky a stádia demencí a aktivizační metody vhodné v prvním, druhém a třetím stádiu Alzheimerovy demence.

Cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat využití aktivizačních metod u seniorů s Alzheimerovou demencí v Centru služeb pro seniory Kyjov.

Klíčová slova: gerontologie, stáří, stárnutí, demence, Alzheimerova demence, aktivizace, senior.

ABSTRACT

Bachelor's Work has name „Activation of seniors with Alzheimer's dementia and is divided into two parts: a theoretical and practical.

The theoretical part aims to define the concepts of gerontology, dementia and Alzheimer's dementia, biological, psychological and social changes in old age and aging, symptoms and stages of dementia and activation methods suitable in the first, second and third stages of Alzheimer's dementia.

The aim of the practical part of the thesis is to explore the use of activation methods in elderly patients with Alzheimer's dementia in a service center for the elderly Kyjov.

Keywords: gerontology, age, aging, dementia, Alzheimer's dementia, mobilization, senior.

Motto:

„Kdo neprožil stáří, neví, jaké je.“

(lidová moudrost)

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, PhD. za cenné rady, připomínky a metodickou pomoc při zpracování bakalářské práce.

Děkuji také své rodině, manželovi a synům za podporu, pomoc a trpělivost při studiu.

V neposlední řadě děkuji řediteli Centra služeb pro seniory Kyjov Ing. Janu Letochovi za vstřícnost, ochotu a poskytnutí potřebných informací.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 GERONTOLOGIE	11
1.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	12
1.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY	14
1.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY.....	15
1.4 DÍLČÍ ZÁVĚR	16
2 DEMENCE.....	17
2.1 PŘÍZNAKY DEMENCE	19
2.2 STÁDIA DEMENCE.....	26
2.3 ALZHEIMEROVA DEMENCE	29
2.4 DÍLČÍ ZÁVĚR	33
3 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ.....	34
3.1 VYMEZENÍ POJMU AKTIVIZACE.....	34
3.2 AKTIVIZAČNÍ METODY VHODNÉ PRO SENIORY V I. A II. STÁDIU AD.....	36
3.3 AKTIVIZAČNÍ METODY VHODNÉ PRO SENIORY VE III. STÁDIU AD.....	46
3.4 DÍLČÍ ZÁVĚR	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	49
4 POPIS AKTIVIZAČNÍCH METOD A VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT V CENTRU SLUŽEB PRO SENIORY KYJOV	50
4.1 CENTRUM SLUŽEB PRO SENIORY KYJOV	50
4.2 ROZSAH PÉČE	53
4.3 AKTIVIZAČNÍ METODY A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY	54
4.4 SPOLEČENSKÝ A KULTURNÍ ŽIVOT.....	59
4.5 DÍLČÍ ZÁVĚR	60
5 KAZUISTIKY	62
5.1 KAZUISTIKA Č. 1	62
5.2 KAZUISTIKA Č. 2	64
5.3 KAZUISTIKA Č. 3	66
5.4 KAZUISTIKA Č. 4	68
5.5 KAZUISTIKA Č. 5	69
5.6 KAZUISTIKA Č. 6	72
5.7 KAZUISTIKA Č. 7	74
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	80
SEZNAM OBRÁZKŮ	83
SEZNAM TABULEK.....	84
SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí“. Toto téma jsem si vybrala proto, že se s těmito seniory denně setkávám, pracuji s nimi a tato problematika je mě velmi blízká. Již devátým rokem pracuji na pozici aktivizačního pracovníka v Centru služeb pro seniory Kyjov, p. o. a našim seniorům nabízíme celou řadu volnočasových aktivit a různých terapeutických činností. Zvolené téma mě zajímá samozřejmě z profesního hlediska, ale také mě není lhostejný život seniorů, kteří tráví zbytek života v pobytovém zařízení.

Aktivizaci takto nemocných seniorů považuji za velmi náročnou práci a i přes velmi důkladnou přípravu v praxi často narážím na různé překážky a cítím, že v této problematice je stále co objevovat. V kontaktu s pracovníky v přímé obslužné péči se setkávám s mnoha různými názory, proto pro mě bylo důležité zamyslet se, co by v oblasti aktivizace bylo nutné vylepšit.

Život dnešní populace se v každé vyspělé společnosti zkvalitňuje, ale na druhou stranu narůstá počet starých a stárnoucích lidí. Pořád se zvyšující věk populace sebou také nese narůstající počet lidí, kteří jsou závislími na druhé osobě z důvodu ztráty soběstačnosti, a z toho důvodu je vyšší poptávka po sociálních službách. Jelikož pro prožití důstojného stáří, které kvůli svému zdravotnímu stavu a postupné ztráty soběstačnosti nemohou tito lidé prožít v domácím prostředí, je jim nutné poskytnout takovou pomoc a podporu, která by v nejvyšší možné míře směřovala k podpoře jejich schopností a zároveň jim bylo umožněno udržení s okolím a rodinou.

Dnešní doba přináší velké množství různých osvědčených způsobů a metod, jak pomoci lidem s demencemi, ale bohužel rychlé životní tempo nás vzdaluje od postarání se o takto nemocné lidi v domácím prostředí. I přes vědecký pokrok je volba stále na nás dětech a příbuzných, jakým způsobem se dokážeme zhostit své role v takto komplikované situaci.

Bakalářská práce (dále jen BP) je rozdělena do dvou částí, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly. První kapitola objasňuje pojem gerontologie, biologické, psychické a sociální změny v procesu stáří a stárnutí.

Druhá kapitola vymezuje pojem demence, její příznaky a stádia a zabývá se pojmem Alzheimerova demence.

Teoretická část je zakončena třetí kapitolou, která definuje pojem aktivizace a zabývá se aktivitami vhodnými v prvním, druhém a třetím stádiu Alzheimerovy demence.

Cílem praktické části BP je zmapovat využití aktivizačních metod u seniorů s Alzheimerovou demencí v Centru služeb pro seniory Kyjov. Metodologií BP práce je kvalitativní výzkum pomocí kazuistik a obsahová analýza dostupné literatury. Analytickou jednotkou jsou senioři s Alzheimerovou demencí (dále jen AD).

Aktivizační programy jsou jednou z možností, jak smysluplně vyplnit čas seniorům, kteří v pobytových zařízeních tráví svůj zbytek života. Aktivitami a terapiemi, kterými se zabýváme v teoretické části, lze seniorům pomoci při zlepšování jejich soběstačnosti a fyzické i psychické oblasti.

Problémem sociální exkluze se zabývá sociální pedagogika a hrozí lidem či skupinám všech věkových kategorií. Důslednou a propracovanou činností pracovníků v pobytových zařízeních lze sociálnímu vyloučení zabránit. Sociální pedagogika se také zabývá biodromální dráhou života jedince a období stáří a stárnutí k ní bezesporu patří.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERONTOLOGIE

V úvodu této kapitoly považujeme za důležité zmínit pojem „stáří“ a „stárnutí“, neboť je lze považovat za přirozený proces, který trvá od narození až do konce života každého člověka. V odborné literatuře je uváděno mnoho definic stáří a stárnutí.

Stářím a stárnutím se zabývá celá řada vědních disciplín. Je však zapotřebí větší integrace znalostí, jejich zobecňování a formulování obecných zákonitostí života ve stáří k účinnějšímu přenášení jejich poznatků do života. I do budoucna je nezbytná týmová spolupráce různě zaměřených odborníků. Vytvářet předpoklady pro týmovou komunikaci, přesně určit pojmy, identifikovat klíčové problémy, sjednocovat terminologii a zpřístupňovat pohledy a poznatky každého dílčího oboru všem ostatním, je úkolem obecné vědy o stáří. Stáří je projevem a důsledkem geneticky podmíněných involučních procesů, je obecným pojmenováním přirozeného průběhu života, je spojeno s podstatnými sociálními změnami. Všechny změny se vzájemně prolínají, mnohé z nich jsou protichůdné, proto se vymezení a periodizace stáří stávají velmi obtížnými.¹

„Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří. Akcent na lidskou dimenzi je symbolizován již převažujícím označením oboru, který je odvozen od řeckého gerón (gen. gerontos) – stařec, starý člověk, nikoliv od gerás – stáří, i když existuje i pojem teratologie. Biologické aspekty nejsou jádrem oboru, nýbrž jedním z jeho zdrojů, zakotveným v obecné biologii. To odpovídá stáří jako fázi ucelené ontogeneze a součástí vývoje živé hmoty vůbec.“²

Potřeby člověka se mění ve vztahu k prostředí, v němž žije, mění se v čase a jsou individuální. Při stárnutí dochází ke změnám jak k zdravotním, tak k funkčním, ale také k rodinným, partnerským a společenským. V průběhu stárnutí se rovněž mění potřeby a priority při jejich uspokojování, navíc uspokojení jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou (např. nutnost přestěhování se do pobytového zařízení může na jednu stranu sice zvýšit pocit bezpečí, ale na stranu druhou narušit sociální vazby).³

Gerontologie v dnešní době zastupuje velmi rozsáhlou vědní disciplínu, která postihuje nemalou část celospolečenského života. Dotýká se lékařství, práva, sociálního

¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 10-18.

² KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 47.

³ ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 34.

zabezpečení, celé škály služeb a zařízení a mnoha dalších oblastí. Vlastní geriatrická medicína má v naší zemi dlouhou a významnou tradici a tvoří velkou část této rozsáhlé disciplíny.⁴

Gerontologii členíme do tří hlavních běhů:

- **experimentální (biologická) gerontologie** se zabývá otázkami, jak a proč živé organismy stárnou. V současné době zejména na celulární a subcelulární rovině.
- **sociální gerontologie** se zabývá vzájemnou souvislostí společnosti a starého jedince a také tím, co starý člověk od společnosti potřebuje, jak stárnutí obyvatelstva ovlivňuje společnost a její rozmach. Jedná se o problematiku velmi širokou, která zahrnuje sociologii, ekonomii, právní disciplíny, pedagogiku, andragogiku, demografii, ale také zcela jistě demografii, psychologii, politologii, urbanistiku a další vědní oblasti.
- **klinická gerontologie** je geriatric v širším slova smyslu a zabývá se neobvyklostmi zdravotního stavu, chorobami ve stáří, popisem jejich výskytu, klinickým obrazem, léčením, vyšetřováním, průběhem a sociálními souvislostmi.⁵

1.1 Biologické změny

Kdy se vlastně člověk začíná cítit starým? Stárne už od kolébky nebo je starý až tehdy, kdy se cítí být starým? Antropologie zná dva druhy stárnutí a to normální stárnutí (začíná většinou mezi dvacátým pátým a třicátým rokem chronologického věku, který se počítá ode dne narození) a předčasné stárnutí (neprojevuje se u zdravého člověka, ale je důsledkem poruchy v biologickém vývoji nebo je zapříčiněno nemocí zvláštního druhu). S projevy takového stárnutí se však setkáváme naprosto výjimečně, v celospolečenském měřítku známe pouze individuální případy a jedná se o 0,1% populace. Častějšími případy předčasného stárnutí probíhajícího v důsledku dlouhodobého a nepřiměřeného přetěžování lidského organismu bez klinických následků jsou případy přeceňování tělesné síly (tzv. napínání nervů), silného kouření a alkoholismu a v neposlední řadě bohužel i užívání dopingů, léků a drog (např. v ojedinělých případech u sportovců). U takových případů lidský organismus stárne daleko dříve a rychleji, často

⁴ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 41.

⁵ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 10-11.

už před třicítkou, tělesná zdatnost a růstová životaschopnost se zde uplatňuje spíše v záporném směru.⁶

Každý orgán s přibývajícím věkem člověka prochází různými proměnami, které způsobují ne příliš příjemné, ale pro stáří naprosto typické změny. Vlasy postupně začínají šedivět, řídnu, chlupy houstnou, většinou tam, kde nejsou zrovna vítány, a to na obočí, v ušních boltcích a v nose. Tělo ztrácí na hbitosti, začíná se projevovat svalová únava, kůže se ztenčuje, je sušší, méně pružná, zhoršuje se funkce mazových žláz a objevují se vrásky.

Snížením tělesné aktivity dochází k postupnému řidnutí kostí, ztráty vápníku a úbytku svalové hmoty. V kloubních vazech a chrupavkách dochází k omezení pružnosti a hybnosti kloubů, což vede k menší jistotě při chůzi. K typickým stařeckým změnám pohyblivosti patří ztráta plynulosti pohybu, neschopnost provádět pohyby, jejichž rychlost se často mění a menší přesnost při vykonávání jemných pohybů. Tímto začíná „bludný kruh“, který vede ke ztrátě soběstačnosti.⁷

Výraz „biologický věk“ je obecně užíván zcela volně k vyjádření celkového stavu organismu člověka a poukazuje na věčný stav fyzického vývoje. Užívá se však někdy u některých konkrétnějších určení biologického věku a to u věku anatomického, (jedná se o obecný pojem, který vyjadřuje stav tělesné stavby těla, kosterní soustavy apod.), věku karpálního (jedná se o stav karpálních – zápěstních kůstek) a věku fyziologického.⁸

Biologický věk jedince je rozhodující pro počátky skutečného stárnutí, který odpovídá celkovému stavu růstu a vývoje člověka, je nazýván také jako věk somatický. Některé náhlé zvraty, které člověk prožije, mají vliv na stáří a stárnutí, různí se i podle pohlaví (náhlé změny, např. prudký šok může v ojedinělých případech způsobit i okamžité zešedivění). U člověka rozeznáváme kromě biologického věku také věk fyziologický, tzn. konkrétní průměrnou hodnotu let, ve kterých populace v určité oblasti nejčastěji umírá.⁹

O tom, že lze pohybovou aktivitou příznivě ovlivnit stárnutí a stáří nikdo nepochybuje, avšak pokles pohybové výkonnosti se považuje za jeden z mnoha příznaků stárnutí. Dostatečná pohybová aktivita stárnoucímu jedinci pomáhá, ať už v udržení nezávislosti na pomoci druhé osoby či předcházení chorob, tak také určitě přispívá k dobré pohodě

⁶ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, s. 90-92.

⁷ ŠÍPR, K. *Jak zdravě stárnout*. Rosice u Brna: Gloria, 1997, s. 48-49.

⁸ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s. 22.

⁹ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, s. 98-99.

a duševní svěžesti. Z výše uvedeného plyne, že každý člověk stárne, je ale obtížné jednoznačně definovat počátek stáří a lze konstatovat, že podoba a rychlost stáří a stárnutí je dána životními podmínkami, stylem života a prostředím, ve kterém žijeme.

1.2 Psychické změny

Pro stárnutí je typický úbytek řady duševních funkcí, který je podmíněný přirozenými přeměnami na biologické úrovni. Úbytek nastává v některých složkách zvolna, již ve středním věku dospělosti. V ústřední nervové soustavě, v pohybové soustavě, v látkové přeměně, ve smyslových orgánech, ale také v činnosti žláz je důsledkem změn. Za změnu, která je specifická a je současně těsně spjata s biologickými změnami stárnutí, se považuje zpomalení duševních pochodů a to už ve stádiu zpracování podnětů. Stárnutím jsou ovlivňovány i další složky psychické činnosti, jako je paměť, myšlení, motivace a jiné, avšak rozdíly nelze zobecňovat, protože jsou velké. Člověk se postupně stává závislý na druhých, mění se sociální postavení a ochuzují se dřívější sociální vztahy.¹⁰

V období stáří se také mění různým způsobem i mnohé psychické funkce. Některé změny jsou podmíněny biologicky, jiné změny jsou důsledkem psychosociálních vlivů.

- **Biologicky podmíněné změny** prožívání, chování a uvažování starších jedinců mohou být jenom projevem stárnutí a proto je lze z tohoto hlediska považovat za normální. Jedná se například o problémy se zapamatováním a vybavováním, celkové zpomalení a podobně. Nicméně může se jednat i o příznaky chorobných procesů. Na počátku ale může být jejich rozlišení obtížné, v pozdějším stádiu choroby jsou příznaky zcela zřejmé, často i dost nápadné. Mohou vést např. až k Alzheimerově demenci.
- **Proces stárnutí** má za následek funkční i strukturální změny mozku a projevují se i v psychické oblasti. Charakteristickým projevem stárnutí je úbytek mozkové tkáně, tzv. atrofie.
- **Psychosociálně podmíněné změny.** Obecné předpoklady přijímají stagnaci většiny kompetencí seniorů, což společně s poklesem povinností a nároků, i s jejich narůstajícím pohodlím, přispívá ke změnám, které nejsou jen projevem biologického stárnutí, ale jsou i sociálně podmíněny.¹¹

¹⁰ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, s. 133-134.

¹¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 315-317.

Na kvalitě psychiky se podílí osobnost jedince, psychické stárnutí zahrnuje různé změny, projevy a integrita osobnosti zůstává zachována. Dochází ke změnám v hierarchii potřeb, také vlastnosti člověka a osobnostní rysy se mohou měnit. Přizpůsobení se životním změnám se zhoršuje, protože stárnoucí člověk má rád svůj stereotyp a nerad mění svůj zaběhnutý režim.¹²

„Ve stáří dochází k proměně většiny kognitivních funkcí, i když jejich zhoršení nebývá rovnoměrné. Typickým signálem stárnutí je zpomalení psychických funkcí, snižování kvality percepce, zhoršování pozornosti a paměti. V průběhu stárnutí dochází i k nerovnoměrnému úbytku rozumových schopností, největší pokles je zřejmý v oblasti fluidní inteligence, zatímco naučené funkce přetrvávají déle. Pro staršího člověka je důležitá míra jeho kognitivní resilience, která se projevuje odoláváním různých potíží a jejich zvládnutím. Změny kognitivních funkcí nejsou jenom biologicky podmíněné, ale mohou je ovlivnit i psychosociální faktory.“¹³

1.3 Sociální změny

Sociální stáří je životní etapa, kterou definujeme jako kombinaci několika sociálních změn nebo jako splnění jistého kritéria. Nejčastěji se jedná o tzv. penzionování či dosažení určitého věku, kdy vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou životního způsobu i ekonomických zajištění. V tomto smyslu je stáří chápáno jako sociální událost.

Ve spojitosti se sociálním stářím se dá hovořit o sociální periodizaci života, která člení život do tří, eventuelně čtyř velkých období, tzv. věků.

- **První věk** (předproduktivní) je obdobím dětství a mládí, je charakterizován vývojem, růstem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním znalostí a zkušeností.
- **Druhý věk** (produktivní) je obdobím dospělosti, životní biologické produktivity, tedy založením rodiny, sociálním a především pracovním.
- **Třetí věk** (postproduktivní) je obdobím, které navozuje představu o stáří jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, tedy fázi bez produktivní přínosnosti. Takové hledisko

¹² MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 24-25.

¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 333.

ale příliš zdůrazňuje pracovní, kolektivně výrobní roli osoby a potlačuje pojetí osobnostního rozvoje jako celoživotního vývoje, který trvá až do smrti.

- **Čtvrtý věk** je období, které bývá označováno jako fáze závislosti. Toto označení je ale nevhodné, protože budí dojem, že nesoběstačnost je stejně zákonitá jako obecně přijímaná předchozí stádia, což obecně oponuje představě příznivého stárnutí.¹⁴

1.4 Dílčí závěr

Stáří je období, kdy přirozeně dochází k mnohým sociálním změnám, tím se u člověka zásadně mění jeho sociální role. Odchodem do starobního důchodu si skoro ze dne na den musí hledat denní náplň, která má pro něj smysl, hledá si nové společenské uplatnění a mění životní styl. Také se vyrovnává se ztrátou vrstevníků či životním partnerem. Tato ztráta se mnohdy negativně odráží v jeho osamělosti. Člověk se přestává zajímat o dění kolem sebe, je pasivní a začíná se izolovat od společenského života. Toto mnohdy vede k závislosti na pomoci okolí, je nucen se přestěhovat a opustit své zázemí. Pokud starý člověk zůstane sám, bez rodiny, přátel, známých, nebo je má, ale oni o něj nejeví zájem, cítí se velmi opuštěný, proto se logicky soustředí na své problémy. Tohoto si můžeme všimnout u mnoha starých lidí a to nejenom v pobytových zařízeních. Je důležité, aby měl člověk pocit, že někam patří, že o něj někdo jeví zájem. Součástí sociálních změn je také aktivizace, která přispívá k tělesné, fyzické i duševní harmonii. Myslíme si proto, že je důležité, aby člověk nepodléhal stáří a stále hledal nové cesty ke zkvalitnění zbytku života.

¹⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 19-20.

2 DEMENCE

K významnému demografickému problému současné doby patří stárnutí populace. Procento starých lidí se zvyšuje, prodlužuje se délka života a tím přibývá i počet osob s demencí. Člověk s demencí se tak stává postupně nesoběstačným, je závislý na své rodině nebo na pomoci odborných pracovníků a je často nucený využít pobytových služeb.

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“¹⁵

„Demence pochází z latinského „demens“, tedy z „de“ = mimo a z „mens“ = duch – ten, kdo ztratil ducha.“¹⁶

Demence je nemoc, při které dochází k značnému poklesu paměti, intelektu a kognitivních funkcí od jejich primární úrovně a k druhotnému úpadku všech následujících psychických funkcí. Demence vzniká kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí.¹⁷

Pojem demence znamená úpadek psychických funkcí, které jsou způsobeny atrofií centrálního nervového systému. Mnoho učební literatury může vzbuzovat dojem, že demence má jenom málo příčin, ale doposud bylo označeno už padesát různých faktorů, ovšem většina z nich se vyskytuje málokdy. Mnoho laiků si myslí, že demence je údělem stáří, ale tak tomu není, protože demence může nastat kdykoliv v průběhu dospělého života a s přibývajícím věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost jejího propuknutí.¹⁸

Důsledkem pomalého, ale nevyléčitelného poškození mozku, které ničí paměť, řeč a všechny rozumové schopnosti vzniká demence. Tento pojem lidem nahání hrůzu, ať už ji definujeme odborně, či lidově. Lidé mají strach, že uvidí své blízké tímto

¹⁵ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 9.

¹⁶ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky* Praha: Portál, 1998, s. 92.

¹⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 40.

¹⁸ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, s. 177.

způsobem stárnout, mají strach z toho, že oni sami budou jednou postiženi touto strašnou chorobou.¹⁹

Nedokážeme sice přesně říci, které faktory opravdu způsobují demenci, ale existuje mnoho poznatků o jejich rizikových faktorech:

- **Věk:** demence se může projevit kdykoliv, avšak jenom vzácně přichází již před šedesátým rokem. S přibývajícimi léty se vyskytuje častěji, není ale zřejmé, jestli je právě věk samostatným rizikovým faktorem.
- **Pohlaví:** u jednotlivých pohlaví většina studií neprokazuje rozdíly ve výskytu demence. Podle některých studií jsou ženy více ohroženy AD než muži, ti jsou naopak více ohroženi demencí cévního původu.
- **Genetické faktory a rodinný výskyt:** o dědičně podmíněném onemocnění mluvíme tehdy, pokud se demence vyskytne před šedesátým rokem života. Většina lidí s Downovým syndromem, kteří se dožijí dospělého věku, onemocní AD nejspíše právě v důsledku genetických změn. Role genetických faktorů u demence ve vyšším věku je dlouho nepříliš patrná. Nejbližší příbuzní jako jsou děti, bratři, sestry s AD mají tři až čtyřikrát větší probabilitu této choroby, než osoby bez této zátěže.
- **Vzdělání:** některé výzkumy ukazují, že demence a zejména AD jsou nepříliš časté u osob s vyšší úrovní vzdělání, avšak příčiny tohoto popsaného jevu vědcům nejsou pořád jasné. Důležitým protektivním faktorem může být také úroveň psychické aktivity.
- **Vaskulární choroby a cévní mozkové příhody (CMP):** zhruba u třetiny osob po CMP se rozvine demence. Osoby s nemocněním srdce, diabetem a hypertenzí mají prokazatelně sklon k rozvoji demence.
- **Kouření:** některé výzkumy prokazují, že kuřáci mají nejen vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění, ale také vyšší riziko vzniku demence. Podle počátečních studií zkoumajících hypotézu, se může kouření jevit jako ochranný faktor proti AD, toto se však jednoznačně nepotvrdilo a nyní je naprosto evidentní, že kouření riziko AD zvyšuje.

¹⁹ PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 92.

- **Alkohol:** osoby konzumující delší dobu větší množství alkoholu mohou stejně tak onemocnět demencí jako ostatními somatickými důsledky vyplývajícími z nadměrného požívání alkoholu. Předmětem zkoumání nadále zůstává otázka, zda požívání malého množství alkoholu v pravidelných intervalech může působit protektivně.
- **Poranění hlavy:** některé studie ukázaly, že osoby s AD mají v anamnéze uvedeno poranění hlavy dvakrát častěji, než osoby v běžné populaci. Poraněním hlavy se v tomto případě považuje jakýkoliv úraz, jehož následkem došlo ke ztrátě vědomí minimálně na patnáct minut. Je známo, že boxeři trpí častěji demencí právě kvůli častému poranění hlavy. V současnosti se úraz hlavy považuje za významný faktor vzniku demence.
- **Hormonální substituční terapie (HRT) a protizánětlivé léky:** podle výsledků některých studií mají osoby, které užívají protizánětlivé léky na artrózu, revmatoidní artritidu a podobně nižší riziko vzniku AD. Jiné studie naznačují, že nižší riziko vzniku AD mají ženy, které užívají HRT. V současné době je ale toto stále předmětem výzkumu.
- **Deprese:** u starších lidí trpících depresí je riziko vzniku demence tři až čtyřikrát vyšší. Zda je ale deprese samotným rizikovým faktorem, nebo jenom jedním z jejich symptomů, není známo.²⁰

Dalšími faktory, které mohou ovlivnit vznik demence, jsou také infekční nemoci nebo deficit vitamínů, ale ve vyšším věku je málo demencí způsobeno těmito faktory. Jako nejučinnější se podle mnoha studií z posledních let ukazuje, že například učení se novým věcem, kulturní a společenský život, řešení nových problémů, luštění křížovek a hlavolamů, ale i třeba zahrádkaření či pravidelná fyzická aktivita snižuje rizika vzniku demence.²¹

2.1 Příznaky demence

U stárnoucího příbuzného je pro rodinu mnohdy těžké rozlišit, které projevy a změny jsou přirozené, věkem podmíněné a které již nejsou důsledkem fyziologických změn stárnutí. Některé charakterové vlastnosti člověka jsou v jeho chování důležité, proto je těžké

²⁰ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 12-14.

²¹ Tamtéž.

v raném počátku nemoci rozlišit, které změny v chování jsou běžné a které jsou důsledkem počínající demence. Stařecká zapomnětlivost, jedná se např. o sníženou schopnost vybavovat si pojmy, některé názvy věcí, jména a čísla, může přejít v mírnou kognitivní poruchu, která se může rozvinout až do syndromu demence.²²

„U demencí se vyskytují tři základní okruhy postižení, přičemž se tyto okruhy navzájem prolínají:

- *postižení kognitivních funkcí,*
- *postižení aktivit denního života (soběstačnost),*
- *behaviorální a psychologické příznaky demence.“*²³

Kognitivní změny

Mezi tyto změny patří poruchy paměti, orientace, řeči, myšlení, soustředění. Tyto příznaky jsou klíčové pro podezření na možnost demence či AD. Kognitivní funkce jsou měřitelné, používají se k tomu různé testy. Mezi nejznámější a nejužívanější orientační test ke zjištění demence, resp. narušení kognitivních funkcí patří Mini mental state examination, tzv. MMSE test (viz příloha P I). Péče o člověka s demencí se musí stále individuálně přizpůsobovat možnostem a úrovni každého nemocného, je nutno mít stále na paměti, že demence mají určitý průběh a jsou stále postupující. Kognitivní poruchy bývají ze všech přítomných symptomů nejnápadnější, zejména u AD a často se objevují jako první klinické příznaky. Tyto symptomy označují psychologové zpravidla za primární.²⁴

Mezi základní prvotní symptomy řadíme:

- **Intelektová deteriorace:** jedním z prvních znaků, které doprovázejí vznik demence, je pokles intelektu. Index deteriorace (míra snížení intelektové kapacity ve srovnání s nemorbidní kapacitou vyjádřená v procentech) se vypočítá srovnáváním deteriorace při demenci a deteriorace přirozené. Deteriorace při indexu dvacet procent a víc se považuje za prokazatelnou. U některých demencí dochází k nárůstu intelektové deteriorace pozvolna, u jiných s prudkými projevy zhoršení.²⁵

²² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 15.

²³ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 22.

²⁴ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 15-17.

²⁵ JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence, neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004.

- **Poruchy paměti:** jsou prvním, doprovázejícím a nejnápadnějším symptomem demencí. Projevují se opakujícími se dotazy, člověk se snaží momentální situaci vysvětlit, ale používá k tomu znalosti z minulé doby, dotváří si průběh události, ale toto neodpovídá realitě. V počátcích je postižena krátkodobá paměť, dlouhodobá zůstává zachována déle, ale v pozdějších stádiích poruchy paměti bývá postiženo i vybavování starších informací a dříve naučeného.
- **Porucha paměti krátkodobé:** jedná se neschopnost si zapamatovat nová jména ani novou informaci. Projevuje se tím, že člověk se opakovaně ptá na jednu stejnou věc a zapomíná, co se před chvílí stalo, ztrácí věci, zapomíná na důležité schůzky, neví, zda ho někdo navštívil.
- **Porucha paměti dlouhodobé:** jedná se o poruchu, která se projevuje v pozdějším stádiu demence. Člověk ztrácí postupně vlastní identitu, dříve naučený soubor vědomostí. Nejprve je postižena krátkodobá paměť, později dlouhodobá, paměť se vytrácí od současnosti zpět do minulosti až na úroveň dětství. U této poruchy je často potřebná pomoc rodiny, či někoho, kdo situaci nebo událost, na kterou si člověk není schopen vzpomenout, zažil, nebo byl u ní přítomen, toto ho stimuluje k rozpomenutí. Svět takto nemocného člověka je od našeho světa odlišný, je to jeho reálný svět, proto bychom ho neměli konfrontovat, protože může reagovat zraňujícím až agresivním chováním.
- **Poruchy orientace:** jedná se o dezorientaci v prostoru, čase, místě a později i vlastní osobě a vyskytují se jako další z časných známek demence. Projevují se tím, že člověk neví, jaký je den v týdnu, jaké je venku roční období, jestli je ráno, večer, či noc, bloudí i na známých místech, např. při cestě do obchodu, později i v domácím prostředí, hledá koupelnu i toaletu. V pozdější fázi ani neví, kolik je mu let, plete se i o několik desítek.
- **Poruchy myšlení a úsudku:** souvisí s deteriorací intelektu, racionální názor je zasažen v různém rozsahu, např. takto nemocný člověk není schopen posoudit, jak se má obléknout, odmítá chodit k lékaři, protože se pokládá za zdravého, někdy i příznaky zastírá. Může mít obavu z nastalé situace, uvědomuje si, že se s ním něco děje, ale vzhledem k poruše paměti si situaci nedovede vysvětlit a leckdy si myslí, že se ona situace ještě změní k lepšímu. Myšlení bývá v počátcích často podezřívavé, protože člověk nastalé situaci nerozumí.

- **Poruchy motivace a pozornosti:** jsou dalšími příznaky demence a souvisí s nimi neschopnost začít nebo dokončit činnost či úkol, přičemž na něj jako na celek člověk zapomene. Lidé často postupně ztrácí zájem, stávají se apatickými, sedí a dívají se jedním směrem. U této poruchy hraje významnou roli využití aktivizačních metod, stimulačních zachovalé schopnosti a sebepoživání člověka.
- **Porucha exekutivních funkcí:** v důsledku těchto poruch člověk není schopen si naplánovat řešení jasných úkonů, zprvu není schopen řešit složitější a později jednoduché situace, mívá pocit bezmoci a pochybnosti, není schopen si všípít jakoukoliv novou informaci či pracovní postup.²⁶

Postižení aktivit denního života

K poruchám soběstačnosti dochází u demence zpočátku v instrumentálních a v pozdějších stádiích nemoci i v základních aktivitách. V praxi se používají pro posouzení soběstačnosti různá měřítka, nejvíce používané jsou škály podle Katze, Barthelové a Lawtona. Pomocí těchto měřítek se hodnotí míra soběstačnosti v instrumentálních aktivitách denního života – IDAL (jedná se o činnosti, které jsou nezbytné k samostatnému životu na nikom nezávislému). Prostřednictvím testů základních sebeobslužných aktivit denního života – ADL, se hodnotí soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách.²⁷

²⁶ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 18-22.

²⁷ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 16.

Tabulka 1: Katzův index nezávislosti v aktivitách denního života, Katz ADL

aktivita	nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) – 1 bod	závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) – 0 bodů
jedení	Vkládání stravy do úst z talíře bez pomoci, přípravu jídla může zajistit jiná osoba.	Částečná nebo kompletní pomoc s jedením nebo pasivním krměním.
přemísťování	Přesun z lůžka nebo křesla a zpět bez pomoci, mechanické pomůcky jsou možné.	Přesun z lůžka nebo křesla a zpět za pomoci druhé osoby či kompletní přemísťování.
oblékání	Kompletně se oblékne, včetně kabátu a zapnutí knoflíků, vyndá si oblečení ze skříně či zásuvky. Dopomoc s ponožkami či punčochami je možná.	Pomoc při oblékání a pasivní cvičení.
koupání	Umyje se sám, možná dopomoc jen s jednou částí těla, např. ochrnutá končetina nebo umytí zad.	Dopomoc s mytím ve sprše či ve vaně s více částí těla nebo kompletní mytí.
používání toalety	Použije toaletu sám, dojde si na ni sám, dokáže se na ni posadit i vstát, provést očistu genitálií a upravit si oblečení.	Dopomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním či s použitím podložní misky.
kontinence	Kompletní kontrola vyměšování, u žen možná i stresová inkontinence.	Částečná či kompletní kontinence moči či stolice.

Hodnocení: původně se hodnotilo v podobě ANO/NE (6 bodů – nezávislost úplná, 4 body – závislost lehčí, 2 body – závislost těžká, 0 bodů – závislost úplná).

Často se hodnotí tzv. trojúrovňově: neprovede – provede s dopomocí - provede sám. Vyhodnocení provádí sami respondenti nebo jejich blízké osoby, ošetřovatelé nebo zdravotnický personál a to v rámci řízeného rozhovoru nebo dotazníkovou formou. Nejasnosti však mohou vznikat kolem toho, jestli hodnotit aktuální výkonnost v ADL či potenciální kapacitu, Katz ADL hodnotí výkon („Oblékáte se sám?“), nikoli potenciál („Myslíte, že se po návratu domů dokážete sám vykoupat?“).²⁸

²⁸ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 196-197.

Tabulka 2: Barthelův test aktivit denního života ADL

položka	hodnocení (počet bodů)
Jedení, pití	sám neprovede (0), provede s pomocí (5), provede sám (10)
Chůze po rovině	sám neprovede (0), na vozíku (5), provede s pomocí (10), nad 50m (15)
Chůze po schodech	sám neprovede (0), provede s pomocí (5), provede sám (10)
Přesun z lůžka na židli, eventuelně invalidní vozík	sám neprovede (0), s dopomocí, vydrží sedět (5), provede s malou pomocí (10), provede sám (15)
Oblékání	sám neprovede (0), provede s pomocí (5), provede sám (10)
Osobní hygiena	sám neprovede (0), provede s pomocí (5), provede sám (10)
Koupání	sám neprovede (0), provede s pomocí (5), provede sám (10)
Použití toalety	sám neprovede (0), provede s pomocí (5), provede sám (10)
Kontinence moči	inkontinentní trvale (0), inkontinentní občas (5), kontinentní (10)
Kontinence stolice	inkontinentní trvale (0), inkontinentní občas (5), kontinentní (10)

Hodnocení: 0 – 40 bodů (vysoce závislý v bazálních všedních činnostech),
 45 – 60 bodů (závislý),
 nad 60 bodů (závislost lehčího stupně).²⁹

²⁹ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 197.

Tabulka 3: Lawtonova škála hodnocení IDAL

činnost	hodnocení	body
Příprava jídla, vaření	Připravuje, plánuje a servíruje přiměřená jídla samostatně.	1
	Připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience.	0
	Ohřeje a servíruje připravené pokrmy nebo je připravuje, ale nezachovává přiměřenou stravu.	0
	Vyžaduje přípravu a servírování jídla.	0
Nakupování	O všechny potřebné nákupy se postará sám.	1
	Drobné nákupy zvládá sám.	0
	Na každý nákup potřebuje doprovod.	0
	Nakupovat není sám schopen.	0
Praní	Praní osobních věcí si zajistí zcela sám.	1
	Sám si přeperere drobné věci, jako ponožky nebo punčochy.	0
	Veškeré praní musí zajistit jiná osoba.	0
Užívání léků	Užívá léky sám ve správný čas i ve správných dávkách.	1
	Užívá léky sám, ale jsou předem připraveny v oddělených dávkách.	0
	Není sám schopen užívat vlastní medikaci.	0
Telefonování	Sám si vyhledá a vytočí čísla, ovládá telefon samostatně.	1
	Zvládne sám vytočit dobře známá čísla.	1
	Při zazvonění zvedne sluchátko, ale čísla sám nevytáčí.	1
	Telefon není sám schopen používat.	0
Vedení domácnosti	Sám vede domácnost nebo s občasnou pomocí, např. při těžké domácí práci.	1
	Lehké denní práce jako je mytí nádobí, stlaní apod. provádí sám.	1
	Lehké denní úkoly provádí sám, ale není schopen zachovat přijatelnou úroveň čistoty.	1
	Se všemi domácími pracemi potřebuje pomoc jiné osoby.	1
	Na domácích pracích se sám nepodílí.	0
Cestování, způsob dopravy	Samostatně řídí automobil, sám cestuje veřejnou dopravou.	1
	Zajistí si dopravu taxíkem, ale veřejnou dopravu jinak nevyužívá.	1
	Využívá veřejnou dopravu s pomocí druhé osoby.	1
	Způsob cestování je omezeno na taxi nebo automobil s doprovodem.	0
	Vůbec necestuje.	0
Nakládání s financemi	Sám si obstarává finanční záležitosti, např. placení nájmu, spravování účtů, docházení do banky.	1
	Sám zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s většími výdaji či bankovními operacemi.	1
	S penězi není schopen sám nakládat.	0

Hodnocení: prostý popis, rozmezí 0 – 8 bodů (8 bodů znamená plnou soběstačnost, čím je počet bodů nižší, tím se jedná o menší soběstačnost).³⁰

³⁰ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 198.

Behaviorální a psychologické příznaky demence

Mezi tyto příznaky demence patří agitovanost (přemísťování věcí, neustálé přecházení po místnosti), bloudění, deprese, bludy („rodina mě nechce, chce se mě zbavit“, „všichni mě kradou věci“, „dívají se na mě“), úzkost, paranoia, halucinace (nemocní slyší lidské hlasy, vidí zvířata nebo nepřítomné osoby), toulání, agresivita, křičení, ale také změny sexuálního chování. Někdy mohou vznikat v důsledku nepohody (bolest, chlad) či somatické poruchy nebo v důsledku nepochopení (neporozumění pokynům, dotazům). Při vzniku behaviorální a psychologické demence je nutné v každém případě pátrat po primární příčině a na ni cíleně aplikovat léčbu, při správném přístupu však mnohdy odezní, některé symptomy mají tendenci ke spontánní remisi.³¹

Problematika demencí je v dnešní době velmi závažné téma, naše populace stárne a četnost demencí se zvyšuje. Včasná diagnostika a léčba může pomoci těmto lidem oddálit jejich institucionalizaci a také může pomoci pečovateli snížením jejich zátěže. Nejde ale vždy jen o poruchy kognitivních funkcí, nýbrž o komplex příznaků zasahujících hluboko do života seniorů a jeho rodiny a do aktivit běžného života.

2.2 Stádia demence

Pro stanovení hloubky demence bylo vytvořeno několik stupnic, dostatečně přesná a podrobná je Reisbergova stupnice.

- 1. Stadium – bez postižení kognitivních funkcí** (jedinec si na paměť nestěžuje, během rozhovoru nejsou patrné žádné paměťové poruchy).
- 2. Stadium – počínající postižení kognitivních funkcí** (jedinec si stěžuje na poruchy paměti především v těchto směrech: zapomíná jména dříve známých lidí, zapomíná, kam si položil denně používané věci). Během rozhovoru nejsou poruchy paměti patrné, ani v osobním či profesionálním životě nejsou výrazné žádné poruchy.

³¹ Gerontologie [online]. [cit. 2014-3-1]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.

3. Stadium – lehké postižení kognitivních funkcí (u jedince jsou patrné funkční poruchy a to ve více jak jedné z následujících oblastí:

- během klinického testování je patrná porucha soustředění,
- jedinec má problém se zapamatováním jmen lidí, s nimiž se setkal poprvé,
- okolí jedince si všímá poruchy paměti pro jména a těžkostí při hledání slov,
- pokud se jedinec ocitne v místě, které nezná, je zmatený,
- jedinec ztrácí cenné předměty a neví, kam je položil,
- pokud jedinec pracuje, spolupracovníci si všimnou snížení výkonu práce,
- jedinec si pamatuje velmi málo podrobností z přeneseného textu).

4. Stadium – středně těžké postižení kognitivních funkcí (u jedince jsou patrné jasné poruchy v těchto oblastech:

- v každodenní péči o sebe sama,
- v oblasti anamnestického vyprávění,
- znovupoznávání již známých osob,
- zužování povědomí o současném i minulém dění,
- v orientaci v čase,
- v soustředění při počítání z hlavy - při odečítání,
- dezorientace ve známém prostředí).

5. Stadium – pokročilé postižení kognitivních funkcí (jedinec není schopen bez jistého stupně pomoci samostatného života, je dezorientován v čase, pamatuje si své jméno, jména svých dětí a životního partnera. Zvládne sám cestu na toaletu a nepotřebuje pomoc při stravování).

6. Stadium – těžké postižení kognitivních funkcí (jedinec si nedokáže vybavit jména svých nejbližších, o důležitých momentech svého života už neví skoro nic, s každodenními činnostmi potřebuje pomoc druhé osoby, může se u něj objevit inkontinence, bývá úzkostný, neklidný, trpí bludy, útočným chováním vůči cizím lidem, apod.).

7. Stadium – velmi těžké postižení kognitivních funkcí (jedinec vydává pouze zvuky, vyhasnou všechny řečové funkce, není schopen chůze, je inkontinentní a zcela závislý na druhé osobě).³²

Mimo výše popsanou stupnici je také mezinárodně používána pětistupňová stupnice, kterou v roce 1982 sestavil Hughes. Zkoumá také míru osobní péče, osobní zájmy, koníčky a je založena na vyšetření paměti, orientace, řešení problémů, úsudku, ale i zvládnutí společenských záležitostí.

Stupeň 0 – zdraví: jedinec se plně orientuje, zvládá řešení každodenních činností, je schopen sám o sebe pečovat, je sociálně nezávislý. Paměť není porušena nebo má jen malé nekonstantní výpadky, osobní život beze změn.

Stupeň 0,5 – podezření na demenci: jedinec je plně orientován, začíná se objevovat mírná zapomnětlivost, vyskytují se první problémy související s rozhodnutím o rozdílech a podobnostech. Plně o sebe pečuje, osobní život lehce dotčen.

Stupeň 1 – lehká demence: u jedince se objevují počáteční poruchy orientace v čase, zapomíná nové události, projevují se potíže s řešením složitějších úkolů, péče o sebe sama je oslabená, vyžaduje pobídnutí, sociální úsudek je zachovalý.

Stupeň 2 – střední demence: jedinec je dezorientovaný v čase i místě, velmi rychle zapomíná nové informace, mimo domov není schopen samostatné činnosti, potřebuje dopomoc druhé osoby při oblékání a hygieně, zachovává si jen jednoduché a velmi omezené zájmy.

Stupeň 3 – těžká demence: jedinec potřebuje pomoc druhé osoby při oblékání, hygieně (velmi často je inkontinentní), není schopen řešit žádné problémy, usuzovat ani pobývat mimo domov, z paměti zůstávají pouze fragmenty.³³

³² MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 40-72.

³³ Tamtéž.

V odborné literatuře se také hovoří o zjednodušené prezentaci stádií demence, ta se podle symptomatologie rozděluje do tří stádií:

- **Demence mírná** (u jedince je úbytek paměti patrný a je mu na obtíž při běžných každodenních činnostech, hůře si zapamatovává nové paměťové obsahy, ztrácí věci, ale je schopen soběstačného života).
- **Demence středně těžká** (jedinec není schopen provádět smysluplnou činnost, paměť je už poškozena natolik, že to interferuje se schopnostmi nutné pro soběstačnost a je porušena ve všech složkách).
- **Demence těžká** (jedinec má poškození paměti ve všech složkách, není schopen vykonávat ani základní denní činnosti a je plně odkázán na pomoc druhé osoby).³⁴

Demence jsou mnohdy provázené neinformovaností veřejnosti, strachem, předsudky a ve velké míře bývají i tabuizovány. Jsou chorobami především vyššího věku, staří lidé jsou oproti mladým lidem znevýhodněni a ohroženi. Měli bychom ale mít na mysli, že existuje fakt, že nás demence může kdykoliv postihnout. Neumíme totiž zabránit jejímu vzniku a ani ji vyléčit. Nejčastěji se vyskytující demencí vůbec je AD.

2.3 Alzheimerova demence

Demence, která vzniká následkem AD, se vyznačuje především poruchou paměti, která v klinickém obrazu převládá. Tato nemoc začíná velmi nenápadně, lidé si často stěžují na poruchy paměti, myšlení, soustředění, ovšem ne každý takový stesk musí bezprostředně znamenat AD. Jedná se zprvu o plíživý a postupně progredující (postupující) vývoj, kdy dochází k poškození a zničení nervových buněk. Zhoršuje se schopnost soustředění, paměť, pozornost, řeč se zjednodušuje, mění se chování a nálada. Toto onemocnění u každého jedince postupuje různě, ale vždy prochází určitými stádii, která je vhodné rozlišovat. Obvykle je rozvoj AD velmi pomalý, tzv. mírná kognitivní porucha se projevuje jenom určitými problémy s pamětí a častokrát může trvat i několik let. S prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starých osob v populaci je nejčastější

³⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 40-72.

chorobou v průmyslově vyspělých zemích. AD je jednou z nejrozšířenějších forem demence a její výskyt se trvale zvyšuje.³⁵

„Alzheimerova nemoc (AN) je chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy na podkladě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn. AN je nejčastější příčinou demence ve středním a vyšším věku (odtud starší názvy »presenilní demence«, »senilní demence«, »demence Alzheimerova typu«). V souvislosti s celosvětovým trendem prodlužování lidského věku a vzrůstajícím počtem starých osob v populaci se AN stává jedním z nejzávažnějších zdravotních a socioekonomických problémů současnosti.“³⁶

Česká alzheimerovská společnost uvádí deset příznaků AD, které by měly člověka varovat:

- 1. Změna osobnosti** (s přibývajícím věkem se lidská povaha přirozeně mění, ale člověk, který onemocní AD, se změní zásadním způsobem, mnohdy se stává velmi zmateným, podezřivým a ustrašeným).
- 2. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly** (v běžném životě člověk leckdy zapomíná pracovní úkoly, telefonní čísla, jména kolegů, ale později si na ně vzpomene, avšak člověk, který onemocní AD, zapomíná častěji a ani později si nevzpomene).
- 3. Časová a místní dezorientace** (člověk běžně někdy zapomene, kam vlastně jede nebo jaký je den, ale člověk s AD zabloudí v ulici, kterou dobře zná, neví kde je, jak se tam ocitl, ani jak se dostane zpátky domů).
- 4. Problémy s vykonáním běžných činností** (člověk, který je hodně vytížený, je občas roztržitý a nechá v kastrolu dušenou mrkev na sporáku a vzpomene si na ni až po jídle, jenže člověk, který trpí AD, si jídlo připraví a nejen, že ho zapomene sníst, ale zapomene, že ho vůbec připravil).
- 5. Problémy s řečí** (každý člověk občas hledá to správné slovo, ale člověk trpící AD si nemůže vzpomenout i na jednoduchá slova nebo je nahrazuje slovy jinými a tím přestávají věty dávat smysl).

³⁵ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 39-40.

³⁶ NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002, s. 187.

6. **Změny v chování nebo náladě** (každý člověk je občas rozmrzlý a má špatnou náladu, ale člověk trpící AD snadno podlehne prudkým změnám nálady, nečekaně a náhle začne plakat či podlehne hněvu, i když k takovému chování nemá zjevně důvod).
7. **Zakládání věcí na nesprávné místo** (každý člověk někde něco založí, ale člověk trpící AD dává věci na naprosto nesmyslné místo, třeba peněženku do ledničky nebo klíče do vázy).
8. **Ztráta iniciativy** (stává se, že je člověk znechucen povinnostmi, domácími pracemi či zaměstnáním, ale chuť do práce se mu brzy vrátí, ovšem člověk trpící AD potřebuje neustálé podněty, aby se do práce zapojil, postupně však může propadnout úplně pasivitě).
9. **Problémy s abstraktním myšlením** (sledování účtu či používání platební karty může občas člověka vyvést z míry, ale lidé s AD úplně zapomenou, jak takovou kartu použít a vůbec neví, co tato čísla znamenají).
10. **Špatný nebo se zhoršující racionální úsudek** (člověk se běžně zabere do nějaké činnosti, že na chvíli zapomene třeba na vlastní dítě, ale člověk s AD zapomene, že nějaké dítě vůbec existuje. Také se může nesmyslně obléknout, například si na sebe vezme tři košilky nebo dvoje kalhoty najednou).³⁷

AD se vyskytuje ve dvou formách:

- **Familiární** (vrozená) – tato forma AD postihuje jedince po padesátém roce života a je velmi vzácná, podle některých vědců postihuje pět procent, podle jiných jenom jedno procento ze všech případů.
- **Sporadická** (občasná) - tato forma AD postihuje jedince ve vyšším věku, postihuje asi osmdesát procent všech případů.

Z mnoha doposud provedených výzkumů vyplývá, že o dědičnosti AD rozhoduje víc jak jeden genetický faktor, proto neznamena, že pokud touto nemocí onemocní některý příslušník rodiny, musíme onemocnět i my nebo naše děti. AD není nakažlivá a nelze ji přenášet přímým kontaktem či vzduchem jeden na druhého. Nejsou zatím ani známy příčiny AD, ale je podezřelých hned několik faktorů: genetické, virové, zánětlivé, životní prostředí. Tyto faktory mohou ve vzájemné součinnosti způsobovat onemocnění AD,

³⁷ Alzheimerova choroba [online]. [cit. 2014-3-3]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>.

přičemž zhoršování mozkové činnosti způsobují dva hlavní procesy: tvorba mozkových neurotransmiterů (chemických posílů) se sníží a tím naruší či znemožní běžnou »komunikaci« jednotlivých neuronů navzájem a tvorbou látek, které »dusí« nervové buňky mozku.³⁸

Pokud hovoříme o Alzheimerově demenci, je užitečné si její vývoj rozdělit do jednotlivých fází, pro tuto práci postačí dělení do tří stádií. Dělení nápadně připomíná jednotlivé životní fáze ve vývoji člověka. Jak nemoc postupuje, člověk trpící AD v mnoha směrech postupně přichází o jednotlivé mozkové funkce a jeho chování se začíná podobat chování malého dítěte.

Změny v mozku v raném stádiu nemoci – prvním signálem jsou výpadky paměti, v tomto počátečním období nemoci si člověk většinou problém neuvědomuje, jeví se normálně, a tudíž nevyhledává lékařskou pomoc. Poškození se posouvá do spánkového laloku, nemocný začíná mít potíže porozumět slovu či najít správný výraz. Protože je čelní mozkový lalok ještě plně funkční, člověk se pokouší pochopit, proč ostatní na pokusy o konverzaci nereagují. V této fázi je potřeba se soustředit na dovednosti, vlohly a schopnosti, které zůstávají neporušené a které je možné používat a posilovat.

Změny v mozku v mírném stádiu nemoci – v této fázi již dochází k mnoha ztrátám, nemocný má již potíže se samostatně obléknout, není schopen si vzpomenout na některé předměty, bývá dezorientovaný. V této fázi AD poškodila v mozku oblast řeči, reakce jsou už zpomalené, proto má člověk problémy např. s řízením automobilu, má potíže také o něco požádat. V tomto období člověk většinou vyhledává lékaře.

Změny v mozku v pokročilém stádiu – v tomto stádiu člověk ztrácí schopnost úsudku, logické uvažování, sociální dovednosti, začíná nevhodně a nepřijatelně reagovat, ztrácí schopnosti „civilizovaného chování“. Bývá apatický, poddajný a nepohyblivý nebo naopak může reagovat vztekle až agresivně. V konečném stádiu AD již destruktivní proces v mozku ničí prakticky všechny nervové buňky mozkové hemisféry, kromě části, která řídí zrak a motorickou činnost a člověk je tak zcela upoután na lůžko. V tomto stadiu není prakticky možné o nemocného pečovat v domácím prostředí.³⁹

³⁸ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004, s. 8-9.

³⁹ CALLON, PATRICIA R. *Alzheimerova nemoc*. Praha: Grada, 2008, s. 29-79.

2.4 Dílčí závěr

V dnešní době je AD sice nevléčitelná, ale je léčitelná. Je tedy důležité, aby člověk už s prvními příznaky vyhledal odbornou pomoc. Vzhledem k převládajícím postojům společnosti k demenci a ke stáří, je nezbytně nutné připomínat, že člověk s AD má pořád potřebu být členem společnosti. Je podstatné mít na mysli, že ne všechny funkce mozku vymizí naráz a že mnoho z nich přetrvává.

Problém stárnutí je celosvětovým problémem současnosti a každý člověk jednou zestárne. Mnohdy i přes velkou snahu rodinným příslušníkům právě nemoc nedovolí postarat se o svého příbuzného v rodinném prostředí. Nevladatelná situace je donutí zvolit si právě sociální služby, a proto je velmi důležité přistupovat k těmto nemocným lidem tak, aby i jejich podzim života měl smysl.

3 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

V dnešní době existuje mnoho pobytových zařízení pro různou cílovou skupinu uživatelů, které poskytují bydlení spolu s lékařskou péčí, ale mnohé z nich mají ještě daleko k tomu, aby jejich péče mohla být nazývána péčí komplexní. Každý z nás má určité představy o životě starých lidí, ať už se jedná o lidi s demencemi či s jiným druhem postižení, kteří mnohdy sedí bez hnutí, beze slova a s prázdným pohledem. O tyto jedince je sice dobře postaráno v oblasti stravy či ošacení, mají střechu nad hlavou, ale mnohdy strádají po stránce svých společenských a intelektuálních potřeb. Někteří pracovníci se dokonce mylně domnívají, že tito lidé už ani žádné potřeby nemají a že tento přístup jim vlastně ušetří práci a zbaví je odpovědnosti za kvalitu života v posledních prožívaných letech seniora. Kvalitní aktivizační program je proto nutnou součástí poskytovaných služeb v péči o seniory.

3.1 Vymezení pojmu aktivizace

S novým zákonem o sociálních službách se rozšířil také pojem aktivizace, který ho vymezuje jako jednu z mnoha důležitých činností, jež poskytují sociální služby. Podle ředitele odboru sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí), který se podílel na přípravě tohoto zákona, neexistuje přesné vymezení, co jsou to aktivizační činnosti. Pokud o aktivizaci mluvíme obecně, dá se vymezit jako soubor činností, vedoucí k nastartování aktivity, která vede k sociálnímu začlenění či naučení se strategiím pro zvládání těžkostí, které jsou součástí handicapu. Aktivizace je většinou spojována s volnočasovými aktivitami, proto je její definice dosti široká.⁴⁰

O aktivizaci seniorů lze hovořit jak v širším, tak v užším slova smyslu. Aktivizace seniorů v širším slova smyslu obsahuje smysluplné a uspokojivé trávení volného času, či udržování a rozvíjení pohybových aktivit, včetně vytrvalostní kondice. Aktivizace v užším slova smyslu zahrnuje oblast jedinců s ohroženou nebo již žádnou soběstačností. Jedná se tudíž o obnovu soběstačnosti s nácvikem každodenních aktivit, prevenci imobilizačního syndromu a ergoterapii. Pro úspěšné výsledky je v tomto případě důležité vypracovat individuální plán, který bude zaměřen na zdravotně sociální péči pro uživatele s nízkým

⁴⁰ *Sociální služby: měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011, roč. XIII, srpen-září 2011, s. 43.

funkčním potenciálem a s hrozící, či rozvíjející se závislostí na pomoci druhé osoby. Pouze individuální plán, který se odvíjí z konkrétních osobnostních a funkčních charakteristik uživatele a jeho sociálního zázemí, může směřovat k racionální aktivizaci s dosažením výsledků, které budou uspokojivé jak pro uživatele, tak jeho rodinu i ošetřující personál.⁴¹

Odborní pracovníci, kteří pro uživatele tvoří aktivizační plány a programy, se uplatňují především v pobytových zařízeních. Jedná se většinou o ergoterapeuty, pedagogy volného času nebo aktivizační pracovníky. Nabídka programů pro uživatele je velmi rozsáhlá, ať už se jedná např. o ruční práce, mozkový jogging, muzikoterapii, taneční terapii, canisterapii či řízené společensko-kulturní aktivity, které jsou velmi účinné a mají svůj velký význam. Tyto aktivity vyžadují od uživatelů alespoň určitý stupeň pozornosti, motivace a sociální dovednosti, proto bývají dostupné lidem s různým stupněm poruchy. Nikde v zákoně se ale nemluví o tom, že by jakákoli skupina uživatelů, ať už pro svou míru znevýhodnění či věk, měla být z aktivizačních činností vyjmuta. Uživatel trvale upoutaný na lůžko či uživatel s kombinovaným handicapem má proto stejné právo na pozornost a podněty ze svého okolí jako uživatelé ostatní, ale je jen zapotřebí jiný přístup a vhodný typ aktivity.⁴²

Vycházíme-li ze samotného pojmu aktivizace, musí nás napadnout aktivita, činnost nebo činnost. Člověk se ze všech živočichů ve svém vývoji dostal nejdál, protože velmi efektivně využíval svůj mozek a proto si vytvořil specifický způsob komunikace. Za poslední léta se naše poznatky z oblasti neurologie a neurobiologie natolik rozšířily, že lépe rozumíme i tomu, jak lze lidský mozek rozvíjet. Aktivity jsou nutné pro rozvoj mozku, proto platí, že čím více člověk mozek používá, tím více se mozek rozvíjí. Pokud mozek užíváme, mezi mozkovými buňkami se vytváří nové spoje, nebo se ty dosavadní, byť už poškozené, prohlubují. Aktivizací je tedy jakákoli činnost, při které je mozek nucen pracovat. Výzkumné studie dokazují, že mozek, který se nerozvíjí nebo pracuje ve stále stejném schématu je mnohem náchylnější pro rozvoj demence. S pojmem aktivizace z hlediska psychologického je spojena potřeba poznávat, vnímat a ovládat sebe i okolí.⁴³

Z výše uvedeného vyplývá, že podstatnou součástí aktivizace je individuální přístup ke každému uživateli, je potřeba hledat vhodný přístup a způsob práce, který by podpořil jeho vlastní aktivitu. Aktivita je vždy spojena s novými, neobvyklými podněty,

⁴¹ HOLCZEROVÁ, V. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Vonočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013, s. 34.

⁴² *Sociální služby: měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011, roč. XIII, srpen-září 2011, s. 43.

⁴³ Tamtéž.

neboť u většiny uživatelů je schopnost zajistit si podněty z okolí oslabena. Je potřeba jim tyto podněty nabídnout či zprostředkovat. Myslíme si, že aktivizaci je nutno pojímat v nejširším slova smyslu jako jakoukoli činnost, která uživatele motivuje, aby reagoval a tím rozvíjel svůj potenciál. Lidé s demencí nebo jakýmkoli postižením mají stejné potřeby jako kdokoli jiný, jenom potřebují specifické prostředky. Samozřejmě je nutné nejprve uspokojit základní potřeby, abychom mohli pomýšlet na naplnění potřeb vyšších. Záměrem je delegovat aktivizační činnosti do rukou odborných pracovníků, kterých je obecně v každém zařízení početně zastoupených nejméně, ovšem aktivizovat může každý pracovník, například i ředitel, kuchařka nebo uklízečka, proto by odborný pracovník měl být také iniciátorem, garantem i školitelem.

3.2 Aktivizační metody vhodné pro seniory v I. a II. stádiu AD

V této kapitole se budeme zabývat aktivizačními technikami vhodnými v I. a II. stádiu AD, jako je ergoterapie, arteterapie, kognitivní rehabilitace, sensorická stimulace, canisterapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie, kinezioterapie, taneční terapie, terapeutické vaření a pečení.

Ergoterapie

„Výraz *ergoterapie* vznikl složením řeckých slov *ergon* = práce a *therapia* = léčení, terapie. Od šedesátých let 20. století se začíná v některých evropských jazycích (např. němčina, francouzština, norština, dánština, holandština) tento výraz používat pro označení profese ergoterapie místo původního pojmenování »pracovní terapie«. V českém jazyce se ustálil výraz *ergoterapie*, ačkoliv je i dnes často zaměňován za původní název »léčba prací«. Tento starší termín pro ergoterapii však nelze považovat za výstižný, proto se odborníci přiklání k používání termínu *ergoterapie*. Důsledné dodržování termínu *ergoterapie* pak neumožní častou záměnu s pojmem »pracovní rehabilitace«, který však označuje přípravu na určité zaměstnání odpovídající možností pacienta. V anglosaské literatuře je název profese ergoterapie »occupational therapy«. V angličtině znamená »to occupy« zaměstnat se, zabývat se něčím, nebo se něčemu věnovat či být činný. Anglické slovo »occupation« znamená v ergoterapeutické terminologii »zaměstnávání« nebo »činnost, které se člověk věnuje«. ⁴⁴

⁴⁴ KRIVOŠÍKOVÁ, M. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011, s. 13.

Ergoterapie napomáhá jedinci s vykonáváním každodenních činností, protože ho do těchto aktivit zapojí, a to i přes jeho poruchu nebo postižení, proto tyto činnosti mají smysl a jejich provádění by se mělo považovat za důležité. V ergoterapii se všechny činnosti nazývají odborným výrazem *oblasti výkonu zaměstnání* a většinou se dělí do tří skupin, a to »*všední denní činnosti*«, »*práce a produktivní činnosti*« a »*hra a volný čas*«.

Je tedy jasné, že v současné době neexistuje shoda pro definování ergoterapie. Na jednu stranu různé pokusy stručně definovat jádro ergoterapie často pobízí k přílišnému zjednodušení, na druhou stranu bude pokaždé problém tak různou a komplexní profesi definovat stručně a výstižně. V jednotlivých definicích se objevují i přes odlišnosti v terminologii a jemných rozdílech určitá společná témata.⁴⁵

Hlavním cílem ergoterapie je působit na člověka v oblasti výkonu zaměstnávání a v jednotlivých složkách (např., kognitivních, psychosociálních, senzomotorických) a zhodnotit jeho chování. Podporovat zdraví a maximálně ho rozvíjet, vycházet přitom z požadavků člověka a z jeho vlastních potřeb. Rozvíjet, podporovat, zlepšovat či udržet normální funkční výkon člověka v průběhu jeho celého života. Napravovat nebo minimalizovat výkon jedince a snažit se zabránit vzniku dysfunkce. Z hlediska typu používaných činností ergoterapie rozeznáváme tyto oblasti:

- **ergoterapie zaměřená na nácvik soběstačnosti** (jedná se o každodenní činnosti, např. oblékání, hygiena, použití WC, koupání, přesuny a funkční mobilita),
- **ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností** (primárně vychází z ergodiagnostického vyšetření),
- **ergoterapie zaměřená na poradenství** (cílem je poskytovat člověku a rodině pomoc s řešením nepříznivé životní situace, spojenou s onemocněním jedince),
- **ergoterapie zaměřená na zaměstnávání** (jedná se především o rukodělné aktivity, jako jsou např. pletení, háčkování, práce s papírem, dřevem, hlinou, atd., dále sportovní či pohybové činnosti např. šipky, kuželky, pétanque, míčové hry a společenské hry, např. šachy, dáma, karetní hry nebo „Člověče, nezlob se“),
- **ergoterapie funkční** (cílem je intenzivně procvičovat postiženou oblast, která je přesně definovaná s cílem zlepšit postiženou část těla).⁴⁶

⁴⁵ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, s. 13-19.

⁴⁶ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, s. 19-29.

Takřka u všech diagnóz v ergoterapii se využívá ADL a to především nácvik oblékání, použití WC, koupání, pokud je jedinec na invalidním vozíku, tak nácvik přesunů nebo mobility. U tělesného a psychického postižení se z IDAL nejvíce uplatňuje jednoduchý úklid, např. mytí nádobí či stlaní postele, nácvik jízdy městskou dopravou, příprava a plánování jídla a nákup potravin.⁴⁷

Arteterapie

Pokud mluvíme o arteterapii v širším smyslu, pak se jedná o terapii uměním včetně poezie, prózy, hudby, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu pak mluvíme o terapii výtvarným uměním. Arteterapie představuje souhrn uměleckých technik a postupů, které mají za cíl zvýšit sebevědomí jedince, změnit jeho sebehodnocení, přinést mu pocit smysluplného naplnění života a integrovat jeho osobnost. Pokud mluvíme o arteterapii pro seniory, tak se snaží stimulovat jejich kreativitu a aktivizovat zbytek jejich flexibility a vitality. Vhodnými a osvědčenými arteterapeutickými technikami pro seniory s demencí jsou např.:

- výtvarné techniky (např. výroba koláží, malování na porcelán, květináče, papír, hedvábí, ubrousková technika – decoupage, mramorování),
- textilní techniky (např. výroba polštářů, textilní koláže, batikování),
- práce s papírem (např. vystřihování, papírové koláže, ruční výroba papíru),
- práce s přírodními materiály (např. aranžování živých nebo suchých květin, koláže z listů a suchých květin).⁴⁸

Musíme mít na mysli, že vzhledem k omezení kognitivních funkcí seniorů s AD, může mít jejich výtvarný projev charakteristické rysy.

Kognitivní rehabilitace

Cílem kognitivního tréninku je zlepšení jednotlivých schopností, ke kterým v důsledku této poruchy dochází. Existuje řada různých cvičení, ze kterých se kognitivní trénink skládá, a které přispívají ke zlepšení funkce jednotlivých úrovní poznávacích funkcí, např. čtení, psaní, soustředění pozornosti, myšlení, paměť. V rámci kognitivního tréninku jsou vhodné tyto aktivity:

⁴⁷ KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, s. 42.

⁴⁸ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 212-223.

- cvičení paměti, zejména krátkodobé, ale i dlouhodobé, zrakové a sluchové paměti,
- učení se něčemu novému, např. cizí jazyk, eventuelně rozvinout jeho základy,
- pravidelné čtení s pokusem o zopakování a výkladu přečteného obsahu,
- psaní a udržování mezilidských kontaktů, podporování společenské a kulturní aktivity a adekvátní komunikace s okolím,
- udržování aktivního životního stylu,
- trénování početních úloh,
- luštění křížovek, sudoku, hádanek, hraní společenských her, vědomostní soutěže,
- zhodnocení a rekapitulace prožitého dne večer před ulehnutím do postele.⁴⁹

Kognitivní (poznávací) funkce patří do základních funkcí lidského mozku. Umožňují jedinci poznávat svět kolem sebe, vstupovat do integrace s jiným člověkem. Pokud jsou ale tyto funkce, ať už vlivem stáří, úrazu, CMP nebo psychického onemocnění, nějakým způsobem oslabeny, ztrácí se tím i kus jedincova „já“. Takový člověk se cítí nejistý, mnohdy až méněcenný a také se může obávat selhání. Narušením poznávacích funkcí se stává méně pohotovým a méně pružným. Běžně se jeho denní fungování stává obtížné, často až nemožné a stává se závislý na pomoci druhé osoby.⁵⁰

Kognitivní trénink k procvičování paměti vede vyškolený aktivizační pracovník, tzv. trenér paměti.

„Trenérem paměti může být absolvent tříступňového vzdělávacího programu »Certifikovaný trenér paměti – aktivizační pracovník v sociálních službách«. Tento program je akreditován v rámci dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají činnosti podle §116 odstavce 1, písmene a), b), d) Zákona č. 108/2006 Sb.“⁵¹

Senzorická stimulace

Snižování funkčnosti všech smyslových orgánů patří přirozeně ke stárnutí. Pokud nedochází k pravidelné smyslové stimulaci, je toto zhoršení bezpochyby rychlejší.

Každý jedinec má pět základních smyslů, a to zrak, čich, chuť, sluch a hmat. Pomocí těchto smyslů ukládáme do paměti informace, proto lze říct, že máme zrakovou, čichovou,

⁴⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 158-171.

⁵⁰ KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009, s. 14-18.

⁵¹ PREISS, M. *Efektivita trénování paměti*. Praha: Psychiatrické centrum, 2010, s. 15.

chuťovou, sluchovou a hmatovou paměť. Informace, která přichází z jednotlivých smyslových orgánů do mozku je nejprve v jednotlivých mozkových oblastech odděleně hodnocena a poté je integrována do celkového obrazu. Pro každý smysl je v mozku vyhrazena určitá oblast.⁵²

U **zrakové stimulace** může terapeut využít např. sadu barevných kuliček, kdy pokaždé vybere jednu z nich, a účastníci mají za úkol říci, co má stejnou barvu, např. v přírodě nebo v místnosti, kde tato stimulace probíhá. Další takovou stimulační pomůckou je třeba sada geometrických tvarů nebo barevných kostiček. Takových variabilních možností a pomůcek je celá řada. K cvičení u **čichové stimulace** je potřeba sada neoznačených kořenek, které musí být snadno otevíratelné, se základními druhy koření. Jedinci si mezi sebou kořenky posílají, čichají k nim a mají za úkol podle čichu koření poznat. Čichovou stimulaci je možné procvičovat také pomocí aromaterapie, kdy různé typy vůní mohou navodit příjemnou atmosféru a vyvolat různé vzpomínky. Hodí se pro jakékoliv stádium demence, zejména když ve skupině převládá zastoupení žen. U lidí trpících AD je také nutné procvičovat **chuťovou stimulaci** a to nabízením potravin s pestrou chutí a různou konzistencí. Pouštěním oblíbené hudby, filmů nebo předčítáním z oblíbené knihy se procvičuje **sluchová stimulace**. U této stimulace jsou vhodné otázky typu: O jakou hudbu se jedná? Jak se jmenuje tato kniha? Kdo tuto knihu napsal? Je vhodná v každém stádiu demence. V počátečním nebo středním stádiu demence lze využít **hmatové stimulace**, kdy si senioři pomocí ní ohmatávají různé druhy látek, se zavřenýma očima hádají jejich strukturu a snaží se vnímat rozdíly. Tuto stimulaci je vhodné spojit s reminiscencí (vzpomínáním). V této kombinaci si mohou senioři povídat a vzpomínat, např. na téma, co se za jejich mladých let nosilo za oblečení.⁵³

Canisterapie

Pojem canisterapie vyjadřuje léčebný kontakt mezi člověkem a psem, který svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu a úsměv na tváři. Canisterapie může být prováděna individuální nebo kolektivní formou. Vhodným místem, kde se canisterapie využívá a kde je velmi užitečná, je právě v populaci seniorů. Pozitivní rolí zvířete je schopnost zastoupit chybějící mezilidské kontakty, pocít bezpečí a určitou lásku ve vztahu k němu.

⁵² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 166-167.

⁵³ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 172-173.

Přítomnost psa či jiného milého zvířete uklidňuje, zklidňuje srdce a vyrovnává krevní tlak. Je sice složitá otázka vyjádřit pojem canisterapie, ale určitě jde o duši hojící záležitost, která v člověku po kontaktu se psem zanechává pocit, že někoho zajímáme, že nás má někdo rád a těší se na nás. Ne každému je totiž dopřáno strávit zbytek života v rodinném kruhu a po boku své rodiny. Určitě je důležité zmínit, že právě pes dokáže tak citově působit na lidi s AD, že vyvolává již dávno zasuté emocionální vzpomínky a nejen pocitově zlepšuje stav nemocného. Pes se vnutí, nechá se pohladit a pochovat a nemocný člověk okřeje. Být pohlazen a moct pohladit, to je velmi důležité právě pro člověka s demencí. Pes také pozitivně funguje u níže zmíněné reminiscenční terapie.⁵⁴

Muzikoterapie

Všeobecné rčení, že hudba léčí, platí jak pro člověka zdravého, tak pro člověka trpícího AD. Muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě, posiluje jeho sebevědomí, protože právě příjemná melodie a texty písní zůstávají součástí dlouhodobé paměti a v jeho povědomí nejdéle.⁵⁵

Hudba je záměrně využívána právě v medicínských oborech, např. v anesteziologii, gynekologii, rehabilitaci, ale hlavně v geriatrici. Se zřetelem na terapeutické působení lze uplatnit toto rozdělení hudby:

- **uklidňující** (skladba trvá krátkou dobu 3 – 10 minut, má nízkou úroveň hlasitosti, mírné tempo),
- **aktivizující** (velké rytmické, melodické a dynamické rozdíly).⁵⁶

Muzikoterapie může probíhat dvěma způsoby:

- **muzikoterapie pasivní** je poslouchání hudby, kterou si jedinec či celá skupina zvolí sám a po skončení terapie sdělují své dojmy,
- **muzikoterapie aktivní** je terapie, kterou rozumíme přímou účast na vzniku zvuku jako improvizaci hlasovou, pohybovou a instrumentální.⁵⁷

Zpívání je velmi vděčná činnost, která je nenáročná na přípravu a pro lidi trpící AD dobře zvládnutelná. Texty známých písní, ať už lidových, filmových či prvorepublikových

⁵⁴ GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie*. Praha: Portál, 2011, s. 15-31.

⁵⁵ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 224.

⁵⁶ ROMANOWSKA, B. *Muzikoterapie*. Frýdek-Místek: Alpress, 2005, s. 74-84.

⁵⁷ Tamtéž.

se snadno vybaví i těm lidem, kteří mají porušenou krátkodobou paměť nebo se hůře vyjadřují. Do muzikoterapie je vhodné také zařadit hudební kvíz, který se dá různě obměňovat a je součástí aktivizačního programu zaměřeného na procvičování paměti.

Reminiscenční terapie

Pojem reminiscenční terapie není jednoduché vymezit, někteří autoři dávají přednost pojmu **reminiscence**, jiní zase mluví o pojmu **reminiscenční terapie**. Označení reminiscenční terapie samo o sobě při práci se seniory implikuje využívání vzpomínek a má terapeutický efekt, proto mu dáváme přednost. Reminiscenční terapie v pravém slova smyslu ale terapií není, proto by se dala také vystihnout jako práce se vzpomínkami. Při této terapii je kladen důraz na využití dosud skrytého potenciálu člověka, sdílení jeho zkušeností a zážitků, upřednostňování zdravých aspektů jeho osobnosti, růstu a objevení jeho zájmů.⁵⁸

Reminiscenční terapie probíhá buď jednotlivě, nebo jako skupinová. Cílem je zlepšení stavu nemocného člověka, ale hlavně posílení jeho lidské důstojnosti či zlepšení komunikace. Pro lidi, kteří se straní společnosti a mají problém komunikovat v kolektivu, je vhodná individuální terapie. Předpokladem pro úspěšnou terapii je bezpochyby pozorné naslouchání, empatie a citlivé chování terapeuta. Vhodnými pomůckami pro tuto terapii jsou např. fotografie ze života jedince, staré předměty (např. mlýnek na kávu, staré kuchyňské váhy, špulka od nití, staré hračky). Pro čich, chuť, sluch a hmat např. čaje, bylinky, pečivo, hudba, rolničky, zvonek a různé kousky látek. Jednotlivá témata, kterými se při terapii zabýváme, je vhodné vybrat podle událostí, které jsou emočně pozitivní, a to např. první lásky, písničky, oslavy, domácí zvířata, dřívější móda a podobně.⁵⁹

Z výše uvedeného vyplývá, že reminiscenční terapie je účinnou, levnou a snadno aplikovatelnou metodou, mělo by ji využít každé zařízení, které pracuje se seniory a poskytuje péči seniorům s demencí a je žádoucí ji zařadit do praxe.

Kinezioterapie

V průběhu stárnutí nelze pochybovat o důležitosti pohybu, protože pohyb je jedním ze spojovacích článků vnějšího a také vnitřního světa, na kterém se podílí tělo i duše ve vzájemné harmonii. Předpokladem k udržení nezávislosti na druhé osobě je dostatečná

⁵⁸ ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011, s. 21-24.

⁵⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 181-188.

pohybová aktivita. Pravidelné tělesné cvičení zpomaluje proces stárnutí, zlepšuje adaptační schopnost lidského organismu na zátěž a předchází svalovým atrofiím. Pravidelné cvičení a radost z pohybu podporuje pocit sebejistoty a zlepšuje psychickou kondici.⁶⁰

Má-li být při sestavování cvičebního programu pro seniory účinek pohybu příznivý, je nutné respektovat věková specifika stárnoucího organismu, zdravotní stav i zdatnost a dosaženou úroveň pohybových dovedností účastníků. Pohyb by totiž měl navozovat psychickou pohodu, radost, spontánní prožitek a uvolnění.⁶¹

Cvičení by mělo probíhat pravidelně, nejlépe denně a pokud možno vždy ve stejném čase, nemělo by být nijak narušováno z důvodu udržení koncentrace, místnost by měla být vyvětraná a délka cvičení by se měla pohybovat kolem hodiny. Mělo by se cvičit v pohodlném oděvu a nejméně hodinu po jídle. Průběh kinezioterapeutické jednotky by měl splňovat tři základní části:

- **úvodní část** (začíná připomenutím, jaký je dnes den v týdnu, kolikátého dne je, jaký je měsíc, kdo má svátek apod., poté se cvičící posadí do správné polohy a provádějí prohloubené dýchání),
- **hlavní část** (má předem daný záměr podle míry onemocnění, míra fyzické zátěže bývá mírná až střední, cvičení by mělo mít uvolňující účinky, protože jakékoli násilné vedení by mohlo vést k demotivaci a ztrátě zájmu),
- **závěrečná část** (obsahuje klidové dýchání a závěrečné protažení, samozřejmostí by měla být společná rekapitulace a pochvala, na úplný závěr může zaznít společná písnička).⁶²

Je nutné brát v úvahu, že osoby trpící demencí mají ve většině případů porušenou pravolevou orientaci, proto je vhodné pro končetiny používat výraz „jedna“ a „druhá“ místo výrazu „pravá“ a „levá“. Pokud je to možné, je vhodné využívat pro popis prováděných cviků symbolických představ. Mezi další vhodné pohybové aktivity pro osoby s demencí patří samozřejmě také vycházky, které mají na fyzický stav podobný

⁶⁰ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 189-192.

⁶¹ ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004, s. 33.

⁶² HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 192-203.

účinek. Pobyt na čerstvém vzduchu navodí zdravou únavu a zlepší kvalitu spánku. Procházky jsou rovněž důležité pro získání „vnitřního klidu“ nemocného člověka. Na vycházky by se mělo chodit pravidelně bez ohledu na počasí.⁶³

Taneční terapie

Lze říci, že tanec je součástí historie lidského pohybu, lidského dorozumívání, lidské kultury a provázel člověka od pradávna. Nebyl nikdy chápán jako pouhý pohyb, měl také významnou složku emotivní, náboženskou a komunikační. Taneční terapie je úspěšně uplatňována nejen u handicapovaných mladých lidí, ale také u seniorů a u lidí trpících AD. Tanec je vhodný zejména pro:

- **komunikaci** (napomáhá zlepšení zejména nonverbální komunikace),
- **motivaci** (prostřednictvím tance a hudby motivuje účastníky terapie k rehabilitačnímu cvičení),
- **kognitivní funkce** (výzkumy prokazují, že pohybová aktivita a tanec zejména působí také proti vzniku demence),
- **kontakt** (tanec umožňuje psychický i fyzický kontakt mezi tanečníkem a terapeutem),
- **zlepšení nálady** (při tanci se zlepšuje nálada, člověk je přirozeně unavený, proto lépe spí, studie ukazují, že působí preventivně proti depresi),
- **koncentraci** (při tanci se vybavují krásné zážitky a při adekvátním pohybu je možné zapomenout na rušivé elementy okolí),
- **dotek** (pro starého člověka je velmi důležitý, protože s přibývajícím věkem je ho daleko méně),
- **facilitaci** (drobnými i jemnými pohyby při tanci můžeme zároveň rehabilitovat jedince po různých úrazech či operacích, pohyb levých končetin facilite pohyby pravých končetin a naopak),
- **držení těla a stabilitu** (ve stáří je třeba posilovat právě ty struktury, které tanec přirozeným způsobem posiluje),
- **zlepšení koordinace pohybu celého těla** (v průběhu tance se přirozeně zlepšuje koordinace těla),

⁶³ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 192-203.

- **vnímání a vyjadřování rytmu a jeho prožívání** (rytmus hudby a tance, vnímání a přijetí hudebního rytmu působí na zklidnění člověka s AD),
- **harmonii těla a duše** (taneční pohyby probouzejí emoce, tanec téměř vždy uvolní psychickou tenzi),
- **přijetí sama sebe** (pomocí tance je možné odsunout do pozadí pocity smutku, stesky a některé nemoci a získat pozitivní pocit, radost, sebedůvěru a větší jistotu, pochvala a podpora terapeuta jednoznačně posílí sebevědomí a sebedůvěru tančícího).⁶⁴

Pro člověka trpícího demencí je podle zkušeností tanečních terapeutů nejvhodnější formou taneční terapeutická hodina probíhající v kruhu, protože má možnost vzájemně se sledovat s ostatními, pozorovat a současně napodobovat terapeuta, který je také součástí kruhu. Terapie, které jsou provozovány formou kruhu, dodávají pocit jistoty, jednoty a také odvahu při překonávání bariér.⁶⁵

Terapeutické vaření a pečení

Tento druh terapie je jednou z velice vděčných činností, které jsou vhodné zejména pro člověka s AD. K této činnosti není třeba jedince složitě motivovat, protože se jedná o běžnou všední činnost, při které je možné využívat již dávno naučených dovedností. Kromě radosti z povedeného díla si člověk odnese také vůni a chuť připraveného pokrmu. Na této činnosti se mohou podílet jak jednotlivci, tak celá skupina současně. Výhodou je především i to, že se jedná o běžné každodenní činnosti prováděné v každé domácnosti. Zatímco u některých jiných arteterapeutických činností je možná obava z nezdařeného díla, v tomto případě tak tomu většinou není. Terapeut by ale měl průběh činnosti koordinovat a každému jedinci přidělit takový druh práce, který dokáže zvládnout, aby všichni dospěli ke společnému výsledku.⁶⁶

V praxi se nám potvrdilo, že při této terapii dobře funguje sensorická stimulace, neboť se jedná o činnost, kde se zapojují všechny smysly člověka. Tato činnost vyvolává bezpochyby dobrou náladu a mnohdy i příjemné vzpomínky.

⁶⁴ VELETA, P., HOLMEROVÁ, I. *Taneční terapie pro seniory dlouhodobě žijících v institucích*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2007, s. 16-28.

⁶⁵ Tamtéž.

⁶⁶ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 224.

3.3 Aktivizační metody vhodné pro seniory ve III. stádiu AD

V poslední fázi demence dochází k postupnému zhoršování a progresi až do terminálního stavu. Pro tento stav je charakteristická nesoběstačnost, křehkost, náchylnost ke komplikacím a minimální komunikační schopnost. Komunikace s člověkem v této fázi demence je minimální, velmi složitá, až úplně vymizí. Jedinec je upoután na lůžko a je zcela závislý na druhé osobě.

V terminální fázi demence lze využít koncept bazální stimulace.

Bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je německý profesor a speciální pedagog Dr. Andreas Fröhlich. Koncept vznikl v sedmdesátých letech dvacátého století a původně se týkal péče o děti s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. Dr. Fröhlich prokázal, že základní vrozené schopnosti poskytují v oblasti percepce lidského organismu pro podporu, stimulaci vnímání a komunikaci dostatek výchozího pracovního materiálu. O zařazení do systému kvalifikovaného ošetřovatelství v německy mluvících zemích se zasloužila zdravotní sestra, profesorka Christel Bienstein.⁶⁷

Bazální stimulace je vhodná pro jedince v závažném stavu, po závažných poraněních, po poraněních mozku, v různých života omezujících a ohrožujících situacích a při dlouhodobé poruše vědomí. Holistický přístup k těžce nemocným pomocí smyslových, komunikačních, somatických a sociálně emocionálních podnětů je základní myšlenkou této metody. Tato metoda je tedy velmi vhodná pro jedince ve stadiu rozvinuté demence, zejména ve stadiu demence pokročilé a terminální.⁶⁸

Koncept bazální stimulace je založený na empatickém vztahu s člověkem trpícím demencí. Zabývá se rovněž prostředím nemocného, které by mělo být co nejpříjemnější, je vhodné zařadit prvky, které budou vyvolávat milé vzpomínky a události. Rovněž je kladen důraz na příjemnou stimulaci všech smyslů člověka.⁶⁹

⁶⁷ Institut bazální stimulace [online]. [cit. 2014-3-20]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php.

⁶⁸ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 248.

⁶⁹ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, s. 249.

Cílem konceptu bazální stimulace je rozvoj vlastní identity nemocného, umožnění orientace v sobě i v okolí a podpora komunikace na jemu adekvátní úrovni. Techniky konceptu se dělí na základní a nastavbové stimulace.

Prvky stimulace základní

- **Stimulace somatická** (umožňuje člověku stimulovat vnímání těla a potažmo okolního světa – patří sem např. polohování, masáž stimulující dýchání a koupele).
- **Stimulace vestibulární** (pomocí této stimulace lze seniorům s demencí zlepšit prostorovou orientaci, vnímat pohyb – např. změny polohy těla).
- **Stimulace vibrační** (pomocí ní je možné stimulovat kožní receptory).

Prvky stimulace nastavbové

- **Stimulace optická** (pomocí zrakových podnětů).
- **Stimulace olfaktorická** (pomocí čichu).
- **Stimulace auditivní** (pomocí zvuků).
- **Stimulace orální** (pomocí úst).
- **Stimulace taktilně-haptická** (pomocí dotyků).⁷⁰

Existuje mnoho jednotlivých základních i nastavbových prvků. Těmto technikám se lze naučit v certifikovaných kurzech, kde je jim věnován dostatečný čas pro praktickou výuku, protože účinnost techniky závisí na správném provedení.⁷¹

Aby bylo dosaženo úspěchu a terapeutického cíle, je nutné, aby byly techniky konceptu do praxe zavedeny a aplikovány absolventy certifikovaných kurzů bazální stimulace. V ČR byl v roce 2005 založen INSTITUT Bazální stimulace, který poskytuje certifikované kurzy, odborné konference a konzultační služby jak pro odborníky, tak i pro laiky. V současnosti jsou základní kurzy Bazální stimulace akreditovány Ministerstvem zdravotnictví ČR a absolventi kurzů obdrží zahraniční certifikát platný v celé EU.⁷²

⁷⁰ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007, s. 23-24.

⁷¹ Tamtéž.

⁷² Institut bazální stimulace [online]. [cit. 2014-4-21]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/>.

3.4 Dílčí závěr

V poslední kapitole teoretické části jsme se zabývali aktivitami vhodnými pro seniory s AD a tím jsme si položili základ pro praktickou část, kde se budeme zabývat využíváním aktivit pro seniory s AD v Centru služeb pro seniory Kyjov.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 POPIS AKTIVIZAČNÍCH METOD A VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT V CENTRU SLUŽEB PRO SENIORY KYJOV

Téma „Aktivizace seniorů s AD“ bylo zvoleno s ohledem na mé povolání aktivizačního pracovníka. V rámci svého povolání pracuji se seniory v Domově pro seniory a také v Domově se zvláštním režimem.

S prodlužujícím se věkem a narůstajícím počtem seniorů s AD je otázka kvality života a s tím spojená péče o tyto seniory velmi aktuální. Rodiny takto nemocných jedinců mnohdy trápí otázka, jak se o tyto seniory postarat, aby jim zajistily důstojné a bezpečné stárnutí.

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkum pomocí případových studií u seniorů s AD ve věku 66 – 88 let, kteří bydlí v Domově se zvláštním režimem. Tuto metodu jsme vybrali s ohledem na jejich věk a zdravotní stav. Všechny informace použité ke zpracování praktické části bakalářské práce budou naprosto anonymní.

Cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat využití aktivizačních metod u seniorů s Alzheimerovou demencí v Centru služeb pro seniory Kyjov.

Dílní výzkumné otázky:

- *Jaká je informovanost o aktivizačních a volnočasových aktivitách v Centru služeb pro seniory Kyjov?*
- *Je pro seniory s AD aktivizace prospěšná?*
- *Jsou zohledňovány dřívější zvyklosti seniorů s AD při tvorbě individuálních plánů?*

4.1 Centrum služeb pro seniory Kyjov

Motto centra: „*Užít si své stáří*“

Centrum služeb pro seniory Kyjov je příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje a je pobytovým zařízením sociálních služeb. Má celkovou kapacitu 131 míst.⁷³

⁷³ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/>.

Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. poskytuje tři sociální služby:

- 1) Domov pro seniory s kapacitou 80 míst,
- 2) Domov se zvláštním režimem s kapacitou 46 míst,
- 3) Odlehčovací službu s kapacitou 5 míst.⁷⁴

Sociální služby v Domově pro seniory, v Domově se zvláštním režimem a v Odlehčovací službě na základě smlouvy o poskytování sociální služby se seniory jsou poskytovány celoročně, dle individuálních potřeb uživatele.⁷⁵

*„K základním principům při péči o seniory patří **úcta k člověku, citlivý a laskavý přístup s respektováním individuality každého jednotlivce, zachování autonomie a důstojnosti každého.** K dodržování etických principů se zaměstnanci zavazují při nástupu do zařízení – **Kodex etiky Centra služeb pro seniory Kyjov.**“⁷⁶*

Domov pro seniory

*„**Posláním Domova pro seniory je umožnit seniorům prožít důstojné stáří, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a ztrátě soběstačnosti nemohou prožít ve svém domácím prostředí. Poskytujeme takovou podporu a pomoc, která v maximální možné míře směřuje k zachování, popřípadě rozvíjení jejich vlastních schopností a udržování kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky.**“⁷⁷*

Cílem služby je:

- pomoc a zajištění základních potřeb,
- udržení co největší míry soběstačnosti,
- respektování individuality člověka,
- možnost zapojení se do života.⁷⁸

⁷⁴ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/>.

⁷⁵ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/index.php/o-nas/domov-pro-seniory>.

⁷⁶ Tamtéž.

⁷⁷ Tamtéž.

⁷⁸ Tamtéž.

Cílová skupina:

Služby v Domově pro seniory jsou určeny pro jedince, kteří mají přiznaný starobní důchod a mají přednost senioři ze spádové oblasti města Kyjova a okolních obcí, případně senioři, kteří mají k městu Kyjovu a okolí prokazatelné vazby, a kteří nejsou schopni pro zdravotní postižení, svou nemoc a ztrátu soběstačnosti žít ve svém domácím prostředí a tím jim hrozí sociální vyloučení.⁷⁹

Domov se zvláštním režimem

„Posláním Domova se zvláštním režimem je umožnit seniorům prožít důstojný život, který vzhledem ke svému onemocnění a postupné ztrátě soběstačnosti nemohou prožít ve svém domácím prostředí. Poskytujeme takovou podporu a pomoc, která v maximální možné míře směřuje k podpoře jejich vlastních schopností v bezpečném prostředí a udržení kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky.“⁸⁰

Cílem služby je:

- respektování jedinečnosti každého člověka,
- individuální přístup při práci se seniory,
- podpora schopností člověka,
- zajištění bezpečného a klidného prostředí.⁸¹

Cílová skupina:

Služby v Domově se zvláštním režimem jsou určeny seniorům, kteří mají přiznaný starobní důchod. Přednost mají senioři ze spádové oblasti města Kyjova a okolních obcí, případně senioři, kteří mají k městu Kyjovu a okolí prokazatelné vazby a mají z důvodu Alzheimerovy demence a stařecké demence sníženou soběstačnost.⁸²

Především se jedná o seniory, kteří již nemohou žít ve svém domácím prostředí a potřebují stálou podporu a pomoc, mají snížené poznávací schopnosti, problémy s orientací, časté

⁷⁹ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/index.php/o-nas/domov-pro-seniory>.

⁸⁰ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/index.php/o-nas#zvlastni-rezim>.

⁸¹ Tamtéž.

⁸² Tamtéž.

změny nálad, problémy s pamětí, vyjadřováním, porozuměním a také problémy se zvládnutím běžných denních činností.⁸³

Obrázek 1: Symbol centra.⁸⁴



Symbolem centra je motýlek ...

.... protože jeho krása
přichází s koncem života

4.2 Rozsah péče

Sociálními pracovníky je poskytováno **základní sociální poradenství** vedoucí k rozvoji, udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začlenění.

Ubytování se poskytuje v jednom, dvou nebo třílůžkovém pokoji a zahrnuje bydlení, praní úklid a opravy prádla. Každý senior má zajištěnou samostatnou postel, noční stolek a šatní skříň. Vybavení pokoje si může každý senior doplnit vlastními předměty, například obrazy, lampičkou, fotografiemi, případně drobným nábytkem (křeslo, polička, apod.) a drobnými elektrospotřebiči (varná konvice, televizor, radiopřijímač, apod.). Každý pokoj je vybaven signalizací pro rychlé přivolání personálu. **Stravování** v rozsahu tří hlavních jídel (snídaně, oběd, večeře) a jednoho vedlejšího (svačina) jídla probíhá na základě předem zveřejněného jídelního lístku. Vyžaduje-li to zdravotní stav, je seniorům připravována dietní strava. Jídelníček může být dle přání seniora v rámci možnosti zařízení individuálně upraven dle jeho přání a dřívějších stravovacích zvyklostí. Zařízení získalo v rámci standardizace nutriční péče **certifikát NUTRICEPT**.⁸⁵

Ošetřující personál nabízí **pomoc při zvládnutí denních úkonů péče o osobu seniora**. Jedná se především o pomoc při oblékání, podávání jídla a pití, pomoc při chůzi a pohybu. Také pomoc o osobní hygienu (ranní a večerní), koupání a podobně. Centrum poskytuje

⁸³ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/index.php/o-nas#zvladni-rezim>.

⁸⁴ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-15]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/>.

⁸⁵ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/sluby#rozsah-pece>.

seniorům diferencovanou **zdravotní a ošetrovatelskou péči**, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu, a to nepřetržitě 24 hodin denně. Po přijetí do zařízení mají senioři **možnost registrace u praktického lékaře zařízení**. Praktická lékařka dochází do zařízení pravidelně 2x týdně, diabetolog 1x měsíčně. V případě, že senior zůstane zaregistrován u jiného praktického lékaře, pak si lékařské ošetření zajišťuje sám nebo s pomocí rodinných příslušníků. Senioři mohou využít služby **rehabilitačního pracovníka** nebo **fyzioterapeuta**. Sociální pracovnice centra pomáhají seniorům při **obstarávání osobních záležitostí** na úřadech, poště, peněžních ústavech a podobně. Dále jsou obstarávány záležitosti plynoucí z osobních cílů seniorů.⁸⁶

Na základě možností, schopností a zájmů seniorů se uskutečňuje **společenské a kulturní vyžití** v průběhu celého roku. Při přípravě je brán zřetel na přání, náměty a dřívější zvyklosti seniorů. **Zájmové, aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti** představují rozsáhlou nabídku volnočasových aktivit, při kterých dochází k naplňování osobních cílů seniorů, k uspokojování pocitu užitečnosti, k upevnění motorických a sociálních schopností a trénování paměti. Senioři mohou kdykoliv na aktivitu přijít, pozorovat a podle nálady a chuti se buď připojit, nebo odejít. Centrum pořádá akce, na které zve širokou veřejnost, podporuje seniory v kontaktu s rodinou, blízkými a přáteli. Senioři navštěvují akce i mimo centrum, svá bydliště, rodná místa a využívají služby běžně dostupné všem, např. knihovnu.⁸⁷

Senioři mohou využívat **následující služby** za úhradu dle Sazebníku centra: kadeřnictví, holičství, pedikúru, masérské služby, předehrívání těla (rašelina), úpravu oděvů, telefonní hovory. Vše při zachování přirozené vztahové sítě, uplatňování práv a oprávněných zájmů a respektování lidské důstojnosti každého seniora.⁸⁸

4.3 Aktivizační metody a volnočasové aktivity

Pravidelné volnočasové aktivity pracují v Centru služeb pro seniory na principu „otevřených dveří“ a každý senior je „pánem volného času“.

⁸⁶ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/sluby#rozsah-pece>.

⁸⁷ Tamtéž.

⁸⁸ Tamtéž.

K pravidelným nabízeným aktivitám patří:

Kroužek ručních prací – senioři se zde věnují zejména činnostem s využitím prvků arteterapie. Motivací k těmto tvůrčím aktivitám je nejen potěšení z vlastní výroby, ale i pravidelné výstavy výrobků pořádané pro širokou veřejnost. Aktivizační pracovníce se věnují individuálně na pokojích těm seniorům, kteří se nemohou účastnit z jakékoli příčiny společného tvoření v pracovní dílně.

Kroužek vaření – senioři z řad nadšenců kulinářského umění se scházejí, aby pod vedením aktivizační pracovníce uvařili pro sebe jídla, která se již běžně v jídelničce neobjevují a vycházejí a přibližují se jejich dřívějším stravovacím zvyklostem.

Kroužek společenských her – seniory, které baví hrát karty, „Člověče, nezlob se“, pexeso a jiné společenské hry, mají možnost se těmto hrám pravidelně věnovat a setkávat se seniory stejného zájmu.

Pěvecký kroužek – senioři, kteří mají vztah k lidové písničce, se pravidelně setkávají a svým zpěvem dovedou potěšit nejen sebe, ale i ostatní, například na kulturních akcích centra a při různých slavnostních příležitostech.

Skupinové cvičení – senioři, kteří mají zájem o pohyb, se mohou účastnit skupinového cvičení v tělocvičně a využít prvky kinezioterapie pod vedením rehabilitačních pracovníků.

Canisterapie – pravidelně jedenkrát za měsíc přicházejí do zařízení pracovníce z Piafy Vyškov se svými pejsky a věnují se seniorům buď ve skupině, nebo jednotlivě na pokoji.

Caviaterapie – podle zájmu seniorů přichází do zařízení pracovníce z řad zaměstnanců se svými morčaty a tráví s nimi potřebný čas na pokojích.

Klub čtenářů – horliví čtenáři a přátelé knih mají možnost si půjčovat knihy v knihovně centra nebo v Městské knihovně Kyjov. Seniorům, kteří si nemohou z jakéhokoli důvodu sami knihu půjčit, zajistí výpůjčku sociální pracovníce nebo kdokoli z personálu. Seniorům se zrakovým handicapem jsou zajištěny zvukové knihy z Macanovy knihovny v Praze. Zájemci se také mohou aktivně zapojovat do chodu knihovny.

Klub přátel dechovky – seniorům, kteří jsou milovníky dechové hudby, je umožněn prostřednictvím televizního kanálu centra zaposlouchat se a shlédnout videozáznam dechových kapel a pořadů s hudební tematikou.

„Dýchánky“ – vzpomínková setkání – jedná se o skupinová setkání v malém počtu seniorů, kde se s využitím prvků reminiscenční terapie vzpomíná na různé životní fáze.

Senioři zde odkrývají své životní příběhy, radosti, ale i strasti každodenního života. Pracuje se zde také s fotografiemi a různými starými předměty, se kterými se vážou vzpomínky zúčastněných seniorů.

Nadšenci pro ochotničení – nebo milovníci folklóru se příležitostně schází a nacvičují poutavý kulturní program, se kterým se rádi pochlubí na kulturních a společenských akcích v zařízení.

Zahradničení – senioři, kteří rádi pracovali na zahrádce, se mohou podílet až už aktivně či pasivně na úpravě zahrady centra, mají možnost si také vypěstovat vlastní zeleninu nebo pečovat o svůj záhonek s květinami.⁸⁹

⁸⁹ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/jak-se-u-nas-ije#dalsi-aktivity>.

Tabulka 4: Nabízené volnočasové aktivity v Domově pro seniory.

Pondělí	9,30 hod. Skupinové cvičení – tělocvična 9,00 hod. Klub přátel dechovky – klubovna 2.NP, pokoje uživatelů
Úterý	9,30 hod. Kroužek ručních prací – dílna pracovní terapie 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli 15,00 hod. Pěvecký kroužek – tělocvična 15,00 hod. Kroužek společenských her – hlavní jídelna 1.NP
Středa	9,30 hod. Skupinové cvičení – tělocvična
Čtvrtek	9,30 hod. Skupinové cvičení – tělocvična
Pátek	9,30 hod. Kroužek ručních prací – dílna pracovní terapie 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli

»Cukrárna« – 14,00 – 15,30 hod. (každý třetí čtvrtek v měsíci) – společenský sál.

»Kroužek vaření« – každou první středu v měsíci – v dílně pracovní terapie.

»Dýchánky« – vzpomínková setkání – každou první středu v měsíci.

»Hovory s obyvateli« – dle potřeby – hlavní jídelna 1.NP.

»Klub čtenářů« – dle potřeby – výpůjčka knih v knihovně zařízení i v Městské knihovně.⁹⁰

⁹⁰ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-14]. Dostupné z:
http://centrumproseniorykyjov.cz/images/stories/Volnoasov_aktivity_-_tabulka.pdf.

Tabulka 5: Nabízené volnočasové aktivity v Domově se zvláštním režimem.

Pondělí	9,30 hod. Kroužek ručních prací – dílna pracovní terapie 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli
Úterý	9,30 hod. Skupinové cvičení – tělocvična 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli 15,00 hod. Pěvecký kroužek – tělocvična 15,00 hod. Kroužek společenských her – hlavní jídelna 1.NP
Středa	9,30 hod. Skupinové cvičení – tělocvična 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli
Čtvrtek	9,30 hod. Kroužek ručních prací – dílna pracovní terapie 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli
Pátek	9,30 hod. Skupinové cvičení – tělocvična 9,30 hod. Individuální činnost s uživateli

»Cukrárna« – 14,00 – 15,30 hod. (každý třetí čtvrtek v měsíci) – společenský sál.

»Kroužek vaření« – každou první středu v měsíci – v dílně pracovní terapie.

»Dýchánky« – vzpomínková setkání – každou první středu v měsíci.

»Hovory s obyvateli« – dle potřeby – hlavní jídelna 1.NP.

»Klub čtenářů« – dle potřeby – výpůjčka knih v knihovně zařízení i v Městské knihovně.⁹¹

⁹¹ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-14]. Dostupné z: http://centrumproseniorykyjov.cz/images/stories/Volnoasov_aktivity_-_tabulka.pdf.

4.4 Společenský a kulturní život

Centrum služeb pro seniory Kyjov má v průběhu celého roku velmi pestrý **společenský a kulturní život**. Už na začátku roku proběhl **průvod tří králů** doprovázený koledou. Dále v pořadí proběhla **plesová sezóna**. Letos to byl „Květinkový bál“, v minulých letech například myslivecký, čepičkový, maškarní, a podobně. Po plesu přichází **masopust**, kdy fašaňkový průvod prochází celou budovou se zpěvem a za velkého veselí.⁹²

Mezi seniory jsou velmi oblíbené různé **soutěže**, při kterých se procvičuje paměť a motorické schopnosti. Mezi nejoblíbenější patří **Bingo, Pexesový turnaj, Turnaj v „Člověče, nezlob se“ a AZ kvíz**. **Výstavy spojené s ochutnávkami** mají rovněž velkou oblibu. Aktivizační pracovnice zvolí okruh výstavy a kuchařky k danému tématu připraví ochutnávku. Senioři pomocí anketních lístků vyberou jídlo, které jim nejvíce chutná a to je poté zařazeno do jídelníčku, čímž se můžou aktivně podílet na skladbě jídelníčku a nejsou jen pasivními strávníky.⁹³

Jarem počínaje a v podzimních měsících konče jsou pořádány **výlety na zajímavá místa v okolí** nízkopodlažním autobusem nebo v menších skupinkách osobním automobilem. Výhodou je, že se těchto výletů mohou zúčastňovat senioři na invalidních vozících. Při tvorbě bohatých programů se podílí městské a obecní úřady, farní úřady měst a obcí, kulturní střediska a základní školy. V letních měsících jsou pořádány **výlety do rodných obcí**, kde v doprovodu ředitele centra a důvěrníka (klíčového pracovníka) navštěvují například svůj rodný domek, hřbitov či obecní úřad. Tyto výlety jsou velmi oblíbené.⁹⁴

Mezi velmi oblíbená kulturní vystoupení patří **koncerty dechových hudeb**, které se tradičně konají v letních měsících na zahradě centra. Stejně oblíbená jsou **vystoupení ženských, mužských a dětských folklórních souborů**.⁹⁵

Ke konci roku patří **adventní období**, které je v Centru služeb pro seniory velmi bohaté. Začíná **Mikulášskou pochůzkou**, do které se aktivně zapojují senioři centra a pokračuje **adventními koncerty a vánoční besídkou**. Na adventních koncertech vystupují například

⁹² Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-14]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/jak-se-u-nas-ije#kulturni-zivot>.

⁹³ Tamtéž.

⁹⁴ Tamtéž.

⁹⁵ Tamtéž.

mužské sbory, dechové hudby nebo cimbálové muziky. Na vánoční besídce vystoupili senioři se svým **živým betlémem**, kdy měli velkou radost z podařeného díla.⁹⁶

Pro věřící seniory jsou pravidelně zajišťovány **bohoslužby**, setkávání se zástupci církvi a různé **náboženské programy**. Na přání seniorů, kteří se nemohou těchto setkání osobně zúčastnit, je navštěvují zástupci církvi individuálně na pokojích. K tradiční společenské události, která se koná každý měsíc, patří „**Oslava jubilantů**“, kdy se sejdou senioři narození v daném měsíci a společně oslaví své narozeniny. Přicházejí jim popřát a svým vystoupením je potěšit **žáci ze Základní školy**, a svou písničkou přispěje k dobré náladě i **pěvecký sbor centra**. Oslavencům také popřejí zástupci vedení, sociální pracovníce, vrchní sestra a aktivizační pracovníce. Zajímavé informace o dění v zařízení je možné si přečíst v Listech domova, které vychází pravidelně pětkrát do roka.⁹⁷

4.5 Dílčí závěr

Centrum služeb pro seniory Kyjov nabízí co do rozsahu a různorodosti pestré a bohaté množství pravidelných aktivit a zajišťuje možnost jejich výběru podle schopností a potřeb seniorů. Je respektováno přání seniorů provádět oblíbenou činnost buď ve skupině, nebo soukromě ve svém pokoji a je kladen důraz na individuální přístup.

Zejména pro seniory s AD jsou velmi prospěšné různé soutěže a vědomostní kvízy, protože mají společenský, ale hlavně terapeutický charakter. Je u nich procvičována nejen paměť, koncentrace a tím duševní činnost, ale také podpora sebeúcty a pocit uspokojení.

Společenské a kulturní akce jsou v Centru služeb velmi vydařené a hlavně hojně navštěvované. Hlavní náplní těchto programů je zábava, ale především je zde uspokojována sociální potřeba náležet k nějaké skupině a být její součástí. Samozřejmostí při těchto společenských akcích je zohledňování dřívějších zvyklostí seniorů. Ty jsou jim připomínány nenásilnou formou prostřednictvím tradic, které jsou mnohým seniorům velmi blízké.

Pod vedením sociálních pracovníků pracuje v zařízení tým dobrovolníků z řad studentů Střední zdravotní školy, ale také z řad veřejnosti. Dobrovolníci věnují svůj čas a úsilí

⁹⁶ Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-14]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/jak-se-u-nas-ije#kulturni-zivot>.

⁹⁷ Tamtéž.

seniorům bez nároku na odměnu a jejich činnost je směřována i na podílení se při zajišťování kulturních a společenských akcí. Jejich odměnou je nefalšované uznání a vděk seniorů a vlastní pocit z užitečné činnosti. Dobrovolníkem mohou být lidé jakéhokoli vzdělání či zálib. Právě v dobrovolnictví by našli své uplatnění sociální pedagogové.

Pracovní činností sociálního pedagoga je také vytváření nabídek na efektivní využívání volného času. Sociální pedagogika má mimo jiné také podíl na službách i pro starší věkové kategorie. Jejím specifikem na rozdíl od jiných pomáhajících profesí je také to, že se věnuje práci s lidmi jakéhokoli věku.⁹⁸

Z výše uvedeného vyplývá, že pestrost aktivit a množství kulturních a společenských akcí je ukázkou kvalitní praxe pracovníků v zařízení. I když se některé aktivity časově překrývají, tak to určitě není na škodu, protože je tak dána možnost výběru.

⁹⁸ LACA, S. *Sociální pedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, s. 158.

5 KAZUISTIKY

Pro lepší popis různých situací u seniorů trpících AD a pro lepší dokreslení celkové situace jsme použili výzkum pomocí případových studií.

V praxi se kazuistiky využívají na to, aby se na specifickém případě rozpoznalo to, co je v obecné rovině již známé. Při sledování jednotlivého případu poznáváme specifický případ odlišný od ostatních a zároveň můžeme pozorovat znaky typické pro určitý problém. V sociální praxi kazuistické rozborů podrobně popisují i sociální vztahy, sociální procesy a sociální prostředí na pochopení konkrétního případu a navrhuji intervenci a sociální pomoc každému, kdo pomoc potřebuje.⁹⁹

V sociální oblasti, kterou se zabývá i sociální pedagogika, se zaměřuje pozornost na konkrétní sociální případ či objekt. Takovým objektem je např. jednotlivec, rodina, senior či sociální skupina.

5.1 Kazuistika č. 1

V kazuistice je popsán případ seniorky (dále paní Hany) s AD, momentálně žijící v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Paní Hana je 67letá seniorka trpící AD, s I. stupněm závislosti, mobilní, soběstačná, orientovaná.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 95 bodů (lehká závislost).

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí, 2 bratři, 3 děti.

Sociální anamnéza

Paní Hana vyrůstala v harmonické rodině s rodiči a dvěma bratry, jako nejstarší ze sourozenců. Prožila šťastné dětství. Po splnění povinné školní docházky začala studovat na střední zdravotnické škole v oboru biochemická laborantka.

⁹⁹ HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. *Kazuistika v sociální práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociální práce sv. Alžběty, 2010, s. 13-15.

V roce 1966 se provdala a krátce po svatbě se jí narodila dcera. O dva roky později se jí narodil syn. Paní Hana se s manželem a dětmi přestěhovala z města do malé vesnice do třípokojového bytu.

Celý svůj aktivní život pracovala jako laborantka v nemocnici v biochemické laboratoři. Ve třiceti letech se jí narodil druhý syn, který ovšem trpěl duševní chorobou, nikdy nepracoval a žil na úkor matky a celé rodiny.

V roce 2003 paní Hana ovdověla a to ji velmi zlomilo. Do té doby aktivní žena se začala uzavírat do sebe, se synem to bylo čím dál složitější, paní Hana začala trpět depresemi a postupně se u ní začala rozvíjet AD. Nechtěla být doma sama, proto si požádala o pobyt v Domově se zvláštním režimem.

Současný stav

Od ledna 2014 žije paní Hana v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost I. stupně. Je mobilní, soběstačná a samostatná, občas zapomíná, někdy trpí úzkostnými stavy. V současné době bydlí ve dvouložkovém pokoji se spolubydlící, se kterou si rozumí. Adaptace proběhla bez problémů, říkala, že je ráda, že není sama. Jinak je komunikativní, jak se spolubydlící, tak s personálem. Spolupráce s rodinou je dobrá, dcera ji pravidelně navštěvuje.

Vstupní test MMSE byl vypracován hned po nástupu do zařízení a měl hodnotu 29 bodů, což odpovídá normě.

Paní Hana je schopna zajistit si potřeby k hygienické péči, hygienu zvládá sama. Je schopna se sama obléknout a zvolit si vhodné oblečení. V kognitivní oblasti je schopna naučit se novým dovednostem, má počínající poruchu krátkodobé paměti, ale je schopna učinit rozhodnutí. V motorické a pohybové oblasti je soběstačná. Z dřívějších zvyklostí, ve spolupráci s paní Hanou, sociální pracovníci a klíčovým pracovníkem byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na tři cíle. 1. Paní Hana si přeje, aby ji navštěvovala dcera a aby s ní byla v telefonickém kontaktu. 2. Paní Hana se chce dívat na televizi a sledovat program Šlágr. 3. Paní Hana je kuřačka a chce mít možnost si zakouřit.

Závěr

Paní Hana je pravidelně v osobním kontaktu se svou dcerou a v telefonickém kontaktu se synem, který bydlí v zahraničí. Paní Hana má s dcerou a starším synem dobré vztahy. Paní Hana má svůj mobilní telefon, který si sama ovládá a podle svých potřeb telefonuje.

Pravidelně se dívá na televizi. Paní Hana je sama schopná si zajít do společenské místnosti a tam spolu s ostatními obyvateli sledovat svůj oblíbený televizní program. Chodí si také sama zakouřit do kuřárny v zařízení nebo do zahrady. Dvakrát v týdnu navštěvuje kroužek ručních prací, kde v dílně pracovní terapie vyrábí různé výrobky. Navštěvuje také pravidelně skupinové cvičení, chodí sama na vycházky do zahrady v zařízení. V doprovodu aktivizačních pracovníc jezdí na krátké dopolední výlety po okolí. Zúčastňuje se ráda kulturních a společenských akcí pořádaných v zařízení. Baví ji také soutěžní a vědomostní kvízy. Paní Hana naplňuje svůj individuální plán, je společenská a komunikativní.

5.2 Kazuistika č. 2

V této kazuistice je popsán případ seniora (dále pan Mirek) s AD, toho času v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Pan Mirek je 83letý senior trpící AD, s II. stupněm závislosti, dezorientovaný místem a časem.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 65 bodů (lehká závislost).

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí, 2 děti.

Sociální anamnéza

Pan Mirek se narodil do rodiny, která provozovala zámečnickou dílnu, s rodiči a sestrou žili v malém městečku v rodinném domku.

Již od dětství se zajímal o zámečnickou práci, pomáhal rodičům při různých opravách. Rodina provozovala zámečnictví i po dobu II. světové války. Po jejím skončení ho rodiče poslali na vyučení v oboru autoelektrikář. V padesátých letech rodinné zámečnictví zaniklo, válka mu ale utkvěla v paměti, dodnes o ní hodně mluví.

V 24 letech se oženil a se svou ženou bydleli v jeho rodném městečku. Z manželství se narodili dva synové. Od staršího syna má dvě vnučky, od mladšího syna vnučku a vnuka. V roce 2011 pan Mirek ovdověl a zůstal žít s mladším synem, který se rozvedl a vrátil se do rodného domku. Soužití s ním bylo však velmi problematické, hlavně kvůli

alkoholu. Měli mezi sebou velké rozpory, které vedly k tomu, že se v poslední době vůbec nestýkali. Mladší syn v lednu loňského roku zemřel ve věku 52 let.

Veškerý svůj volný čas trávil v domácí dílně a vymýšlel různé zlepšovací návrhy, které by usnadňovaly práci. Rád chodil do přírody, ale nemá vztah ke zvířatům. Kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu už nemohl dále sám bydlet.

Současný stav

Od ledna 2014 žije v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost II. stupně. Je částečně soběstačný, dezorientovaný místem, časem a částečně i osobou. V současné době se pohybuje bez omezení. Pan Mirek bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, se svým spolubydlícím vychází bez problémů. Adaptace proběhla dobře. Ve volných chvílích si čte ve vlastních knihách nebo si prohlíží noviny a časopisy.

Vstupní test MMSE nebyl vypracován, protože pan Mirek nespolupracoval.

Pan Mirek je plně mobilní, při denních činnostech je nutný dohled a pomoc druhé osoby, je třeba mu dát dostatečný časový prostor při vykonání činnosti. Sám si není schopen zajistit potřeby k hygienické péči a zvolit si vhodné oblečení. V kognitivní oblasti má kolísavou psychomotorickou aktivitu, není schopen se naučit novým dovednostem. Z dřívějších zvyklostí, ve spolupráci s panem Mirkem, sociální pracovnící a klíčovým pracovníkem byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na dva cíle. 1. Pan Mirek chce chodit na vycházky do zahrady. 2. Pan Mirek chce, aby ho navštěvovala rodina.

Závěr

Pan Mirek chodí pravidelně s doprovodem na vycházky do zahrady, je rád venku, má rád přírodu. Při vycházce reaguje na okolí, všímá si přírody. Rodina pana Mirka dochází pravidelně na návštěvu, má s panem Mirkem dobré vztahy. Ve volném čase si pan Mirek čte a listuje svými knihami a časopisy. Dvakrát do týdne se zúčastňuje arteterapie v rámci kroužku ručních prací. Do dílny pracovní terapie je doprovázen personálem. Zbývající čas tráví ve společných prostorách ve společnosti ostatních spolubydlících, sleduje s nimi společně televizi nebo si povídají. U pana Mirka je denně prováděn nácvik soběstačnosti, se slovní dopomocí se sám oblékne, do koupelny a na toaletu je potřeba doprovodit. Pan Mirek je usměvavý a spokojený. Rád se také zúčastňuje pohybových aktivit ve skupině. Individuální plán pana Mirka je aktivně naplňován.

5.3 Kazuistika č. 3

Kazuistika se zabývá případem seniorky (dále paní Anežka) s AD, toho času bydlí v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Paní Anežka je 82letá seniorka trpící AD, s II. stupněm závislosti, vdova, částečně soběstačná, ale potřebuje dohled druhé osoby, občas zmatená.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 70 bodů (lehká závislost).

Rodinná anamnéza

Otec a matka již nežijí, pochází ze tří dětí, měla dva starší bratry, kteří už nežijí.

Sociální anamnéza

Paní Anežka se narodila jako nejmladší ze tří dětí. Otec pracoval jako dělník v naftových dolech, později jako lesní dělník. Matka byla v domácnosti, vypomáhala u místní židovské rodiny jako pradlena a pomocnice v domácnosti.

Po základní škole pracovala paní Anežka jako dělnice v lese. V roce 1955 se vdala, narodilo se jí 5 dětí – syn (1955), syn (1957), dcera (1965), syn (1968) a dcera (1970). Od roku 1991 je vdovou. Pár let pracovala jako uklízečka a školnice v ZŠ v tamní vesnici. Převážnou část svého života ale pracovala jako dělnice v rostlinné výrobě v zemědělském družstvu. Tam také pracovala i po odchodu do důchodu. Poté si přivydělávala u Obecního úřadu jako sezónní dělnice, např. výsadba lesa, údržba zeleně a podobné práce.

Mezi její největší záliby patřila četba, ráda četla českou literaturu. Dříve ráda cestovala, jezdila na různé poutě, zájezdy a rekreační pobyty. V televizi ráda sledovala soutěžní pořady (AZ kvíz, Taxík...). Byla velmi společenská, ráda tancovala a zpívala.

Velký zlom v jejím životě nastal, když se musela v roce 2010 odstěhovat z domu, který si s manželem společně postavili a kde od roku 1975 bydleli. V domě bydlela s nejmladší dcerou, která přišla o práci, přidaly se problémy s alkoholem, dluhy, odpojení plynu, vody, elektřiny a následně exekuce. Paní Anežka se přestěhovala k druhé dceři. Její psychický stav se značně zhoršoval, uzavřela se do sebe a nemohla se smířit s tím, že nemůže bydlet doma. Následně jí byla diagnostikována počínající AD. Paní Anežka je nábožensky založená, víra je jí velkou oporou.

V současné době má 12 vnoučat a 7 pravnoučat. Nejvíce se stýká s rodinami nejstaršího syna a mladší dcery. Navštěvuje ji také nejmladší syn s rodinou. Nejmladší dcera s prostředním synem ji za celou dobu, co se odstěhovala ze svého domu, nenavštívili.

Současný stav

Od prosince 2013 žije v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost II. stupně. Je téměř samostatná, ale potřebuje dohled druhé osoby, někdy bývá dezorientovaná místem. Při chůzi používá francouzskou hůl. Paní Anežka bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, se spolubydlící vychází bez problémů, často si povídají. Adaptace paní Anežky proběhla bez problémů. Často se prochází po chodbách zařízení, je komunikativní, v dobré náladě, spolupráce s rodinou výborná, syn si ji bere na krátké návštěvy. Vrací se spokojená.

Vstupní test MMSE byl vypracován hned po nástupu do zařízení a měl hodnotu 11 bodů, což odpovídá demenci středního stupně (tedy II. stádiu AD).

Při denních činnostech je nutný dohled a pomoc druhé osoby. Při hygieně je potřeba slovní dopomoci, oblékne se sama, ale je nutný dohled a kontrola, aby si zvolila vhodné oblečení. Z dřívějších zvyklostí, ve spolupráci s paní Anežkou, sociální pracovnící a klíčovým pracovníkem byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na tři cíle. 1. Paní Anežka chce navštěvovat bohoslužby v zařízení. 2. Paní Anežka chce denně chodit na vycházky do zahrady. 3. Paní Anežka se chce setkávat s pejsky.

Závěr

Paní Anežka je doprovázena pravidelně na bohoslužby konané v zařízení, v případě potřeby ji navštěvuje farář na pokoji individuálně. Je doprovázena aktivizačními pracovníci nebo důvěrníkem na vycházky do zahrady centra. Často ji navštěvuje rodina a bere si ji domů na návštěvy. Pravidelně jednou za měsíc se zúčastňuje skupinové canisterapie. Dvakrát za týden se zúčastňuje arteterapie v kroužku ručních prací, kde uplatňuje svou manuální zručnost. Za doprovodu personálu navštěvuje společenské a kulturní akce. Každý den je u ní prováděn nácvik soběstačnosti, který má pozitivní vliv na zvládnutí každodenních činností. Je jí dán časový prostor pro zvládnutí hygieny, sebeobsluhy a oblékání. Pravidelně navštěvuje skupinové cvičení. Svůj volný čas tráví ve společnosti ostatních spolubydlících v denní místnosti, sleduje hudební pořady v televizi nebo si ráda povídá s ostatními. Paní Anežka reaguje velmi pozitivně, je komunikativní a spokojená, individuální plán se naplňuje, je brán zřetel na její dřívější zvyklosti.

5.4 Kazuistika č. 4

V kazuistice je popsán případ seniorky (dále paní Františky) s AD, momentálně žijící v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Paní Františka je 78letá seniorka trpící AD, s II. stupněm závislosti, vdova, s chronickou zmateností, s poruchou soběstačnosti.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 85 bodů (lehká závislost).

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí, pochází z 6 dětí.

Sociální anamnéza

Paní Františka vyrůstala v harmonické rodině s rodiči a pěti sourozenci.

Smutnou událostí pro ni byla smrt její sestry, která měla 26 let a bratra, který zemřel v 21letech.

Po vychození základní školní docházky pracovala jako dělnice. V roce 1955 se provdala a spolu s manželem se přestěhovala z rodného domu do domku v nedaleké vesnici. Do harmonického manželství se narodil nejprve syn a zanedlouho dcera. V roce 1958 nastoupila do obuvnického podniku, nejprve jako dělnice a poté se postupně vypracovala do vedoucí funkce. V tomto podniku pracovala až do odchodu do důchodu.

Zlom v jejím životě nastal v roce 2002, kdy vážně onemocněl její manžel a v roce 2003 zemřel. Asi půl roku po jeho smrti se u paní Františky začaly projevat deprese. Její stav se každým rokem zhoršoval a následně na to lékař diagnostikoval AD. Po krátkém pobytu v psychiatrické léčebně lékař doporučil 24hodinovou péči a paní Františka už nemohla zůstat v domku sama. V roce 2013 byla paní Františka přijata do Centra služeb pro seniory Kyjov do Domova se zvláštním režimem.

Současný stav

Od února 2013 žije paní Františka v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost II. stupně. Je dezorientovaná místem a časem. Trpí úzkostnými stavy a chronickou zmateností. V současné době je plně mobilní. Paní Františka bydlí ve dvoulůžkovém pokoji se spolubydlící, se kterou si rozumí. Adaptace proběhla bez problémů, jen občas bloudila

po zařízení, ale to bylo dáno jejím onemocněním. Občas je úzkostlivá a smutná, někdy chce odjet za manželem do obce, kde spolu žili. Jinak je komunikativní, jak se spolubydlící, tak s personálem. Spolupráce s rodinou je dobrá, občas ji navštěvuje dcera.

Vstupní test MMSE byl vypracován hned po nástupu do zařízení, má hodnotu 15 bodů, což odpovídá demenci mírného až středního stupně (tedy II. stádiu AD).

Paní Františka si není schopna zajistit potřeby k hygienické péči, ale hygienu se slovní dopomocí druhé osoby zvládá sama. Je schopna se s dohledem sama obléknout, ale není schopna si zvolit vhodné oblečení. V kognitivní oblasti má kolísavou psychomotorickou aktivitu, není schopna se naučit novým dovednostem, má poruchu krátkodobé paměti a není schopna učinit rozhodnutí. Má zkreslený výklad různých situací, bývá neklidná. V motorické a pohybové oblasti má poruchu soběstačnosti. Z dřívějších zvyklostí, ve spolupráci s paní Františkou, sociální pracovníci a klíčovým pracovníkem byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na dva cíle. 1. Paní Františka si přeje návštěvy rodiny. 2. Paní Františka chce chodit na vycházky a zpívat.

Závěr

Paní Františku pravidelně navštěvuje její rodina, má s ní vřelý vztah. V doprovodu personálu chodí na vycházky do zahrady v zařízení, má ráda pobyt venku a užívá si pěkného počasí. Vzhledem k dřívějším zvyklostem paní Františky navštěvuje kulturní a společenské akce, má ráda společnost. Navštěvuje také pravidelně pěvecký kroužek, kde si s ostatními obyvateli zazpívá. Sleduje hudební pořady v televizi a poslouchá dechovou hudbu v rádiu. Dvakrát za týden se zúčastňuje arteterapie v kroužku ručních prací. Tato činnost ji velmi baví a vždy odchází spokojená. V doprovodu aktivizačních pracovníků jezdí na výlety po okolí. U paní Františky je podporován nácvik každodenních činností. Každá aktivita nebo kulturní akce je jí předem nabídnuta a v případě zájmu je doprovázena. Pravidelně se také účastní skupinového cvičení. Individuální plán paní Františky je průběžně naplňován.

5.5 Kazuistika č. 5

V kazuistice je popsán případ seniorky (dále paní Marie) s AD, která toho času žije v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Paní Marie je 88letá seniorka trpící AD, s III. stupněm závislosti, vdova, dezorientovaná místem, časem a částečně i osobou, občas trpí závratěmi.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 45 bodů (závislost středního stupně).

Rodinná anamnéza

Otec zemřel, když měla paní Marie 6 týdnů. Matka zemřela v jejích 2letech.

Sociální anamnéza

Paní Marie se narodila ve velmi chudé rodině, měla těžké dětství, protože jí rodiče zemřeli, vychovával ji dědeček spolu se sestřenicí, která byla od ní starší o deset let.

Ve škole se velmi dobře učila, měla možnost jít studovat, ale nemohla z finančních důvodů, nebyl nikdo, kdo by ji finančně zabezpečil a podporoval. V té době neměl její dědeček ani na to, aby jí koupil nové boty. Po ukončení základní školní docházky musela jít k sedlákům do služby. V té době prožívala velmi těžké období, za každého počasí musela brzy ráno vstávat a jít pracovat. Po válce začala pracovat v obuvnickém podniku, kde pracovala u pásu, takže další dřina. Tam zůstala 3 roky.

V roce 1948 se vdala. Vzala si za manžela syna jednoho z největších sedláků z vesnice. Začátky manželství nebyly jednoduché, protože byla obyčejné chudé děvče s malým domkem a kouskem pole. Měla velmi srdečnou povahu a tvrdou práci chtěla manželovým rodičům dokázat, že synovo rozhodnutí bylo správné.

V roce 1949 se jí narodil syn. Až do založení JZD, kde pak začala pracovat, byla v domácnosti. V roce 1955 se jí narodila dcera, přestěhovali se do města, kde si koupili dům a celý ho přestavěli. Téměř všechny práce kolem domu a domácnosti musela obstarat sama, protože její manžel pracoval daleko od domova, kam každý den dojížděl a vracel se pozdě domů. Ve svých 45letech si dodělala výuční list, závěrečnou zkoušku složila velmi dobře a pracovala jako prodavačka.

V roce 1974 ji postihla velká tragédie, kdy jí ve věku 25let tragicky zemřel syn. Z této tragédie se nikdy nevzpamatovala. V roce 1981 odešla do důchodu, její dceři se narodila dvojčata a paní Marie ve vnučkách našla znovu smysl života. Po nějaké době se i s manželem přestěhovala k dceři, aby se vnučkám mohla věnovat.

V roce 1991 jí náhle zemřel manžel, což byla v jejím těžkém životě další rána. Po nějaké době se dcera i s jejími milovanými vnučkami přestěhovala do zahraničí, což byla pro její organismus další velká zátěž. V roce 2002 byla paní Marie u dcery na dlouhodobé návštěvě, moc se jí tam líbilo a velmi jí to pomohlo po psychické stránce. V té době už totiž trpěla počínající AD.

Během aktivního života pracovala paní Marie na poli, chovala drůbež, starala se o dobytek, aby rodině trochu přilepšila. Byla společenská, hlavně v mladém věku.

V době, kdy zůstala sama, se o ni začala starat kamarádka její dcery. Bez její pomoci by spousta věcí nebyla schopna sama obstarat, měla od ní pomoc nejen fyzickou, ale hlavně psychickou. V roce 2008 byla paní Marie přijata do Centra služeb pro seniory Kyjov do Domova se zvláštním režimem.

Současný stav

Od června 2008 žije v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost III. stupně. Je dezorientovaná místem, časem a částečně i osobou, mívá závratě, trpí chronickou zmateností. V současné době se pohybuje pomocí francouzské hole, na delší vzdálenosti pomocí invalidního vozíku. Paní Marie bydlí v třílůžkovém pokoji se dvěma spolubydlícími, se kterými se brzy sžila. Adaptace proběhla bez problémů, jen občas bloudila po zařízení, ale to bylo dáno jejím onemocněním. Občas je plačtivá a smutná, především po telefonickém hovoru s dcerou, ale jinak komunikativní a sama navazuje občasně hovory s ostatními obyvateli nebo s personálem.

Vstupní test MMSE byl vypracován hned po nástupu do zařízení, má hodnotu 9 bodů, což odpovídá demenci středního stupně (tedy II. stádiu AD).

Paní Marie si není jista vykonanou činností, neustále se ptá, zda to dělá dobře, při denních činnostech je nutný dohled a pomoc druhé osoby. Sama není schopna si zajistit potřeby k hygienické péči, zvolit si vhodné oblečení, netrefí do koupelny ani na toaletu. V kognitivní oblasti má kolísavou psychomotorickou aktivitu, není schopna se naučit novým dovednostem. V motorické a pohybové oblasti má deficit manuální činnosti. Trpí poruchou rovnováhy a koordinace, při chůzi používá francouzské hole. Z dřívějších zvyklostí, ve spolupráci s paní Marií, sociální pracovnící a klíčovým pracovníkem byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na dva cíle. 1. Paní Marie chce navštěvovat hrob svého manžela. 2. Paní Marie chce vídat své známé, vzpomínat a mít si s kým popovídat.

Závěr

Paní Marie navštěvuje v doprovodu důvěrníka nebo své rodinné známé manželův hrob pravidelně dvakrát do roka. Vídá své známé, navštěvuje ji rodinná známá, se kterou si paní Marie povídá a vzpomíná s ní. Zúčastňuje se také pravidelně skupinového cvičení, kde cvičí ve skupině. Rehabilitační pracovnice jí tuto terapii pravidelně nabízí a v případě zájmu ji doprovodí. Je také doprovázena na kulturní a společenské akce v zařízení. S aktivizačními pracovníci jezdí na krátké výlety. S pracovníci v přímé obslužné péči tráví svůj volný čas v denní místnosti a společně s několika dalšími obyvateli pomocí prvků arteterapie vytváří různé výrobky, sleduje hudební pořady, filmy a pohádky v televizi a poslouchá čtené slovo. Paní Marie na tyto aktivity reaguje velmi pozitivně, je společenská, má ráda lidi kolem sebe, ráda si povídá. U paní Marie je naplňován její individuální plán a při celodenní náplni volného času je brán zřetel na její dřívější zvyklosti.

5.6 Kazuistika č. 6

V kazuistice je popsán případ seniora (dále pan Miroslav) s AD, toho času umístěný v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Pan Miroslav je 66letý senior trpící AD, s III. stupněm závislosti, plně mobilní, dezorientovaný místem, časem a částečně i osobou.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 55 bodů (závislost středního stupně).

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí, pochází ze dvou dětí.

Sociální anamnéza

Pan Miroslav vyrůstal v dělnické rodině s rodiči, matka celý svůj život pracovala v zemědělství. Otec byl vyučený stolař a po válce nastoupil pracovat do masny na jatka.

Své dětství prožil v harmonické rodině, od 1. do 4. třídy navštěvoval tamní ZŠ. Na druhý stupeň ZŠ dojížděl asi 1 km do vedlejší vesnice. Cestu do školy absolvoval buď pěšky,

nebo na kole. Rád hrával kopanou, ale tím hlavním koníčkem byl pro něj hokej. Už první krůčky začínal na bruslích.

Po splnění základní školní docházky nastoupil na učební obor nástrojař kovů. Pro svůj hokejový talent se uplatnil v učilištním hokejovém týmu, kde hrál s budoucími hráči reprezentace. Po dokončení učebního oboru nastoupil na vojnu a ta se stala také jeho hokejovým domovem.

Významným mezníkem v jeho životě se stalo období po vojně, kdy do jeho rodné vesnice přijeli funkcionáři z hokejového týmu a chtěli, aby pan Miroslav za ně hrál, ale on, velmi skromný a ostýchavý chlapec, nabídku odmítl. Poté přišla první láska, zamiloval se, ale jeho děvče si náhle vzalo jiného chlapce. Pro pana Miroslava to byla velká rána, uzavřel se do sebe, zanevřel na dívky a zůstal navždy sám. V roce 1974 se oženil jeho jediný bratr a odešel z domu.

Na podzim 1974 zemřel panu Miroslavovi jeho otec, což byla pro něj velká rána. Zůstal tedy bydlet sám s matkou až do roku 2008, kdy matka zemřela. Zůstal sám a jeho zdravotní stav se začal zhoršovat, musel tedy navštívit psychiatra, podrobil se léčení v psychiatrické léčebně, kde diagnostikovali nastupující AD, která přišla v poměrně mladém věku.

Současný stav

Od září 2011 žije v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost III. stupně. Je dezorientovaný místem, časem a částečně i osobou. Pan Miroslav je plně mobilní, bydlí v třílůžkovém pokoji se dvěma spolubydlícími. Adaptace proběhla bez problémů, jen občas bloudil po zařízení, ale to bylo dáno jeho onemocněním. Bratr ho pravidelně navštěvuje.

Vstupní test MMSE byl vypracován hned po nástupu do zařízení, má hodnotu 8 bodů, což odpovídá demenci středního stupně (tedy II. stádiu AD).

Při denních činnostech je nutný dohled a pomoc druhé osoby. Sám není schopen si zajistit potřeby k hygienické péči, zvolit si vhodné oblečení, netrefí do koupelny ani na toaletu. V kognitivní oblasti má kolísavou psychomotorickou aktivitu, není schopen se naučit novým dovednostem. V motorické a pohybové oblasti má deficit manuální činnosti, trpí poruchou rovnováhy a koordinace, při chůzi je nutný doprovod, občas zakopává. Ve spolupráci s panem Miroslavem, sociální pracovníci, klíčovým pracovníkem a z dřívějších zvyklostí, byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na dva cíle.

1. Pan Miroslav se chce setkávat s bratrem. 2. Pan Miroslav chce navštěvovat svou rodnou obec.

Závěr

Pan Miroslav je v osobním kontaktu s bratrem a jeho rodinou a má s nimi dobré vztahy. Pravidelně s bratrem navštěvuje rodnou obec. Rád navštěvuje kroužek ručních prací, kde se v rámci možností a svých dovedností podílí na výrobě malých výrobků. Při této činnosti jsou zařazovány prvky arteterapie. Tato terapie je mu pravidelně nabízena a v případě zájmu je doprovázen pracovníci v přímé péči. Také se pravidelně zúčastňuje skupinového cvičení, což má na něj pozitivní vliv, protože byl aktivní sportovec. Rehabilitační pracovníci mu tuto terapii pravidelně nabízejí a při zájmu ho do tělocvičny doprovodí. V doprovodu aktivizačních pracovníků jezdí na výlety, kde společně navštěvují známá místa v okolí. Má rád společnost a lidi kolem sebe, proto je doprovázen na kulturní a společenské akce konané v zařízení. Svůj zbývající volný čas vyplňuje odpočinkem na pokoji, rád si poleží. U pana Miroslava se úspěšně naplňuje individuální plán a je brán zřetel na dřívější zvyklosti.

5.7 Kazuistika č. 7

V této kazuistice je popsán případ seniora (dále pan František) s AD, toho času bydlí v Domově se zvláštním režimem.

Zdravotní anamnéza

Pan František je 76letý senior trpící AD, s IV. stupněm závislosti, dezorientovaný místem a časem, plně imobilní a upoutaný na lůžko.

Barthelův test aktivit denního života ADL – 5 bodů (vysoce závislý).

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí, starší bratr, 2 děti.

Sociální anamnéza

Pan František se narodil jako druhý syn. Své dětství prožil v rodné vesnici, kde navštěvoval základní školu až do páté třídy. Poté dokončil druhý stupeň základní školní docházky v nedalekém městě. Po ukončení základní školní docházky odešel

do učiliště, kde se vyučil v oboru strojní zámečnick. Poté nastoupil do zaměstnání ve sklárně, kde pracoval jako dělník a později na pozici mistra.

V roce 1960 se pan František oženil a v manželství přišly na svět dvě děti, syn a dcera. Pro tři vnučky a jednoho vnuka se stal obětavým dědečkem.

Jeho celoživotní láskou a velkým koníčkem byla dechová hudba. Již od 13let hrál na trubku, nejprve v mládežnické dechovce, později v několika dalších dechovkách a nějakou dobu také jako kapelník. Se stejnou láskou se věnoval práci ve vinici, výrobě vína a jeho šlechtění.

Velkým zlomem v jeho aktivním životě byl v roce 1993 pro zdravotní potíže odchod do invalidního důchodu.

Současný stav

Od června 2013 žije v Domově se zvláštním režimem, trpí AD, má závislost IV. stupně. Je imobilní, plně závislý na pomoci druhé osoby, dezorientovaný místem, časem i osobou. V současné době je upoutaný na lůžko, bývá často neklidný. Pan František bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, je věřící. Adaptace proběhla v rámci zdravotního stavu dobře. Spolupráce s rodinou funguje bez problémů.

Vstupní test MMSE byl vypracován hned po nástupu do zařízení, měl hodnotu 2 bodů, což odpovídá demenci těžkého stupně (tedy III. stádiu AD).

Pan František je plně imobilní zcela závislý na druhé osobě. Komunikuje zpomaleně, odpovídá na jednoduché otázky. Z dřívějších zvyklostí, ve spolupráci s rodinou, sociální pracovníci, klíčovým pracovníkem a pomocí pozorování byl sestaven individuální plán, který je zaměřen na tři cíle. 1. Pan František se chce vídat s rodinou. 2. Pan František chce poslouchat dechovku. 3. Pan František se chce pomodlit.

Závěr

Pan František je navštěvován pravidelně svou rodinou, především manželkou. Poznává ji a má s ní dobré vztahy, po návštěvě je usměvavý. Pan František poslouchá na pokoji dechovou hudbu v rádiu a televizní pořady s hudební tematikou. Poslech hudby mu na pokoji zajišťují pracovnice v přímé obslužné péči, vždy mu tuto skutečnost oznámí a nabídnou a chvíli počkají, jak na tuto terapii bude pan František reagovat. Poslech hudby na něj působí velmi kladně, vždy se zklidní a někdy i usne. Na pokoji ho pravidelně navštěvuje pan farář a modlí se spolu. Do každodenní péče jsou u pana Františka

zařazovány prvky bazální stimulace, které na něj velmi pozitivně působí. Aktivizační pracovníce mu předčítají z dříve oblíbených knih. Při poslechu čteného slova se zklidní a většinou usne. Pravidelně jednou měsíčně ho navštěvuje pracovníce z Piafy Vyškov s canisterapeutickým pejskem, který na pana Františka dobře působí.

ZÁVĚR

V první kapitole bakalářské práce jsme se zaměřili na problematiku stáří a stárnutí, biologické, psychické a sociální změny. Ve druhé kapitole teoretické části jsme vymezili pojem demence, její příznaky a stádia. Dále popisujeme AD, její formy a příznaky a pojednáváme o změnách v mozku.

Senioři s AD potřebují ve všech fázích demence pomoc a právě aktivizace, jejímž popisem jsme se zabývali v poslední kapitole teoretické části, je pomocí, kterou lze alespoň udržet stávající dovednosti a soběstačnost při denních činnostech. Aktivizací lze také udržet a zlepšit kvalitu života.

Problematika AD dle našeho názoru zapadá do sociální pedagogiky, protože řeší problematiku znevýhodněných lidí, zabývá se také rodinou a lidmi, kteří o tyto nemocné lidi pečují. Jedinci trpící AD jsou v průběhu tohoto těžkého období znevýhodnění ve všech oblastech, které jsou zapotřebí v každodenním životě a v běžných každodenních činnostech, které jsou pro zdravého člověka samozřejmostí. Rodiny a příbuzní, známí, ale i pracovníci sociálních zařízení se mnohdy setkávají s řadou problémů a překážek, kdy si neví rady. Často neví, jak se s touto nemocí vypořádat a jak svému blízkému pomoci. Péče o člověka s AD sebou nese mnoho práce a často převrátí život pečujícího vzhůru nohama.

V praktické části BP byl pomocí kazuistik proveden kvalitativní výzkum u sedmi seniorů v různých stádiích AD v Domově se zvláštním režimem. Cílem BP bylo zmapovat a popsat aktivizační metody v Centru služeb pro seniory Kyjov a zabývat se využitím aktivizace seniorů s AD.

Dále jsme se snažili odpovědět na položené dílčí výzkumné otázky:

✓ ***Jaká je informovanost o aktivizačních a volnočasových aktivitách v Centru služeb pro seniory Kyjov?***

Informovanost o aktivizačních a volnočasových aktivitách v Centru služeb pro seniory Kyjov je na dostatečné úrovni. Nedochozí k tomu, že by se senioři nezúčastňovali aktivizačních a volnočasových aktivit z důvodu neinformovanosti. Aktivizační pracovníce informují seniory pomocí nástěnek, kde jsou stabilně vyvěšeny pravidelné aktivity. Taktéž se na nástěnkách vyvěšují pozvánky a plakáty s aktuální kulturní akcí.

U seniorů s AD je informovanost prováděna individuálně prostřednictvím aktivizačních pracovníků a pracovníků v přímé obslužné péči a následně je jim nabídnuta pomoc při doprovodu na pravidelné aktivizační terapie nebo kulturní akce.

Z výše uvedeného lze vyvodit, že informovanost seniorů probíhá pravidelně a dostatečně. Právě u seniorů ve vyšším věku je pravidelnost velmi důležitá a je prospěšná při zapomnětlivosti a zhoršení kognitivních funkcí.

✓ *Je pro seniory s AD aktivizace prospěšná?*

Aktivizace u seniorů s AD je bezpochyby velmi prospěšná, neboť vstupuje do života jedince s cílem naplnit jeho fyzické, psychické, ale i společenské potřeby s ohledem na míru jeho možností. Aktivizace má také za cíl jedince podporovat v každodenních činnostech a udržet jeho dosavadní schopnosti. Vyjma zábavy, která je hlavní náplní jakékoli aktivizace, je zde uspokojována zejména sociální potřeba náležet k nějaké skupině a být její součástí. U každé aktivity je potřeba zapojit mozek, protože platí, že čím víc člověk mozek zapojuje, tím víc se rozvíjí a to je u seniora s AD velmi důležité. AD sice vyléčit nejde, ale aktivizací lze zpomalit její rozvoj. Výzkumy dokazují, že mozek, který pracuje ve stále stejném schématu a nerozvíjí se, je pro rozvoj demence mnohem náchylnější.

✓ *Jsou zohledňovány dřívější zvyklosti seniorů s AD při tvorbě individuálních plánů?*

V Centru služeb pro seniory Kyjov je při tvorbě individuálních plánů kladen velký důraz na dřívější zvyklosti seniora. Při tvoření cílů v individuálním plánu jsou tyto zvyklosti zohledňovány. Tvorba individuálního plánu je nedílnou součástí celé komplexní péče a podílí se na něm tým pracovníků ve spolupráci s konkrétním seniorem. Při realizaci a naplňování tohoto individuálního plánu pak pracovníci vychází právě z dřívějších zvyklostí seniora.

V praktické části bakalářské práce jsme se zaměřili na aktivizaci seniorů s AD v Domově se zvláštním režimem v Centru služeb pro seniory Kyjov. Domovy, jejichž cílovou skupinou jsou právě senioři s demencemi, se prostřednictvím aktivizačních programů snaží těmto seniorům pomoci při zvládnutí každodenních činností. Ke každému jedinci přistupují individuálně a zachovávají jeho jedinečnost.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapování aktivizačních metod a volnočasových aktivit v Centru služeb pro seniory Kyjov a prokázání prospěšnosti aktivizace u seniorů s AD.

Kvalitativním výzkumem formou kazuistik bylo prokázáno, že aktivizace seniorů s AD je velmi prospěšná a důležitá ke zkvalitnění života seniorů, cíl BP byl naplněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy:

CALLON, PATRICIA R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 167 s. ISBN 978-807-3678-791.

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 96 s., iv s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Aktuální vydání 5/2004. Praha: Pfizer, 2004, 96 s.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. *Kazuistika v sociální práci*. 2. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010, 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence, neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 150 s. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LACA, S. *Sociální pedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. ISBN 80-7182-197.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 367 s. ISBN 80-7262-160-2.

PICHAUD, C., THAREAU, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

PREISS, M. *Efektivita trénování paměti: příručka pro zájemce o trénování paměti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2010, 57 s. ISBN 978-80-87142-10-3.

ROMANOWSKA, B. *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem*. 1. vyd. Překlad Dagmar Martiníková. Frýdek-Místek: Alpress, 2005, 184 s. Klokan (Alpress). ISBN 80-7362-067-7.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997, 118 s. ISBN 80-901834-1-7.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-807-2627-110.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VELETA, P., HOLMEROVÁ, I. *Taneční terapie pro seniory dlouhodobě žijící v institucích*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2007, 45 s. ISBN 80-86541-21-5.

WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982, 368 s. ISBN není uvedeno.

Odborné časopisy:

Sociální služby: měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011, roč. XIII, srpen-září 2011, ISSN 1803-7348.

Webové stránky:

Alzheimerova choroba [online]. [cit. 2014-3-3]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/index.php/o-nas/domov-pro-seniory>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/index.php/o-nas#zvlastni-rezim>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/sluby#rozsah-pece>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-11]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/jak-se-u-nas-ije#dalsi-aktivity>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-14]. Dostupné z: http://centrumproseniorykyjov.cz/images/stories/Volnoasov_aktivity_-_tabulka.pdf.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-14]. Dostupné z: <http://centrumproseniorykyjov.cz/index.php/jak-se-u-nas-ije#kulturni-zivot>.

Centrum služeb pro seniory Kyjov [online]. [cit. 2014-4-15]. Dostupné z: <http://www.centrumproseniorykyjov.cz/>.

Gerontologie [online]. [cit. 2014-3-1]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=39>.

Institut bazální stimulace [online]. [cit. 2014-3-20]. Dostupné z: http://www.bazalni-estimulace.cz/bazalni_stimulace.php.

Institut bazální stimulace [online]. [cit. 2014-4-21]. Dostupné z: <http://www.bazalni-estimulace.cz/>.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Symbol centra.....	53
-------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Katzův index nezávislosti v aktivitách denního života, Katz ADL.....	23
Tabulka 2: Barthelův test aktivit denního života ADL.....	24
Tabulka 3: Lawtonova škála hodnocení IDAL.....	25
Tabulka 4: Nabízené volnočasové aktivity v Domově pro seniory.....	57
Tabulka 5: Nabízené volnočasové aktivity v Domově se zvláštním režimem.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: ORIENTAČNÍ TEST KE ZJIŠTĚNÍ DEMENCE

PŘÍLOHA P II: PLÁN KULTURNÍCH AKCÍ 2013

PŘÍLOHA P I: ORIENTAČNÍ TEST KE ZJIŠTĚNÍ DEMENCE



Mini - Mental State Examination (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte tj. 1 bod.

Jméno pacienta: _____ Datum: _____

1/ Orientace

- Kolikátého je dnes?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc?
- Který je nyní rok?
- Které je roční období?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme kraji?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
- Ve kterém jsme poschodí?

2/ Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty.

Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- LOPATA ŠÁTEK VÁZA

3/ Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

-

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM. M - R - K - O - P = 5

-

4/ Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

- LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5/ Pojmenování

Ukažte náramkové hodinky: Co je to?

Ukažte propisovací tužku: Co je to?

6/ Opakování

Opakujte po mně:

- „Žádná kdyby, nebo, ale“.

7/ Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
- Přeložení na polovinu
- Položení na zem

8/ Čtení a splnění příkazu

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem ZAVŘETE OČI.

Zároveň ho vyzvěte:

- „Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to!“

9/ Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu.

Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

-

10/ Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník, viz. vložený list.

-

Dosažený počet bodů:

HODNOCENÍ:

Maximální počet:

27 – 30 bodů	normální stav
25 – 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 – 24 bodů	demence mírného až středně těžkého stupně

7 – 9 bodů	demence středně těžkého až těžkého stupně
6 a méně	demence těžkého stupně

PŘÍLOHA P II: PLÁN KULTURNÍCH AKCÍ 2013

PLÁN KULTURNÍCH AKCÍ 2013

LEDEN

Tříkrálová pochůzka
Cukrárna
Jubilanti

ÚNOR

Fašaňk
AZ Kvíz
Jubilanti
Cukrárna

BŘEZEN

Oslava MDŽ
Bingo
Cukrárna
Jubilanti

DUBEN

Jubilanti
Cukrárna
Pexesový turnaj

KVĚTEN

Jubilanti
Cukrárna
Výlety do okolí
Koncert DH Nenkovjanka
Senioři ve víru tance

ČERVEN

Návštěva ZŠ Vlkoš
Cukrárna
Vystoupení smíšeného souboru ze Žádovice
Výlety do okolí

ČERVENEC

Výlety do rodných obcí
Výlety po okolí

Cukrárna
Posezení s jubilanty

SRPEN

Srpnová letní noc s grilováním
Výlety do rodných obcí
Výlety po okolí
Cukrárna
Posezení s jubilanty
Beseda o knize s p.Coufalem

ZÁŘÍ

Vědomostní kvíz
Výlety po okolí
Cukrárna
Posezení s jubilanty
Vystoupení CM Hradisko

ŘÍJEN

Výlet do HIPA V Koryčanech
Slavnostní otevření budovy s premiérem M. Haškem
Posezení s jubilanty
Den otevřených dveří

LISTOPAD

Cukrárna
Posezení s jubilanty
Vystoupení „Hrajeme na přání s Bukovjankama“

PROSINEC

Mikulášská nadílka
Adventní koncerty:
- Chránový sbor sv.Cecílie z Vacenovic
- Pěvecký sbor Carmina Vocum z Kyjova
- Cimbálová muzika Varmuži ze Svatobořic-Místřina
Posezení s jubilanty
Vánoční besídka