

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v rámci odlehčovací služby

Bc. Jana Šmerdová

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Šmerdová**
Osobní číslo: **H130036**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v rámci odlehčovací služby**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti aktivizace seniorů a sociálních služeb.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2268-4.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Alzheimerova nemoc a další demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9615-3.

MALÍKOVÁ, Eva a Karolína KOLESÁROVÁ. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4731-483.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.

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

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

7. ledna 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

17. dubna 2015

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 užit své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17.2.2015


.....

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). Odpírá-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 užit 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 jim 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 přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám charakteristikou pojmů spojených se stářím, demencí a Alzheimerovou chorobou. Teoretická část je doplněná i o služby a metody, které se používají u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Praktická část je zaměřena na metodologická východiska výzkumu a na analýzu dat. Cílem výzkumu je zjištění, zda jsou senioři správně aktivizováni, a zjištění výsledků léčby.

Klíčová slova: aktivizační metody, Alzheimerova choroba, demence, odlehčovací služba, stárnutí a stáří.

ABSTRACT

The diploma thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part deals with the characteristics of the terms connected to old age, dementia and Alzheimer's disease. In addition to that, the theoretical part contains services and methods used in patients with Alzheimer's disease. The practical part is aimed at the methodological bases of the research and data analysis. The aim of the research is to find out whether seniors are properly activated and to learn the results of the medical treatment.

Keywords: Activation methods, Alzheimer's disease, dementia, relieving service, aging and old age.

Prohlášení

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

Poděkování

Děkuji Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D. za cenné připomínky a rady při psaní práce. Účastníkům podílejícím se na výzkumu děkuji za spolupráci a rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	13
1.1 ZMĚNY PODMÍNĚNÉ STÁRNUTÍM	15
1.1.1 Tělesné změny.....	15
1.1.2 Psychické změny.....	17
1.1.2.1 Poruchy paměti	18
1.1.3 Sociální změny	19
1.2 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	20
1.2.1 Umírání	23
1.3 ZDRAVÉ STÁRNUTÍ	24
2 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY	27
2.1 VYMEZENÍ SLUŽBY DLE ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	27
2.2 POSLÁNÍ A CÍL SOCIÁLNÍ SLUŽBY	28
2.3 ZÁSADY POSKYTOVANÉ SLUŽBY	28
2.4 PRACOVNÍK SOCIÁLNÍ SLUŽBY	28
3 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU	30
3.1 VYMEZENÍ POJMU DEMENCE	30
3.1.1 Klasifikace demence	31
3.1.2 Příznaky demence	32
3.1.3 Stádia demence.....	33
3.2 ALZHEIMEROVA NEMOC	34
3.2.1 Příznaky Alzheimerovy demence	36
3.2.2 Diagnostika Alzheimerovy nemoci.....	37
3.2.3 Stádia Alzheimerovy demence.....	38
3.2.4 Prevence Alzheimerovy nemoci	39
3.2.5 Léčba Alzheimerovy demence.....	40
3.2.5.1 Nefarmakologická.....	41
3.2.5.2 Farmakologická	41
4 AKTIVIZAČNÍ METODY VHODNÉ PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	42
4.1 AKTIVIZAČNÍ PROGRAM	42
4.2 AKTIVIZAČNÍ METODY	43
4.2.1 Činnostní a pracovní metoda.....	43
4.2.2 Psychomotorická metoda	44
4.2.3 Expresivní metoda.....	44
4.2.4 Metoda s účastí zvířete, zooterapie	46
4.3 AKTIVIZAČNÍ METODY DLE STUPNĚ AN	47
4.3.1 Aktivizační metody vhodné pro seniory s I. stupněm demence.....	47
4.3.2 Aktivizační metody vhodné pro seniory s II. stupněm demence	47
4.3.3 Aktivizační metody vhodné pro seniory s III. stupněm demence.....	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	49

5	METODOLOGIE.....	50
5.1	PŘÍPRAVA VÝZKUMU	50
5.1.1	Výzkumný problém a cíl výzkumu	50
5.1.2	Výzkumné otázky.....	51
5.1.3	Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat.....	51
5.1.4	Výběr výzkumného vzorku a jeho charakteristika.....	53
5.2	REALIZACE VÝZKUMU	53
5.2.1	Charakteristika zařízení a výzkumného vzorku	54
5.2.2	Průběh strukturovaných rozhovorů	58
5.3	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	58
5.3.1	1. kategorie – Aktivizační programy.....	59
5.3.2	2. kategorie – Koncepce aktivity.....	61
5.3.3	3. kategorie – Spolupráce	62
5.3.4	4. kategorie – Preference aktivity.....	63
5.3.5	5. kategorie – Seznámení s nabídkou	65
5.3.6	6. kategorie – Význam aktivizace	66
5.3.7	7. kategorie – Překážky aktivizace.....	68
5.3.8	8. kategorie – Vize budoucnosti.....	69
5.4	PARADIGMATICKÝ MODEL AXIÁLNÍHO KÓDOVÁNÍ A JEHO INTERPRETACE ..	70
5.5	VYHODNOCENÍ CÍLŮ	71
5.6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	73
5.7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ	85
	SEZNAM TABULEK.....	86
	SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Motto: „Tempora labuntur tacitisque senescimus aunis“

(Rychle uplývá čas a my stárneme, jak tiše jdou roky) – volný překlad

Ovidius

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v rámci odlehčovací služby ve dvou zařízeních v Jihomoravském kraji. Toto zařízení je specializováno jako domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služba. Toto téma jsem si vybrala proto, neboť pracuji jako zdravotní sestra již více než 10 let, a to na jednotce intenzivní péče. Ve své praxi se převážně setkávám s lidmi staršího věku a již zmíněnou diagnózou, a to Alzheimerovou chorobou.

Přiblížila bych, co to Alzheimerova choroba je. Jedná se o závažné onemocnění mozku, při kterém dochází k zániku mozkových buněk a následnému ubývání mozkové hmoty. Hlavním příznakem je porucha paměti. Rizikovými faktory Alzheimerovy choroby jsou věk a rodinné dispozice. Tato nemoc se však může vyskytovat i u mladších jedinců. Většinou tak souvisí s rodinným výskytem nemoci.

Dnešní moderní doba jde stále dopředu, problematika stáří se tak dostává do popředí i mezi laickou veřejnost. Lidé mají snahu postarat se o seniory a umožnit jim tak kvalitní život ve stáří. Jelikož pracuji jako zdravotní sestra, tak se velmi často setkávám s lidmi postiženými touto chorobou a jejich rodinnými příslušníky. V mojí rodině se taktéž tato nemoc vyskytla a vím, jak těžké je se o takového člověka postarat. Navštěvovala jsem základní školu prvního stupně, když v rodině onemocněla babička. Nemoc byla ve stádiu, kdy nepoznávala rodinné příslušníky a měla tendence ztrácet se ve známém prostředí. Jako malé dítě jsem tomu vůbec nerozuměla. V této práci, kterou jsem zaměřila právě na téma Alzheimerova nemoci, jsem se snažila této chorobě maximálně porozumět.

Velmi důležitou roli u Alzheimerovy choroby má rodinné zázemí, prostředí, ve kterém se daný člověk denně pohybuje. Někdy však z rodinných důvodů nelze se o takového člověka kvalitně postarat v rodinném prostředí. Proto existují sociální služby pobytové i odlehčovací, kde se o tyto klienty kvalitně starají. S takovými klienty je potřeba pracovat 24 hodin denně. Je třeba jim zajistit běžný denní režim a klienty aktivizovat. Právě

na aktivizaci klientů postiženými Alzheimerovou chorobou jsem se zaměřila ve své diplomové práci. Lidé s touto chorobou potřebují pomoc. Dle mého názoru je velmi důležitá pomoc, a to ve všech fázích nemoci, kdy je důležitá aktivizace těchto seniorů. Můžeme jim tak pomoci udržet, popřípadě i zlepšit stávající dovednosti. To se týká především jemné a hrubé motoriky, chůze, soběstačnosti ve všedních denních činnostech, dále kognitivních funkcí, mezi které patří paměť, pozornost, myšlení, řeč, orientace atd.

Svoji práci jsem rozdělila na dvě hlavní části, a to teoretickou část a praktickou část. V teoretické části jsou rozpracovány tyto základní pojmy: stáří, stárnutí, demence, Alzheimerova demence, sociální služby a aktivizační metody vhodné pro seniory.

Ve své praktické části, kterou považuji za důležitou součást mé diplomové práce, jsem se zaměřila na metodologická východiska výzkumu, na analýzu dat získaných výzkumem a na jejich interpretaci. Cílem výzkumu je zjistit, zda jsou senioři v rámci odlehčovací služby v Jihomoravském kraji aktivizováni, jaké aktivizační metody využívají a s jakými výsledky se zde setkávají. Dále, zda je personál dostatečně erudovaný o možnostech zvládnutí aktivizace seniorů v oblasti, která se týká právě Alzheimerovy choroby. Ráda bych, aby moje práce nebyla přínosem jen pro mou diplomovou práci, ale i pro seniory nejen v Jihomoravském kraji.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Motto: „Hovoříme dnes s velkými obavami o rostoucím množství starých lidí ve společnosti. Nesetkal jsem se však nikdy s otázkou, zda tyto obavy netkví v tom, že starý člověk už dnes nemá v celku společnosti žádnou opravdovou úlohu právě proto, že nerozumí smyslu svého stáří, čím se pro rodinu, obec i stát stává pouhou přítěží.“

Romano Guardini

Mnoho mladých lidí chápe starší občany jako parazity, někoho, kdo je obtěžuje svými otázkami a svou přítomností. Bohužel se málokdo zamyslí nad tím, že i oni byli mladí, vitální a žili život podobně jako dnešní mladí lidé. Málokoho napadne, že bude za několik desítek let v jejich situaci. Určitá zmatenost lidí v seniorském věku je způsobena pokrokem doby. Dříve lidé chodili pěšky, nebylo tolik dopravních prostředků, rychlost informací přes média, mobilní telefony a jiné. Pokud by existoval stoj času a já jako dvaatřicetiletá žena bych vycestovala z roku 2015 do roku 2065, tak bych se nedokázala dopravit. Lidé v seniorském věku nedokážou tak rychle pochopit všechny vymoženosti této doby. Vždyť i já nechápu, jak rychlým způsobem dokážou patnáctileté děti vyřešit problém na počítači. Tak jak by mohli lidé v seniorském věku chápat, pro nás mladé, běžné věci. Je nutné pochopit, že stárnutí se týká každého z nás. Je to etapa života, kterou si procházíme.

V současné době je složení populace jiné než před léty, na celém světě přibývá starších lidí a prodlužuje se délka života, tím se i mnoho lidí dožívá vysokého věku. V historii lidstva bude poprvé během 50 let žít na zemi více lidí, jejichž věk bude vyšší než 60 let.¹ Je důležité uvědomit si, že stárnutí a stáří není nemoc, i když se vyznačuje zpomalením myšlení a pohybu. Tělo i mysl se může vytrénovat a tím funguje lépe a zdravěji i v pozdějším věku.²

Stárnutí je biologický proces, který je specifický a nevratný. Je to proces, který je specifický u každého jedince. Stárnutí neprobíhá jen u každého člověka, ale také v přírodě u zvířat a rostlin. Tomuto průběhu říkáme život. Délka života je však u každého druhu

¹ KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra, 10. ISBN 978-802-4721-699.

² RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 86 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9828-8.

specifická.³ Stárnutí je také určitý souhrn pochodů, kde se objevují postupné biofyzilogické změny v organismu. Tyto změny se projevují sníženou schopností, výkonností a také ve změnou psychiky člověka. Změny přichází a pokračují v odlišném čase. To, v jakém čase určitý jedinec stárne, je geneticky zakódováno a dědičné. Jsou to změny, které nejsou návratné, následující je zánik organismu – smrt.⁴

Stáří lze chápat jako přirozené dovršení vývoje člověka, je nevyhnutelné. Stáří je konečnou etapou procesu stárnutí. Není to nemoc, i když zdravotní potíže jsou u dovršení určitého věku častější.⁵

Změny ve stáří jsou přirozené, trvají celý život už od mládí, ale zřetelné jsou až v pozdějším věku, ve kterém je kromě smrti velkou hrozbou ztráta soběstačnosti, a tím vzniká závislost na jiných lidech. Stáří je podmíněno mnoha involučními procesy, jak genetickými, tak i dle způsobu života, životními podmínkami a také nemocemi a chorobami. Mezi další významné ovlivnění průběhu stáří patří sociální změny jako například smrt životního partnera, odloučení od dětí nebo přestěhování do jiného prostoru či města, například do penzionu pro starší lidi. U stárnutí jsou znatelné rozdíly, ale u stáří markantní, stáří má velmi individuální charakter. Je nutné si uvědomit, že kalendářní věk není vždy stejný s věkem funkčním.⁶

„Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou periodou a jeho kvalita je dána celým předcházejícím životem (princip „obtisku“ dřívějších ontogenetických etap)“⁷

Gerontologie je vědou o stáří a stárnutí. Název vznikl z řeckého slova gerón = starý člověk a logos = nauka. Tato věda se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí, vzájemným vztahem mezi společnostmi, problematikou staré populace a starým člověkem

³ TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře: průručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 80-716-9099-6.

⁴ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483

⁵ MINIBERGEROVÁ, Lenka, Jiří DUŠEK a Jiří TICHÝ. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory: teorie a metodika*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. ISBN 80-701-3436-

⁶ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483

⁷ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-85526-32-8, str. 22

jako takovým. Tento obor musí být důvěrně známý všem lékařům, protože z hlediska medicíny se skoro všechny medicínské obory setkávají i se seniory.⁸

Geriatrie je naukou a medicínským oborem, který řeší nemoci ve stáří. Zakladatel tohoto oboru je Leo Ignaz Naser.⁹

Geront je označení odborné a používá se pro označení starého člověka¹⁰ Pro širokou veřejnost je známější termín senior.

Delirium je akutní stav zmatenosti. Je to tranzitorní globální kognitivní porucha, při které jsou poruchy vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení a paměti, emocí a porucha chování a dezorganizací spánkového cyklu.¹¹

1.1 Změny podmíněné stárnutím

Stáří a stárnutí mnoho lidí vnímá jako negativní část života. Všeobecně si za touto etapou života široká veřejnost představuje pouze problémy a nemoci. Ale určitě každý člověk zná alespoň jednoho staršího člověka, o kterém jsme schopni říct „je čilá/ý víc než kdokoli v padesáti“. Některý starší člověk jezdí na kole i v devadesáti letech. Jiný starší člověk, v tom samém věku, nám dokáže tak rychle argumentovat na naše názory, že to sami nedokážeme pochopit. Na druhou stranu jsou i takoví lidé, kteří v sedmdesáti letech se tváří, že čekají už jen na smrt. I proto se změny podmíněné stárnutím rozlišují do několika skupin, které jsou popsány v následujících kapitolách. O žádné ze změn podmíněné stárnutím, se nemůže říct, že je jednotná, každá má jiný průběh.

1.1.1 Tělesné změny

Tělesné změny lze charakterizovat jako zpomalení většiny regulačních funkcí, které jsou oslabeny. Je snižená schopnost adaptace a zátěžová odolnost, obzvlášť i pokles imunity.

⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jiří DUŠEK. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.

⁹ MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-701-3436-4.

¹⁰ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-85526-32-8

¹¹ TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatrie pro praktického lékaře: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 80-716-9099-6.

Znatelný je také úbytek ve svalové hmotě a celkový pokles síly. Ve stáří je pokožka sušší, tento jev je zapříčiněn úbytkem vody v těle. Kostní hmota je též narušena, proto mají lidé v pokročilém věku vyšší tendence i při menších pádech ke zlomení končetin, což má velký význam na motoriku. Změna funkce jednotlivých orgánů je ovlivněná i sníženým průtokem krve orgány jako je mozek, srdce a ledviny.¹² Pohybové ústrojí je hlavní příčinou fyzické dysaptibility starších lidí.¹³

Mezi nejčastější tělesné změny ve stárnutí jsou změny:¹⁴

Kosterní a svalové soustava – snížení tělesné výšky seniora, to má za příčinu snížení meziobratlových plotének. Je zvýšeno riziko úrazu. Senior může být imobilní (omezena pohyblivost), může mít osteoporózu (křehké kosti), nebo může mít sarkopenii (úbytek svalové hmoty).

Kardiovaskulární soustava – tepová frekvence i srdce má snížený výkon. Snížení pružnosti cévní stěny, také je pomalejší průtok krve důležitými orgány – ledviny a centrální nervová soustava.

Dýchací soustava – samočisticí schopnosti dýchacího systému jsou zhoršeny, stejně tak je i snížena kapacita plic.

Trávicí soustava – kazivost chrupu a následné vypadávání zubů, což má funkční následky i na mluvení a na výraz v obličeji, kdy jsou tváře vpadlé a brada vystouplá. Snížení sekrece a žaludečních šťáv, to má za následek horší vstřebání živin. Nemoci enkopréza (neschopnost udržet stolicí) a obstipace (zácpa).

Vylučovací soustava – klesá hmotnost ledvin a snižuje se průtok krve ledvinami. Možné nemoci enuréza (únik moči) nebo retence moči (neschopnost vyprázdnit moč z močového měchýře)

Kožní soustava – změny jsou ve všech kožních vrstvách. Ztrácí se vlhkost a přirozené obnovování buněk trvá déle. Ztenčení kůže, ztráta elasticity a tvorba

¹² PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-85526-32-8

¹³ TOPINKOVÁ, Eva, Jiří NEUWIRTH a Jiří TICHÝ. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory: teorie a metodika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 67 s. ISBN 80-716-9099-6.

¹⁴ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

výrazových vrásek. Ubývá také podkožní tuk. Objevuje se pigmentace pokožky, vlasy a ochlupení šediví a vypadávají, na druhou stranu ochlupení v nose a uších houstne. Nemoci dehydratace (pocit žízně) a dekubity (proleženiny).¹⁵

Smyslová soustava – u 90 % starých lidí nastávají změny v oblasti percepce, zhoršení zraku, který se i hůře adaptuje na tmu. 30 % starých lidí vnímá zhoršení sluchové percepce, uši jsou citlivější na šумы a vysoké tóny. Další omezení je v oblasti chuti, čichu a také hmatu.¹⁶

Nervová soustava – vážné onemocnění je demence a nejčastější je Alzheimerova nemoc. Změny mají vliv na paměť, proto se zhoršuje zpracování informací a následné ukládání do paměti. Změny jsou patrné u motoriky, reflexů, sensoriky, gnostické funkce a kraniálních nervů – porucha čichu a chuti.¹⁷

1.1.2 Psychické změny

U psychického stárnutí jedince je důležitá jeho osobnost. Integrita osobnosti je zachována v každém věku, mění se jednotlivé funkční schopnosti. Můžeme dát za příklad myšlení, vnímání, paměť a také představy. Ve stáří se ukáže povaha každého jedince. Osobnost staršího jedince se může projevat i změnou svých priorit. Proto mladší a střední generace nedokáže mnohokrát pochopit, proč člověk v pokročilém věku nedělá věci očekávaným způsobem. Zejména při řešení problému je pro staršího člověka situace náročná a může jednat jako „zpomalený film“. Bohužel i fantazie a nechuť cokoli řešit je běžná. Psychické změny, které na starších lidech snad všichni známe, jsou změny paměti a učení. Projevuje se to například v zapomínání některých názvů a především jmen. Nové informace se hůře udržují v paměti. Na druhou stranu se lépe a intenzivněji vybavují staré prožitky a vzpomínky. Funkce, které již nejsou tak plnohodnotně využívány jako dříve, lze do jisté míry nebo nějakou dobu kompenzovat zkušenostmi. Například zpomalení tempa nebo využití bohatých životních zkušeností. Člověk se v pokročilém věku zdokonaluje

¹⁵ TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 80-716-9099-6.

¹⁶ MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-701-3436-4.

¹⁷ TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 80-716-9099-6.

ve vytrvalosti a trpělivosti, i když nám to na první pohled nemusí být zřejmé, nebo spíše naopak. Nadarmo se netvrdí „moudré stáří.“ Starší lidé jsou více rozvážní a ve svých stanovených názorech jsou stálejší.¹⁸

Jeden z nejčastějších obtíží u starých lidí je inverzní spánkový rytmus, který má za následek dlouhé usínání či nespavost během noci a naopak potřebu spánku během dne. U starších lidí se mění potřeba spánku. Spánek je méně hluboký a lidé se během spánku častěji probouzejí.¹⁹

V následující tabulce jsou znázorněny nejčastější obtíže, které mají velký vliv na psychickou stránku staršího člověka.²⁰

Tabulka 1 Funkční obtíže při fyziologickém stárnutí

Obtíž	Komentář
Poruchy spánku	Zkrácení celkové doby spánku Prodloužení spánkové latence (dlouhé usínání) Častější probuzení
Snížená chuť k jídlu	Menší výdaje energie Horší při poruchách chuti a čichu
Úbytek energie, únava	Horší při chronických chorobách Horší při užívání betablokátorů, clonidinu, metyldopy, anrikonvulziv, benzodiazepinů
Poruchy soustředění a paměti	Normální zapomnětlivost bývá pocíťována jako nemoc Horší při senzorických poruchách, zvláště zraku a sluchu.

1.1.2.1 Poruchy paměti

Paměť je schopná zpracovat a zaznamenat informace a v případě potřeby dochází k vybavení potřebné informace. Paměť je nezbytná při orientaci v časoprostorové ose

¹⁸ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-855-2632-8

¹⁹ PLEVOVÁ, Jarmila a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Psychofarmakoterapie vyššího věku: příručka pro praxi*. 2. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2000, 162 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-716-9959-4.

²⁰ PLEVOVÁ, Jarmila a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2000, 162 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-716-9959-4.

a fungování ve společnosti.²¹ Paměť může být postižená ve třech oblastech, a to ve vstřípavosti, úchovnosti nebo vybavenosti. Při diagnostice se musí odlišit, zda se jedná o demenci nebo o izolovanou poruchu paměti, a najít příčinu.²²

1.1.3 Sociální změny

U sociálních změn záleží na jedinci, jaký byl v produktivním věku. Jsou lidé, kteří se během života sociálním změnám přizpůsobili snadněji a někteří hůř. Jsou lidé, kteří celý život žili v jednom bytě, na který byli zvyklí a nedovedli si představit, že by jejich domov byl na jiném místě. Na druhé straně jsou lidé, kteří se častěji stěhovali, ať už kvůli zaměstnání, a bez jakýchkoliv problémů. Postupem věku se tato schopnost adaptace snižuje, ale rozdíly jsou patrné i u věku seniorů.

Pokud se člověk sám a dobrovolně stahuje z některých společenských akcí a tímto se chystá do odchodu z aktivního života, tak je to přirozené a normální bez jakýchkoliv sociálních změn, které by mohly ovlivnit jeho stárnutí. Často se v tomto případě zmiňuje příklad odchodu do penze. V některých případech je tomu naopak, jedinec pocítuje odchod do penze jako nutnost, kterou nechce.²³ V důchodu člověk pocítuje ztrátu životního programu, možná ztrátu společenské prestiže, nadbytek volného času, pauperizaci, osamělost a diskriminaci.²⁴ Ve svém životě je to pak velká změna, přijde o své stereotypy, na které byl zvyklý, které mu dávaly jistotu průběhu každého dne.

Když bychom měli zvolit jediné slovo, které se se stářím nejvíce spojuje, určitě by to bylo právě slovo důchod. Odchod do důchodu je zlom, kdy se zároveň promítá nejvíce změn. Jsou to ekonomické, demografické, sociální, ale i politické procesy.²⁵

²¹ RŮŽIČKA, Evžen a Jiří DUŠEK. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-726-2205-6.

²² PLEVOVÁ, Jarmila a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Psychofarmakoterapie vyššího věku: příručka pro praxi*. 2. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2000, 162 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-716-9959-4.

²³ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-855-2632-8

²⁴ KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

²⁵ SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.

V dobách dřívějších se stáří tolik neřešilo, lidé pracovali, dokud byli sami schopní pracovat a stačili jim síly, nebo dokud nezemřeli. „První zákonem nařízený důchodový věk byl ustanoven bismarkovským systémem starobních a invalidních penzí v roce 1889, a to na hranici 70 let, tedy limitu, kterého se jen málokdo v té době dožíval. V roce 1913 byla hranice snížena na 65 let a akceptována většinou industrializovaných zemí.“²⁶ V současné době odchod do důchodu v České republice upravuje zákon č. 155/1995 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších změn. Odchod do důchodu v posledních letech čím dál víc směřuje k vyššímu věku. Je rozdíl, zda jde o muže nebo ženu, a též kolik žena porodila dětí. Není stanovena konkrétní věková hranice, která by platila pro všechny ročníky. Jen pro přirovnání, dnes je odchod do důchodu kolem 63 let.

1.2 Periodizace stáří

Období, kdy je člověk považován za staršího, je pojem diskutabilní. Existuje mnoho hledisek, které rozčlení, do které věkové skupiny člověk patří, a co se očekává v tomto věku. Jiné periodizace se k věku staví jako k číslu a bere v potaz jiné faktory k označení periodizace stáří.

Pokud chceme periodizovat stáří, dle mého hlediska mi přijde nejvhodnější rozlišení na stáří biologické, sociální, kalendářní a dlouhověkost.

Biologické stáří je označení zcela hypotetické, které vykazuje konkrétní míry změn involučních. Biologické stáří je způsobené chorobami, které starší jedinec vykazuje. Tento druh stáří je výstižnější než kalendářní věk.²⁷ Změny, které jsou znatelné na starším jedinci z pohledu biologického stáří, popisují v kapitole 1.1.1 Tělesné změny a v kapitole 1.1.2 pod názvem Psychické změny.

Sociální stáří je kombinací několika sociálních změn, které jsou uskutečňovány v životě jedince. Pro sociální stáří je nejčastější kritérium odchod do důchodu. Je zde velká změna

²⁶ VIDOVIČOVÁ, Lucie a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. EDIS, sv. 2. ISBN 978-802-1046-276. str. 175.

²⁷ KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

z hlediska změny role životního způsobu a také ekonomického zajištění.²⁸ Změny, které jsou znatelné na starším jedinci z pohledu sociálního stáří, popisují v kapitole 1.1.3 Sociální změny.

Kalendářní stáří lze také nazvat stářím chronologickým. Jednoznačná výhoda tohoto členění je jednoznačnost a snadná komparace. Je přesně vymezeno a nejsnadnějším způsobem možno zjistit nebo zkontrolovat věk jedince. V 60. letech minulého století určila komise Světové zdravotnické organizace (WHO) hranici stáří na věk 60 let. Ale protože se v hospodářsky vyspělých zemích hovoří o prodloužení života ve stáří, tak byla hranice posunuta na stáří 65 let.²⁹

Další periodizací stáří je dle **Sociální periodizace života**, kdy se lidský život člení do 4 velkých období – věků:³⁰

První věk je označován jako neproduktivní. Je to od narození po mládí, kdy poznáváme nové věci, učíme se a připravujeme na své budoucí povolání.

Druhý věk je označován jako produktivní, je sociální a pracovní. Je to věk, kdy se zakládá rodina.

Třetí věk je označován jako postproduktivní. Je to představa stáří jako poklesu zdatnosti a věnování se odpočinku. Tato periodizace se projevila při některých vžitých označení, jako například univerzita třetího věku.

Čtvrtý věk je označován ve fázi závislosti jedince na druhých. Neznamená to, že čtvrtý věk jsou lidé upevnění na lůžko, kteří nejsou schopni zajistit si běžné potřeby k životu.

²⁸ KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

²⁹ KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

³⁰ KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

Další periodizace stáří je dle **periodizace kalendářního stáří**, kde jsou rámcově vymezeny věkové skupiny. Jednou z prvních byla v 50. letech minulého století E. B. Hurlocková, která uváděla:³¹

Tabulka 2 Periodizace kalendářního stáří dle E. B. Hurlockové

17 – 21 let	pozdní adolescence
21 – 40 let	raná dospělost
40 – 60 let	střední věk
60 let a více	stáří

Neugartenová rozděluje seniory na mladé seniory (55 – 74 let) a staré seniory (75 a více let)³²

Dnes se ve většině zemí používá členění lidského života 15leté periodizace lidského věku, kterou navrhla Světová zdravotnická organizace:³³

Tabulka 3 15letá periodizace lidského věku

0 – 15 let	dětství
15 – 30 let	postpubescence (mládí)
30 – 45 let	aduncium (dospělost – střední věk)
45 – 60 let	interévium (přechodový věk)
60 – 75 let	senescence (stárnutí, počínající stárnutí)
75 – 89 let	sénium (vlastní stáří)
90 a více let	patriarchium, dlouhověkost

Proces stárnutí je vždy velmi diskontinuitní, proto přirozený děj může být i v podobě předčasného stárnutí. Přesto experti Světové zdravotnické organizace se shodli na klasifikaci vyššího věku:³⁴

³¹ KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

³² KALVACH, Zdeněk a kol. *1. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

³³ TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-716-9099-6.

³⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jiří DUŠEK. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.

Tabulka 4 Klasifikace vyššího věku

45 - 59 let	střední - zralý věk
60 - 74 let	vyšší věk - rané stáří
75 - 89 let	stařecký věk - senium (vlastní stáří)
90 let a výše	dlohověkost

Dlohověkost je označení věku nad 90 let života jedince. Tato kategorie tvoří malý zlomek populace, avšak počet stoupá. Je to ovlivněno neustálým zvyšováním životní úrovně, medicínským pokrokem. Jen pro srovnání počátkem 60. let žilo v Japonsku asi 155 stoletých lidí. V roce 1996 je již v Japonsku 7 373 stoletých lidí. Tento počet je 48x vyšší než v 60. letech minulého století. V současné době je prozatím zaznamenaná maximální délka života asi 125 let.³⁵ V dnešní době je v české republice průměrná délka života pro ženy 78,1 let pro muže 71.5 let.³⁶

1.2.1 Umírání

Umírání a smrt je přirozený důsledek zdravého nebo nemocemi ovlivněného života. Paliativní medicína tvrdí, že smrt je součástí života, vychází z filozofického přesvědčení. Současná společnost se o smrti bojí mluvit, protože pro společnost znamená smrt ohrožení. Obavy ze smrti vedou k různým rozhodnutím, například k náruživé léčbě, kde za každou cenu dochází k oživování, někteří vidí řešení v euthanasii, která v České republice není povolena. **Euthanasie** má své příznivce a odpůrce. Definice euthanasie je záměrné urychlení smrti u nevléčitelného pacienta se zabráněním dalšího utrpení. V České republice dosud platí, že lékař nemá právo urychlit úmrtí pacienta.³⁷

³⁵ KALVACH, Zdeněk a kol. *I. Díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97

³⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jiří DUŠEK. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.

³⁷ MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-701-3436-4.

„Zdravotníci obvykle ztotožňují umírání s pojmem terminální stav. Terminální stav bezprostředně předchází smrti. Umírání je mnohem delší než terminální stav.“³⁸

1.3 Zdravé stárnutí

U starších lidí dochází ve starším věku života k úbytku aktivit, především kvůli odchodu do důchodu. Nejen pro pocit uspokojení nebo pro společenské uznání, ale také pro podporu zdravého stárnutí existuje možnost pracovat dále a udržovat si takto „svěží mysl“ ve formě zkrácených úvazků a brigád. Dále jsou různé formy voluntérství jako možnost společenské užitečnosti seniorů. Také rozvíjení individuálních aktivit v podobě koníčků, které přinášejí individuální uspokojení. Například zahrádkáři, včelaři, filatelisté atd. Další možností je Akademie a univerzita třetího věku, která zájemcům nabízí zaměřené kurzy a vzdělání.³⁹

Cílem je, aby lidé stáří prožili ve zdraví a soběstačnosti. Primární prevencí, tak aby stárnutí bylo bez chorob, je fyzická aktivita a cvičení, nekuřáctví, správné stravovací zvyklosti, prevence úrazů, prevence osteoporózy, infekčních chorob a prevence ICHS – Hypercholesterolemie.⁴⁰

Pro zdravé stárnutí je nutné pravidelně provádět tělesná i duševní cvičení, která ovlivní biologický děj a podpoří kognitivní funkce. Doporučuje se cvičení chodidel, dechová cvičení, jóga nebo jiné relaxační cvičení.⁴¹

V posledních letech vznikají strategie, praktiky, služby a procesy, které pomáhají řešit situace starších lidí. Existuje Světová zdravotnická organizace (WHO) nebo Mezinárodní federace pro stárnutí (IFA), které apelují na státy a města, aby poskytovaly adekvátní podporu. Například projekt WHO Global Age – Friendly Cities Project (Globální města

³⁸ MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-701-3436-4.

³⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jiří DUŠEK. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.

⁴⁰ TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 80-716-9099-6.

⁴¹ KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra, 10. ISBN 978-802-4721-699.

přátelská seniorům: Průvodce. Tento projekt probíhal ve 33 městech z 22 zemí. Obsahuje především základní principy, jako jsou inkluze, participace a bezpečí.⁴²

Na podporu zdravého stárnutí vznikají organizace a nadace, které se této činnosti aktivně věnují a snaží se ovlivnit pohled společnosti na stárnutí a stáří. Jeden z projektů, který vznikl díky OSN, je Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. Tento dokument reaguje na aktuální problémy spojené se stářím a stárnutím, a také určuje úkoly pro širokou populaci. Podobný program pro staré občany vznikl i v Evropě s názvem „Stárnout zdravě v Evropě“, tento program je zaměřen na prodloužení aktivního věku seniora a na zdravý zdravotní styl života. V centrech sociálních služeb jsou kluby seniorů, kde mohou lidé pokročilého věku řešit individuální problémy. Dále vznikly linky bezpečí pro seniory, je vydáván časopis Senior revue a řada dalších informací, které jsou cílené pro seniory ke zkvalitnění jejich života. Níže uvádím některé kontakty pomoci seniorům v České republice.⁴³

Tabulka 5 Kontakty pomoci seniorům

Linka seniorů	800 157 157, 800 200 007
Dobrovolnická činnost	www.hest.cz, Český červený kříž, církve aj.
Webové odkazy	diakoniecce.cz, senio.cz, forsenior.cz, remedium.cz Zivot90.cz, tretivek.cz, stari.cz, gerontocentrum.cz, Charita.cz

V České republice vznikl projekt Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, který vznikl za spolupráce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a mnoha asociací a aktérů, kteří se zabývají zdravím a seniory. Projekt se mimo jiné věnuje i zdravému stárnutí, protože bez zdraví by nebylo aktivní začlenění na trh práce, vše je propojeno s ekonomickým růstem, a tím i růstem reálných příjmů u seniorů. Vizí tohoto projektu je, že prevence a zdravý životní styl jsou základním předpokladem vyšší kvality života a prodloužení aktivity ve stáří. Je zřejmé, že s podporou zdravého životního stylu se musí začít od začátku života, je to prevence pro budoucí generace. U seniorů je důležité

⁴² VIDOVIČOVÁ, Lucie a Irena DLABALOVÁ. *Stáří ve městě, město v životě seniorů: příručka pro praxi*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 371 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 978-802-1060-951.

⁴³ KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

doplnění informací o tom, jak udržovat své zdraví a nemocem předcházet, obzvláště těm nemocem, která jsou typická pro věk seniorů.⁴⁴

⁴⁴ *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. [cit. 2015-02-25]
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akni_plan_staruti_.pdf

2 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Odlehčovací služba neboli respitní péče je věnovaná osobám, které se o sebe nedokážou sami postarat. Jedná se z velké části o pobytové služby. Odlehčovací služba je poskytována nemocným, o které je průběžně pečováno v jejich přirozeném prostředí – doma. O nemocné pečují v místě domova jejich blízcí. Cílem této služby je nahradit jejich činnost na nějaké období. Důvodem bývá odpočinek pečující osoby nebo dovolená, lázeňský pobyt, pobyt v nemocnici, pracovní příležitost. Maximální délka odlehčovací služby je většinou 3 měsíce, kdy je pacientovi poskytována 24 hodinová péče.⁴⁵

2.1 Vymezení služby dle zákona o sociálních službách

Danou problematiku upravuje zákon 108/2006 Zákon o sociálních službách. Část třetí § 44 se věnuje Odlehčovací službě:⁴⁶

(1) Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.*

⁴⁵ DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Pfizer, 2010, 24 s.

⁴⁶ *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2014-12-05] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

2.2 Poslání a cíl sociální služby

Odlehčovací neboli respitní péče si dává za cíl pomáhat pacientům se syndromem demence, aby měli zajištěnou péči v domácnosti, a to v době, kdy se nemůže starat pečující, který potřebuje čas k odpočinku nebo k vyřízení osobních záležitostí.⁴⁷

2.3 Zásady poskytované služby

Zásady poskytované sociální služby:⁴⁸

- Empatická a individuální podpora se zajištěním důvěrného a bezpečného prostředí;
- Anonymita;
- Sdílení problému a aktivní přístup;
- Odborně připravený personál;
- Alternativní metody využívané pouze v rámci sociální služby.

2.4 Pracovník sociální služby

Pracovník sociální služby musí splňovat požadavky v plném rozsahu stanoveném §110 a 111 sociálního zákona:⁴⁹

- Dokončené vyšší odborné vzdělání, které je zaměřené na sociální práci a sociální pedagogiku, sociálně právní činnost, sociální a humanitní práci, charitativní a sociální činnost.
- Dokončené vysokoškolské vzdělání (Bc. Mgr.) zaměřené na viz výše.

⁴⁷ *Respitní péče* [online]. [cit. 2014-12-08] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/socialni-sluzby-cals/respitni-pece/>

⁴⁸ *Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2014-12-08] Dostupné z: <http://www.piafa.cz/index.php/registrovane-sluby/socialni-rekondice>

⁴⁹ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

- Absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu minimálně 200 hodin a praxi při výkonu povolání sociálního pracovníka minimálně 5 let.

3 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU

„Už jsem zase tady,“ sdělovala své matce. „Jak se cítíš?“

Její matka k ní zvedla hlavu. „Děkuji,“ řekla zdvořile vysokým, dost pronikavým hlasem, „ale já teď chci jet za svými dětmi.“

„Ale ty jsi u svých dětí, mami.“

Její matka byla překvapená. „Já jsem u svých dětí?“

„Ano, my jsme tvoje děti, ne?“

(Voskuil, 1999)

3.1 Vymezení pojmu demence

Demence, „název pochází z latinského „de mentia“, „dementia“ – doslova: odcházející duchem, ubývající na duchu či na rozumu.“⁵⁰ Porucha paměti a porucha dalších kognitivních schopností, to je demence.⁵¹ Dále je to syndrom, který je způsobený chorobou mozku. Tato nemoc má chronickou nebo progresivní povahu. V mozku je porušeno mnoho vyšších nervových kortikálních funkcí, což je paměť, chápání, myšlení, schopnost myšlení, počítání, úsudek a jazyk. Emoční kontrola, sociální chování a motivace jsou zhoršené. Tento syndrom se projevuje u všech nemocí, které napadají mozek, jako například Alzheimerova choroba a cerebrovaskulární onemocnění.⁵²

Demence patří mezi nemoci, kdy rodina, musí být nemocnému nablízku a neustále kontrolovat jeho kroky. Všichni rodinní a blízcí příslušníci zaslouží obdiv za trpělivost, kterou mají vůči pacientovi. I když mnoha z nich si připadá, že zklamala a nedala nemocnému potřebnou péči.

⁵⁰ Pečuj doma.cz – O demenci všeobecně. A také z hlediska péče o postižené [online]. [cit. 2015-03-24] Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/naucne-texty/o-demenci-vseobecne-a-take-z-hlediska-pecce-o-postizene/>

⁵¹ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie: teorie a metodika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. ISBN 80-246-0502-3

⁵² JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-726-2268-4.

3.1.1 Klasifikace demence

Demence má mnoho forem. S jistou určitostí lze tvrdit, že 55 procent lidí, kteří jsou postiženi demencí, má Alzheimerovu nemoc v čisté formě. Druhá nejběžnější je vaskulární demence, která představuje asi 15 procent ze všech případů demence. Také vaskulární demence má více forem, nejznámější je multiinfarktová demence (MID). U dalších zhruba 15 procent pacientů s demencí lze pozorovat kombinaci dvou nebo více poruch, nejčastější je kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Ostatních 15 procent je zastoupeno nemocemi – Parkinsonova, Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova. AIDS ve své poslední fázi může také způsobovat demenci.⁵³

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčina demence spíše ve středním a vyšším věku. Jedná se o chronicko – progresivní onemocnění nervové soustavy. Hlavní příčinou je zánik neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn.⁵⁴ Alzheimerova nemoc způsobuje čtvrtou nejčastější příčinu smrti na světě.⁵⁵ Této nemoci je blíže věnovaná kapitola 3. 2 s názvem Alzheimerova nemoc.

Vaskulární demence je druhou nejčastější příčinou demence. Jde o cévní onemocnění mozku. Je znatelná jejím náhlým vznikem a po velkých skocích zhoršení příznaků. Onemocnění má hned několik různých typů. Například **multiinfarktová demence**, už podle názvu jsou zjevné příčiny. Je způsobena mnohačetnými mozkovými infarkty. Další je **Binswangerova nemoc**, která se projevuje postižením drobných cév bílé hmoty, na které se tvoří mnohačetné lakuny. Tato demence má výraznější ráz. Demence je někdy i způsobena **mozkovým infarktem**.⁵⁶

Parkinsonova nemoc je pojmenovaná po londýnském lékaři, který tuto nemoc popsal již v roce 1817. Nemoc se projevuje degenerativním onemocněním buněk ve střední

⁵³ BUIJSSEN, Huub a František KOUKOLÍK. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

⁵⁴ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-246-0502-3.

⁵⁵ Česká televize.cz – Prulom, lék na Alzheimerovu nemoc se blíží, vědci uzdravili myši[online]. [cit. 2015-03-15] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/245724-prulom-lek-na-alzheimerovu-nemoc-se-blizi-vedci-uzdravili-mysi/>

⁵⁶ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-246-0502-3.

části mozku, které se říká černé jádro. Narušené buňky nejsou schopny tzv. komunikovat s ostatními, zatím zdravými buňkami. Důsledkem je špatně předaná informace z mozku. Nejčastější projevení této demence je tzv. voskový obličej, pomalost, neobratnost, únava, špatné vyjadřování, omezenost pohybů, a také poruchy spánku.⁵⁷

3.1.2 Příznaky demence

Kdy a jak poznáme první příznaky demence? Jako u všech nemocí platí, že včasné stanovení diagnózy může zpomalit průběh nemoci nebo předejít nevratným následkům této nemoci, která významně ovlivňuje činnost nebo funkci mozku.

Většina demencí zůstává nediagnostikovaná, to se týká převážně lehkých forem, ale samozřejmě i značně pokročilých fází onemocnění. Stanovení diagnostiky demence lze pouze klinickým vyšetřením, které není nijak složité. Dokonce stanovit diagnostiku demence může jakýkoliv lékař bez jakékoli specializace. Včasná diagnostika a začátek léčby má pro pacienta značný význam. Léčí se pomocí nových léků ze skupiny kognitiv a neuroprotektiv. Správně stanovená diagnóza umožňuje předvídat další problémy spojené s nemocí, a díky tomu je možné určitým problémům předcházet.⁵⁸

Kdy vyslovit podezření na demenci? Vždy, když udává pacient potíže, které se týkají paměti nebo vykonávání běžných činností, jako například pracovní a domácí činnosti, které jsou běžné, a nikdy předtím nebyl jejich výkon spojen s obtížností. Většinou potíže sdělují nejbližší příbuzní, kteří si všimli neobvyklého chování takto postiženého člověka. V tomto případě se musí pacient dostavit k lékaři a je indikováno vyšetření k vyloučení nebo potvrzení demence.⁵⁹

Symptomy, které mohou svědčit pro demenci.⁶⁰

⁵⁷Parkinsonova nemoc [online]. [cit. 2014-12-08] Dostupné z:

<http://www.parkinsonovachoroba.cz/htm/onemoci.html>

⁵⁸ TOPINKOVÁ, Eva a František KOUKOLÍK. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

⁵⁹ TOPINKOVÁ, Eva a František KOUKOLÍK. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

⁶⁰ TOPINKOVÁ, Eva a František KOUKOLÍK. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

Určení starých a zapamatování nových informací – potíže se vzpomínáním na nedávné události, nemůže si vzpomenout na obsah rozhovorů, zapomíná jména, nedodržuje věci, na kterých se s někým domluvil, nebo co komu slíbil, nesprávně ukládá předměty.

Obtížné zvládnutí komplexních činností – potíže se sledováním složitější myšlenky, obtížné provádění činností, které vyžadují postupné operace. Například vedení svého účtu nebo uvaření složitějšího jídla. Tento pacient se dobrovolně vzdává svých koníčků a zájmů, které měl předtím v oblibě.

Neschopnost řešení problémů – není schopen vymyslet plán na řešení problémů jak v zaměstnání, tak v domácnosti. Přitom se jedná o řešení, které vždy s přehledem předložil. Nedodržuje pravidla sociálního chování.

Prostorová orientace – potíže při přemísťování předmětů v domácnosti, potíže při řízení vozu a situace v dopravě mu připadá složitá. Ze začátku se ztrácí na neznámých místech, později se ztrácí i na místech které velmi dobře znal a orientoval se.

Řeč – nedokáže sledovat konverzaci, v konverzaci reaguje nemístně. Narůstající obtíže vybavit si potřebné slovo, něco pojmenovat.

Chování – je pasivnější, ale snadněji se rozčílí. Menší vstřícnost a značná podezřívavost. Sluchové a zrakové podmínky nesprávně interpretuje.

3.1.3 Stádia demence

V raném stádiu demence si nemocný člověk i okolí nemocného nemusí uvědomit, že jde o demenci, protože první stádium demence je snadno zaměnitelné se stářím.⁶¹ Lidé v raném stádiu demence si začínají uvědomovat, že dělají chyby, a že zvládají dělat méně než dřív. Pro pacienta jsou velmi trapné situace, kdy se ho přátelé na něco zeptají a on nedokáže odpovědět. Jsou to pro něj okamžiky plné nejistoty a rozporů, proto se jim začíná spíše vyhýbat, aby nemusel být přítomen trapnosti. Proto raději zůstává doma a straní se všem příležitostem, které by ho přiváděly do kontaktu s lidmi. Tímto omezuje počet vzniklých chyb a případných trapasů. Projevuje se zapomnětlivost, proto někteří pacienti s demencí celý den nedělají nic, protože si nemůžou vzpomenout, co chtěli dělat. Možná

⁶¹ Třetí věk.cz – Stádia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora [online]. [cit. 2015-03-24] Dostupné z: <http://www.tretivek.cz/200609/stadia-alzheimerovy-nemoci-priznaky-pr/>

nová vlastnost je lež, protože pacientům jsou nepříjemné trapné situace, které vyvolali, je jim nepříjemné přiznat svoji chybu, tak raději napravují situaci lží. Tento pacient v počáteční fázi demenci se často stává vynalézavým a vychytralým. V této fázi je proces ukládání do paměti narušený, proto začíná věřit svým výmyslům. Mnoho povinností, které nezvládá, předává na své nejbližší, se kterými tráví nejvíce času. Ti ho vnímají jako lenivého. Pacient vnímá svého nejbližšího jako průvodce a drží se ho jako dítě. Následuje agresivita, deprese, podezřívavost.⁶²

Ve středním stádiu demence si za poslední tři roky postižený jedinec zcela nepamatuje své prožitky. Velmi dobře si vybavuje všechny možné události před demencí. Tento stav se bude měnit, jak bude demence postupovat. Dlouhodobá paměť se bude rozpadat a ztrácet se budou i vzpomínky na prožitky před demencí. Postupně bude zapomínat na svůj střední věk a dále i na mládí. V poslední řadě zapomíná i vzpomínky z dětství.⁶³

U těžkého stádia demence zná jen vzpomínky z prvních let života. Konečnou fází je umírání pacienta.⁶⁴

3.2 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je způsobená odumíráním nervových buněk v mozkové hemisféře a to progresivním způsobem. Vývoj Alzheimerovy nemoci může trvat 8 až 20 let. Každý pacient pociťuje projevy nemoci individuálně, to samé platí i o zhoršení nemoci.⁶⁵

⁶² BUIJSSEN, Huub a František KOUKOLÍK. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

⁶³ BUIJSSEN, Huub a František KOUKOLÍK. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

⁶⁴ BUIJSSEN, Huub a František KOUKOLÍK. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

⁶⁵ CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-802-4723-204.

„Hromadění hliníku v lidském těle může vyvolávat Alzheimerovu nemoc, která ničí lidský mozek.“ Hypotézu pronesl uznávaný britský expert Christopher Exley.⁶⁶

„Alzheimerova nemoc je strašákem, který obchází všechny stárnoucí. Počet pacientů s demencí se v České republice odhaduje skoro na 124 tisíc. Spolu se stárnutím populace navíc nemocných přibývá. "Říká se, že 20. století bylo stoletím rakoviny, 21. století bude Alzheimerovy choroby," uvedla ředitelka Alzheimercentra Filipov Jana Sřihavková.“⁶⁷

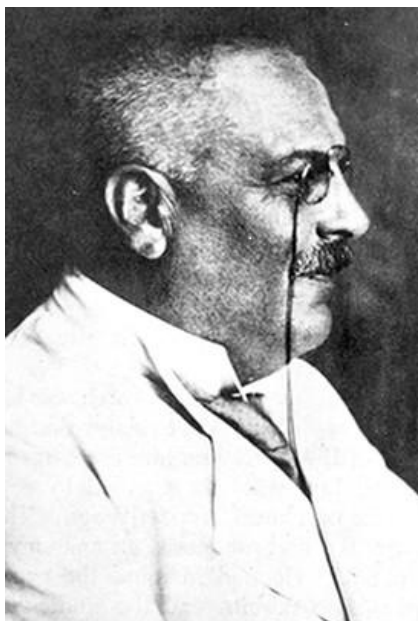
Není potřeba uvádět více důkazů o Alzheimerově nemoci, po přečtení předchozích řádků je jasné i nezaujatému čtenáři, že Alzheimerova nemoc není běžnou nemocí, která by se měla přehlížet. Informovanost a zájem o prevenci je zde na místě.

Alois Alzheimer, narodil se 14. 6. 1864 v Německu. Pracoval jako psychiatr a neuropatolog. V roce 1901 byla do nemocnice ve Frankfurtu, kde Alzheimer pracoval, přijata jedenapadesátiletá žena, která měla známky demence. Alzheimer referoval o netypické nemoci na schůzi jihoněmeckých psychiatrů v roce 1906. Jeho přednáška měla název „O svérázném onemocnění mozkové kůry“, tento případ byl publikován. Publikace je základem pojmu Alzheimerovy choroby. Alois Alzheimer byl ženatý, měl tři děti a zemřel 19. 12. 1915 na ledvinové selhání.⁶⁸

⁶⁶ Novinky.cz – Alzheimer je vlastně otrava hliníkem, který je všude, tvrdí britský expert [online]. [cit. 2015-03-27] Dostupné z: <http://www.novinky.cz/veda-skoly/350579-alzheimer-je-vlastne-otrava-hlinikem-ktery-je-vsude-tvrdi-britsky-expert.html>

⁶⁷ Česká televize.cz – Průlom, lék na Alzheimerovu nemoc se blíží, vědci uzdravili myši[online]. [cit. 2015-03-15] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/245724-prulom-lek-na-alzheimerovu-nemoc-se-blizi-vedci-uzdravili-mysi/>

⁶⁸ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3

Obrázek 1 Alois Alzheimer

Zdroj: wikipedia.org

V době, kdy byla Aloisem Alzheimerem nemoc popsána, byla ojedinělá. V dnešní době trpí na světě 37 milionů lidí postižených Alzheimerovou demencí, jejich počet se neustále zvyšuje.⁶⁹ V České republice má Alzheimerovu nemoc 143 tisíc lidí.⁷⁰

3.2.1 Příznaky Alzheimerovy demence

Příznaky Alzheimerovy choroby se vyvíjejí velmi pomalým způsobem. Není známé přesné preklinické stádium, tím se rozumí vývoj Alzheimerovy choroby po první klinické příznaky.⁷¹

Alzheimerova nemoc se snadno splete. Pokud má pacient problémy: výpadky paměti, změny nálad a osobní změny, zmatenost a ztrátu rovnováhy, neznamená to, že má Alzheimerovu chorobu, i když je to nejčastější forma nemoci u demence. Ve skutečnosti

⁶⁹ Alois Alzheimer – dal jméno nemoci, kterou doposud nikdo nedokáže vyléčit [online]. [cit. 2014-12-09] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/110351-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-kterou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit/>

⁷⁰ *Mladá Fronta: Dnes*. Praha: Anděl Media Centrum, 2014, XXV, č. 288.

⁷¹ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3

může jít o deficit vitamínu B₁₂, což se u starších lidí vyskytuje často. Mezi další nemoci, které mohou působit jako Alzheimerova nemoc, patří: encefalitida, meningitida, minimrtvice, deprese, vaskulární demence, zhoršená funkce štítné žlázy, celiakie (alergie na lepek) nebo vedlejší účinky používaných léků.⁷²

Nejčastějším prvním příznakem Alzheimerovy choroby jsou poruchy recentní epizodické paměti – charakteristické je zapomínání každodenních událostí. Např. co jsme měli k jídlu. Této době se říká raná forma Alzheimerovy nemoci, to je věk do 60 let. Dalším z prvních příznaků je časový rozsah bezprostřední sluchové pozornosti. V následujícím stupni vývoje nemoci se projevuje porucha vybavování čerstvě vstřebaných informací a porucha konfrontačního pojmenování. Řeč je plynulá, ale věty obsahově prázdné. V této fázi nemocní začínají bloudit a nenalézat cestu domů. Přestanou zvládat jednoduché činnosti. Asi 40 % nemocných má deprese, halucinace a jsou agresivní. Nemocní pacienti jsou i v této fázi přesvědčení, že jsou zcela zdraví a léčbu odmítají. Psychopatologické příznaky značí přechod z mírného do středního stupně nemoci. V této době jsou rozdíly klinické i neuropsychologické. V závěrečné fázi se vyskytují poruchy chůze, možné epileptické záchvaty a myoklonus. Pacient není schopen komunikovat s okolím a je apatický. Nepoznává přátele ani rodinu. V další fázi nejsou schopni udržet oční kontakt s lidmi, kteří se jim věnují. Je jistý předpoklad, že by ztráta hmotnosti byla také ukazatelem Alzheimerovy choroby. Onemocnění začíná ve věku mezi 55. a 78. rokem. Nemoc obvykle probíhá 3 – 8 let a muži na nemoc umírají častěji dříve než ženy.⁷³

3.2.2 Diagnostika Alzheimerovy nemoci

Prvotní diagnóza Alzheimerovy choroby bývá chybná v 20 – 30 %. Diagnostikovat Alzheimerovu chorobu blíže mohou lékaři, zejména neurologové a specialisté na geriatrii, protože mají k dispozici modernější vyšetřovací metody, mezi které patří tomografie a magnetická rezonance. Dosud stále platí, že je jediné stoprocentní potvrzení

⁷² CARPEROVÁ, Jean a [z anglického originálu ... přeložila Jana KLIMEŠOVÁ]. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. V Praze: Vyšehrad, 2011, 118 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

⁷³ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3

Alzheimerovy choroby, a to pitva. Pokud je podezření na Alzheimerovou chorobu, nejjednodušší je vyhledat neurologa, který má specializaci v geriatrii.⁷⁴

Diagnóza Alzheimerovy choroby se rozlišuje na: **Pravděpodobnou diagnostiku** (robable), **Možnou diagnostiku** (possible), **Jistou diagnostiku** (definite) – to je diagnóza histologická. **Kritéria diagnostiky pravděpodobné (probale) jsou:**⁷⁵

- diagnóza demence, která musí být stanovená klinickým vyšetřením a doložená jedním testem z demence, potvrzení neuropsychologickým vyšetřením,
- porucha minimálně dvou poznávacích funkcí,
- progresivní zhoršení paměti, nebo jiných poznávacích funkcí,
- nesmí být porucha vědomí,
- onemocnění začíná ve věku 40 – 90 let, nejčastěji po 65. roce věku,
- další systémové onemocnění nebo onemocnění mozku.

„Diagnózu pravděpodobně doplňuje průkaz progresivní deteriorace specifických poznávacích funkcí - afázie, apraxie, agnózie, porucha každodenní aktivity, změněné chování, rodinná anamnéza podobného onemocnění a laboratorní výsledky – normální nález v likvoru, normální nebo nespecificky změněný EEG.“⁷⁶

3.2.3 Stádia Alzheimerovy demence

Rané stádium nemoci způsobuje pomalé, ale progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Každá nervová buňka v mozku má svoji unikátní funkci, o níž pacient postupně přichází. Jako první odumírají buňky v blízkosti hippocampu – to je centrum paměti. Prvním symptomem, který je v raném stádiu, jsou výpadky paměti, avšak zbytek mozku pracuje beze změny normálně.(logické myšlení, úsudek a sociální

⁷⁴ CARPEROVÁ, Jean a [z anglického originálu přeložila Jana KLIMEŠOVÁ]. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. V Praze: Vyšehrad, 2011, 118 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

⁷⁵ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3

⁷⁶ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3, str. 92

schopnosti jsou v normě). Zde si okolí problém nemocného vůbec neuvědomuje. Dále nemoc postupuje odumíráním buněk ve spánkovém laloku, to se projevuje tím, že nemocný nemůže najít správný výraz. Způsobuje to nedorozumění a konflikty.⁷⁷

Mírné stádium nemoci, u tohoto stádia je zachována sebereflexe, která se začíná střídavě proměňovat. Zachovaný je úsudek, sociální dovednosti. V tomto stádiu má pacient problém s oblékáním, je dezorientován a může mít problém s řízením automobilu. Reakce jsou zpomalené. Mírné stádium nemoci je obdobím, kdy většinou pacienti přicházejí k lékaři.⁷⁸

Pokročilé stádium nemoci. Schopnost vykonávat cokoli jen trošku složitějšího je nemožné. Všechny tělesné funkce jsou velmi slabé. V pokročilém stádiu nemoci se poškození šíří do čelního mozkového laloku. V této fázi už není možné o nemocného pečovat v domácnosti. Pacient může být agresivní a násilný nebo naopak může být apatický a nepohyblivý. V posledních stádiích nemoci jsou zničeny prakticky všechny nervové buňky v mozkové hemisféře. Zachovaná je jen část mozkové kůry, která řídí zrak a motorickou činnost. V poslední fázi je už pacient upevněn na lůžko.⁷⁹

3.2.4 Prevence Alzheimerovy nemoci

Při prevenci Alzheimerovy nemoci jde o dodržování jednoduchých věcí, které jsou v kontextu se zdravým stylem života. Vyšší pozornost je zaměřena na prevenci úbytku paměti a mozku.

Alzheimerova nemoc je nemocí ovdovělých a samotářů, proto prevencí je společenský a aktivní život. Prevencí může být i taková maličkost jako společenský tanec, hraní karet nebo poznávací a sociální aktivity. Podle výzkumu, který probíhal téměř třicet let, se demence projevuje v mnohem menší míře u mužů, kteří během svého života se zaměřili na domácí práce a rodinné aktivity. Vědci to vysvětlují tím, že život v páru má více

⁷⁷ CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-802-4723-204

⁷⁸ CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-802-4723-204

⁷⁹ CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-802-4723-204

společenských a mentálních podmětů, které trénují mozek a chrání ho před vznikem Alzheimerovy choroby.⁸⁰

Zdravý styl života vyžaduje opatrnou konzumaci alkoholu, zde se doporučuje jen konzumace červeného vína. Strava by měla být pestrá a bohatá na antioxidanty. Omezení konzumace špatných tuků, které na mozek v žádném případě nemají blahodárny dopad. Větší konzumace čerstvé zeleniny a ovoce. Především bobulovité ovoce, které odvrací duševní a fyzické stárnutí. Důležitá je strava bohatá na vitamín B – cholin. Cholin je vakcínou pro děti proti Alzheimerově chorobě. Čím je člověk starší, tak se v těle zaznamenává úbytek vitamínu B. Cholin je dostupný například ve vejcích, pšeničných klíčcích, pistáciích, burských oříšcích, mandlích a v mase. Ze zeleniny sem patří špenát, květák, růžičková kapusta. Skořice stimuluje inzulín, mozek trpí, pokud inzulín nepracuje tak jak má. Čokoláda je chutným pokrmem, a to díky obsahu kakaa, které je vysoce koncentrované antioxidanty, což mimořádně chrání srdce a podporuje prokrvení mozku. Kari koření ničí škodlivé plaky v mozku. Toto dokazuje, že v Indii, kde je kari obsaženo ve většině slaných i sladkých pokrmech, je výskyt Alzheimerovy choroby ze všech zemí na světě nejméně. Měď a železo se řadí mezi kovy, které mohou doslova vyvolat Alzheimerovu nemoc. Většinou se vyskytují ve vodě, kterou lidé pijí každý den. Dalším doporučením je neustálé vzdělávání a namáhání mozku, jako například luštění křížovek a sudoku. Důležité je mít zájmy, které podpoří pravidelný pohyb člověka a zvědavost po dalších informacích. Dobrý spánek a stanovení životního cíle, pro který člověk žije a naplňuje ho.⁸¹

3.2.5 Léčba Alzheimerovy demence

Léčba Alzheimerovy demence se rozděluje na nefarmakologickou a farmakologickou, která se dále člení na kognitivní a nekognitivní.

⁸⁰ Prevence Alzheimerovy choroby, nemoci – aktivní život [online]. [cit. 2015-03-12] Dostupné z: <http://www.mudrhosekjozef.cz/clanky/aktuality/ze-zdravotnictvi/prevence-alzheimerovy-choroby--nemoci---aktivni-zivot.html>

⁸¹ CARPEROVÁ, Jean a [z anglického originálu přeložila Jana KLIMEŠOVÁ]. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. V Praze: Vyšehrad, 2011, 118 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

3.2.5.1 *Nefarmakologická*

Je důležitá stimulace nemocného člověka k psychické činnosti. Nesmí to být učiněno násilnou formou a pacient nesmí pociťovat provinění v případě selhání. V pokročilém stádiu nemoci se používá realitní terapie, kde pacient musí být konfrontován s realitou.⁸²

3.2.5.2 *Farmakologická*

Je základní péčí o nemocného pacienta, bez této léčby by léčba Alzheimerovy choroby nebyla úspěšná. **Kognitivní farmakoterapie** využívá více přístupů, které se vzájemně kombinují. Ověřená účinnost je pouze u skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz, tzv. kognitiva. **Nekognitivní farmakoterapie** působí proti psychologickým příznakům demence.⁸³

⁸² AL, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

⁸³ AL, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

4 AKTIVIZAČNÍ METODY VHODNÉ PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Aktivizace seniorů s demencí nebo s Alzheimerovou chorobou - je nutné aktivizovat, jinak by se nemoc rychleji prohlubovala. Díky aktivizaci můžeme docílit zpomalení průběhu nemoci a nemocnému takto zajistit program, který může být smyslem jeho života v tak těžké nemoci.

Aktivita se může jinak pojmenovat jako činnost, která slouží k mobilizaci fyzických a také psychických sil člověka. Důvodem aktivity je zpomalení procesu stárnutí.⁸⁴

Motivace ovlivňuje chování člověka, je hybnou silou lidského organismu, díky motivaci dochází k uspokojení vlastních potřeb.⁸⁵ U seniorů je motivace potřebná, často projevená způsobem pochvaly a vyslovením důvěry v jejich schopnosti.⁸⁶

4.1 Aktivizační program

Při sestavování aktivizačního plánu pro daného jedince, který má Alzheimerovu nemoc, musí být stanoven cíl, kterého chceme dosáhnout, dále použité prostředky, použité metody, časovou náročnost a bezpečnostní opatření. **Cíl** nevolit nijak náročný, není žádaná stresová situace z nedodržení cíle. Cíl by měl být do jisté míry náročný, ale splnitelný. **Metoda** musí být promyšlená a účinná. Je nutné vybrat ze tří druhů metod, a to preventivní, rehabilitační nebo léčebné. **Prostředky** představují pomůcky např. prostor určený k rehabilitaci, hudební nástroje, pracovní materiál, auditivní nebo vizuální techniku a jiné. **Časová náročnost** je jiná u každé metody. Některá potřebuje aplikaci každý den, jiná metoda má svůj účel s časovým odstupem. Délka aktivit se přizpůsobuje i věku a stádiu demence. **Bezpečnostní opatření** vychází z cílové skupiny uživatelů se zdravotním

⁸⁴ PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.

⁸⁵ KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

⁸⁶ KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

postizením a také dle rizika úrazu. U lidí s Alzheimerovou chorobou je velké riziko pádu, protože je narušena hybnost, rovnováha a porucha smyslů.⁸⁷

4.2 Aktivizační metody

Aktivizace je prostředkem služby, která pomáhá seniorům zprostředkovat činnost, jehož výsledkem je aktivita seniorů.⁸⁸ Služby s aktivizačními metodami jsou terénní, nebo ambulantní. Služba aktivizační metody zprostředkovává nemocnému kontakt se společenským prostředím. Daná metoda představuje odbornou práci terapeuta, který má odborné vzdělání a je na danou metodu vyškolen. Cílem metody je zmírnit nebo odstranit problém v klientově chování.⁸⁹

4.2.1 Činnostní a pracovní metoda

Cílem takové terapie je naplnění sociálních rolí u klienta, aktivní začlenění klienta do každodenního života, zlepšení dovedností a podpora zdraví. Tento postup je zaměřen na manipulaci s předměty.⁹⁰ Řadí se mezi odborné postupy, jde o práci s různými předměty a materiály, se kterými se účelně manipuluje. Je to terapie prací, takzvaná ergoterapie.⁹¹

Ergoterapie, tento název vychází z řečtiny. Slovo „ergon“ (práce) a slovo „therapia“ (léčba). Ergoterapie je zdravotnická disciplína využívající odborné metody,

⁸⁷ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

⁸⁸ KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Isabelle MÜLLER. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-244-1552-6.

⁸⁹ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

⁹⁰ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

⁹¹ PFEIFFER, Jan a Oldřich MÜLLER. *Ergoterapie II: učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Avicenum, 1990, 169 s. Sestra. ISBN 80-201-0004-0.

za účelem léčebným. Tato terapie zaměstnává osoby, které mají nějaké postižení nebo jsou nějakým způsobem znevýhodněni.⁹²

Ergoterapii dělíme na:⁹³

- kondiční – převážná léčba zaměstnáním,
- cílená na postiženou oblast – probíhá za použití pomůcek nebo speciálního nářadí, pohyb zaměřen na jednu oblast,
- zaměření na soběstačnost – je to trénink běžných aktivit, které jsou potřebné v životě běžného člověka denně,
- zaměření na pracovní zařazení.

4.2.2 Psychomotorická metoda

U psychomotorické metody jde o ovlivnění duševního prožitku a procesu klienta. Metoda probíhá formou pohybové činnosti a motoriky. Účelem je změna chování a prožívání tak, aby stav byl přijatelný pro jedince a pro celou společnost.⁹⁴

Tato metoda je odborná, hlavní využití je pohybové a tělesné aktivity. Příkladem je tanec nebo pantomimika.⁹⁵

4.2.3 Expresivní metoda

Tato metoda vyžaduje odborný postup, který se zaměřuje na použití uměleckých prostředků. Cílem této metody je klientova změna chování společensky přijatelná.

⁹² MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

⁹³ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie: teorie a metodika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. ISBN 80-246-0502-3

⁹⁴ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

⁹⁵ MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

Například psychodrama, dramaterapie, teatroterapie, muzikoterapie, biblioterapie a arteterapie.⁹⁶

Psychodrama je terapeutická metoda, která si klade za cíl zpracovat psychické trauma klienta, které prožil. A proto se pracuje s životním příběhem klienta. **Dramaterapie** je metodou, která využívá prostředky dramatického původu za účelem úlevy, integrace a růstu osobnosti. **Teatroterapie** je realizovaná jako divadelní představení. Příprava kulis a kostýmů je takto součástí terapie.⁹⁷

Muzikoterapie

„Hudba zmírňuje strach a stimuluje ontogenetický a fylogeneticky nejstarší struktury mozku. Může tak probudit a uvolnit prapůvodní impulzy a tvůrčí instinkty, které vedou k novým a optimálnějších způsobům chování.“

Z. Mátejová – S. Mašura

Hudba a rytmus neodmyslitelně patří k léčebným prostředkům již od minulosti. Dříve byla hudba také chápána jako komunikace s nadpřirozenými silami. U přírodních národů je dodnes hudba nezbytná při konání magických obřadů a léčení. Muzikoterapie se zaměřuje na poruchy chování. Švédská koncepce muzikoterapie je i součástí psychologie, důvodem je, že hudba pronikne do duše hlouběji než slova. V Rakousku se dokonce pořádá kongres odborníků a hudebních terapeutů, který má velký ohlas. Muzikoterapie je především terapie hudby a zpěvu za využití rytmu. Například rytmické hry v kruhu, bubnování, hry s rytmem a pohybem, hry s jinými hudebními nástroji a zpěv.⁹⁸

Biblioterapie je metoda, která využívá knihy a veškeré literární umění. Cílem je, aby se nemocný člověk prostřednictvím psaného slova nebo četby knihy dokázal vyrovnat se

⁹⁶ KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku: učebnice pro zdravotnické školy*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1990, 169 s. Sestra. ISBN 80-244-1552-6

⁹⁷ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

⁹⁸ ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: teorie a metodika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 246 s. ISBN 80-717-8264-5.

svým životem a také se odreagoval. Biblioterapie se může provádět samostatně nebo ve skupinkách. Dělí se na tři druhy:⁹⁹

- Klinická, která využívá literaturu, která se zaměřuje na čtenáře, tzn. na poznání sebe sama;
- Institucionální, která je zaměřená na uvolnění a relaxaci;
- Vývojová, která podporuje psychický vývoj jedince.

Arteterapie je odborným oborem, který využívá výtvarný projev. Díky této terapii dochází k ovlivnění lidské psychiky a redukci konfliktů v mezilidských vztazích. Terapie může probíhat skupinově nebo individuální formou. Arteterapie je zacílená na léčení kognitivní, motivační a emocionální stránky. Rozlišují se na:¹⁰⁰

- Terapii uměním, kde se uplatňuje právě výtvarná tvorba;
- Artpsychoterapie, kde výtvořky jsou dále zpracovány psychoterapeuty.

4.2.4 Metoda s účastí zvířete, zooterapie

Terapie je prospěšná v rovině psychické i fyzické.¹⁰¹ Jedná se o výjimečnou terapii, která jako jediná využívá kromě jiného člověka i zvíře. Dochází zde k léčení klienta prostřednictvím zvířat nebo domácích mazlíčků. Zooterapie využívá psy (canisterapie), koček (felinoterapie), koní (hipoterapie).¹⁰²

⁹⁹ KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Oldřich MÜLLER a Jiří TICHÝ. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

¹⁰⁰ *Arteterapie.cz – Definice a cíle Arteterapie* [online]. [cit. 2015-04-05] Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

¹⁰¹ *Duhová cesta.cz - Zooterapie* [online]. [cit. 2015-04-05] Dostupné z: <http://www.duhovacesta.cz/ZOOTERAPIE.html>

¹⁰² NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

4.3 Aktivizační metody dle stupně AN

Rozdělují se podle od I. do III. stupně demence. Každý stupeň představuje určitou charakteristiku člověka s Alzheimerovou chorobou.

4.3.1 Aktivizační metody vhodné pro seniory s I. stupněm demence

Pomoc rodiny při první fázi Alzheimerovy choroby může být vzpomínání na období, které si nemocný pamatuje. Najít dobové fotografie, které nemocnému přiblíží dobu a povzbudí tok myšlenek a navodí vzpomínky. Tato metoda se jmenuje reminiscence. Hovořit o pocitech. Je to pomoc oživovat dlouhodobou paměť. Protože v této fázi krátkodobá paměť selhává. Další metodou je hraní her, popisovat objekty třeba kolem domu. Podpora koníčků, které velmi dobře zvládali před onemocněním. Požádat přátele, aby s nemocným byli stále ve styku, například po telefonu, společné procházky nebo návštěva restaurace. Poslouchat oblíbenou hudbu.¹⁰³

4.3.2 Aktivizační metody vhodné pro seniory s II. stupněm demence

Pomoc rodiny musí být v pomoci zvládnání některých činností, které už není schopen zvládat. Nemocný potřebuje častější dohled. V této fázi je velmi důležitá podpora paměti. Zpívat společně známé písničky. Metoda se jmenuje muzikoterapie. Dobrou pomocí je nalepit cedulky se jmény na věci, zásuvky, tak aby si nemocný lépe uvědomoval názvy, takto to umožňuje nemocnému větší nezávislost a podporu sebevědomí. Nepřestávat v úkolování nemocného, jen být k dispozici při pomoci úkolu splnit. Nechat nemocného mluvit o čem sám chce, i když mluví třeba to samé dokola. Nehovořit ve složitých větách a dělat delší odmlky mezi věty, aby nemocný mohl informaci lépe pojmout. Informace „je čas oběda“ je pro nemocného zavádějící. Tato věta se musí nahradit větou „na stole máš polévku“. Pomocť překonat zklamání, že nemocný už není samostatný. Místnosti, ve kterých se nemocný vyskytuje, musejí být bezpečné jako pro malé dítě, nesmí působit nepřehledně a chaoticky. Odstranit věci, které vůbec nepoužíváte. Důležité je často projevovat lásku.¹⁰⁴

¹⁰³ CALLONE, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 978-80-247-2320-4.

¹⁰⁴ CALLONE, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 978-80-247-2320-4

4.3.3 Aktivizační metody vhodné pro seniory s III. stupněm demence

Pomoc rodiny. Nemocný zaujal direktivní přístup. Nadále postupovat v aktivitách, které jsou blíže popsány v kapitole 4.3.1 a 4.3.2. Zde musí být ošetřovatel a rodina připravená na velké změny během dne. Sledovat hlavně neverbální stránky komunikace. Všechny denní povinnosti budou trvat déle. Umožnit nemocnému, aby se mohl dle svých možností najíst a napít. Například pití bude možné pouze brčkem nebo podávat tekutiny do úst injekční stříkačkou.¹⁰⁵

¹⁰⁵ CALLONE, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 978-80-247-2320-4

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE

Praktická část diplomové práce je zaměřena na rozvinutí předchozí teoretické části, kde jsou vymezená teoretická východiska, v oblasti stárnutí, stáří, odlehčovacích služeb, demence Alzheimerova typu a aktivizačních metod vhodné pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Praktická část je zaměřená na zmapování aktivizačních programů nabízených seniorům s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby. Snahou tohoto výzkumu je zjistit, zda odlehčovací služby využívají potřebné množství aktivizačních programů.

5.1 Příprava výzkumu

Základním principem této části bylo především získání dostatečného množství kvalitních teoretických poznatků zkoumané problematiky a samozřejmě i důkladné poznání současného vědění v dané oblasti. Nejprve předcházelo získávání informací z odborné literatury, vyhledávání důvěryhodných informací na renomovaných webových stránkách a jiných zdrojů.

V rámci přípravy na výzkumnou část jsem, v listopadu roku 2014, oslovila více zařízení s odlehčovací službou v Jihomoravském kraji, abych zjistila, které zařízení má nejvíce klientů s Alzheimerovou chorobou. Cílem bylo najít dvě zařízení, které bude mít v péči nejvíce klientů s Alzheimerovou chorobou.

V lednu roku 2015 se domluvili termíny uskutečnění rozhovorů, jejichž realizace proběhla v únoru 2015 přímo v daném zařízení s odlehčovací službou.

5.1.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Hlavní cíl výzkumu je stanoven ještě před zahájením psaní diplomové práce, aby samostatná teoretická část byla pro nás východiskem pro praktickou část a hlavně podkladem pro odpovědi na cílové otázky.

Na začátku diplomové práce je potřebné ujasnění, čeho chceme docílit, abychom věděli cíl výzkumu.¹⁰⁶

Hlavním cílem výzkumu je zmapování aktivizačních programů nabízených seniorům s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby. Naším **výzkumným problémem** je

¹⁰⁶ ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-802-6206-446

zjistit, jaké aktivizační programy jsou nabízeny seniorům s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby.

5.1.2 Výzkumné otázky

V souladu se stanovenými cíli jsme si položili výzkumné otázky, které ukazují směr, kterým se bude výzkum ubírat.

Hlavní výzkumná otázka zní: Jaké aktivizační programy jsou nabízeny seniorům s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby z pohledu pracovníků této služby.

Po stanovení hlavní výzkumné otázky jsme si stanovili pět dílčích výzkumných otázek:

1. Jaká je nabídka aktivizačních programů pro seniory s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby?
2. Jaké aktivizační metody využívají pracovníci u klientů v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby?
3. V čem spatřují pracovníci přínos aktivizačních metod pro seniory s Alzheimerovou chorobou jednotlivé činnosti nabízené v rámci aktivizačních programů?
4. Jaká je oblíbenost a využití daných činností?
5. Existují překážky bránící možnosti aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou?

5.1.3 Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat

Pro tento výzkum a diplomovou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Důvodem je především charakter našeho výzkumného zájmu.

Při kvalitativním výzkumu je nutné vyhledávat a analyzovat veškeré informace, díky kterým jsme schopni odpovědět na výzkumné otázky. Je to taková práce detektiva, kdy výzkumník nezískává informace pouze z informačních zdrojů, ale také i v terénu. Tento sběr dat a jejich následné analyzování trvá v delším časovém intervalu.¹⁰⁷

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, jehož cílem je získání výpovědí účastníků a jejich prožitků, zvolili jsme při sběru dat jako hlavní výzkumnou explorativní metodu **strukturovaný rozhovor** - interview s uzavřenými otázkami. Velkou pozornost jsme věnovali konstrukci otázek, neboť jejich hlavní funkcí je především získat co nejpřesnější odpověď. Chtěli jsme se vyvarovat velkému množství malicherných otázek

¹⁰⁷ HENDL, Jan a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-802-6202-196.

a vytvořili jsme otázky, které dávají dotazovaným dostatečný prostor k jejich rozvedení a pojetí svým vlastním způsobem. Otázky strukturovaného rozhovoru jsem tvořila tím způsobem, aby každá otázka byla odpovědí ke stanoveným výzkumným otázkám. Snahou bylo, aby otázky nepůsobily složitým dojmem, aby jejich pochopení bylo snadné a aby otázky umožnily respondentům jejich odpovědi více rozvíjet. Respondentům, to znamená pracovníkům zařízení s odlehčovací službou s denním stacionářem. Bylo stanoveno 5 hlavních otázek, ke kterým jsou pevně dané podotázky, jež mají za účel odpověď více rozvést hlavní otázku a dostat co nejpřesnější informace, které nám dá odpovědi na výzkumné otázky. Celkem každý respondent, to je zaměstnanec zařízení s odlehčovací službou, odpověděl na 4 hlavní otázky a 10 podotázek. Konkrétní položené otázky:

1. **Jaký aktivizační program nabízíte klientům v rámci vaší odlehčovací služby?**
 - a) Jaká je jeho koncepce?
 - b) Spolupracujete v rámci aktivizace s nějakými středisky či organizacemi? Pokud ano, tak se kterými?
 - c) Jaké konkrétní aktivity klientům ve Vašem zařízení nabízíte?
 - d) Dokážete rozlišit, jaké metody jsou vhodné pro klienty v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby?
 - e) Mohou se do aktivit zapojit rodinní příslušníci či přátelé, pokud ano, jakým způsobem?
2. **Kterou z aktivit klienti nejvíce preferují, kterou nejvíce navštěvují?**
 - a) Která aktivita je nejoblíbenější u mužů a která u žen, vnímáte rozdíl?
 - b) Jakým způsobem seznamujete klienty s nabídkou aktivit?
3. **V čem spatřujete význam aktivizace seniorům, v čem je prospěšná?**
 - a) Jste schopni na přání klientů rozšířit sortiment nabízených aktivit?
 - b) Plánujete do budoucna rozšíření aktivizačního programu na nějaké další aktivity?
4. **Existují překážky, které by bránili realizaci aktivizace? Pokud ano, tak jaké?**
 - a) Existuje aktivita, kterou klienti nevyhledávají? Dokážete vysvětlit z jakého důvodu?

5.1.4 Výběr výzkumného vzorku a jeho charakteristika

Výzkumný vzorek, s nímž byl realizován tento výzkum, je tvořen osobami, kteří jsou zaměstnaní v zařízení s odlehčovací službou. Další podmínkou bylo, aby respondenti byli každý den v kontaktu s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Celkem byl rozhovor udělán s osmi pracovníky. Protože jsem oslovila dvě zařízení s odlehčovací službou, tak konkrétně čtyřmi ženami v jednom zařízení s odlehčovací službou a další čtyři ženy z jiného zařízení s odlehčovací službou. Jména pracovníků a název zařízení odlehčovací služby nebude pojmenováno. Všechny rozhovory jsou anonymní, a to z toho důvodu, abych měla šanci získat pravdivé a nezkreslené informace o dotazovaných respondentech, situaci, která je v daném zařízení s odlehčovací službou a následně informace z rozhovoru srovnat mezi dvěma zařízeními, kde jsem rozhovory vedla.

5.2 Realizace výzkumu

Po vymezení všech náležitostí v rámci přípravné fázi byla zahájena fáze realizační. V únoru roku 2015, kdy proběhla realizace výzkumu, dostal každý respondent před rozhovorem otázky k rozhovoru k nahlédnutí tak, aby během rozhovoru nedošlo k nepochopení otázky, nebo ke špatnému pochopení otázky a tím by získané informace mohly být zkreslené. Předvýzkum a pilotní ověření otázek u nezainteresovaných lidí jsem záměrně neprovedla, protože jsem díky zvolené metodě rozhovoru zaujala individuální přístup a každému respondentovi otázky vysvětlila zvlášť a tím i nastínila plánovaný průběh strukturovaného rozhovoru, tím jsem i navázala důvěru, mezi mnou, jakožto tazatelem a mezi respondentem, tedy zaměstnancem v zařízení s odlehčovací službou. Další výhodou bylo odstranění nervozity a takové to „prolomení ledů“. Všichni respondenti byli při vysvětlování otázek informováni, že je na jejich přání možno rozhovor kdykoliv přerušit. Respondenti byli také ujištěni, že jejich jména nebudou v diplomové práci používat, ani název zařízení s odlehčovací službou, ve kterém pracují. Před každým rozhovorem byli informováni o nahrávání. Aby se mohl rozhovor uskutečnit, musel zaznít souhlas respondenta. Text, který zazněl před rozhovorem je následující:

Dobrý den, ráda bych s Vámi udělala rozhovor k výzkumné části svoji diplomové práce. Rozhovor je anonymní, tudíž zařízení, ve kterém pracujete, nazveme zařízení A/B Souhlasíte tedy s poskytnutím rozhovoru a s jeho nahráváním?

Sběr dat proběhl ve čtyřech etapách, tudíž čtyřech dnech v období dvou týdnů. První etapa byla v prvním zařízení s odlehčovací službou, kde jsem v jeden den uskutečnila

rozhovory u tří respondentů. V druhé etapě jsem navštívila opět první zařízení s odlehčovací službou a udělala poslední jeden rozhovor. Ve třetí etapě byly uskutečněny dva rozhovory s respondenty v druhém zařízení. V poslední, čtvrté etapě byly uskutečněny poslední dva rozhovory v druhém zařízení. Všechny rozhovory byly realizovány formou neformálního setkání v prostorách zařízení s odlehčovací službou. Rozhovory byly předem plánované, všichni dotazovaní respondenti dopředu znali termín a hodinu uskutečnění rozhovoru, na kterých jsme se oboustranně dopředu domluvili. Výpovědi všech respondentů jsem zaznamenala jednotlivě pomocí nahrávacího zařízení, díky kterému jsme mohli zachytit veškeré informace a přitom nechat rozhovor nerušeně plynout.

5.2.1 Charakteristika zařízení a výzkumného vzorku

Výzkum v podobě rozhovorů byl uskutečněn ve dvou zařízeních v Jihomoravském kraji. První zařízení nazýváme **Zařízení A**, druhé zařízení nazýváme **Zařízení B**. Celý výzkum je proveden anonymně, proto i u respondentů nejsou uvedena jejich jména, pro přehlednost je nazýváme Respondent s uvedením číslice, například **Respondent 1**. Celkem je uskutečněno osm rozhovorů, a to v každém zařízení se čtyřmi respondenty.

Zařízení A na mě působilo velmi dobře. Je to zařízení ne malé, ale ani ne velké. Už při vstupu na mě dýchlo domácí klima a přítomní pozitivně působící zaměstnanci. Sociální pracovnice mě v předem stanovenou dobu očekávala. Odvedla mě do místnosti, kde se dané rozhovory realizovaly. Posadili jsme se ke stolu a při rozhlédnutí se po místnosti bylo hned jasné, kde se nacházíme. Byla to menší místnost, kde se uskutečňovala ergoterapie. Byl zde větší stůl, police s hotovými výrobky, šicí stroj a další pomůcky. Vše bylo prakticky uspořádané a čisté. K realizaci našich rozhovorů to bylo vhodné místo, nikdo nás zde nerušil. První den jsme zde uskutečnili tři nahrané rozhovory.

Zařízení A, Respondent 1,

54 let, praxe 2 roky, vzdělání ukončené maturitní zkouškou, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči.

Byla to žena, která s klienty s Alzheimerovou nemocí pracuje a podílí se na aktivizaci. Působila ze začátku velmi vyplašeně a nervózně. Nejprve jsme se navzájem představili a předložila jsem jí mé otázky k rozhovoru. Respondentka si otázky v klidu nejprve přečetla a byly jí zodpovězeny dotazy, které se týkaly samotného rozhovoru.

Po tomto kroku již nepůsobila již nervózním dojmem a mohli jsme přejít k samotnému rozhovoru. Na začátku rozhovoru jsme se dotazem ujistili, že respondentka souhlasí s nahráváním rozhovoru. Celý rozhovor proběhl v klidu, respondentka působila lehce nervózním dojmem a na všechny otázky nám řádně a ve stručnosti odpověděla.

Zařízení A, Respondent 2,

41 let, praxe 6. let, vzdělání ukončené maturitní zkouškou, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči.

Druhý rozhovor probíhal opět s ženou, která s klienty s Alzheimerovou nemocí také pracuje a podílí se na jejich aktivizacích. Tato žena byla velmi nervózní a hned se ujišťovala, zda je rozhovor anonymní a jestli to nebude někdo poslouchat. Souhlas s nahráváním rozhovoru nám dala ústně a je zaznamenán na nahrávacím zařízení. Otázky měla také možnost před samým rozhovorem čas shlédnout a projít si je. Případně mít dotazy. Během rozhovoru byla velmi nervózní, nastaly i situace, kdy nevěděla, co odpovědět, a tak byl rozhovor 2x přerušen a po chvíli jsme zase pokračovali v rozhovoru. Respondentka svoji nervozitu schovávala za častý smích.

Zařízení A, Respondent 3,

52 let, vzdělání ukončené maturitní zkouškou, 2 semestry v oboru speciální pedagog, ukončené vysvědčením, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči, pracovník v sociálních službách pro výchovně-aktivizační činnost.

Ke třetímu rozhovoru nám opět hned v úvodu respondentka dala souhlas s jeho nahráváním. Velmi mile překvapila svým příjemným vystupováním, milým chováním a ochotou ihned odpovídat. Sama se jen zběžně podívala na otázky a mohli jsme hned přejít k samotnému rozhovoru. Její odpovědi byly hodně rozvinuté, dostatečně dlouhé a vždy s úsměvem zodpovězené. Tento rozhovor nám poskytl nejvíce informací a trval nejdelší čas. Na respondentce bylo vidět, že jí práce velice baví a naplňuje. Sama se neustále v této problematice vzdělává a pracuje s láskou. Rozhovor s touto respondentkou nám byl velice příjemný a přínosný. I po nahrání daného rozhovoru jsme s respondentkou ještě chvíli pokračovali v debatě.

Zařízení A, respondent 4,

54 let, praxe 2 roky, vzdělání ukončené maturitní zkouškou, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči, pracovník v sociálních službách pro výchovně-aktivizační činnost.

Následující den byl proveden již čtvrtý rozhovor. Tento rozhovor se uskutečňoval v denní místnosti, která sousedila s menší místností, jež byla bez dveří a probíhala zde zrovna aktivizace některých klientů. Respondentka působila jen lehce nervózně, ale po představení se a pročetí si otázek k rozhovoru nervozita pominula. Respondentka sama o sobě řekla, že má pár let do důchodu a není to tak dávno, co absolvovala kurz aktivizačního pracovníka. Po udělení souhlasu s nahráváním nám ochotně odpovídala na předem připravené otázky. Působila velmi "zapáleně" do své práce. Tento rozhovor byl pro nás též přínosný a zajímavý. Mimo nahrávání nám respondentka sdělila, že je v zařízení zaměstnaná jen na částečný úvazek a že vztahy v zařízení mezi personálem nejsou ideální.

Zařízení B, rozhovory v tomto zařízení byly domluvené po telefonické domluvě. Toto zařízení se hledalo obtížně. Bylo v zástavbě rodinných domů, mezi kterými byly úzké uličky a téměř všechny byly označené značkou jednosměrná ulice. Dům, jehož součástí je odlehčovací služba, na nás působil již zvenku jako klasický rodinný dům. Po zazvonění přišla otevřít příjemně působící žena. Byla jsem očekávána, a tak jsme vešli do denní místnosti v přízemí domu. Celé přízemí je uzpůsobeno klientům odlehčovací služby, je zde velká místnost bez dveří, jejíž součástí je kuchyňka, jídelna, dílna a obývací místnost s televizorem. Tady klienti tráví většinu času. V patře se nacházejí pokoje pro klienty. Tyto pokoje jsme bohužel neměli možnost shlédnout, tak jako tomu bylo i v zařízení A. Součástí domu je i menší zahrada, kde někteří klienti mohou trávit volný čas. Dva rozhovory byly uskutečněny v jeden den a zbývající dva následující den.

Zařízení B, respondent 1

57 let, praxe 5 let, vzdělání - maturitní zkouška-ne, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči.

První rozhovor v daném zařízení se uskutečnil v denní místnosti u nejbližšího stolečku. Úplné soukromí zde nebylo zajištěno. Respondentka působila nervózním dojmem, celkově se rozhovoru bála. Dopředu informovala, že ještě nikdy rozhovor nikomu neposkytovala. Opět byla dopředu informována o průběhu rozhovoru a předem byly připravené otázky prokonzultované. Zde trvalo delší dobu, než se respondentka cítila dobře

na to, aby poskytla daný rozhovor. V úvodu dala ústní souhlas s nahráváním rozhovoru. Během kladení otázek bylo na respondentce vidět, jak je stále nervózní a nastaly i situace, že nevěděla, co má odpovědět. I u této respondentky byl rozhovor 2 krát přerušen a následovně jsme pokračovali v rozhovoru. Tento rozhovor byl kratší a stručný.

Zařízení B, respondent 2,

41 let, praxe 1 rok a 3 měsíce, vzdělání ukončené maturitní zkouškou, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči.

Druhý rozhovor probíhal v denní místnosti u daného stolečku. Respondentka působila mírně nervózně, chtěla co nejdříve začít s rozhovorem. Otázky si sama předem prošla a vznesla dotaz, na který ji bylo odpovězeno, a tak mohlo dojít k samotnému rozhovoru. Po kladné odpovědi na souhlas s nahráváním byly respondentce kladeny otázky, na které stručně odpovídala. Bylo na ni znát, že chce mít rozhovor co nejrychleji za sebou, takže odpovídala velmi krátkými větami.

Zařízení B, Respondent 3

25 let, praxe 8 měsíců, VŠ zdravotnického zaměření, momentálně na kurzu- pracovník v sociálních službách pro výchovně-aktivizační činnost.

Třetí rozhovor následoval druhý den. Rozhovor probíhal v menší kanceláři, kde byl dostatek prostoru a soukromí k realizaci rozhovoru. Rozhovor probíhal s nejmladší respondentkou. Byla to velmi mladá, milá, energická žena. Tato osoba je pro svou práci velice zapálená a plná očekávání, a také má spoustu cílů. Bylo na ni zřejmé, že svoji práci dělá ráda, a že ji dostatečně naplňuje. Otázky si předem jen zběžně prohlédla, a proto jsme mohli ihned začít s připraveným rozhovorem. Po udělení ústního souhlasu s nahráváním jsme začali s otázkami. Respondentka měla dostatečný časový prostor na jednotlivé otázky, kterého náležitě využila. Rozhovor nám byl velmi příjemný, respondentka se úplně uvolnila a naprosto přirozeně s námi komunikovala.

Zařízení B, Respondentka 4,

31 let, praxe 3 roky, vzdělání ukončené maturitní zkouškou, kurz-Pracovník v sociálních službách pro přímou péči, pracovník v sociálních službách pro výchovně-aktivizační činnost.

Poslední rozhovor byl uskutečněn opět ve stejné kanceláři, která je malá. Respondentka má svoji práci ráda. Mluvila o ní velmi hezky a v pozitivním slova smyslu. Také velmi energická žena, která jde za svým cílem. Po vzájemném představení se jsme přešli k samotnému rozhovoru. Respondentka si předem prošla otázky a následně dala ústní souhlas s nahráváním rozhovoru. Otázky byly kladené s dostatečným časovým odstupem s prostorem pro odpovědi. Respondentka odpovídala přirozeně, klidně. Bylo znát, že svoji práci má ráda.

5.2.2 Průběh strukturovaných rozhovorů

Tato kapitola slouží jako vysvětlení jednotlivých kódů obsažené v rozhovoru, pro přehlednější pochopení a především pro transparentnost rozhovorů. Každý rozhovor je očíslován číslicemi 1 – 8. Například Rozhovor 1. Odpovědi respondentů jsou v rámci analýzy a interpretace dat označovány následujícím způsobem: **R** – respondent. Každý respondent je označen číslicí od 1 do 8. Číslo rozhovoru a číslo respondenta je totožné. Například v rozhovoru č. 2 odpovídá na otázky R2. Tazatel je označen velkým písmenem **T**. Při kladení otázek je k písmenu **T** ještě přiřazena číslice, která odpovídá číslu otázky, například **T1** – zde tazatel pokládá respondentovi otázku s číslem 1. Následné podotázky, které jsme si v strukturovaném rozhovoru předem určili, jsou i v zadání označené malými písmeny od **a** až po **e**, jednoduše řečeno jsou písmena řazená podle abecedy. Některá otázka má pět podotázek a některá otázka má třeba pouze dvě podotázky. V tomto případě je podotázka označena například **T1a**.

5.3 Analýza a interpretace dat

Pro zpracování strukturovaného rozhovoru je zvolaná metoda **zakotvené teorie**, která splňuje všechny požadavky, které jsou kladeny na vědeckou metodu.

Text vychází z doplněných výroků jednotlivých respondentů. Vždy je vybrán výrok respondenta, který nejpřesněji charakterizuje dané téma. U všech výroků je zachována autenticita, žádný výrok není upraven gramaticky, ani jiným způsobem. Vždy je psán kurzivou a ohraničen v uvozovkách. Před výrokem je označení respondenta, který vznesl výrok a v závorce číslo otázky, na kterou respondent odpovídal.

Názorná ukázka: R3(4a) „*No, to je asi ta práce s hlínou, která teda moc lidí nemá rádo, a myslím si, že asi z toho důvodu. Že jednak jsou z toho špinavý, jednak se musí teda hodně umívat, ano.*“

5.3.1 1. kategorie – Aktivizační programy

Na základě analýzy dat můžeme vyhodnotit četnost aktivizačních programů v zařízení, kde byl proveden výzkum. Data týkající se vlastností aktivizačních programů jsou seskupena do kategorie č. 1. – Aktivizační programy, která byla označena červenou barvou. Charakteristiku červeně označené kategorie nabízí následující tabulka.

Tabulka 6 Charakteristika kategorie 1. – Aktivizační programy

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
ruční práce cvičení hudba - zpěv práce v kuchyni vědomostní hry společenské hry výtvarná činnost televize procházky zahrada knihy	psychická činnost fyzická činnost	intenzita délka	pravidelně nepravidelně krátkodobá dlouhodobá

Odpovědi týkající se zpracování dat do kategorie číslo 1. Aktivizační programy řeší více otázek, které byly položeny respondentům. Stěžejní otázkou pro danou kategorii je otázka číslo 1.: „*Jaký aktivizační program nabízíte klientům v rámci vaši odlehčovací služby?*“ Avšak druhy aktivizačních programů byly vysloveny i v jiných otázkách. Největší četnost jsme zaznamenali u aktivit, které jsou přidruženy kódu ruční práce. Nejčastěji se jedná o pletení košíků z papírových ruliček. Mezi další patří šití, pletení, práce s vlnou. R3(1a): „*Tak děláme tu opravdu všechno možné. Já když jsem sem nastoupila, tak se tady pletly, hlavně teda pletly, tedy košíčky, a u toho jsme zůstali...*“ Aktivita pletení košíků nám byla řečena všemi dotazovanými respondenty. Jedná se o aktivitu pravidelnou a z hlediska trvání dlouhodobou. Také se všechny respondenty u obou zařízení shodli na cvičení. R4(1c):

„Tak každé ráno začínáme pohybovou aktivitou, je to rozcvička, nejčastěji nejvíce vlastně v sedě, do toho zapojujeme míč...“

Muzikoterapie, jak už je popsáno v teoretické části, vlivným programem pro vnímání a pro mozek. V Zařízení A pouštějí hudbu a v Zařízení B si i zpívají. Další aktivitu, kterou praktikují v obou zařízeních je televize, jak na poslech hudby nebo sledování oblíbených programů. R7(1c): „*Když mají chuť, tak si pouští filmy, který má mají rádi. Hodně taky pouštíme v televizi dechovky, který je baví, ty kroje jsou jim velmi blízké.*“ Pouštění oblíbené hudby formou televize má své výhody i vizuální podoba, kdy klienti slyší hudbu, ale také vidí zpěváka, tanec a stylové oblečení, což klientům přivodí milé vzpomínky.

Kód s názvem práce v kuchyni zahrnuje vaření, pečení. R3(1a): „*V poslední době jsme se ale snažili rozšířit tady tyhle ty naše aktivity o vaření, pečení. Spíš teda pečení, ať teda sladkého jídla nebo na slano. Děláme také různé věci z různých těst, které si tady sami připravujeme.*“ Práce v kuchyni jsou přeci jen takové ty činnosti, které byly převážně ženy zvyklé vykonávat po celý život. Proto jsou jim blízké. Z odpovědi respondentky je zřejmé, že tento program byl rozvinut v poslední době.

Vědomostní hry jsou dobré na utužení mozkové činnosti. Například v Zařízení A R2(2): „*...potom hodně rádi třeba vymýšlí odpoledne, po obědě slovíčka na různá písmena.*“ Vědomostní hry pro lidi s Alzheimerovou nemocí musí být zajímavé, ale náročnost odpovídající stavu nemocného. Je nereálné udělat vědomostní hru, kde nikdo, nebo jen malé procento účastněných bude znát postup nebo odpověď. Respondentka uvedla, že „*hodně rádi třeba vymýšlí*“, znamená to, že náročnost je odpovídající dané skupince v zařízení. V Zařízení B je v oblíbenosti luštění křížovek. Další velmi čteně zastoupená hra je puzzle. R1(1d): „*Jo, začínáme téma úplně malinkatýma a tým úplně týma jednoduchýma, který třeba je pět šest obrázků ee z částí toho obrázku a potom se dostaneme třeba i na vyšší část.*“ Společenské hry, jak už z názvu kódu vyplývá, jde o hry, které neprovádí jednotlivec, ale vždy nejméně dva účastníci nebo kolektiv. V Zařízení B například hrají stolní hry, například hru Člověče, nezlob se. Kód reprezentující výtvarnou činnost zahrnuje taktéž více aktivit. Je to malování, vystřihování, lepení různých obrázků. Moc se mi líbí, že v Zařízení B klienti sami vytváří výzdobu, která je tematická podle daného období. R8(2): „*Mají hodně rádi tu výtvarnou dílničku, které se věnujeme v tuto chvíli. Ted'ka děláme nástěnku s jarními motivy.*“ Další oblíbená aktivita u obou zařízení jsou procházky, zde je pravidelnost ovlivněná ročním obdobím a také počasím. V zařízení B mají i malou zahrádku s altánkem, kde je možnost posezení a klienti si mohou popovídat nebo jen tak posedět, v přírodě

a na čerstvém vzduchu. Procházky mohou být i cílené. R6(1c): „Byli tady klienti vlastně, se kterými jsme chodili na ledňáka tady, na zahrádku přes léto, jo.“ Knihy mohou zastřešovat více aktivit, buď samostatnou četbu, předčítání, povídání si o knize, či příběhu z knihy nebo prohlížení obrázků. R1(1a): „Především třeba, když člověk má rád četbu, tak se mu budu věnovat tomu, že budu se věnovat tím, že mu budu předčítat třeba nějakou knížku.“ Přizpůsobení je nutné dle aktuálního stavu klienta. Některý si rád čte sám a sám to i zvládá. Někdo by si rád četl, ale už to neumí nebo to nezvládá, tak má možnost varianty předčítání.

5.3.2 2. kategorie – Koncepce aktivity

Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že koncepce aktivity je důležitá z hlediska důsledků aktivizace. V dané kategorii analyzujeme i zapojení rodiny, či přátel do aktivizace klienta. Tato data jsou seskupena do kategorie 2. – Koncepce aktivity, která byla označena zelenou barvou. Charakteristiku zeleně označené kategorie nabízí následující tabulka.

Tabulka 7 Charakteristika kategorie 2. – Koncepce aktivity

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
individuální složení skupiny oblíbenost/ zvladatelnost rodina kdykoliv společně s rodinou není to časté	přizpůsobení zapojení rodiny	míra spolupráce	nízká vysoká

Kategorii Koncepce aktivity řeší hned dvě otázky, které byly položeny respondentům. První otázka číslo 1a: „Jaká je koncepce aktivizačních programů?“ A další otázka číslo 1e: „Mohou se do aktivit zapojit rodinní příslušníci či přátelé, pokud ano, jakým způsobem?“ Sedm respondentek se shoduje, že koncepce aktivity u seniorů je individuální. Nejlépe vystiženou odpověď uvedla respondentka R4(1a): „Jak jsem řekla, ee různorodá, záleží opravdu na každém zvlášť, je to individuální přístup, protože každý člověk je jedinečný, každý má jiný problém zdravotní ee, potom samozřejmě i hmm to, co každý v životě prožil, jaké měl zaměstnání, takže jak říkám individuální přístup a každý zkrátka

dělá něco jiného. V něčem se spojíme.“ Odpověď respondentky je vyčerpávající, obsáhla všechny aspekty, které ovlivňují koncepci aktivity. Dalším ovlivňujícím faktorem je složení skupiny. Skupina klientů v zařízení může být malá nebo velká. Můžou ve skupince být klienti s odlišným stupněm Alzheimerovy choroby, to jsou další aspekty, které ovlivňují koncepci. Tak, jak to řekla respondentka R7(1a): *„Tak individuálně se hodně snažíme se přizpůsobit každému tomu klientovi, ee protože každý má rád něco jiného a každá ta skupina těch klientů je taky jiná, různě šikovná, tak se jim nějak jich přizpůsobit, aby to zvládali, aby je to bavilo.*“ Koncepci aktivity také má možnost ovlivnit zapojení rodiny. Ze strany dotazovaných respondentů, jich šest naprosto jistě vyslovalo, že se rodina může zapojit kdykoliv. Například tento respondent to řekl R1(1e): *„Pokud rodinní příslušníci mají zájem, tak se sem mohou zapojit kdykoliv přijdou třeba na návštěvu. Třeba tady je klientka, která ráda lepí obrázky z trhaných papírků, no a nedávno za ní přišla dcera a samozřejmě si u toho povídali a lepili spolu.*“ Respondentka správně uvedla: *„pokud rodinní příslušníci mají zájem“*, ze strany zařízení, jak je psáno výše, není žádný problém s tím, aby se rodina kdykoliv zapojila. Na to výborně navazuje kód „není to často“, který právě označuje intenzitu návštěv rodiny v zařízení. Dalším kódem je „společně s rodinou“, tento kód reprezentuje akce pořádané zařízením, které jsou formou oslav, či vystoupení. Těmito akcemi aktivně nabízí zařízení návštěvu klientovi rodiny. Výborným způsobem dva poslední uvedené kódy reprezentuje respondent odpovídající na otázku, která se týká zapojení rodinných příslušníků či přátel. R7(1e): *„Tak určitě se můžou zapojit, i když to teda tady nedělají tak často. Tím, že my jsme zařízení na krátkou dobu, tak ty rodiny sem dávají ty klienty na to, aby si odpočinuli, takže většinou je tak jako nechávají tady pobýt a moc se do těch aktivit nezapojují, ale v případě, že se třeba odehrávají nějaké besídky, třeba pálení čarodějnic, vánoční besídky nebo zrovna Velikonoce, MDŽ, tak do toho se mohou rodiny zapojovat a čas od času zapojují.*“

5.3.3 3. kategorie – Spolupráce

Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že kladný vliv na kvalitu práce může být zapříčiněn i případnou spoluprací s externím odborníkem nebo jiným specializujícím se zařízením, tato data jsou seskupena do kategorie 3. - Spolupráce, která byla označena modrou barvou. Charakteristiku modře označené kategorie nabízí následující tabulka:

Tabulka 8 Charakteristika kategorie 3. – Spolupráce

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
PAPRSEK	využití spolupráce	míra spolupráce	nízká – vysoká
PIAFA	externích zařízení		
NESPOLUPRACUJEME			

Kategorii Spolupráci řeší výpovědi všech respondentů, u jediné otázky, kteří odpovídali na otázku č. 1b: „*Spolupracujete v rámci aktivizace s nějakými středisky či organizacemi?*“ Zazněla ve všech případech velmi krátká odpověď. Z výpovědi většiny respondentů bylo zřejmé, že mají jasno a přehled, s kým spolupracují, nebo že nespolečně pracují. Na druhou stranu, analyzovaná spolupráce je v tak nízkém počtu, že by měl o případné spolupráci/ nespolečně práci mít přehled každý pracovník zařízení. R7(1b): „*Ani nespolečně pracujeme, ale teďka jsme zrovna prosili školu základní, aby sem přišli si studenti nebo žáci pře předcvičovat klientům, tak jenom tak pro zpestření. Není to tak, že by cvičili s něma, ale aby sem přišli nové tváře a viděli něco nového.*“ V tomto uvedeném vyjádření je patrný důvod k navázání spolupráci. R7(1b): „*aby sem přišli nové tváře a viděli něco nového.*“ Tento důvod není o odborné práci fundovaných zařízení ani přínos odborné péče, ba naopak přínos je to v jinak stráveném aktivizačním programu za doprovodu dětí, kteří pro seniory mohou znamenat jisté rozptýlení a jinak stráveném dni. Další z odpovědí byla jistá R1(1b): „*Spolupracujeme, je to především Paprsek a potom je tady ve Vyškově Piafa.*“ Podobnou odpověď zaznamenáváme u všech respondentů ze **Zařízení A**. Naopak respondenti ze **Zařízení B** řekli, že s žádným střediskem, či organizací nespolečně pracují.

5.3.4 4. kategorie – Preference aktivity

Kategorie s názvem Preference aktivity reprezentuje všechny skutečnosti, které mají za příčinu preferovat jistou aktivitu. Kategorie Preference aktivity je označena fialovou barvou. Charakteristiku fialově označené kategorie nabízí následující tabulka:

Tabulka 9 Charakteristika kategorie 4. – Preference aktivity

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
oblíbené	preference aktivity	míra	nízká vysoká
neoblíbené			
preference mužů			
preference žen			

Kategorii Preference aktivity řeší výpovědi všech respondentů, u více otázek. Ale stěžejní otázky pro danou kategorii jsou dvě. V rozhovoru byla otázka číslo 2.: „Kterou z aktivit klienti nejvíce preferují, kterou nejvíce navštěvují?“ Druhá otázka pro danou kategorii je otázka č. 2a: „Která aktivita je oblíbenější u mužů a která u žen?“ Všichni dotazovaní respondenti byli za jedno, že preferovány jsou aktivity oblíbené. Neoblíbeným aktivitám se snaží vyhnout nebo je nedělat. R5(1a): „Snažíme se s každým klientem individuálně, co u kterého vybrat, co by bavilo a podle tomu podřídíme ty hry.“ Z uvedeného výroku usuzujeme, že rozdělení aktivit je podle oblíbenosti dané aktivity. Lidé seniorského věku nejsou tak přizpůsobiví, jako lidé ve středním věku. Mezi neoblíbené aktivity patří tedy to, co je nebaví nebo je složitější. Například práce s hlinou, u které jsou špinaví, jak uvedl následující respondent. R3(3): „No, to je asi ta práce s hlinou, kterou teda moc lidí nemá rádo, a myslím si, že asi z toho důvodu, že jednak jsou z toho špinavý, jednak se musí teda hodně umívat, ano. Dále odlišné preference jsou u mužů a odlišné u žen. R5(2a): „No, ženy jsou aktivnější, muži jsou spíš pasivnější, jako že by se nechali nutit, jako nechají se nutit, no. Přemlouvát.“ Jak uvedl respondent, rozdíly mezi muži a ženami vždy byly a jsou, v seniorském věku mohou být dané rozdíly i výraznější. Z výše uvedeného se také odvíjejí jiné preferované aktivity u mužů a jiné u žen. Nejlépe vystižená odpověď je u respondentky R1(2): „No tak asi ženy preferují takový ty obyčejný ruční práce, protože je to nejbliž ženám odjakživa, že jo, takový ty háčkování, pletení, pečení. Takový ty běžný ruční práce a muži, ty už zase spíš takový ty trošku složitější, takže si chystají třeba stojany na košíky nebo pletou košíky. Někteří se pustí i do toho pečení. To záleží na tom, jaký měl oblíbený dřívě a třeba se tomu i přizpůsobí a pustí se do toho taky.“

5.3.5 5. kategorie – Seznámení s nabídkou

Kategorie s názvem Seznámení s nabídkou reprezentuje všechny podmínky a výzvy pracovníků v odlehčovací službě k tomu, aby se klienti dozvěděli, jakým způsobem mohou být aktivováni, co budou dělat a jaký budou mít plán na daný den. Ve stručnosti jde o podání informací ze strany zaměstnance odlehčovacího zařízení směrem ke klientovi, případně jeho rodině. Kategorie Seznámení s nabídkou je označena růžovou barvou. Charakteristiku růžově označené kategorie nabízí následující tabulka:

Tabulka 10 Charakteristika kategorie 5. – Seznámení s nabídkou

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
ptáme se jich	individuálně hromadně	kdy nabízíme intenzita	systematicky (pravidelně) náhodně
co je za den, měsíc			
sami nabízíme aktivity			
hromadně			
ranní posezení v kolektivu			
při jednání se zájemcem o službu			
při svačince			
sdělíme plán			

U kategorie č. 5. – Seznámení s nabídkou jsme většinu odpovědí zaznamenali v rozhovoru u otázky č. 2b „*Jakým způsobem seznamujete klienty s nabídkou aktivit?*“ Nejvyšší četností odpovědi jsou, že seznámení s nabídkou probíhá hromadně nebo-li podle denního plánu za účasti všech klientů. R1(2b): „*Každé ráno u nás probíhá takové to posezení v kroužku, kde si povídáme, co za ten den proběhne, zacvičíme si, a potom se předeštre, co za ten den se bude dělat a za aktivizace. A pokud s nimi souhlasí, tak se zúčastní, a kdo ne, tak se věnuje něčemu jinému.*“ Zde je výborná pravidelnost a režim, klienti mají jistotu, kdy se dozví o nabídce aktivizací. V **Zařízení A** je to při ranním setkání v kroužku, v době, kdy mají každý den naplánované cvičení. V **Zařízení B** je to také pravidelné a v režimu, každý den při svačince. Seznámení s nabídkou aktivizací neprobíhá jen v denním plánu, například když do zařízení přijde nový klient, tak je seznámen s nabídkou aktivizací při nástupu. R4(2b): „*Protože sem dochází vlastně postupně, takže vždycky, když přijde nový klient do zařízení, tak se s ním přijdeme seznámit, představíme se*

navzájem, poptáme se ho, kde se narodil, co v životě dělal, na jeho rodinu a z toho pak dál vycházíme při přidělování těch aktivit nebo zapojování do aktivit.“ V tomto případě dochází k seznámení s nabídkou individuálně. Klient a jeho rodina má takto přehled o nabídce aktivizace v daném zařízení. Při vzájemném představování je důležitý faktor uklidnění a ujištění klienta a jeho rodiny, že je svěřen do „dobrých rukou“. Představování ze strany klienta je důležité pro zaměstnance zařízení, díky informacím o něm samotném, o rodině, o jeho pracovních zkušenostech, či zálibách a samozřejmě o stavu nemoci. Zaměstnanec zařízení potom lépe nabídne aktivizaci, která klienta baví a aktivizuje.

Seznámení s nabídkou není jen jednostranné, tzn. od zaměstnance, ke klientovi. Zaměstnanec vnímá jejich aktuální pocity a potřeby. Denní struktura aktivizace je tedy domluva zaměstnance a klienta. R6(2b): *„Při svačince, vlastně jo, když jsou tady v kolektivu, jo, tak je vlastně obeznámíme s tím, co jsme si pro ně naplánovali, co bychom chtěli vlastně dělat, jo, a domluvíme se co a jak.“* Nabídka aktivizačních programů také záleží na vybavení zařízení a také na ročním období a počasí. R3(2b): *„Seznámíme je s tím, co je za den, kdo má svátek, kolikátého je a tak dále.“* Klienti jsou takto každodenně utužováni základními informacemi, od kterých se odvíjí i sezónní nabídka aktivizací. Pokud má v ten den někdo svátek, narozeniny, či je nějak významný den, tak společně oslavují, či si povídají o významné události. I tato skutečnost ovlivňuje denní nabídku aktivizací.

5.3.6 6. kategorie – Význam aktivizace

Kategorie číslo šest s názvem Význam aktivizace reprezentuje dle dotazovaných respondentů, jak už sám název napovídá, účel aktivizace seniorů v zařízení. Kategorie Význam aktivizace je označena žlutou barvou. Charakteristiku žlutě označené kategorie nabízí následující tabulka.

Tabulka 11 Charakteristika kategorie 6. – Význam aktivizace

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
zachování motoriky	zpomalení zhoršování nemoci	míra	velký - malý
neleží na lůžku			
aby mohli spát v noci	radost		výrazný - minimální
motivace k soběstačnosti			
zabavení klienta			
mají radost			

U kategorie č. 6. Význam aktivizace jsme většinu odpovědí zaznamenali v otázce číslo 3.: „V čem spatřujete význam aktivizace seniorů? V čím je prospěšná?“ Nejčastější odpovědi respondentů bylo, že význam aktivizace je, že neleží na lůžku a i díky tomu mohou spát v noci. R6(3): „Takže prospěšná je v tom, že vlastně klienti zapojují mozkovou činnost, jo, nenecháváme je vlastně v uvozovkách povalovat, pospávat, jo, že se snažíme je vlastně aktivovat přes den, aby potom v noci lépe spali.“ U seniorů jak zdravých nebo s Alzheimerovou chorobou nebo jinak nemocných je běžné, že v jejich věku večer nemohou usnout a ráno se budí dříve, proto mají i tendence pospávat přes den. Další nejčtenější odpověď je ohledně zabavení klienta přes den. R7(3): „Tak vůbec jde jenom o to zabavení toho klienta ehm, oni když nemají žádnou činnost, tak jsou hodně depresivní, takže už jenom to, že se tady sejdou dole. Ve společenské místnosti tráví čas spolu, něco si u toho vykládají a můžou spolu něco tvořit, potom mají radost, z toho výsledku, tak už jenom toto je pro ně ehm, jako do dobrý dobrá chvílka, to co j dokáže nějak namotivovat a povzbudit.“ V této odpovědi je přesně zaznamenáno více významů. Pokud má senior vhodnou aktivizaci přes den, což znamená aktivizaci, která ho baví a která mu jde dobře, tak přináší radost a smysl života i ve stádiu nemoci a v seniorském věku. Další respondentka uvedla R7(1d): „...při pozdějších stádiích jsme třeba rádi, když oni zvládají třeba péči o sebe, tak se je snažíme aktivizovat třeba, aby si vůbec oblékli svetr, aby si ho oblékli správnou stranou. Snažíme se, aby to tu zvládali samostatně. A postupně jim třeba pomáháme, jak ta jak ta nemoc pokračuje, tak už se to ani tak nejedná o nějakou jako by aktivizační činnost, ale spíš o to, aby oni zvládali nějaké ty běžné úkony.“ V zařízeních, ve kterých jsme uskutečnili výzkum, mají aktivizace nejčastěji na bázi ergoterapie, senioři si takto obnovují nebo

vytvářejí nové zájmy, což je hezké. Důležitá část aktivizace je i ta, kde se soustředí na denní stereotypní záležitosti, jako je například čištění zubů, oblékání a chození na toaletu, tato potřeba aktivizace je spíše v pokročilém stupni Alzheimerovy choroby. V poslední řadě je třeba zmínit kód **zachování motoriky**, to je právě velkou pomocí aktivizace na bázi ergoterapie, kde je klient nucen zapojit části svého těla. R1(3): „*Jo a hlavně třeba ta motorická činnost, pohyb rukou pohyb nohou a podobně. Takže to hlavně jim napomáhá ta aktivizace v tomto směru.*“ Při dostatečném pohybu nemusí docházet ke zhoršení stavu nemocného, nebo se tímto způsobem alespoň ustaluje současný stav nemocného.

5.3.7 7. kategorie – Překážky aktivizace

Kategorie číslo sedm s názvem Překážky aktivizace je zaměřená, jak už z názvu vyplývá, na možné hrozby a překážky, které znemožňují úspěšnou aktivizaci člověka s Alzheimerovou chorobou. Tato kategorie je označená hnědou barvou. Charakteristiku hnědě označené kategorie nabízí následující tabulka.

Tabulka 12 Charakteristika kategorie 7. – Překážky aktivizace

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
nemoc uživatele	komplikace bariéry	míra	přechodné
špatná zvladatelnost			trvalé
ne baví je to			zásadní
nechce se jim			zanedbatelná
malé množství zaměstnanců			

U kategorie číslo 7. jsme nejvíce odpovědí od respondentů zaznamenali u otázky číslo 4.: „*Existují překážky, které by bránili realizaci aktivizace? Pokud no, tak jaké?*“ Nejčastější odpovědí byla nemoc uživatele, která je nevyzpytatelná a zaměstnanec nikdy nedokáže dopředu určit chování klienta. Například jedna respondentka uvedla R6(4): „*Hmm, tak překážky k realizaci aktivizace především vlastně ee stav toho klienta jo, záleží vlastně. Jako tady se mluví o Alzheimerově chorobě, my tady máme různé typy nebo druhy jako těch nemocí, jo, ale hm... především...překážky... přímo s Alzheimerem... no může být třeba nějaká nemoc, jo.*“ Navíc klienti jsou v seniorském věku, má člověk imunitu narušenou a častěji podlehne nemocem. Nebo jinou překážkou aktivizace R1(1c): „*...někdo to mív*

zvládá, tak aby v rámci aktivity třeba aby víc zapojil ruce.“ Horší pohyblivost končetin může působit problémy u některých aktivizačních programů. Dalším překážkovým faktorem je, že je to nebaví, nebo že se jim nechce, jak uvedla respondentka. R7(4): *„Tak to může to být ehm různé kombinované postižení toho klienta, kdy třeba on se nemůže do té aktivity nějakým způsobem zapojit, tím, že nechce, nebo tím, že ho to nebaví. Tak se snažíme vymyslet něco jiného, aby on si nepřipadal odstrčený, a aby se mohl nějakým jiným způsobem, ehm třeba k jiné aktivitě zapojit.“* Z tohoto důvodu si musejí zaměstnanci všimnout každého klienta a účelně reagovat na jeho podmínky.

5.3.8 8. kategorie – Vize budoucnosti

Kategorie s názvem Vize budoucnosti je zaměřená na plánování nových akvizitních programů. Jak už reakce na podněty ze stran klientů nebo jako iniciativa zaměstnanců či vedení daného zařízení. Tato kategorie je označena oranžovou barvou. Charakteristiku oranžově označené kategorie nabízí následující tabulka.

Tabulka 13 Charakteristika kategorie 8. – Vize budoucnosti

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII	SUBKATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE	DIMENZIONALIZACE VLASTNOSTÍ KATEGORIÍ
plánujeme	inovace	způsob	dle přání dle potřeby
nevím o ničem novém			
v rámci možností			
nebráním se			
inspirace odjinud			
když by klienti chtěli			
klienti nežadají			

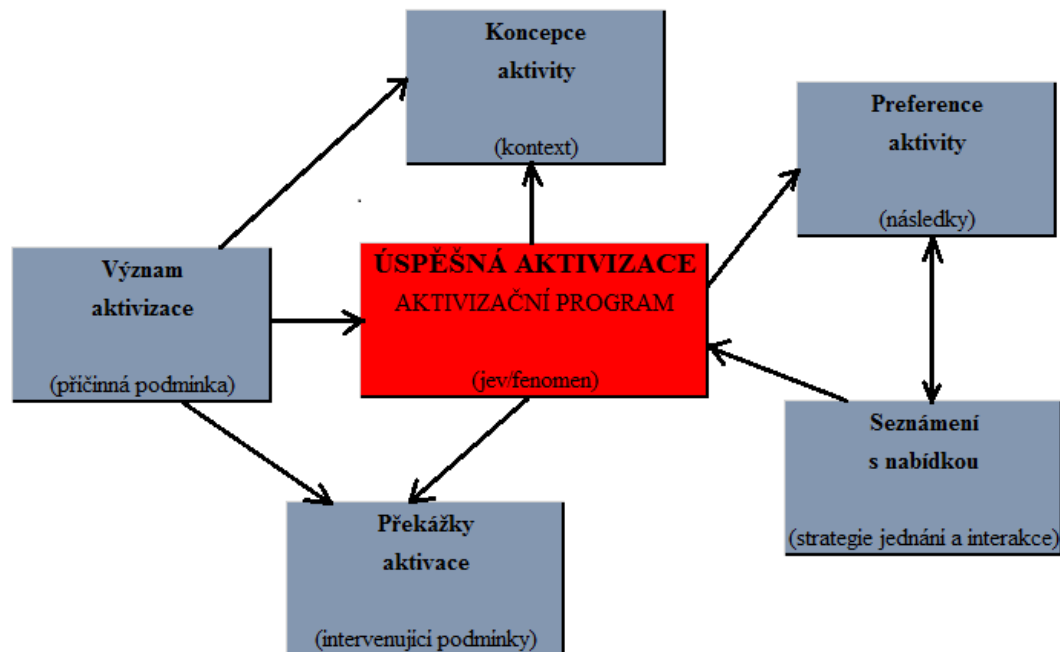
U kategorie číslo 8 jsme nejvíce odpovědí od respondentů zaznamenali u dvou otázek. První otázka číslo 3a: *„Jste schopni na přání klientů rozšířit sortiment nabízených aktivit?“* A druhá otázka číslo 3b: *„Plánujete do budoucna rozšíření aktivizačního programu na nějaké další aktivity?“* U této kategorie dochází k rozpolceným výsledkům. Někteří respondenti uvádějí, že se plánují nové aktivizační programy a jiní tvrdí, že nevědí o ničem novém. Odpovědi byly různé u obou zařízení, ve kterých výzkum probíhal. Jediným vysvětlením je dezinformovanost zaměstnanců nebo možnost, že ostatní zaměstnanci nejsou

kompetentní mít přehled o budoucích plánech, což je velmi špatnou variantou. Jedna z informovaných respondentek řekla R1(3b)? „*Plánuje se tady, ale prozatím je to teprve v plenkách. Záleží na financích, a na tom, jak to půjde, jak se to jestli se to schválí nebo neschválí.*“ Finanční omezení je otázkou možností daného zařízení, tuto odpověď uvádím u kódu „v rámci možností“. Omezení nemusí být pouze finanční, ale také omezení prostorem nebo počtem personálu. Nebo jak uvedla respondentka R3(3b): „*No, pokud se najde nějaká vhodná aktivita, kterou bychom zvládali, a byli bychom schopni teda při kapacitě, kterou tady máme, tak se tomu nebráním vůbec. Ráda se přiučím.*“ Můžeme konstatovat, že žádná z uvedených respondentek se nebrání něčemu novému. Někdo se i dokonce inspiruje odjinud. R7(3a): „*Na přání klientů jsme schopni rozšířit ehm ten sortiment těch aktivit, i když klienti moc často nepřichází, jako s nějakými novinkami. Spíš jako my jim nabízíme něco nového, co jsme se třeba doslechli jinde, nebo co, kdo viděl, tak se to snažíme aplikovat u našich klientů.*“ Z odpovědi je zřejmá i další skutečnost, kterou máme pod kódem „klienti nežádají“. Většina respondentek se nebrání vyhovět přání klientů, ale podmínky ze strany klientů nepřichází.

5.4 Paradigmatický model axiálního kódování a jeho interpretace

Paradigmatickým modelem je dostáváme do druhé úrovně analýzy. Spočívá v aplikování obecného kódovacího paradigmatu. Paradigmatický model nastíní vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

Obrázek 2 Paradigmatický model axiálního kódování



5.5 Vyhodnocení cílů

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování aktivizačních programů nabízených seniorům s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby.

Následně odpovídáme na předem stanovené dílčí otázky

Jaká je nabídka aktivizačních programů pro seniory s Alzheimerovou chorobou v rámci odlehčovací služby?

Po analyzování získaných dat z rozhovoru můžeme konstatovat, že nabídkou aktivizačních programů v námi zkoumaných zařízeních je nejčastější **ergoterapie**, kde nejčastějším aktivizačním programem je pletení košíků z papírových ruliček, skládání puzzle nebo spíše pro ženy práce v kuchyni – vaření nebo pečení. Po ergoterapii nejčetněji zastoupená je **arteterapie**, kde se praktikuje nejčetněji malování, vymalovávání, lepení obrázků a vystřihování. Dále v pořadí četnosti realizací terapie je **muzikoterapie**, zde se bohužel nejedná o muzikoterapii za použití hudebního nástroje. Nejčastěji je to pouštění oblíbené hudby nebo v Zařízení B pouštění hudby a i zpěv. Druh hudby jsou dechovky. Často pouští hudbu i z televize, pro doplnění vizualizace. Například při pouštění dechovek

se senioři dívají v televizi na tanec v krojích, což je prý velmi oblíbené. Poslední využívanou terapií je **biblioterapie**, kde si senioři čtou knihy, nebo je jim předčítáno z knih. Každý den v obou zařízeních probíhá cvičení jako ranní rozcvička. V zařízení B mají k dispozici menší zahradu, kde se senioři ve volné chvíli procházejí.

Jaké aktivizační metody využívají pracovníci u klientů v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby?

Na tuto dílčí otázku nemáme fundovanou odpověď. Otázka v rozhovoru, která nám měla objasnit výše uvedenou dílčí otázku, zní: „*A dokážete rozlišit, jaké metody jsou vhodné pro klienty v jednotlivých stádiích Alzheimerovi choroby?*“ V tomto případě nedošlo k nepochopení otázky, protože všechny otázky byly před poskytnutím rozhovoru v dostatečném časovém úseku předloženy k přečtení a k případným otázkám z možnosti nepochopených otázek. Bohužel zde musíme konstatovat, že pracovnice zařízení nemají přehled o využívání aktivizačních metod dle jednotlivých stádií Alzheimerovy choroby. Časté odpovědi zněly, že klientovi nabízí aktivizaci od jednoduchých věcí, které když zvládne, tak přistupují k obtížnějším aktivizacím. U lidí s Alzheimerovou chorobou v počátečním stádiu se snaží zapojovat do všech možných aktivizací. U klientů s pokročilou stádií Alzheimerovy choroby se je snaží v rámci možností aktivizovat na samostatnost, aby alespoň některé běžné denní potřeby dokázali zvládnout bez asistence.

V čem spatřují pracovníci přínos aktivizačních metod pro seniory s Alzheimerovou chorobou jednotlivé činnosti nabízené v rámci aktivizačních programů?

Největším přínosem dle dotazovaných respondentů je zabavení klienta přes den, aby měl jistý řád a hlavně přes den nepoléhal na lůžku a díky tomu mohl spát v noci. Přínosem je zvladatelnost běžných denních úkonů bez asistence. Další výhodou je, aby se klient cítil užitečný, našel smysl života, něco, co ho baví a jde mu to. Posledním čtým důvodem přínosu aktivizačních metod bylo zachování a procvičování motoriky.

Jaká je oblíbenost a využití daných činností?

Nejvíce oblíbené činnosti jsou ty, které klientovi jdou, které zvládá výborně. Je zde zřejmý rozdíl mezi ženami a muži. Ženy jsou více pracovité, to je díky tomu, že pracovaly celý život, jak v práci, tak následně doma jako hospodyňky, takže na ženách oproti mužům lze vidět větší pracovitost, proto je baví obyčejné ruční práce, které s oblibou vykonávají. Muži oproti ženám jsou více „lenivější“, ale s přízní vykonávají takové ty „mužské

práce“ například na zahrádce, u mužů je nejvíc oblíbené pletení košíků z papíru. Jednoduše se dá říci, že je pro ně oblíbené to, na co byli zvyklí dělat před Alzheimerovou nemocí.

Existují překážky bránící možnosti aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou?

Nejčtenější překážkou je nemoc uživatele. Vzhledem k Alzheimerově nemoci a k věku, je u nich běžné, že onemocní jiným způsobem, což zabrání v pokračování aktivizace. Jsou aktivizace, které je nebaví a nemají chuť je vykonávat. Další překážkou jsou aktivizace, které jsou pro ně složité. Mají rádi jednodušší věci, aby mohli mít dobrý pocit sami ze sebe, že jim přidělené aktivizační cvičení jde dobře.

Dalšími překážkami je malé množství zaměstnanců, kdy není možné se věnovat jednomu klientovi, tak jak by bylo potřeba nebo jak by si sám klient přál, protože zaměstnanec se musí starat všechny klienty. Mezi překážky patří i prostorové ohraničení, malé místnosti, nízký počet místností a málo času, proto jsou skupinky velké, měly by být rozděleny podle orientace, tak, aby zaměstnanec mohl současně aktivizovat více lidí, kteří jsou na tom zdravotně stejně.

5.6 Shrnutí výsledků výzkumu

V praktické části, kde se provedl výzkum ve dvou zařízeních odlehčovací služby formou rozhovorů, se došlo k následujícím výsledkům. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že nejčastější aktivizační program je to ergoterapie, tzv. léčba prací. Klienti v zařízeních nejčastěji pletou košíky z papíru nebo dělají jiné ruční práce. Obě dvě zařízení mají každý den cvičení ve stanovený čas. V obou zařízeních se také věnují vědomostním a společenským hrám.

Koncepce aktivizace je obdobná u obou zařízení. Všichni dotazovaní respondenti se shodují, že koncepce je individuální. Záleží na složení skupiny, zvladatelnosti a zručnosti jednotlivých klientů. V každém případě se zařízení vždy přizpůsobí klientovi. Ve všech zařízeních se nebrání spolupráci s rodinou a přáteli klienta, dokonce tvrdí, že se rodina může do aktivizace zapojit kdykoliv. Zařízení tímto vychází vstříc i pořádáním různých společenských akcí, které jsou tematicky zaměřené podle ročního období, kde zvou rodinné příslušníky a přátele na společnou společenskou událost. Bohužel ne často se rodinní příslušníci do akcí zapojují.

Zařízení A spolupracuje s Paprskem a Piafou, zatímco Zařízení B je prozatím bez spolupráce s externí organizací, ale oslovili školu, aby děti chodily cvičit do zařízení a klienti tak měli možnost rozptýlení a potkávali by nové tváře. Bohužel je škoda, že Zařízení B nevyužívá spolupráci s organizací.

Ženy a muži preferují převážně odlišné aktivity, ale na jedné věci jsou zajedno, pro všechny musí být aktivity oblíbené. Přizpůsobení klientů není běžné, ale i v tomto výjimka potvrzuje pravidlo. Rozdíl mezi mužem a ženou je ten, že žena je více aktivní, vychází to z celoživotního postavení ženy, coby hospodyně. Muži jsou více pasivní, neradi se přizpůsobují, nechají se přemlouvat. Muži ani ženy nepreferují složitější hry.

Seznámení s nabídkou aktivizačních programů je většinou hromadné a pravidelné. Každý den, v dopoledních hodinách se dozvedí, co pro ně aktivizační pracovnice připravila. Nabídka aktuálních aktivizačních programů není stálá, vždy dojde k přizpůsobení klientovi, k jeho přání a potřeb. Nabídka aktivizačních programů je také sdělena individuálně, a to při podpisu smlouvy, když přichází nový klient do zařízení.

Význam aktivizace je v každém případě k zachování motoriky, k tomu slouží pohybové cvičení nebo ruční práce. Dalším důvodem, na kterém se shoduje více dotazovaných respondentů je, že významem je noční spánek a aktivita přes den. Klienti pak před den nepolehávají na lůžku a večer nemají takový problém s usínáním. Důležitým význam je, že klienti mají radost, a to především z dobře odvedené práce, z výsledku, kterého dosáhli. Proto aktivizační úkoly jsou přiměřeně těžké, aby byly zvládnutelné. Není cílem odradit klienta, ale motivovat k další radostné práci, která i lidem s Alzheimerovou chorobou dokáže dát smysl života.

Mezi překážky aktivizace jednoznačně patří nemoc uživatele, shodla se na tom většina dotazovaných respondentů. Nemoc uživatele je nevyzpytatelná a může výrazně ovlivnit aktivizační program pro klienta. Další překážka je ve špatné zvladatelnosti a o nezájmu o aktivizace. Bohužel motivace je pro ně pravděpodobně velmi slabá. Poslední překážkou je množství zaměstnanců pracujících v zařízení. Bohužel se takto nestihnou věnovat klientům takovou dobu, jako by klienti potřebovali. Čas a počet pracovníků se musí rozvrhnout mezi všechny klienty.

Poslední kategorií je Vize budoucnosti, kde jsme se dozvěděli o možných plánech, nových aktivizačních programů v zařízeních, ale konkrétní aktivizační programy nám sděleny nebyly. Zaměstnanci se nebrání vyhovět klientům jejich přání nebo prosbu o nový

aktivizační program, ale od klientů žádné žádosti nepřicházejí. V zařízeních je nutné neustálé sebevzdělávání, aby pracovníci šli s trendy s aktivizačníma programy.

5.7 Doporučení pro praxi

Doporučení pro zlepšení praxe může být vždy, protože neustále je potřeba se zlepšovat. V tomto případě vím, že doporučení pro praxi je nezbytné. V první řadě doporučuji všem zařízením větší spolupráci s jinými organizacemi. Na externí aktivizační program může přijet odborník, takže péče pro klienty by byla na vyšší úrovni. Dále se zaměstnanci mohou inspirovat od odborníka na externí spolupráci. V obou zařízeních lze poznat, že se občas zaměstnanci účastní nějakého tematického školení, ale bohužel musím konstatovat, že většina respondentů na mě působila neprofesionálním dojmem. Už jen při představě rozhovoru byly dotazované ženy nejisté. Respondenti jsou lidé, kteří pracují s jinými lidmi, navíc s lidmi, kteří mají Alzheimerovu nemoc. Tyto ženy by měli být zvyklí na čekané a nečekané projevy nemoci. Takový člověk v mé představě působí jako silná osobnost, což mohu potvrdit, že takovým dojmem na mě působili pouze tři respondenti, a to mladšího věku. Bohužel jen v jednom případě byl menší náznak o rozpoznání Alzheimerovy nemoci v jednotlivých stádiích. Ostatní respondenti neodpověděli správně na otázku. Při tom před uskutečněním rozhovoru měli dostatečný čas na pochopení otázek a na případnou konzultaci. Bohužel už i v teoretické části při studiu literatury jsem se i já setkala s malým množstvím materiálu, které by se týkalo jednotlivých stádiích Alzheimerovy nemoci. Dalším doporučením pro praxi je předávání si informací a zkušeností v rámci zařízení. V tomto směru jsem pociťovala u obou zařízení jisté mezery.

Tedy celkové zjištění je, že pracovníci odlehčovací služby nejsou dostatečně erudovány ve svém pracovním oboru. Dle odpovědí na otázky nebylo zjevné, že by dobře znali Alzheimerovu nemoc. Svým způsobem odbornost nebyla poznat u více otázek. To je zapříčiněné nedostatečným vzděláním pracovníků zařízení. Aktivizační pracovníci by měli mít větší přehled o možnostech a nabídkách, jak s klienty pracovat. A to v oblasti demence, komunikace, terapiích, aktivizačních metodách, literatuře, sebevzdělávání. Pro lepší zpětnou vazbu od klientů doporučuji individuální rozhovory či případně dotazníky. Zaměstnanci by měli chodit na stáže do jiných zařízení, kde se také pracuje s touto cílovou skupinou.

Posledním doporučením je především na zaměření na kognitivní trénink, které je vhodné pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Především zapojení kognitivních funkcí při všech aktivitách. Je důležité nenechat pracovat klienta samostatně, klient musí neustále pracovat s pamětí, myšlením a vyjadřováním. Pro to určitě není nejvhodnější aktivita pletení košíků, které zaměstnanci uvádí jako nejčastější aktivizační program. Proto bych doporučovala všem zaměstnancům zařízení k přečtení knihu Trénink paměti pro každý věk (Suchá), kde je popsáno hned několik způsobů jak pracovat s klienty s demencí.

ZÁVĚR

V diplomové práci na téma Aktivizace seniorů v rámci odlehčovací služby jsme v teoretické části definovali termíny spojené se stářím, stárnutím demencí a Alzheimerovou chorobou. Domnívám se, že nejvíce vystihující tvrzení o této nemoci je, že rakovina byla nemocí minulého století a Alzheimerova nemoc je nemocí tohoto století. Další šokující informace je, že počet nemocných touto chorobou je rok od roku podstatně vyšší. Bohužel tato nemoc prozatím není vyléčitelná a ročně na ni umírá velké množství lidí. Určitě důležitá je prevence, jako například utužování mozkové činnosti, zdravý styl života a ostatní zdravé návyky, které platí pro většinu nemocí. Svět by se měl zamyslet nad tím, jakým směrem jdeme. Zda nám stojí za to dnešní hektická, uspěchaná a hlavně velmi stresující doba. Bohužel v dnešní době lidí mají převrácené hodnoty. V době, až je u jedince nemoc ve vážném stavu, uvědomí si on sám a také blízké okolí, jak je zdraví člověka důležité a mnohými lidmi podceňované.

Praktická část nás zavedla do dvou zařízení s odlehčovací službou v Jihomoravském kraji. Výzkum proběhl anonymně, z důvodu zajištění přesných a nikým nezkreslených informací. Mohu říci, že všichni respondenti, pracovníci zařízení s odlehčovací službou, na mě působili velmi mile. Už i na způsobu komunikace bylo poznat, že pracují se staršími nemocnými lidmi. Převážně mluvili pomalu a často používali zdvořiliny. Bohužel musím konstatovat, že odbornost respondentů mi nepřišla odpovídající. Většina dotazovaných respondentů nedokázala stanovit metody v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby. Musím přiznat, že i já při studiu odborné literatury na dané téma jsem velmi málo narazila na literaturu, která se zabývá stádií Alzheimerovy nemoci a vhodných aktivizačních metodách pro dané stádium.

Výsledkem výzkumu je, že v zařízeních se nejčastěji nabízí aktivity v podobě ručních prací, společenských her, deskových her apod. Navíc se dost vyskytovala televize, která pro seniory byla i uvedena jako oblíbená aktivita. Koncepcí aktivizace je hlavní slovo individuální, protože každý klient je jiný, má jiné potřeby a odlišnou zvladatelnost. Rodina klienta může se do aktivizace zapojit prakticky kdykoliv, jen ze strany rodiny není častá návštěva klienta. Spolupráce je velmi nízká. Jedno zařízení spolupracuje, druhé zatím bez spolupráce. Klienti preferují oblíbené aktivizace. Je znatelný rozdíl u žen a mužů. Ženy jsou aktivnější a muži pasivnější. Ženy, coby bývalé hospodyně, se rádi zapojují do běžných prací, jako je například vaření. Muži spíše upřednostňují technické práce. Například velmi

oblíbená činnost je pletení košíků. Seznámení s nabídkou aktivizačních programů probíhá každý den kolektivně nebo při uvedení nového klienta, hned u podpisu smlouvy. Významem aktivizace je především zachování motoriky, motivace k soběstačnosti, zabavení klienta přes den, díky tomu večer lépe usíná. V neposlední řadě je aktivizace významná pro zvýšení sebevědomí klienta, protože při zvládnutí úkolu mají radost, objevují nový smysl života. Mezi překážky aktivizace řadíme hlavně nemoc klienta, špatnou zvladatelnost a fakt, že je aktivizace nemusí bavit. Do budoucnosti se určitě plánují nové aktivizační programy. Všechny z dotazovaných respondentek nemají problém v nových aktivizačních programech, o které by si klient požádal, pokud by to bylo v rámci možností, velmi rády by mu to umožnily. Bohužel ale klienti nežadají o nové aktivizace.

Zásadním zjištěním této diplomové práce je určitá neodbornost a nedostatečné vzdělání pracovníků v zařízení. Bohužel jen dvě z osmi respondentů mají odpovídající vzdělání pro svoji práci. Z toho plynoucí neúplný aktivizační program. Klienti mají možnost dělat především spoustu rukodělných činností, ale dle rozhovorů z toho vzešli převážně práce, kdy klient pracuje převážně samostatně. V doporučení do praxe jsem uvedla začlenění kognitivních funkcí při hrách a ostatních činnostech klientů, které v obou zařízeních chybí. V teoretické části diplomové práce jsme uvedli spoustu možností aktivizačních programů, ale bohužel nemyslím si, že by některý aktivizační program byl řádně a smysluplně využit.

Bohužel i následující argument hovoří o všem. Většina dotazovaných respondentů tvrdí, že aktivizují klienty vlastně proto, aby nespali přes den a spali v noci, aby se nenudili. V tomto směru jde o nepochopení významu aktivizačního programu, kdy nejde pomocí aktivizace vyplnit klientovi čas a zajistit mu zábavu, především jde o to, aby činnost byla prospěšná.

Víme, že všechny dotazované pracovnice mají srdce na správném místě a přistupují k práci s láskou, což je také důležitý faktor při aktivizaci klientů. Doufejme, že pracovnice odlehčovacích zařízení jsou nabitě odhodláním motivovat a být při ruce klientům s Alzheimerovou chorobou. Bohužel si musíme uvědomit fakt, že v současné době mnoho lidí této nemoci podlehnou, tak alespoň ať poslední roky v nemoci prožijí v klidu a v radosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AL, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
- [2] BUIJSSEN, Huub a František KOUKOLÍK. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.
- [3] CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-802-4723-204.
- [4] CALLONE, Evžen Růžička et. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 978-80-247-2320-4.
- [5] CARPEROVÁ, Jean a [z anglického originálu přeložila Jana KLIMEŠOVÁ]. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. V Praze: Vyšehrad, 2011, 118 s. ISBN 978-80-7429-194-4.
- [6] DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Pfizer, 2010, 24 s.
- [7] JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-726-2268-4.
- [8] KALVACH, Zdeněk a kol. 1. Díl *Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. Integrovaný text pro interdisciplinární studium, 382-82-97
- [9] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra, 10. ISBN 978-802-4721-699.
- [11] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence: 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Překlad Jitka Klinkerová. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3
- [11] KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

- [12] KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Isabelle MÜLLER. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-244-1552-6.
- [13] MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- [14] Mladá Fronta: Dnes. Praha: Anděl Media Centrum, 2014, XXV, č. 288.
- [15] MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-701-3436-4.
- [16] MÜLLER, Oldřich. Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- [17] NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. Neurologie: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-246-0502-3.
- [18] NOVÁKOVÁ, Radana. Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.
- [19] PACOVSKÝ, Vladimír. Geriatrická diagnostika. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-855-2632-8
- [20] PFEIFFER, Jan a Oldřich MÜLLER. Ergoterapie II: učebnice pro zdravotnické školy. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Avicenum, 1990, 169 s. Sestra. ISBN 80-201-0004-0.
- [21] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
- [22] PLEVOVÁ, Jarmila a Zdeněk BOLELOUCKÝ. Psychofarmakoterapie vyššího věku: příručka pro praxi. 2. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2000, 162 s. České ošetrovatelství, 10. ISBN 80-716-9959-4.

- [23] RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 86 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9828-8.
- [24] RŮŽIČKA, Evžen a Jiří DUŠEK. Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-726-2205-6.
- [25] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.
- [26] ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: teorie a metodika. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 246 s. ISBN 80-717-8264-5.
- [27] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-802-6206-446
- [28] TOPINKOVÁ, Eva a František KOUKOLÍK. Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.
- [29] TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. Geriatrie pro praktického lékaře: příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 80-716-9099-6.
- [30] VIDOVIČOVÁ, Lucie a Zdeněk BOLELOUCKÝ. Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. EDIS, sv. 2. ISBN 978-802-1046-276. str. 175.
- [31] VIDOVIČOVÁ, Lucie a Irena DLABALOVÁ. Stáří ve městě, město v životě seniorů: příručka pro praxi. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 371 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 98. ISBN 978-802-1060-951.

Internetové zdroje:

- [32] Alois Alzheimer – dal jméno nemoci, kterou doposud nikdo nedokáže vyléčit [online]. [cit. 2014-12-09] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/110351-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-kterou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit/>

- [33] Arteterapie.cz – Definice a cíle Arteterapie [online]. [cit. 2015-04-05] Dostupné z:<http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>
- [34] Česká televize.cz – Průlom, lék na Alzheimerovu nemoc se blíží, vědci uzdravili myši[online]. [cit. 2015-03-15] Dostupné z:<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/245724-prulom-lek-na-alzheimerovu-nemoc-se-blizi-vedci-uzdravili-mysi/>
- [35] Duhová cesta.cz - Zooterapie [online]. [cit. 2015-04-05] Dostupné z:<http://www.duhovacesta.cz/ZOOTERAPIE.html>
- [36] Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online].[2015-02-25]Dostupné z:http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf
- [37] Novinky.cz – Alzheimer je vlastně otrava hliníkem, který je všude, tvrdí britský expert [online]. [cit. 2015-03-27] Dostupné z: <http://www.novinky.cz/veda-skoly/350579-alzheimer-je-vlastne-otrava-hlinikem-ktery-je-vsude-tvrdi-britsky-expert.html>
- [38] Parkinsonova nemoc [online]. [cit. 2014-12-08] Dostupné z:<http://www.parkinsonovachoroba.cz/htm/onemoci.html>
- [39] Pečuj doma.cz – O demenci všeobecně. A také z hlediska péče o postižené [online]. [cit. 2015-03-24] Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/naucne-texty/o-demenci-vseobecne-a-take-z-hlediska-pace-o-postizene/>
- [40] Prevence Alzheimerovy choroby, nemoci – aktivní život [online]. [cit. 2015-03-12] Dostupné z: <http://www.mudrhosekjozef.cz/clanky/aktuality/ze-zdravotnictvi/prevence-alzheimerovy-choroby--nemoci---aktivni-zivot.html>
- [41] Respirní péče [online]. [cit. 2014-12-08] Dostupné z:<http://www.alzheimer.cz/socialni-sluzby-cals/respitni-pace/>
- [42] Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením [online]. [cit. 2014-12-08] Dostupné z: <http://www.piafa.cz/index.php/registrovane-sluby/socialni-rekondice>
- [43] Třetí věk.cz – Stádia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora [online]. [cit. 2015-03-24] Dostupné z: <http://www.tretivek.cz/200609/stadia-alzheimerovy-nemoci-priznaky-pr/>

- [44] Zákony pro lidi [online]. [cit. 2014-12-05] Dostupné z:
<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Tzv. Tak zvané

Obr. Obrázek

Atd. A tak dále

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Alois Alzheimer	36
Obrázek 2 Paradigmatický model axiálního kódování.....	71

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Funkční obtíže při fyziologickém stárnutí.....	18
Tabulka 2 Periodizace kalendářního stáří dle E. B. Hurlockové.....	22
Tabulka 3 15letá periodizace lidského věku	22
Tabulka 4 Klasifikace vyššího věku.....	23
Tabulka 5 Kontakty pomoci seniorům	25
Tabulka 6 Charakteristika kategorie 1. – Aktivizační programy	59
Tabulka 7 Charakteristika kategorie 2. – Koncepce aktivity	61
Tabulka 8 Charakteristika kategorie 3. – Spolupráce.....	63
Tabulka 9 Charakteristika kategorie 4. – Preference aktivity	64
Tabulka 10 Charakteristika kategorie 5. – Seznámení s nabídkou.....	65
Tabulka 11 Charakteristika kategorie 6. – Význam aktivizace.....	67
Tabulka 12 Charakteristika kategorie 7. – Překážky aktivizace.....	68
Tabulka 13 Charakteristika kategorie 8. – Vize budoucnosti.....	69

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Rozhovor1

P2 Četnosti kategorie 5. – Seznámení s nabídkou

PŘÍLOHA P 1: ROZHOVOR 1

T: Dobrý den, ráda bych s Vámi udělala rozhovor k výzkumné části svoji diplomové práce. Rozhovor je anonymní, tudíž zařízení, ve kterém pracujete, nazveme zařízení A. Souhlasíte tedy s poskytnutím rozhovoru a s jeho nahráváním?

R1: Ano, souhlasím.

T1: Dobře tedy. Přendeme k otázce číslo jedna. Jaký aktivizační program nabízíte klientům v rámci Vaší odlehčovací služby?

R1: V rámci naší odlehčovací služby nabízíme různé aktivizační programy. Záleží na tom, v jakém ehm záleží na tom, jak ten klient je schopen jaký jaký program zvládnout. Podle toho se na to zaměřujeme. Každý klient totiž zvládá úplně jiné aktivity. Tak podle toho se rozhodnem, komu co nabídneme. Někdo má rád šití, někdo vyšívání, háčkování, pletení. Muži zas třeba pletou košíčky a podobně.

T1a: Hm. Dobře a jaká je jeho koncepce?

R1: Jeho koncepcí je vlastně nabídnout těm kli uživatelům různý způsoby aktivizace, který je nejvíc baví, jo. Především třeba když člověk má rád četbu, tak se mu budu věnovat tomu, že budu se věnovat tím, že mu budu předčítat třeba nějakou knížku nebo někdo má rád hudbu, tak se mu bu pouští třeba oblíbená skladba, kterou miluje nebo nějaká skupina nebo někdo má rád dechovky, tak podle toho se i přizpůsobíme jak tomu klientovi, co má rád.

T1b: Hm. Výborně a spolupracujete v rámci aktivizace i s nějakými středisky či organizacemi? Pokud ano, tak, hm se kterými?

R1: Spolupracujeme, je to především Paprsek a potom je tady ve Vyškově Piafa.

T1c: Hm. A jaké konkrétní aktivity klientům u vás ve vašem zařízení nabízíte?

R1: Jsou to různé ruční práce. Třeba se podílejí i babičky na pečení cukroví nebo dělají různé zákusky, perníčky. Pletou se košíky, háčkuje se, různý ruční práce nebo kdo do to míň si je jako zvládá, tak aby v rámci aktivity třeba aby víc zapojil ru ruce, tak skládá třeba jenom puzzle od jednodušších po složitější, to záleží na tom jak to ten člověk zvládá.

T: Hmm

R1: Tak se to potom přizpůsobí. Aaa samozřejmě někteří mají rádi i společenský programy, tak třeba pouštíme oblíbené třeba tu dechovku nebo některé televizní programy, někdo má třeba

rád vaření, tak se věnuje třeba tomuto, že některá klientka třeba ee sleduje Prostřeno, tak v tu dobu upravíme i ten program tomu že nabídneme spuštění toho programu a to sleduje.

T1d: Hmm. A dokážete rozlišit, jaké metody jsou vhodné pro klienty v jednotlivých stádiích Alzheimerovi choroby?

R1: Ono je to trochu složitý, ale po čase jako se to **začínáme u těch jednodušších metod** a když zjistíme, že člověk má na víc, **tak potom ty metody jsou složitější třeba** od těch jednoduchých jednodušších puzzlí na ty složitější, který potom zvládají už třeba mají těch jednotlivých částí třeba 200 kusů. **Jo, začínáme třeba úplně malinkatýma a tím úplně týma jednoduchýma,** který třeba je pět šest obrázků ee z částí toho obrázku a potom se dostaneme třeba i na vyšší část.

T1e: Hmm. A mohou se do aktivit zapojit třeba i rodinní příslušníci či přátelé?

R1: Pokud...

T1e: Pokud ano, tak jakým způsobem?

R1: Pokud **rodinní příslušníci mají zájem, tak se sem můžou zapojit kdykoliv přijdou třeba** na návštěvu. Třeba tady je klientka, která ráda **lepší obrázky** z trhaných papírků no a nedávno za ní **přišla dcera a samozřejmě si u toho povídali a lepili spolu.**

T2: Hmm.. hmm.. Tak přejdeme k ... tak vám děkuji za otázku. Za odpovědi. A přejdeme na otázku číslo dva. Kterou z aktivit klienti nejvíce preferují, kterou nejvíce navštěvují?

R1: Hmm.. No tak asi **ženy preferují takový ty obyčejný ruční práce**, protože to je nejbliž žany ženám odjakživa, že jo, takový ty háčkování, pletení, pečení. Takový ty běžný ruční práce **a muži, ty už zase spíš takový ty trochu složitější,** takže chy **chystají třeba stojny na košíky nebo pletou košíky.** Někteří se pustí i do toho pečení. **To záleží na tom jaký měl oblíbený dřívě** a třeba se tomu i **přizpůsobí** a pustí se do toho taky.

T2a: Hmm.. Takže vnímáte rozdíly mezi

R1: Určitě. Určitě.

T2a: rozdíl mezi muži a A ženy?

R1: **Ženy jsou spíš takový rodinnějšího typu** a **muži takový typ věci spíš technickýho rázu.**

T2b: Hmm. A jakým způsobem seznamujete klienty s nabídkou aktivit?

R1: **Každé ráno u nás probíhá takové to posezení v kroužku, kde si povídáme,** co za ten den se proběhne e **zacvičíme si** a potom se jim předestře co za ten den se bude dělat a za aktivizace. A budu **s nima souhlasit,** tak se nova zúčastní a kdo ne tak se věnuje něčemu úplně jinému.

T3: Hmm. Děkuji Vám. A prej přejdeme k otázce číslo tři. V čem spatřujete význam aktivizace seniorů? A v čem je prospěšná?

R1: No já si myslím, že je to dobrá věc, protože v podstatě těm seniorům to dopomáhá trošku i rozvoji protože čím je člověk starší, tak ztrácí nějaké schopnosti a tím, že se aktivizuje, tak se mu ty schopnosti zase jakoby vracejí zpátky. Jo a hlavně třeba ta motorická činnost, pohyb rukou pohyb nohou a podobně. Takže to hlavně jim napomáhá ta aktivizace v tomto směru.

T3a: Hmm.. A jste schopní na přání klientů rozšířit sortiment nabízených aktivit?

RP1: Pokud je to možné, dá se to přizpůsobit. Ale jsou věci, které bohužel nemůžeme zajistit.

T3b: Hmm.. A plánujete třeba do budoucna rozšíření aktivizačního programu na nějaké další aktivity?

R1: Plánuje se tady, ale prozatím je to teprve v plenkách. Záleží na financích a na tom jak to půjde jak se to jestli se to schválí nebo neschválí.

T4: Hmm.. Tak já Vám moc děkuji a přejdeme k poslední otázce a to číslo čtyři. Existují překážky, které by bránily v realizaci aktivizace? Pokud ano, tak jaké to jsou?

R1: Já si myslím, že nějaké překážky tady neexistují maximálně to že by třeba ten klient byl nemocný, to je jediná překážka. Anebo že by neměl zkrátka chuť.

T: Ano

R1: Jinak jako nikomu se nebráníme v tom, aby mohl cokoliv dělat.

T4a: Hmm.. a existuje aktivita třeba, kterou klienti nevyhledávají vůbec?

R1: Nevyhledávají. Které se spíš nějak moc zvlášť nechcou zúčastnit.

T4a: Hmm. A třeba, pro z jakého důvodu? Pokud nevyhledávají?

R1: Hmm.. a

T4a: Tak je to jaký důvod?

R1: Spíš to cvičení, že je to moc nebaví a třeba je to pro ně i takové složitější už.

T: Hmm

R1: Ten pohyb je horší. Takže jako jste v tady tomhle to směru zase moc to nevyhledávají.

T: Dobře.

R1: Raději se tomu vyhnou nebo co je zkrátka nebaví, tak tak nechtějí dělat.

T: Hmm

R1: No a to člověk musí odhalit. Zkusím, nechce. Zkusím něco jinýho.

T: Hm. Dobře, tak já Vám děkuji. To je všechno. Já Vám děkuji za poskytnutej rozhovor.

R1: Není zač. Mějte se hezky. Nashledanou.

