

Pohybové aktivizační metody při péči o seniory s demencí ve vybraných zařízeních v síti Anavita

Bc. Dagmar Malínková

Diplomová práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dagmar Malínková**

Osobní číslo: **H150099**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Pohybové aktivizační metody při péči o seniory s demencí ve vybraných zařízeních v síti Anavita**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky stáří, demence a aktivizace v sociálních službách.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Švaříček, Roman a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

Langmeier, Josef a Krejčířová, Dana. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

Čeledová, Libuše, Kalvach, Zdeněk a Čevela, Rostislav. Úvod do gerontologie. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. 152 stran. ISBN 978-80-246-3404-3.

Koukolík, František a Jiráček, Roman. Alzheimerova nemoc a další demence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

Kozáková, Zdeňka a Müller, Oldřich. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. Monografie. ISBN 80-244-1552-6.

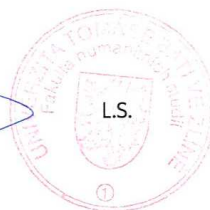
Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít 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 22. 2. 2014

..... 

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 nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou seniorů s demencí a způsoby jejich aktivizace. Zdůrazňuje důležitost pohybových aktivit, které osobám s demencí pomáhají ke zvýšení jejich mobilizace. Cílem práce je ukázat jakým způsobem jsou použity vhodné pohybové aktivity při práci s osobami s demencí a prozkoumat, v čem je pohyb pro ně přínosný. Teoretická část pojednává o stárnutí a stáří z pohledu různých autorů, o demenci, syndromech demence a její léčbě. Dále se věnuje aktivizaci seniorů s demencí a detailněji přibližuje různé druhy aktivizačních metod. Praktická část popisuje kvalitativní výzkum, uskutečněný ve vybraných zařízeních v síti Anavita. Výsledkem výzkumu je zjištění, jakým způsobem probíhá proces pohybové aktivizace, které metody pohybové terapie jsou využívány při aktivizaci v určeném sociálním zařízení a jaké je jejich působení na zdravotní stav a osobní rozvoj jedinců s demencí. Na základě výsledků šetření diplomová práce nabízí inspiraci v podobě popisů prováděných terapií v domově Anavita.

Klíčová slova: stáří, demence, aktivizace, aktivizační metody, pohybová terapie

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the subject of seniors who suffer from dementia and finding the ways of their activation. The thesis emphasizes importance of moving activities which help to increase the mobility of people suffering from dementia. The goal of this thesis is to show the way of using suitable moving activities during work with people with dementia and to analyze the benefits of such activities. The theoretical part of the thesis focuses on aging and old age from different authors' points of view, on dementia, dementia syndroms and its cure. It also describes the activation of seniors with dementia and provides in details different types of activation methods. The practical part of the thesis describes the qualitative research conducted in chosen facilities of Anavita chain. The result of the research is a finding which way the process of moving therapy flows, which methods of moving therapy are used during activation in chosen social facility and their impact on health condition and personal growth of people with dementia. Inspiration such as description of therapies used in Anavita facility are offered based on research results.

Keywords: old age, dementia, activation, activation methods, moving therapy

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její vstřícnost, čas a cenné rady. Velice si jejího přístupu vážím. Dále děkuji vedení Anavity za umožnění realizace výzkumu a pracovníkům vybraných domovů v síti Anavita za ochotu při poskytování rozhovorů. Děkuji také své rodině za podporu při studiu.

„Starý člověk má nepochybně právo na odpočinek, ale oddá-li se nečinnosti, odsuzuje se k tělesnému i duševnímu chátrání.“

Josef Švancara

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.1 PERIODIZACE OBDOBÍ STÁŘÍ.....	14
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY VE STÁŘÍ.....	15
1.3 ZDRAVÉ STÁRNUTÍ.....	16
1.3.1 Význam pohybu pro seniory.....	17
2 DEMENCE A JEJÍ TYPY.....	19
2.1 SYMPTOMY DEMENCE.....	20
2.2 FÁZE DEMENCE.....	22
2.3 LÉČBA DEMENCE.....	23
3 AKTIVIZACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	25
3.1 VÝZNAM AKTIVIZACE PRO SENIORY S DEMENCÍ.....	26
3.2 KOMUNIKACE S OSOBAMI S DEMENCÍ.....	27
3.2.1 Validační terapie.....	28
3.2.2 Rezoluční terapie.....	28
3.2.3 Preterapie.....	28
3.3 METODY AKTIVIZACE VHODNÉ PRO SENIORY S DEMENCÍ.....	29
3.3.1 Kognitivní rehabilitace.....	30
3.3.2 Orientace v realitě.....	30
3.3.3 Reminiscenční terapie.....	31
3.3.4 Terapeutická zahrada.....	31
3.3.5 Muzikoterapie.....	32
3.3.6 Ergoterapie a arteterapie.....	32
3.3.7 Zooterapie.....	32
3.4 MOTIVACE SENIORŮ S DEMENCÍ K ČINNOSTEM.....	33
4 POHYBOVÉ TERAPIE PRO SENIORY S DEMENCÍ.....	35
4.1 TANEČNÍ TERAPIE.....	36
4.2 JÓGA.....	38
4.3 TAI-ČI.....	38
4.4 PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE.....	39
4.5 DALŠÍ VHODNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY.....	40
4.6 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	42
5 DOMOVY PRO SENIORY ANAVITA.....	43
5.1 POSLÁNÍ A CÍLE DOMOVŮ ANAVITA.....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
6 FÁZE VÝZKUMU A JEJICH PLÁNOVÁNÍ.....	47

6.1	STANOVENÍ CÍLŮ VÝZKUMU	47
6.2	VYTVOŘENÍ KONCEPTUÁLNÍHO RÁMCE	47
6.2.1	Formulování výzkumného problému	47
6.2.2	Definování klíčových konceptů	48
6.3	DEFINOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	49
6.4	ROZHODNUTÍ O METODÁCH.....	50
6.4.1	Výzkumný soubor	50
6.4.2	Sběr dat.....	50
6.4.3	Vstup do terénu	50
6.4.4	Charakteristiky zařízení a respondentů	51
7	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	56
7.1	OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	56
7.1.1	Kategorie č. 1 - Než se začne cvičit	57
7.1.2	Kategorie č. 2 - Tady a teď	61
7.1.3	Kategorie č. 3 - Porozumění je základ	67
7.1.4	Kategorie č. 4 - Aktivity „šité na demenci“	71
7.1.5	Kategorie č. 5 - Sami nebo společně?	76
7.1.6	Kategorie č. 6 - Jak je po cvičení?	78
7.1.7	Kategorie č. 7 - Smysluplnost pohybu	80
7.1.8	Kategorie č. 8 - Limity	83
7.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	85
7.3	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	86
8	SHRNUTÍ VÝZKUMU	88
8.1	DISKUZE.....	93
	ZÁVĚR	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	96
	SEZNAM OBRÁZKŮ	100
	SEZNAM TABULEK.....	101
	SEZNAM PŘÍLOH.....	102

ÚVOD

Téma diplomové práce, která pojednává o pohybové aktivizaci seniorů s demencí, bylo zvoleno na podkladě osobního zájmu a uskutečnění praxe v domově se zvláštním režimem. Má za úkol prozkoumat vedle smyslové aktivizace také oblast pohybových terapií, určených pro osoby s demencí.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku demence, neboť v důsledku demografického stárnutí se výrazně mění struktura celé společnosti a úměrně ke stárnutí populace roste počet lidí postižených demencí. Jsou to lidé, kteří postupně ztrácejí své role, nemocní lidé, kterým ubývá sil a ztrácí soběstačnost. Stoupá počet seniorů, o které se jejich rodiny nemohou nebo nedokážou postarat, a péči o ně pak často přebírají různí poskytovatelé sociálních služeb.

Dle „Zprávy o stavu demence v ČR“ České alzheimerovské společnosti z roku 2015 lze odhadnout počet osob s demencí v České republice na 152,7 tisíc. Z tohoto počtu jsou více než dvě třetiny žen. Počet nových případů se odhaduje na 25–30 tisíc za rok. Počet lidí trpících demencí neustále narůstá. Podle projekce obyvatelstva ČR a poslední prevalenční studie Alzheimer Europe překročí ČR hranici 200 tisíc osob se syndromem demence v roce 2023 a 300 tisíc v roce 2036. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 62)

Syndrom demence je označení projevů různorodých postižení mozku. Demenci je třeba odlišit od prostých involučních změn, a také od tzv. pseudodemencí, léčitelných příčin, které mohou pouze navozovat dojem demence. Syndromem demence nazýváme závažnou kognitivní poruchu. Demence není jen nemocí jednoho člověka, ale ovlivňuje v mnoha aspektech život celé rodiny, pečovateli, a klade značné a stále rostoucí nároky na společnost. Dlouhodobou podporu vyžadují nejen pacienti, ale také pečující rodiny.

Slovem demence se označují takové poruchy na kognitivní, psychické a motorické úrovni, že omezují postiženého v provádění většiny aktivit běžného života. Jde o poruchy myšlení, emotivity, schopnosti si zapamatovat, schopnosti orientace, ztrátu soběstačnosti, tělesnou slabost, nevýkonnost, poruchu vyjadřování se, úbytek pohybových schopností, schopnosti čtení a počítání, aj.

Léky určené k léčbě zlepšují do jisté míry některé příznaky demence, ale nejsou schopny odstranit základní příčinu. Hlavní složkou péče je tedy zapojení do aktivizačních progra-

mů, které mají zabránit zhoršování kognitivních funkcí, vzniku deprese, a optimalizovat maximální využití zachovaných schopností.

Slovo aktivizace je odvozeno od slova „aktivovat“, tj. uvést něco do pohybu, zvýšit účinnost něčeho, vyvolat působení něčeho. Aktivizace má být pozitivní, má přinášet seniorovi potěšení, radost. Ke každému člověku přistupujeme individuálně s ohledem na jeho osobnost, zájmy a hodnoty.

Cílem podpory lidí se syndromem demence je především zajištění kvality života včetně bezpečí, lidské důstojnosti, zachování soběstačnosti a využití dosavadního potenciálu. V případě seniora s demencí je velmi důležité, aby nemocný měl terapeutické vedení, protože sám se velmi těžko přinutí k aktivní činnosti. Díky tomuto vedení udržíme nebo popř. zlepšíme jeho stávající dovednosti. Týká se to kognitivních funkcí, jako je paměť, pozornost, myšlení, orientace, řeč, ale také jemné i hrubé motoriky, chůze a soběstačnosti v každodenních činnostech.

Cílem práce je v teoretické části poskytnout přehled o možnostech pohybové aktivizace při práci se seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem a v praktické části představit jejich způsob aplikace v procesu aktivizace v určeném sociálním zařízení. Zjistíme, jak je pohyb pro tyto jedince významný a smysluplný a jak jsou klienti motivováni k účasti na cvičebním programu. Dále se seznámíme s průběhem procesu aktivizační pohybové činnosti a s popisem různých praktických realizací ve vybraných domovech Anavita, který může být přínosem a inspirací pro pečující personál o osoby s demencí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stáří je pozdní fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, jež završuje život po stránce osobnostní, duševní, spirituální i tělesné. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 11)

Stáří je stejně důležité jako ostatní etapy života. V této etapě lidského života je hlavní důraz kladen na zachování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti.

Pacovský (1997, s. 55-56) uvádí, že stárnutí má určité společné znaky. Stárnutí probíhá u každého člověka individuálně. Mění se u něj biologické, psychické i sociální stránky. Typickým znakem stárnutí je regrese různých funkcí a struktur.

V případě biologického stárnutí jde dle Mühlpachra (2009, s. 18) o hypotetické označení konkrétní míry involučních změn. Významným znakem je biologický věk. Involuční změny se projevují různě. Výška se zmenšuje vlivem snížení meziobratlových chrupavčitých plotének, ubývá svalová hmota a podkožní tuk. Kosti a klouby podléhají změnám, neboť dochází k úbytku kostní hmoty, kůže bývá suchá a vráscitá. Nejvýraznější známkou stárnutí je šedivění vlasů. V respiračním systému dochází k poklesu vitální kapacity plic. Zátěž na krevní systém bývá hůře snášena. Dochází k významným změnám na chrupu (paradenatóza), ke snížení peristaltiky střeva a zmenšuje se detoxikační činnost jater. Snižuje se filtrační činnost ledvin a funkce štítné žlázy. Mění se smyslové orgány – zrak, sluch, hmat, chuť, čich – a zvyšuje se práh citění bolesti. Lidé stejného kalendářního věku se významně odlišují mírou involučních změn a svým zdravotním stavem. (Kozáková a Müller, 2006, s. 12)

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) uvádějí, že z hlediska společenského je člověk starý, když ho za takového pokládají ostatní členové společnosti.

Psychické stáří podmiňují různé faktory. Mimo jiné osobnostní rysy a reakce konkrétního člověka na jeho vlastní stáří. S psychickým stářím souvisí také subjektivní věk. To znamená, jak se člověk sám cítí a jak se projevuje ve svých názorech, postojích a činech. V důsledku psychického stáří se mění poznávací schopnosti. Zpomaluje se psychomotorická a percepční činnost, což se projevuje v oblasti rozhodování a řešení zátěžových situací. Starý člověk často působí dojmem bezradnosti. Lidé v období stáří hůře udrží pozornost, obtížně si vybavují některé názvy, velice dobře si ale pamatují staré vzpomínky. Člověk bývá ve stáří mnohem citlivější a často nedokáže ovládnout svoje emoce. (Kozáková a Müller, 2006, s. 14)

Sociální věk bývá spojen s určitými sociálními událostmi. Sociální stáří charakterizujeme změnou sociálního statusu, po ekonomické stránce penzionováním, nebo dosažením věku, v němž člověk odchází do důchodu. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 14)

Člověk by měl být na stáří připravován již v dospělosti, neměl by opomenout materiální stránku, ale vytvořit si tzv. druhý životní program, který mu umožní kvalitní život v důchodovém věku. (Kozáková a Müller, 2006, s. 13)

1.1 Periodizace období stáří

Stáří je vymezeno dosažením určitého věku, od něhož se projevují involuční změny. Z kalendářního věku vychází různá vymezení stáří, důležitá pro mezinárodní a časová srovnání. Za hranici kalendářního stáří je obvykle uváděn 60. nebo 65. rok. (Ondrušová, 2011, s. 16)

V 60. letech minulého století komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) vycházela z patnáctiletých věkových cyklů a jako hranici stáří označila věk 60 let. V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti s prodlužováním života a zvyšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let.

Dle WHO se uvádí označení jednotlivých období:

- věk 60–74 let – senescence, počínající, časné stáří,
- věk 75–89 let – kmetství, senium, vlastní stáří,
- věk 90 a více let – patriarchium, dlouhověkost.

Věk nad 90 let je označován jako dlouhověkost. Z důvodu zvyšování úrovně lékařské péče počet lidí, kteří se dožívají tohoto věku, stoupá. (Kozáková a Müller, 2006, s. 9)

Mühlpachr (2011, s. 15) uvádí, že vzhledem k prodlužování života ve stáří a větší úrovni lékařské péče se posouvá hranice stáří k věku 65 let. V poslední době se stále častěji uplatňuje následující dělení:

- 65–74 let – mladí senioři,
- 75–84 let – staří senioři,
- 85 a více let – velmi staří senioři.

Jako uzlový ontogenetický bod, kritická perioda, se opakuje věk kolem 75 let.

V souvislosti se sociálním stářím hovoříme o sociální periodizaci života, která člení lidský život do 4 období, tzv. věků z hlediska produktivity.

První věk je označen jako předproduktivní, jde o období dětství a mládí.

Druhý věk je produktivní, období dospělosti. Patří sem založení rodiny, pracovní aktivita.

Třetí věk je postproduktivní, který člověka hodnotí pouze z hlediska společenské přínosnosti. Ovšem zůstává osobnostní rozvoj a seberealizace jedince.

Čtvrtý věk je označován jako nesoběstačnost. Toto označení je nevhodné, poněvadž vzbuzuje dojem, že závislost seniora je zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a zdravého aktivního stáří dle Světové zdravotnické organizace. (Mühlpachr a Bargel, 2011, s. 14)

1.2 Rizikové faktory ve stáří

Závažným rizikovým faktorem ve stáří je postupné ubývání soběstačnosti a narůstání závislosti. Důvodem jsou vážné zdravotní a funkční problémy. Pro potřeby sociální péče je důležité nejen stanovit nemoc, ale hlavně zvážit funkční schopnosti staršího nemocného. (Topinková, 2005, s. 7)

Stáří bývá doprovázeno nemocemi. Typickým rysem je polymorbidita neboli současný výskyt několika chorob najednou. U osob seniorského věku se nejčastěji objevují nemoci z oblasti neurologie, vnitřní medicíny, ortopedie, gerontopsychiatrie, dále akutní nebo chronické problémy z uvedených oblastí, které ohrožují zvláště samostatnost a soběstačnost člověka. Lidé v období stáří jsou zpravidla vyrovnáni s myšlenkou smrti, ale stěží snášejí představu závislosti na druhých lidech. (Kozáková a Müller, 2006, s. 17)

Podle Haškovcové (2010, s. 140) je ve stáří těžké vyrovnat se s postupnou závislostí na ostatních. Soběstačnost významně působí jak psychický, tak i fyzický stav, neboť prováděním činností se udržuje určitá úroveň tělesné kondice a předchází tak nežádoucím změnám. V rámci soběstačnosti je důležité se zaměřit především na dovednosti spojené s osobní hygienou, oblékáním a stravováním, dále pohyb a přemísťování, a v neposlední řadě na komunikaci nutné ke sdělení svých potřeb. (Kozáková a Müller, 2006, s. 18)

V průběhu lidského života dochází ke změně sociálních rolí. K rizikovým životním mezníkům patří odchod do důchodu. Mění se životní styl, kdy starému člověku zbývá příliš mnoho času a přichází nuda. Snadno se pak u těchto jedinců zhoršuje nálada, dostaví se

deprese a apatie. Nedostatek aktivity navíc oslabuje psychické i fyzické funkce. Jsou narušeny rovněž sociální vazby a s tím je spojena osamocenenost. Osamělost přichází zvláště se ztrátou životního partnera. Ovdovění znamená značnou psychickou zátěž, se kterou se senioři těžko vyrovnávají. Prohlubuje se jejich pasivita, stupňuje se úzkost a deprese. Velmi náročnou psychickou situací pro seniora je rovněž odchod do ústavního zařízení. Je nucen přizpůsobit se novému prostředí, navazovat nové kontakty. V souvislosti s institucionalizací může docházet k manipulaci, ke ztrátě rozhodovacích možností, k deprivaci i možnému nevhodnému jednání ze strany personálu či spolubydlících. (Ondrušová, 2011, s. 39)

Mühlpachr (2011, s. 10) uvádí také mezi rizika seniorské populace pokles životní úrovně, věkovou diskriminaci (ageismus), vytěšňování ze společnosti a generační intoleranci.

1.3 Zdravé stárnutí

Známky stárnutí a stáří se nemusí objevit u každého člověka stejně, někdo si zachová bohatou tělesnou činnost a duševní zdraví do konce života, u jiného se mohou projevit příznaky stárnutí dříve, než ukazuje jeho kalendářní věk. (Kozáková a Müller, 2006, s. 9)

Mýtus, že stáří je nemoc, která se vyznačuje zpomalením pohybu a myšlení, je již překonáván. Tělo i mysl se dají vytrénovat, aby lépe fungovaly i ve starším věku. Pokud nejsou trénovány, v jakémkoli věku, stagnují a nastává atrofie. Je třeba začít žít zdravým způsobem. Je tím myšleno pravidelné střídání činnosti a relaxace. Při odpočinku se obnoví síly a pak následuje aktivita. Pokud vylepšíme výživu, aktivitu, způsob myšlení, životní styl a životní prostředí, budeme stárnout zdravě. (Rheinwaldová, 1999, s. 8)

Během posledních let vznikají organizace, občanská sdružení a nadace, které vytváří programy pro seniory. Jejich snahou je změnit celospolečenský pohled na stárnutí a stáří. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 15)

Ministerstvo práce a sociálních věcí je koordinátorem politiky přípravy na stárnutí v České republice. Usnesením vlády České republiky o Národním akčním plánu podporujícím pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 byla schválena aktualizace strategického dokumentu Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Výchozím rámcem Strategie jsou lidská práva seniorů a hodnoty ve společnosti. Mezi základní priority patří celoživotní učení, zaměstnávání starších osob a seniorů, dobrovolnictví seniorů, mezigenerační dialog, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí, péče o seniory a lidská práva seniorů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012)

Národní program je určen pro všechny generace – mladou, střední i starší. Pro mladou generaci je úkolem přijmout princip nediskriminace starších občanů, uznávání seniorů jako právoplatných členů společnosti. Střední generace má zodpovědnost za vlastní přípravu na stáří a má pomáhat při prosazování zájmů seniorů. Seniori mají svými aktivitami přispět k jinému vnímání stáří. Je důležité poskytovat seniorům prostor k aktivní účasti na celospolečenském dění a zároveň by seniori měli mít snahu tyto možnosti využít. (Kleťková a Dlabalová, 2008, s. 15)

Velmi důležité je smysluplné naplnění volného času. Součástí denního režimu by měl být tělesný pohyb, posilování svalstva, trénink rozsahu pohybu v kloubech, nácvik orientace, trénink paměti, plánování činností, nácvik vizuálně-prostorového vnímání, sociálně-komunikační aktivizace apod. Činnost je pro člověka nenahraditelná, příznivě působí na fyzické i psychické funkce organismu člověka. Kvalitní program je nutnou součástí podpory osobám seniorského věku, je důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Stimuluje fyzickou a mentální oblast, ale také dává příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nezbytný. Fyzické, mentální a duchovní potřeby člověka musí být uspokojovány stejnou měrou. Vedle těchto potřeb mají být naplněny také požadavky společenské a rekreační. (Kozáková a Müller, 2006, s. 18-19)

Je mnoho lidí, kteří se dožívají věku přes osmdesát let a jsou soběstační a aktivní. Dodržují obecné zásady pro „úspěšné stárnutí“, k nimž patří udržovat své zájmy, zachovávat míru aktivity a odpočinku, zajímat se o nové věci, setkávat se s přáteli, být nápomocen při výchově dětí, těšit se z věcí, které život nabízí a zvládat vše s nadhledem a moudrostí. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 212)

1.3.1 Význam pohybu pro seniory

Veškerý život se projevuje pohybem a pohyb je také jedním z významných faktorů, který pomáhá aktivnímu přístupu k životu bez ohledu na věk. Je třeba naučit se vnímat svoje tělo a tomu přizpůsobit tělesný pohyb. Je nutné respektovat stárnoucí organismus, zdravotní stav, zdatnost a úroveň pohybových dovedností. Pohyb by měl navozovat uvolnění, psychickou pohodu a radost. (Štílec, 2004, s. 33)

Cvičení má velmi dobré účinky na udržení kondice, ale také na odstranění různých potíží. Zlepšuje kardiovaskulární systém, nervový systém, krevní oběh, dýchání, hormonální rovnováhu, pohyblivost, zažívání, nervovou a svalovou koordinaci. Díky pohybu se dá zabrá-

nit osteoporóze, aktivizovat ledviny, střeva a kůži. Zrychlením metabolismu se zvýší energie. Není nutné, aby lidé s přibývajícím věkem přestali být fyzicky aktivní. Bohužel ale ztrácí motivaci, mají na sebe stále menší nároky a tělo ochabuje. (Rheinwaldová, 1999, s. 17)

Pokud má pohyb účinně přispívat ke zdravému způsobu života ve stáří, musí jít o aktivitu pravidelnou a dlouhodobou. Musí se dbát na výběr činností k udržení nebo rozvoji pohybových schopností, námahu při provádění aktivit, spokojenost a prožitek. Důležité je rozložení pohybových aktivit v průběhu dne nebo týdne. Lidé by měli postupně přijít na to, že nečinné stáří ohrožuje délku i kvalitu jejich života. Aktivní přístup k životu ve stáří snižuje depresi a posiluje sebedůvěru ve své schopnosti a dovednosti. (Štílec, 2004, s. 129)

Je nutné u seniora brát v úvahu jeho individuální potřeby, zdravotní a psychický stav, sociální postavení. Oblast pohybových aktivit je velmi různorodá, a pokud si přejeme, aby byla účinná, je potřeba rozvíjet všechny složky pohybových schopností, což je síla, vytrvalost, rychlost, flexibilita a rovnováha. Je potřebné respektovat jeho momentální zdravotní stav, zvolit vhodnou aktivitu a zátěž a vhodně seniora motivovat. (Engelová, Lepková a Muchová, 2013, s. 53-54)

Pohybová aktivita je nejlepší prevencí proti předčasnému stárnutí. Nemusí být příliš namáhavá, ale přiměřeně intenzivní, pravidelná a radostná. Se stárnutím ubývá pohybu, ale naopak pohyb působí ve vyšším věku prospěšně. Mezi nejjednodušší a velmi efektivní formu pohybu řadíme chůzi. (Holmerová et al., 2014, s. 70)

Jde o dlouhodobý harmonizující proces, který proces stárnutí obohatí a vede člověka k zodpovědnosti za svoje zdraví.

2 DEMENCE A JEJÍ TYPY

Demence je jedním z nejčastějších zdravotních problémů ve stáří. Demence je získaná porucha paměti a dalších kognitivních funkcí. Závažným způsobem ovlivňuje život jedince.

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. U tohoto postižení dochází k narušení vyšších korových funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost řeči, učení a úsudku, přičemž vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle provázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Postupně dochází k poklesu celé osobnosti, zpomalení pohybu a celkové fyzické nemohoucnosti. Diagnózu demence je možné stanovit na základě klinického obrazu – psychiatrického (neuropsychiatrického) a psychologického vyšetření. (Pidrman, 2007, s. 8)

Mezi obecná kritéria demence dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), patří zjevné zhoršení paměti a ostatních kognitivních funkcí, změny osobnosti a chování, narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti; postižení má chronicko-progresivní charakter. Tyto poruchy se projevují v obvyklých pracovních či sociálních procesech ve vztahu k okolí. Nejde současně o poruchu vědomí. (Růžička et al., 2003, s. 23)

Demence je velmi závažné onemocnění, které patří mezi hlavní příčiny úmrtí. Výskyt této nemoci v souvislosti se stárnutím populace neustále stoupá a častěji postihuje ženy. Zatímco do 65 let trpí demencí v České republice každý 866., nad 65 let je to každý 13. jedinec. V případě vyššího věku nad 80 let je to každý pátý a nad 90 let téměř každý druhý člověk. Část péče o osoby s demencí je poskytována systémem zdravotnictví, část prostřednictvím sociálních služeb a podstatná část je neformálním způsobem zajišťována v domácnostech. (Zpráva o stavu demence 2015, 2015, s. 29)

Demence je možné dělit podle více způsobů. Nejdříve předkládáme dělení na primární, sekundární a smíšené. (Pidrman, 2007, s. 31)

Primární demence se dělí na Alzheimerovu nemoc, což je nejčastější typ demence a představuje 60% všech demencí. Typický je nenápadný začátek onemocnění s pozvolným zhoršováním duševních schopností. Rozlišení od příznaků doprovázejících normální stárnutí není jednoduché. Prvním příznakem je zapomínání každodenních událostí. Nemoc je pojmenována po svém objeviteli Aloisovi Alzheimerovi, německém lékaři, který v roce 1907 poprvé popsal cyklus anomálií v mozkové kůře u 51letého pacienta. (Pidrman, 2007, s. 31)

Dle Topinkové (1999, s. 23) nemoc propuká před dosažením 65 let, onemocnění trvá 8-10 let a končí smrtí.

Demence s Lewyho tělísky se vyskytuje mnohem častěji, než se dosud myslelo. Výskyt byl prokázán u 15-20 % zemřelých s demencí. Kromě paměti je velmi často postižena řeč, dále zrakově-prostorové funkce i zručnost. Onemocnění probíhá rychleji než Alzheimerova demence a během 5-8 let končí smrtí. (Topinková, 1999, s. 32)

Frontotemporální demence patří mezi vzácná onemocnění. Je charakterizována lehkou poruchou paměti a uchovanou prostorovou orientací, avšak výrazným postižením osobnosti a poruchami chování. Často se objevují poruchy řeči. Zahrnuje Pickovu nemoc, je onemocněním staršího dospělého věku, nejvíce se vyskytuje mezi 55-65 lety. (Růžička et al., 2003, s. 39)

Sekundární demence jsou skupinou nemocí, kdy demenční syndrom doprovází jiná onemocnění. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, dále infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin, při tumorech, epilepsii, při Parkinsonově chorobě a v celé řadě dalších případů. Nejzávažnější a nejčastější je vaskulární demence, která představuje 20 % všech demencí. (Pidrman, 2007, s. 31)

Rozvoj vaskulární demence je etiologicky spojován s infarkty v různých oblastech mozku, mozkovým krvácením nebo jinou přítomností rizikových faktorů cévního onemocnění mozku. Obvykle nacházíme náhlá zhoršení kognitivních funkcí. Demence se vyvíjí do 3-6 měsíců od mozkové příhody. Nachází se zde rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Objevuje se emoční labilita, doprovázená neopodstatněným smíchem nebo pláčem, případně depresemi. (Topinková, 1999, s. 30)

Pidrman (2007, s. 32) uvádí, že smíšené demence tvoří přibližně 10-15 % všech demencí.

2.1 Symptomy demence

Mezi první varovné signály patří problémy s porozuměním tomu, co se děje kolem nás, s chápáním věcí, které vnímáme prostřednictvím zraku, sluchu, hmatu, chuti a čichu. Jedinec nepoznává známé předměty a prostředí. Objevují se problémy se soustředěním na nějakou činnost. Nastávají problémy s řečí, se schopností pochopit smysl věty i schopností předat tuto informaci druhým. Zhoršuje se paměť a lidé trpící demencí mají sníženou schopnost racionálního uvažování a úsudku. Rovněž tito jedinci mají problém s ovládním emocí.

Poškození mozku vede k rozvoji těchto základních symptomů a ty jsou příčinou problémového chování. (Glenner, 2012, s. 9-12)

Poruchy chování mohou být prvním důvodem, který povede k vyšetření odborníkem, a tak může dojít k odhalení již přítomné demence. Jsou součástí širšího symptomu, který se nazývá BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Tedy behaviorální a psychologické symptomy. Bloudění patří k nejčastějším příznakům behaviorálních symptomů u demence, což přináší stres rodině i pečovatelům. Objevuje se u středně těžké a těžké formy onemocnění. Časté je noční bloudění, které se týká i známého prostředí.

Zároveň se zhoršením kognitivních schopností se vyskytuje agitovanost a agrese. U žen se objevuje hlavně verbální agresivita. Riziko zvyšuje špatný tělesný stav či chronická bolest. Agresivní chování může být projevem úzkosti nemocného. Jako prevenci agitovaného chování je vhodné se vyhnout všem stresujícím situacím. Je správné udržovat přiměřený stereotyp v činnostech. Při agresivním chování je doporučeno reagovat klidně, nenechat se vyprovokovat, vyhnout se přímému očnímu kontaktu, nedávat sliby. Velkou chybou je pacienta kritizovat nebo ho zesměšnit. (Pidrman, 2007, s. 79-80)

Mezi psychologické (psychiatrické) příznaky patří bludy, halucinace a dále komplexní psychotické symptomy. Bludy jsou častější u demencí Alzheimerova typu než u vaskulární demence. Nejčastěji se setkáváme s těmito příznaky ve středním a někdy i počátečním stadiu, v těžkých fázích demence se již neobjevují. Typické jsou bludy paranoidní, které zahrnují sledování, okrádání, výskyt jedů v jídle. Jsou tři okruhy bludného myšlení, z nichž nejčastější je přesvědčení, že je jedinec okrádán. Jeho původ lze vysvětlit částečně i psychologicky, neboť demenční lidé si nepamatují, kam uložili různé věci, nemohou je najít a nejsnadnějším vysvětlením je, že byli okradeni. Jde však o závažnou poruchu myšlení. Dalším bludem je, že příbuzní chtějí nemocného zlikvidovat a že nemocný je opuštěn.

Časté jsou i bludy ze sexuální oblasti. Pacient je pevně přesvědčen o tom, že jeho partner je mu nevěrný, rovněž podezírá pečovatele z praktik, které na něm provádí. U halucinací se setkáváme častěji se zrakovými než sluchovými. U vaskulárních demencí se s nimi setkáme častěji než s bludy. Halucinace zahrnují známé nebo neznámé objekty, postavy, ale také zvířata či bizarní jevy. Pokud je výskyt ve velkém měřítku, může se jednat o demenci s Lewyho tělísky. (Pidrman, 2007, s. 83)

Prvním příznakem poruch chování jsou poruchy nálady. Patří sem deprese, fobie, úzkost. Vyskytují se ve všech stádiích demence, bývají již v počátečním období. Depresivní pacient bývá nenápadný. Ukazatelem může být smutek, ztráta zájmů, sebelítost, únava, ztráta

zájmu o jídlo, zhoršení spánku s nočním blouděním, neklidné chování. (Pidrman, 2007, s. 84)

Dle Topinkové (1999, s. 48) je deprese v časných stádiích častá, neboť si člověk uvědomuje zhoršení intelektových funkcí.

Mezi největší problémy seniorů patří i poruchy spánku. Insomnie je definována jako subjektivně vnímaný relativní úbytek kvality nebo délky spánku. Mezi nejčastější důsledky insomnie patří snížená fyzická i psychická aktivita, ztráta výkonnosti i kvality života. Důvodem je změna cirkadiálního rytmu, což znamená narušení rytmu spánek-bdění. Nemocný v noci nespí a přes den pospává. Pro uchování rytmu dne a noci u seniorů bychom také měli zajistit osvětlení místnosti, které subjektivně vyhovuje nám, poněvadž tmavá místnost znamená nedostatečnou synchronizaci melatoninu a dalších hormonů důležitých pro rytmus den-noc. Druhým činitelem, který může bránit nezbytné světelné synchronizaci, jsou degenerativní změny na sítnici u seniorů. Mozková centra nemají proto dostatek informací o úrovni světla. (Pidrman, 2007, s. 86)

2.2 Fáze demence

Holmerová (2014, s. 72) uvádí, že jednotlivá stádia demence rozlišujeme například dle pokročilosti neurodegenerativních změn mozku nebo dle výsledků některých testů.

Lehká demence – přichází mírná porucha orientace v čase, zhoršené vybavení posledních událostí, porucha řeči, omezení sociálních aktivit, změny nálady, problémy se zvládnutím finančních záležitostí, nedůslednost při užívání léků. (Topinková, 2010, s. 138)

V prvním stádiu je pacient většinou soběstačný co se týče mobility, hygieny a schopnosti se najít, ale potřebuje určitý dohled. Hlavním okamžikem v této fázi je stanovení diagnózy a sdělení této zprávy pacientovi a další blízké osobě. Důležité je, aby pacient zvládl diagnózu přijmout, i například s pomocí psychologa. Ve fázi mírné demence je jedinec ještě schopen řešit záležitosti ohledně právních věcí, ovšem tato schopnost bude ubývat. Doporučuje se také těmto osobám, aby přestali řídit motorové vozidlo. (Holmerová et al., 2014, s. 72-74)

Středně těžká demence – objevuje se dezorientace v místě i čase, pacient se může ztrácet na známých místech, porucha řeči i porozumění, zhoršení paměti, nevládnutí běžných domácích prací, hygieny, vyskytují se závažnější poruchy chování. (Topinková, 2010, s. 138)

Tito pacienti již nejsou schopni žít samostatně a potřebují trvalý dohled. Přestávají rozumět náznakům, návodům, a rychle je zapomínají. Hrozí situace, že odejdou z bytu a již se nevrátí. Je možné, že se vyskytnou poruchy chování a další psychické příznaky, a tyto se řeší poučením pečujících v rodině i v zařízeních o způsobu reakce na tyto změny chování. Jen v případech, že situace je neúnosná pro pacienta, lékař předepíše léky. (Holmerová et al., 2014, s. 74)

Těžká demence – závažná dezorientace, ztráta paměti krátkodobé i dlouhodobé, ztráta pohyblivosti, neschopnost chůze, inkontinence. (Topinková, 2010, s. 138)

V tomto stádiu pacienti potřebují asistenci, více času tráví odpočinkem a je možné, že se vyskytnou vážné komplikace zdravotního stavu. Doprovází je bolest, úzkost, strach. Pacient se projevuje křikem, neklidem nebo agresivním chováním. Pacient již vůbec nekomunikuje, není schopen polykat a je imobilní. Hovoříme o terminální fázi. (Holmerová et al., 2014, s. 76)

V současnosti se zvyšuje počet jedinců, kteří se nacházejí ve středním a těžkém stádiu demence, z čehož vyplývá, že velmi důležitým krokem v péči o nemocné s demencí je její včasné zachycení v nejrannějších stádiích. (Pidrman, 2007, s. 14-15)

2.3 Léčba demence

Cílem v léčbě demence je stabilizace nemocného a oddálení přechodu onemocnění do těžších stádií. Léčbou prodlužujeme období soběstačnosti nemocného, dobu jeho funkčních schopností a tím snižujeme potřebnost a nároky pečovatelské péče, stejně tak zátěž příbuzných.

Léčba se skládá ze dvou složek, nefarmakologické léčby a farmakologické léčby.

Nefarmakologická léčba má za úkol ovlivnit behaviorální a psychologické příznaky demence. Spočívá v provádění různých aktivit, které smysluplně vyplní volný čas. Úkolem je zachování, případně zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost a kognitivní funkce. Aktivity musí odpovídat stavu pacienta a mají probíhat ve známém prostředí. Behaviorální léčba zahrnuje tyto oblasti: životní styl, fyzická a psychická aktivita, optimalizace sensorických funkcí, výživa pacienta.

V rámci životního stylu jde o vzdělávání klienta, péči o něj, vytvoření přátelského prostředí a sociální začlenění pacienta. Nedostatek fyzické aktivity způsobuje narušení rytmu denoc a způsobuje také menší chuť k jídlu. Pro pacienty s demencí je jednou z doporučova-

ných metod pohybová a taneční terapie. Velmi důležitá pro klienty s demencí je rovněž podpora psychických funkcí. Patří sem kognitivní rehabilitace, což znamená cvičení paměti pomocí různých technik. Klienty s demencí vždy chválíme. Individuálně používáme metodu „pet terapie“, využívání malých domácích zvířat a mezi nejpoužívanější metody řadíme reminiscenční terapii. (Pidrman, 2007, s. 93)

Hlavní složkou péče je zapojení do aktivizačních programů, které mají zabránit zhoršování kognitivních funkcí, vzniku deprese, a optimalizovat maximální využití zachovaných schopností. (Franková a Vyškovská, 2010, s. 5)

U pacienta je nutné zjistit, zda nejsou postiženy senzorické funkce, zejména sluch a zrak. U postižení zraku nebo sluchu dochází k celé řadě nedorozumění, která jsou chápány jako poruchy chování, přičemž je zde možnost, že pacient reaguje jinak pouze z důvodu, že nepochopil naše požadavky, protože jim nerozuměl. (Pidrman, 2007, s. 94)

Při péči o pacienty s demencí je kladen velký důraz na výživu. Demenci provází různé formy narušení výživy. V počátečním stádiu se může projevit zvýšení hmotnosti díky nedostatku pohybu, ovšem v pokročilejších fázích všichni pacienti ubývají na váze. Pro udržení aktivní tělesné hmoty u jedinců s demencí je zásadní fyzická činnost a dostatečný energetický příjem. Přiměřený pohyb je nezbytnou součástí péče o pacienty s demencí ve všech stádiích léčby. (Pidrman, 2007, s. 157)

U nemocných s demencí v období mírné kognitivní poruchy má velký význam nutričně hodnotná a pravidelná strava. Je nutné dbát na dostatek vitamínů a stopových prvků a dále omezení živočišných tuků. V době, kdy se syndrom demence rozvíjí, dochází k omezení schopnosti si nakoupit, uvařit, najíst a je potřeba pomoci s výběrem jídla a přípravou. Jedinec se ve fázi pokročilé demence již nemůže sám najíst, může nastat porucha polykání. Je vhodné volit stále stejné prostředí, jídlo bez příboru nebo přejít na kašovitou a tekutou stravu. (Holmerová et al., 2014, s. 42)

Základním farmakologickým postupem v léčbě demence je nasazení inhibitorů cholinesteráz. Lze po nich očekávat prodloužení soběstačnosti, zpomalení vývoje nemoci a oddálení institucionalizace. Existuje i léčba podpůrná (přídavná). Je to proto, že léčba inhibitory cholinesteráz má v některých případech pozitivní vliv na léčbu nekognitivních příznaků, a naopak léky podpůrné mohou působit na zlepšení kognitivního postižení. (Pidrman, 2007, s. 112)

3 AKTIVIZACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Nečinnost seniora po stránce tělesné, duševní i sociální vede k emočním deprivacím a k urychlení procesu stárnutí. Výzkumy prokázaly, že přiměřená aktivizace způsobuje u starších osob srovnatelné výsledky v testech fluidní inteligence s výkony mladých osob. Aktivizační programy mají funkci preventivní při provádění se zdravými seniory, funkci terapeutickou u osob po cévních mozkových příhodách, a také formu sekundární prevence (např. u osob s demencí). (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 213)

Aktivita je jedním z nedůležitějších nástrojů naplnění života seniorů. Přispívá k jejich životní spokojenosti prostřednictvím pocitu z dobře vykonané práce, fungujících rodinných vztahů, smysluplně stráveného času, ale také udržováním fyzické kondice, paměti a tím i znovuzapojením do společnosti. (Kozáková a Müller, 2006, s. 36)

Hlavním posláním sociálního pracovníka je v první řadě zlepšení kvality života seniora, a to v psychosociálním kontextu. Sociální pracovník se uplatňuje jako koordinátor dobrovolníků např. v dobrovolnických programech v nemocnici a domovech pro seniory. Jeho práce v oblasti péče o seniory se týká i domácího prostředí seniora, komunity, zdravotnických zařízení a domovů pro seniory. (Martinek a kol., 2008, s. 96)

Senior se často v důsledku svých zdravotních obtíží, omezené mobility a snížené soběstačnosti dostává do podřízené role a je odkázán na pomoc svého okolí. Většina seniorů se s novou rolí klienta služby těžko smíruje a na pobyt v instituci si obtížně zvyká. Proto je tak důležitá podpora seniora a pochopení ze strany pracovníků přímé péče. Práce se seniory vede k humanizaci stávajících pobytových služeb, rozvíjí samostatnost seniorů a motivuje je k činnostem, které budou posilovat jejich sociální začleňování. Aktivizace by v neposlední řadě měla pomáhat překonat pocity „odložení“, které senior může zažívat po umístění v domově. Měla by mu pomáhat zbavit se strachu z těchto zařízení, nalézt nové známé, přátele. Zapomenout na bolest, útrapy a hlavně důstojně a v pohodě prožít podzim života. Aktivizaci klientů se plně věnují aktivizační pracovníci v úzké spolupráci s klíčovými pracovníky na všech odděleních. Při poskytování péče a podpory má velký význam vztah, který se postupně vytváří mezi pracovníkem a klientem. Vzájemný vztah by měl být založen na partnerství, vzájemné úctě a respektu. Psychosociální aktivizace má v životě seniorů nesmírný význam. Každý člověk potřebuje vykonávat činnosti, které jsou smysluplné a vedou k určitému cíli nebo mají přínos pro druhé. Podle počtu účastníků dělíme aktivity na skupinové a individuální. Individuální práce s klientem má své výhody

v tom, že se jedna osoba věnuje pouze jednomu klientovi. Při skupinové práci se vytváří pouta mezi více účastníky, navíc jsou klienti obohacováni i vzájemným ovlivňováním přítomných osob, přijímáním nových názorů apod. Dochází i k fyzickému kontaktu osob. Obě formy mají své přednosti i nevýhody. (Mlýnková, 2010, s. 101)

V každém zařízení pro seniory by měly být aktivizační činnosti součástí kvalitní komplexní péče o seniory. Vykonnávají je aktivizační a sociální pracovníci nebo dobrovolníci.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách charakterizuje sociálně aktivizační služby pro seniory jako ambulantní, případně terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku. Tato služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

3.1 Význam aktivizace pro seniory s demencí

Cílem aktivizačních činností je udržení a zlepšení psychického a fyzického stavu klienta, poskytnutí potřebné dávky fyzické činnosti, sblížení a společenský život. Aktivita slouží klientům k neustálému ověřování vlastních schopností, možností i zájmů, a vyplňují volný čas. Aktivizace je poskytována individuálně nebo skupinově. Aktivizace seniorů je nedílnou součástí poskytování sociálních služeb pro seniory. Aktivizační činnost napomáhá překonat adaptační fázi, podílí se na uchování naučených dovedností a někdy i objevuje či rozvíjí individuální dovednosti. Nabízený program, jehož se klienti účastní dobrovolně, je důležitý pro udržení fyzického i psychického zdraví seniorů a slouží též k zachování jejich společenského života. Smyslem těchto činností je co nejlepší využití volného času uživatelů.

Pacienti s rozvinutou formou demence, kteří již nejsou schopni se sami o sebe postarat, špatně se vyjadřují a mají svůj svět, mohou velmi dobře vnímat nejen chování ostatních, ale i hezké prostředí, radují se z všedních činností, poslouchají hudbu a mají potěšení z dobrého jídla. Často sledují obrázky, dotýkají se plyšových hraček a napodobují zvuky, když nejsou schopni vyjádřit se slovem. Zásadním omylem je myslet si, že tito lidé „nic nepotřebují“. Naopak tito jedinci potřebují vlídné prostředí a dostatek přiměřených podnětů. Je třeba jejich den naplnit činnostmi, zaujmout je, zprostředkovat kontakt s jinými lidmi, poskytnout jim emoční podporu, radost a dostatek pohybu. Je důležité procvičovat a zachovávat dosavadní dovednosti. (Růžička et al., 2003, s. 152)

Při tvorbě programů pro seniory s demencí vycházíme z toho, že navzdory vážným deficitům je většina lidí postižených demencí schopna: pamatovat si věci ze vzdálené minulosti, vyjádřit názor a nabídnout radu, provádět obvyklé dobře naučené a silně zafixované vzorce chování, osvojit si nové stereotypy, mít požitky ze smyslových vjemů, reagovat a vyjadřovat emoce, sledovat logický sled myšlenek, navazovat sociální kontakty, zajímat se o ostatní, mít snahu pomáhat a mít smysl pro humor. (Zgola, 2003, s. 92)

V současné době přibývá velmi starých lidí, ve vysokém stupni závislosti na péči, o které se doma jejich blízcí starat nemohou nebo již nedokážou postarat. Takový starý člověk si uvědomuje svou bezmocnost a někdy rezignovaně přijímá nabízenou možnost. Aktivizační pracovníci v geriatrických zařízeních sice vylepšili postupy a vybavení, ale zapomněli, že je potřebují lidé velmi závislí na péči, lidé s onemocněním demence, lidé, kteří potřebují pomoc. Třeba právě teď přišel čas změnit přístup a zavést smyslovou aktivizaci. (Vojtová, 2014, s. 64)

Velmi důležité je vytvoření terapeutického vztahu mezi pacientem a terapeutem, mít celostní pohled na pacienta, klást důraz na prostředí, na výběr vhodných denních aktivit a specifických terapeutických postupů. Hlavním úkolem je zachování kvality života pacienta s demencí a jeho lidské důstojnosti. (Růžička et al., 2003, s. 155)

3.2 Komunikace s osobami s demencí

Demence způsobuje snížení některých kognitivních funkcí a dle stupně nemoci se volí vhodný přístup. Je tedy nutné si nejdříve získat informace o stupni onemocnění. Silné emoční vzpomínky se vrací a tyto uložené informace jsou spojeny s prožitky. Proto podobná nová situace může vyvolat stejné reakce. Je možné, že vyvolání způsobí známá činnost, zvuk, vůně aj. Nemocný se ocitá v dřívějším světě. Při počínající demenci uvádíme neustále pacienta do reality. Informujeme o místě, kde se nachází, jaké je datum, roční období, jaké je počasí. Stále jej oslovujeme jménem a sdělujeme mu, co děláme a z jakého důvodu. Cílem je poskytovat dostatek informací, aby se zmírnil strach pacienta. Je nutné předvídat selhání, neboť pacient ztrácí paměť, a proto nedáváme příliš otázek. Při pokročilé demenci nikdy nevyvracíme pacientovi jeho vzpomínky. Je třeba se naučit přijímat vnitřní svět člověka s demencí a pokusit se najít souvislosti jeho jednání s prožitými událostmi. Střídají se stavy normálního fungování mozku se stavy zmatenosti. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 118)

K udržení efektivní komunikace s osobou s kognitivní poruchou patří odpovědnost pečovatele za to, že mu pacient rozumí a on bude rozumět pacientovi. Důležité je utvořit vzájemný partnerský vztah, založený na důvěře. Pacient není schopen dělat ústupky a i když pečovatel není schopen poruchu komunikace vyléčit, může ji zmírnit účinnými metodami. (Zgola, 2003, s. 124)

3.2.1 Validační terapie

Jedná se o soubor přístupů, založených na filozofii, že každé chování člověka s demencí má nějaký důvod a vše má spojitost se vzpomínkami z minulosti. Je důležité je správně vyhodnotit a přijmout, čímž uznáváme osobnost pacienta.

3.2.2 Rezoluční terapie

Tato metoda neřeší minulost, předpokládá, že cokoli pacient řekne právě teď, je pro něj realitou a nemá význam to měnit. Cílem je pocít nemocného, že je přijímán. Základem terapie je sebedůvěra pacienta a jeho důstojnosti.

3.2.3 Preterapie

Terapie je vhodná pro jedince s agresivním chováním a pro osoby trpící depresí. Slouží k navázání kontaktu pocitem společného prožitku. Pacientovi sdělujeme, že máme stejné emoce jako on a vše prožíváme s ním. Mezi techniky patří:

- Uvědomění si situace – popisujeme konkrétní reálnou situaci, kde se pacient nachází.
- Vyjádření emočního prožitku – čteme z výrazu tváře a formulujeme pocity.
- Hledání vhodných slov – opakujeme, co rozumíme z projevu pacienta a nabízíme vhodná slova.
- Tělové reflexe – popisujeme pohyb pacienta, případně napodobujeme jeho pohyby.
- Opakování slov po nemocném – opakujeme slova pacienta a on vnímá stejné naladění.

(Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 118)

Mezi zásady komunikace s lidmi s demencí dle Klevetové a Dlabalové (2008, s. 119) patří:

- Dbát na správné oslovení, které je pro pacienta důležité.
- Používat jednoduché věty, mluvit srozumitelně a pomalu.
- Hovořit hlubším tónem hlasu.
- Pokyny dávat postupně.
- Nenutit pacienta k činnosti, pokud ji sám nechce dělat.
- Neustále informovat pacienta o tom, co děláte a říkat mu čas a místo, kde se nachází.
- Nesmát se pacientovi, pokud je jeho vyjadřování nesrozumitelné. Vyvarovat se ponižování nemocného.
- Poskytovat podporu a ukázat zájem o city jedince.
- Nesnažit se usměrňovat a napomínat pacienta. Je důležité pacienta chválit za každou maličkost.
- Nevyvracet pacientovi jeho představy, myšlenky, vést s citlivostí nesmyslné rozhovory.

3.3 Metody aktivizace vhodné pro seniory s demencí

Aktivizační techniky u člověka s demencí mají především dosáhnout udržení, případně zdokonalení jeho dosud zachovaných schopností. Jsou závislé na individualitě klienta a jeho potřeb a můžou být prováděny různými způsoby. (Kozáková a Müller, 2006, s. 40)

Je nutné zdůraznit přiměřenost aktivit, neboť mnoho aktivit může pacienta psychicky i fyzicky vyčerpat. Vše se doporučuje provádět v klidu, beze spěchu, a udržovat rovnováhu mezi aktivním časem a klidem. (Holmerová a kol., 2009, s. 141)

Smyslová aktivizace je pojem, který lze chápat jako „vedení do činnosti“ za účasti všech smyslů. Právě u klientů s demencí se trénuje schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními činnostmi, znovu vyvolat slova, příhody a tak dostávat možnost komunikace. Tímto tréninkem komunikačních schopností uchováváme sociální kontakty. (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 11)

Wehner a Schwinghammer (2013, s. 19) uvádějí, že je důležité v rámci smyslové aktivizace dodržovat čtyři pilíře:

- **Dotyk** – pozdravení se, podání ruky.

- **Sblížení** – vědomě se cítit blízko danému člověku, zajímat se o jeho život.
- **Komunikace** – verbální i neverbální – svá jednání doprovázet slovem (záleží na způsobu, jak slova říkáme).
- **Pozornost** – oční kontakt.

3.3.1 Kognitivní rehabilitace

Je velmi důležitou součástí nefarmakologické léčby demence. Trénink paměti je vhodné provádět formou hry a volíme vždy takovou úroveň, která je pro účastníky přiměřená. Část cvičení bývá zaměřená na dlouhodobou paměť, která bývá u osob s demencí relativně dlouho zachována. Procvičování krátkodobé paměti má význam u osob v počáteční fázi demence. Můžeme zařadit i nácvik orientace v realitě. (Hátlová a Suchá, 2005, s. 28)

V rámci kognitivní rehabilitace se používají metody jako cvičení paměti, většinou formou zjednodušených a nesoutěživých slovních her, doplňováním říkanek, doplňováním slov dle první slabiky, skládáním obrazců nebo zjednodušeným „pexesem“ apod. (Holmerová a kol., 2009, s. 122)

3.3.2 Orientace v realitě

Jedná se o jednu z nejstarších nefarmakologických forem přístupu k demenci. Je užitečným nástrojem ke zlepšení kognitivních funkcí, avšak při necitlivé aplikaci může způsobit agresivitu, agitovanost a úzkost. Zejména se to týká při intenzivnějším použití ve skupině. Uskutečňuje se tedy individuálně nebo ve skupině. Provádí se zjištění stupně orientovanosti jedinců, diskusí, zapojují se všechny smysly, používají se různé předměty, obrázky a upřesňuje se jejich tvar, barva. Jedná se o názorná a barevná označení prostor a místností. (Holmerová a kol., 2009, s. 122)

Americká neurologická akademie vydala v dubnu 2001 materiál vypracovaný předními odborníky na problematiku Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění způsobujících demenci. Z tohoto dokumentu bylo mnoho aktivizačních, validačních a pohybových terapií zařazeno mezi metody, jejichž účinnost byla vědecky prokázána a které lze doporučit na základě vědeckých důkazů. Jedná se o metody, které lze lehce provozovat na každém pracovišti. Patří sem reminiscenční terapie a taneční a pohybová terapie pro pacienty s demencí. (Růžička et al., 2003, s. 153)

3.3.3 Reminiscenční terapie

Význam slova reminiscence pochází z latinského „reminiscere“ – vzpomenout si, rozpo-
menout se, obnovit v paměti. Vzpomínání je součástí života. Na sklonku života je přiroze-
né, že vzpomínky převažují nad aktivními činy. Reminiscenční terapie je významným prv-
kem v ošetrovatelské péči. Reminiscenční terapii je možné používat i pro osoby trpící de-
mencí, ale jsou kladeny větší nároky na vedení reminiscenčního procesu. (Hrozenská a
kol., 2008, s. 117-118)

Tato metoda využívá vzpomínek a jejich vybavování za pomoci různých podnětů. Je důle-
žitá zejména pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale velmi
dobře si pamatují události z dávné minulosti. Součástí terapie je najít nejlepší způsob ko-
munikace s jedincem. Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Jejím
cílem je zlepšení stavu pacienta a také zejména zdokonalení komunikace. Podporuje lid-
skou důstojnost jedince a je vhodná pro lehkou či středně těžkou demenci. (Růžička et al.,
2003, s. 153)

Cílem reminiscence je zlepšit, resp. udržet současný stav staršího člověka, aby se cítil spo-
kojený, aby byla zachována jeho důstojnost a čest. Vytváří prostor pro komunikaci s jiný-
mi lidmi. Účast je velmi prospěšná pro nové klienty zařízení, neboť jim pomáhá v procesu
z přechodu z domácího prostředí a v začlenění do života skupiny. (Hrozenská a kol., 2008,
s. 117-118)

3.3.4 Terapeutická zahrada

Tento pojem se stává fenoménem současné moderní péče o osoby s demencí. Obecně po-
byt v jakékoli zahradě navozuje příjemné pocity, snižuje stres, redukuje frekvenci srdeční
činnosti, vykazuje snížení svalového tonusu. Prvořadým záměrem je vytváření aktivní čin-
nosti klienta (pěstování rostlin), druhořadým účelem je pasivní relaxace a přijímání podně-
tů v rámci terapeutické zahrady (Haller a Kramer, 2006 in Kamanová a Tokovská, 2014, s.
82). Smyslem vybudování terapeutické zahrady je přirozené probuzení všech lidských
smyslů. Vhodné je vysazení bylinek, které může pacient i ochutnat. Na podporu sluchu a
zraku je vhodné do zahrady pořídit ptačí krmítko. (Kamanová a Tokovská, 2014, s. 82)

3.3.5 Muzikoterapie

Využívá hudby jako léčebného prostředku. V terapii demence se zpívá za doprovodu hudebního nástroje i bez něj, nebo je možný pouze poslech hudby. Pacienti se případně mohou sami doprovázet na různé rytmické nástroje. Je zajímavé, že i lidé, kteří mají problém vzpomenout si na určité slovo při běžné řeči, si dokážou vybavit celý text písně. (Hátlová a Suchá, 2005, s. 28)

3.3.6 Ergoterapie a arteterapie

Jejím cílem je smysluplná činnost člověka s demencí. Přispívá ke vnímání své osobnosti, sounáležitosti s druhými, vyplňuje volný čas a působí jako prevence proti depresím a úzkostem. Uvolňuje člověka a zároveň napomáhá k udržení stávajících schopností člověka s demencí. Nejdříve je nutné počítat s nechtív k činnosti, avšak pokud je pacient správně motivován, je ergoterapie účinným prostředkem úspěšné léčby demence. Patří sem výtvarná technika (kresba, malování na textil), dále textilní technika (koláže, výroba polštářů), práce s papírem (vystřihování), práce s přírodním materiálem (aranžování květin), pečení nebo vaření a nácvik jemné motoriky (puzzle, stavebnice, korálky). (Hátlová a Suchá, 2005, s. 28)

Ergoterapie je nedílnou součástí péče o člověka postiženého demencí. Posiluje zejména soběstačnost a vede k sebeobslužným činnostem. V roce 1995 byla založena v Ostravě Česká asociace ergoterapeutů, která nabízí pomoc lidem, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi. Cílem je dosažení maximálně možné soběstačnosti a zvýšení kvality života těchto osob. Terapií se rozumí provádění cílených praktických činností, nácvik každodenních aktivit, výcvik komunikace a kognitivních funkcí. Ergoterapeut také pomáhá s návrhem kompenzačních pomůcek a učí pacienty, jak je užívat. (Holmerová a kol., 2009, s. 142)

3.3.7 Zooterapie

Jedná se o rehabilitační a psychosociální metodu, která využívá pozitivní působení zvířat na člověka. Je vhodná do zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb, ve kterých se setkáváme s lidmi staršího věku nebo s lidmi s tělesným postižením. Zvířata vyjadřují orientaci na budoucnost. Jsou to živé bytosti, o které se člověk musí starat. Člověka milují a respektují, i když zestárne. V zařízeních sociálních služeb chybí možnosti darovat a při-

jímat lásku a právě tímto kontaktem se zvířaty je možné prožívat tuto lidskou potřebu přítulnosti. (Hrozenská a kol., 2008, s. 123)

Mezi aktivizační metody patří i pohybové terapie, které jsou neoddělitelnou součástí péče o seniory s demencí.

3.4 Motivace seniorů s demencí k činnostem

V praxi bývá velice složité motivovat klienta s demencí k účasti na aktivitách. Obecně u starých lidí dochází k pasivitě a apatii. Také se bojí nových věcí, mají strach ze zesměšnění, že nějakou aktivitu nepochopí. Patří sem i pocity méněcennosti z důvodu inkontinence, nadváhy nebo jiných fyzických znevýhodnění. Někteří klienti nechtějí opouštět své pokoje. Proto by měl aktivizační pracovník klienty přesvědčit k účasti osobně a navrhnout jim ze začátku pouze pasivní účast, kde mohou jen pozorovat. Většinou po takovém prvním kontaktu klient zjistí, že se nejedná o nic složitého. Úkolem terapeuta je vše detailně vysvětlit a klienta ujistit, že může kdykoli aktivitu opustit. (Holmerová a kol., 2009, s. 136)

Dle Rheinwaldové (1999, s. 35) záleží i na zvolení času, kdy bude aktivita probíhat. Je třeba zjistit, která denní hodina klientům vyhovuje, kdy jsou nejvíce aktivní. Pokud opravdu člověk odmítá opustit pokoj, je možné některé aktivity provádět přímo na pokoji. Časem může dojít s pomocí ostatních účastníků skupiny k překonání obav a opuštění pokoje. Každý program by měl obsahovat zábavu i terapeutický účinek. Pouze takové aktivity plně uspokojují potřeby klientů.

Nesmí se zapomínat na humor. Smích způsobuje pokles adrenalinu, posiluje imunitní systém, zrychlí činnost srdce, zlepší krevní oběh a nutí pracovat svaly. Deset minut strávených smíchem umožní člověku dvě hodiny spokojeného spánku. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 135)

Terapeut by měl vědět, z jakých důvodů se klient nechce zúčastnit aktivizačního programu. Může tam být obava z cizích osob, nechut' některé osoby vidět, strach z malé místnosti plné lidí, při různých výletech nechtějí zažívat chaos a stres, některé seniory děsí vidět horší zdravotní stav, než mají oni sami. Je třeba na všechny tyto překážky myslet při sestavování skupin. Pracovníci motivují trpělivým přístupem a ujištěním o bezpečí a pohodě. (Rheinwaldová, 1999, s. 34-35)

Pokud má člověk s demencí problém s motorikou a nedaří se mu zkoordinovat pohyby, neprovádí se na něj nátlak, aby nedošlo k agresivní reakci. Existují techniky, které pacientovi pomohou. Klienta je třeba uvést do situace, při které se spustí automatické chování. Pokud se klient ve své činnosti zastaví a neví jak dál, je nutné ho vrátit do místa, kdy věděl, co dělá. Pečovatel začne činnost sám a pacient aktivitu přirozeně převezme. Pečovatel pomáhá klientovi rozhodnout se. Klienta není vhodné přesvědčovat, aby dělal něco, co sám nechce. (Zgola, 2003, s. 81)

4 POHYBOVÉ TERAPIE PRO SENIORY S DEMENCÍ

Terapie pohybem pomáhá lidem k pozitivní představě o svém těle. Pomocí pohybu dochází ke změnám v osobnosti, vědomí těla vede k vědomí sebe. Pohyb je pro starší organismus životně důležitý. Starší lidé, kteří pravidelně cvičí, se cítí fyzicky i duševně lépe než ti, kteří necvičí. Lépe se pohybují, mají dobrý pocit z toho, že zvládají různé činnosti a to zvyšuje jejich sebevědomí. (Rheinwaldová, 1999, s. 76)

Pro udržení pohybové schopnosti je nutné cvičit. Pravidelné cvičení udržuje svalový tonus a rozsah pohybu kloubů. Pohyb je prevencí mnoha onemocnění a zpomaluje proces stárnutí. Pohybem rovněž snižujeme bolesti pohybového aparátu. Abychom zabránili imobilizačnímu syndromu, úkolem pečujících osob je vést pacienta ke zvládnutí soběstačnosti tím, že bude využívat vlastní schopnosti, případně kompenzační pomůcky. U seniorů dlouhodobě upoutaných na lůžko dochází k výrazným změnám v organismu a je nutné polohování a pasivní cvičení. (Klevelandová a Dlabalová, 2008, s. 142)

Při péči o osobu s demencí záleží nejen na fázi demence, ale také na celkové kondici pacienta. Proto je zachování dobré kondice klienta důležitou podmínkou soběstačnosti a také jednodušší péče o něj. Předpokladem udržení kondice klienta je tedy pohybová aktivita. Pohyb působí blahodárně na psychiku a je tomu tak i u osob s demencí nebo jinou kognitivní poruchou. (Suchá a Holmerová, 2016, s. 35)

U osob s demencí dochází k postupnému zhoršení pohybových funkcí z důvodu progresu onemocnění. Nejdříve se to projeví zhoršenou koordinací pohybu a jemné motoriky. Důvodem je horší rozlišování vjemů a snížení poznávacích schopností. Cvičíme především ty dovednosti, které jsou částečně zachovány, aby jejich úbytek nadešel co nejpozději. Ztracenou funkci není možné obnovit a člověk s demencí se již nenaučí nové prvky. Vybíráme jednodušší cviky, které se dají snadno napodobit. Pacienti s demencí v určité fázi nerozumí pokynům, volíme tedy jednoduché, názorné cviky, často představující běžnou denní činnost. Neměly by působit dětinsky, ale musí si ponechat důstojnou formu. Je nutné umožnit zrakový kontakt s terapeutem, proto se doporučuje cvičení v kruhu nebo půlkruhu. Pro osoby s demencí je důležité zachovávat zvyklosti a rituály (formu cvičení, čas, terapeuta), neboť potřebují klid a jistotu. Je vhodné upozornit pacienty na dobrovolnost a také na možnost ukončení cvičení při bolesti. Neustále opakujeme informace. Pacienta opravujeme při cvičení pouze tehdy, kdy by si mohl ublížit, úkolem je umožnit klientům prožití radosti z pohybu. Od střední fáze demence pacient nerozlišuje pravou a levou stranu. Mezi další

zásady patří necvičit po větším jídle a vyvětrat místnost. (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 61-63)

Existují důkazy, že fyzická aktivita přináší pozitivní účinek na stárnoucí mozek, a proto byla provedena pilotní studie v letech 2011–2013 v Drážďanech, která zjišťovala, jaký efekt má na pacienty s Alzheimerovou chorobou. Tato pilotní studie vyhodnocuje účinek doma prováděného fyzického cvičení na klinické symptomy, funkční schopnosti a výši nároků na pečovatele po 12 a 24 týdnech. Náhodný vzorek 30 pacientů ve věku 68–76 let a jejich rodinní pečovatelé byli přiřazeni do domácího programu fyzické aktivity, nebo do obvyklé terapeutické skupiny. Program se měnil mezi pasivním a aktivním odporovým tréninkem dolních končetin a docházelo ke změnám směru pohybu na zařízení tak, aby kombinoval fyzické a paměťové stimuly. Kontrolní skupina vykázala snížení schopností sebeobsluhy u každodenních aktivit v týdnu 12 a 24, zatímco aktivity pacientů ve výzkumné skupině zůstaly na stejné úrovni. Analýzy funkčnosti a schopnosti mluvy odhalily významný účinek na sémantickou plynulost řeči. Pacienti ve výzkumné skupině se během výzkumu zlepšili a dostali se zpět na původní schopnosti v týdnu 12, zatímco kontrolní skupina vykazovala stále zhoršování. Analýza rychlosti koordinace ruka-oko a pozornosti odhalila zlepšení pouze ve výzkumné skupině. Zátěž kladená na domácí pečovatele se u výzkumné skupiny nezměnila, ale zhoršila se v kontrolní skupině. Výsledkem bylo, že pacienti ve výzkumné skupině se během výzkumu zlepšili, ovšem zátěž kladená na domácí pečovatele se u výzkumné skupiny nezměnila, ale zhoršila se v kontrolní skupině. Tato studie navrhuje, že doma prováděné fyzické aktivity mohou přinést účinek a tímto způsobem propaguje fyzickou aktivitu u Alzheimerovy choroby i v závislosti na regulaci zátěže pečovatelů. Výsledky ukazují přínos pro každodenní aktivity, kognitivní a fyzické dovednosti u pacientů s Alzheimerovou chorobou. (Holthoff et al., 2015, s. 1-2)

4.1 Taneční terapie

Tanec se objevuje již na samém počátku historie lidstva, přesto patří k relativně „mladým“ terapeutickým metodám. Tanec vždy pomáhal lidem v těžkém období, jeho prostřednictvím dávali lidé najevo radost, usnadňoval komunikaci a snižoval úzkost. Taneční terapie pomáhá pacientům znovu objevit radost z pohybu, poněvadž člověk své tělo začíná ovládat a cítí se lépe. Taneční pohyby probouzí emoce, představují projev, na kterém se podílí tělo i psychika. Obnovuje pozitivní sebepřijetí, jelikož pacienti tančí pod vedením vlídného terapeuta, který vybírá pouze lehké formy tance a nabízí jim pohled odborníka, který jim

ukazuje hodnotu jejich osobnosti. Tento pocit může vést k autonomii. Jedinec v tanci projevuje svoje postoje, gesta, pózy. Pomocí tance vyjadřujeme svoje emoce, přání, touhy, myšlenky i strachy. Díky tanci se uvolníme. Taneční terapie je zároveň arteterapií, tvoříme umělecký výkon. (Dosedlová, 2012, s. 80)

Taneční terapie zahrnuje sociální, psychickou a fyzickou část. Sociální z důvodu osamění, což je u klientů s demencí potřebné, neboť je velmi těžké navazovat nové kontakty. Co se týče psychiky, tanec poskytuje prostor pro emoce, pozitivní i negativní. Díky „společnému tanci“ nalezne klient pocit duševní pohody a klidu. Z pohledu tělesné stránky jde o prostor, kde člověk cvičí, hýbe se, ventiluje svou energii, uvolňuje se. Pozornost je věnována hře, fantazii, kreativitě. U klientů s demencí dochází i často k intervenci terapeutů prostřednictvím nabídky jiných pohybů a ta vede často k novým pohledům na situaci. Důležitý je pro seniory pocit, že v tanci přispívají svým pohybem, dotekem. Základem pro vytvoření „tanečního prostoru“ je bezpečnost, sjednocení a stabilizace člověka s demencí. Přistupujeme ke klientovi dle jeho formy a hloubky nemoci. S těžce nemocnými pracujeme individuálně nebo kombinujeme skupinové a individuální setkání. Tanec přináší klientům s demencí duševní zklidnění. Na tanečních terapiích se pracuje s dlouhodobou pamětí, ventilací aktuálních nálad, probíhá spolupráce mezi pacienty, klienti mají společné prožitky, dodržují se zde zásady práce s rytmem, hudbou a často se při tanci zpívá. (Zedková, ed., 2012, s. 157-165)

Taneční terapie je psychoterapeutickým využitím pohybu v procesu, který začleňuje člověka po stránce emoční, kognitivní, sociální i fyzické. Taneční terapie je uznávaná metoda, která je rozšířená po celém světě. Je v ní kladen důraz na psychologické faktory (neverbálně komunikovat, emočně se vyjadřovat), dále fyzické faktory (koordinovat pohyb, rovnováhu) a sociální faktory (seskupení lidí, kteří mají něco společného). Pro pacienty s demencí je vhodná forma taneční terapie v kruhu. Mají zde možnost se navzájem pozorovat, sledovat terapeuta, který je součástí kruhu. Kruh je zároveň nejbezpečnější, a pokud jsou jedinci, kteří se těžko soustředí, v této formě vydrží. Již první tóny hudby způsobí napřímení cvičících, poněvadž dávnou zkušeností je, že člověk musí mít při tanci dobré držení těla. (Růžička et al., 2003, s. 154)

Aktivita probíhající v kruhu odstraňuje bariéry, dodává účastníkům terapie jistotu, někdy i odvalu k předvedení pohybu. Pomáhají k vyjádření a vzájemnému předávání emocí. Terapeutická hodina musí mít naplánovaný průběh cíleně zaměřený na zmírnění vlivů demence a vedoucí k pozitivním reakcím. (Holmerová a kol., 2009, s. 205)

4.2 Jóga

Jóga je vhodná pro všechny věkové skupiny až do pozdního stáří. Jedná se o polohová tělesná cvičení, správné dýchání, úpravu výživy, techniky na čištění tělních dutin, duševní hygienu, relaxaci, koncentraci, autogenní trénink, sebevnímání, otužování. Jógová cvičení působí na udržení tělesného i duševního stavu a podporují správnou funkci vnitřních orgánů a činnost žláz s vnitřní sekrecí. Přispívá k protažení zkrácených svalů a tím vede ke zvětšení kloubní pohyblivosti a pružnosti svalstva. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 136)

Méně náročné cviky obsahuje tradiční hathajóga, která zlepšuje zdraví a pomáhá od stresu. Jógová cvičení oživují smysly jedince a naplňují jeho život. Zlepšuje chuť k jídlu, posiluje smysl pro humor a vede člověka k vyrovnanosti a moudrosti. Zdokonaluje schopnost soustředění a pomocí meditací vede k vnitřnímu klidu. Významnou složkou jógy je dýchání. Pravidelné cvičení pomáhá od svalového napětí, zlepšuje trávení a dýchání, je prospěšné pro kardiovaskulární soustavu a dodává vitalitu a energetickou rovnováhu. (Kilham, 1996, s. 17, s. 49)

4.3 Tai-či

Cvičení vnitřních bojových umění dodává ve starším věku vitalitu a lepší pohyblivost. Tai-či patří k nejoblíbenějším cvičením z důvodu jeho jednoduchosti a přístupnosti. Tento typ cvičení je používán ke snížení krevního tlaku, zlepšení nervových funkcí, regulaci zažívacího ústrojí, ale také napomáhá při rehabilitaci zranění kloubů, svalů a páteře. (Frantzis, 2010, s. 9)

V taoismu je zdraví definováno jako stav, kdy jsou vyrovnané emoce, mysl čistá a člověk má v sobě vitalitu spojenou s pocitem pohody. Existuje několik druhů technik, které přispívají ke zmírnění negativních emocí. Jednou z nich je dýchání, které uklidňuje, další je zklidnění myšlenek. Vnitřní bojová umění zvyšují trpělivost a díky ní dochází k pocitu vyrovnanosti a sebeuspokojení. Cvičení jsou účinná proti depresím. (Frantzis, 2010, s. 246)

Mezi hlavní důvody, proč starší lidé cvičí tai-či, je udržení, v některých případech i zlepšení fyzických, sexuálních a mentálních schopností. Polovina lidí v Číně začíná cvičit tai-či po padesátce. Tai-či zvyšuje fyzickou rovnováhu, reguluje a snižuje krevní tlak, zlepšuje cirkulaci všech tělních tekutin a umožňuje dobrý spánek. Udržování rovnováhy je důležité jako prevence proti pádům. Tai-či mohou cvičit i lidé se srdečními problémy, neboť dechové techniky jemně masírují srdeční sval, čímž ho posilují a udržují jeho tonus. Cvičení

obnovuje biomechanické srovnání těla, které napomáhá energii proudit tělem. Hodiny tai-či rovněž uspokojují potřebu sociální interakce a poskytují starším lidem důležitou věc, a tou je lidský dotek. Ten je zprostředkován učitelem při cvičení nebo navzájem mezi cvičícími formou vzájemného kontaktu. Tai-či má dlouholetou tradici cvičení venku v přírodě, což má pozitivní vliv na člověka a přináší mu radost. U osob starších osmdesáti let, které začínají s tai-či, mohou být přínosy velmi pozitivní pro život. Cvičení snižuje bolest při běžných činnostech, redukuje stres, ale také zlepšuje rovnováhu, posiluje nohy a dává sílu úchopu k jistějšímu držení talíře nebo hrnku. Všechna tato zlepšení činí člověka déle soběstačným. Pohyblivost, rovnováha a uvolnění, klidné chování umožní jedincům pečovat o sebe co nejdéle a udržovat sociální kontakty s rodinou a přáteli. Tai-či podněcuje tvořivost a poskytuje emocionální a duchovní rovnováhu. (Frantzis, 2011, s. 130-136)

4.4 Psychomotorická terapie

Prostřednictvím pohybu můžeme působit na mozek, poněvadž psychika a motorika jsou v lidském organismu úzce propojeny. Tímto vzájemným vztahem pro různé psychiatrické nemoci se zabývá psychomotorická terapie označovaná také jako kinezioterapie. Tato metoda je cíleně zaměřena na psychiku pacienta a je prováděna prostřednictvím pohybového programu, který obsahuje tělesná cvičení, sport a pohybové hry. Terapie pomáhá snížit psychické a psychosomatické problémy nebo odstranit jejich příčiny. Mezi prostředky kinezioterapie patří dodržovat pohybový program, vytvořit terapeutický vztah, používat neverbální formy komunikace, podněcovat emoce a spolupracovat ve skupině. Lidé s demencí si znovu uvědomují pohyblivost, jednotu tělesna i duševna, pozitivní sebepřijetí, tvořivost, emoce. Základem je vytvoření bezpečného prostředí a navázání terapeutického vztahu. Probíhá individuální pohovor s pacientem, kdy se navazuje na kladné prožitky spojené s pohybem; náročnost programu závisí na aktuálním psychickém i fyzickém stavu. U osob s demencí je obsah programu tvořen z každodenních činností. Smyslem je těmto osobám zkvalitnit život poskytnutím pocitu smysluplnosti a sounáležitosti a také zlepšením jejich psychosomatického stavu. (Hátlová a Suchá, 2005, s. 31-35)

Dle Kynštové (2016, s. 18) je podmínkou pro účast na provádění pohybového programu adekvátní fyzická i psychická kondice.

Mezi hlavní zásady provádění psychomotorické terapie s lidmi s demencí patří: respektovat pacienta; přizpůsobit program stavu pacienta; stabilní formu cvičení a změny provádět

po oznámení a velmi pomalu; utvořit přístupné a zajímavé činnosti; vzít v úvahu možnosti každého pacienta; navázat důvěru mezi terapeutem a pacientem; zajistit bezpečnost prostředí; provádět činnost pravidelně. (Suchá a Holmerová, 2016, s. 37)

U lehčí formy demence lze připravit program s použitím gymnastických a tanečních prvků. Používají se drobné předměty, zařazují se neverbální komunikativní programy. U těžší formy demence lze provádět nenáročná gymnastická a dechová cvičení doprovázená auto-masáží. Cvičení probíhá i v sedu na židli, vleže nebo ve stoji s oporou. (Hátlová a Suchá, 2005, s. 35)

Demence se vyznačuje různými příznaky, které se projevují na fyzickém stavu pacienta. Týká se to deprese, která snižuje svalový tonus, páteř je více ohnutá a jsou časté bolesti hlavy a kloubů. Naopak neklid a agitovanost zvyšují svalový tonus a ten vede k blokaci krční páteře a čelistních kloubů. Cvičit se má co nejčastěji, nejlépe denně po dobu 30 minut. Pro osoby s demencí je důležitý rituál, proto má program začínat ve stejném pořadí. Na úvod je důležité vždy seznámit pacienty s průběhem, uvést je do reality a mělo by následovat hluboké dýchání a usazení do správné polohy – vzpřímený sed na židli. Do této polohy se vracíme po provedení jednotlivých cvičení. (Suchá a Holmerová, 2016, s. 37)

Demence způsobuje různá postižení a psychomotorická terapie doporučuje různé formy cvičení. Při úbytku paměti procvičují pacienti stávající dovednosti, související s pohyblivostí, která jim pomáhá k soběstačnosti. Tedy se procvičuje pohyblivost ruky, chůze, správné držení těla. Při poruchách vnímání pacient rozlišuje předměty z různých látek, barev, případně vybírá dle zvuku, hmotnosti a provádí s předmětem daný pohyb. Při ztrátě pohybových dovedností nemocný provádí správné polohy sedu, stoje, chůze. Cvičení napomáhá také použitím herních prvků ke komunikaci při poruchách řeči. Při úzkosti a jiných poruchách emotivity program pozitivně naladí přítomné (u mužů používáme sportovní hry, u žen taneční prvky a hudbu). Cvičení napomáhá rovněž při poruchách spánku a v kritických momentech dne (po probuzení, po odpoledním odpočinku a před spaním). (Hátlová a Suchá, 2005, s. 39)

4.5 Další vhodné pohybové aktivity

Nejpřínosnější a nejpřirozenější pohybová aktivita je chůze. Vhodnou doplňující aktivitou jsou tedy procházky, nejlépe ve venkovním prostředí. Pobyt venku slouží i jako forma otužování, zvýšení imunity, zlepšení nálady, rovněž i pro osoby na vozíku. Doporučuje se

chodit ven i v zimním období, ovšem je nutné dohlédnout na teplý oděv, protože staří lidé mají narušenou termoregulaci a také dbát na vhodnou obuv. Je možné použít i hůlky na nordic walking, kdy zapojujeme nejen dolní, ale i horní končetiny a hluboký stabilizační systém. Navíc pomáhají udržovat stabilitu. Opět dbát na bezpečnost s ohledem na schopnosti klienta. Pokud pacient s demencí dosud aktivně sportoval, tuto zálibu je vhodné udržet co nejdéle, ovšem s omezeními (jízda na kole, plavání, běžky, jóga, tai-či). Existují tzv. venkovní hřiště pro seniory s různými pomůckami pro posilování. Tato hřiště mohou být využívána v doprovodu pečujících i lidmi s demencí. Mezi pohybové aktivity patří i zábavné hry, které jsou vhodné i z důvodu komunikace a sociálního začlenění. Mohou se hrát i na vozíku. Patří sem kuželky, bowling, pétanque aj. Pohyb pro pacienty s demencí je velmi důležitý a řadíme sem i provádění běžných denních aktivit, které jsou pohybově náročnější. Jedná se o zametání, hrabání, přenášení drobných věcí, prostírání. Důraz je kladen na bezpečnost, a zda jsou klientům aktivity příjemné. (Suchá a Holmerová, 2016, s. 38)

V sociálních zařízeních je klientům poskytováno rehabilitační ošetřování, které přispívá k zachování stávající soběstačnosti klientů a jejich funkčních schopností. Preventivně zabraňuje imobilizačnímu syndromu. Odpovídá vždy zdravotnímu stavu klientů. Délka, frekvence a obsah rehabilitace je individuální. Klient i jeho blízcí jsou informováni o cílech a nutnosti pravidelnosti cvičení. Základní rehabilitační cviky provádí pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry. Patří sem například pomoc do lůžka, stoje, sedu, přesezení do křesla, polohování klienta aj. Speciální rehabilitační činnosti má na starosti fyzioterapeut. Vše je na základě doporučení lékaře. Rehabilitace jsou prováděny aktivně i pasivně, individuálně nebo skupinově. Je zde i možnost masáží. Je vhodné používat různé protetické pomůcky. (Malíková, 2011, s. 124)

Fyzioterapeut by měl mít v péči svou stálou skupinu klientů, měl by být trpělivý, vlídný, získat si důvěru pacienta a nespěchat. U pacienta s demencí se snažíme usnadnit komunikaci tím, že vše opakujeme a dáváme instrukce jednoduše a srozumitelně. Důležitá je včasná vertikalizace klienta, kterou neustále doprovázíme slovem. Rehabilitace zatěžuje pacienta i psychicky. Klienti s demencí se hůře soustředí na zadaný úkol a mají snížené psychomotorické tempo. Je potřeba dodržovat pitný režim. U jedinců s demencí se musí dávat pozor na to, že při nočním neklidu se mohou pokoušet o pohyb, poněvadž nemají obavu z toho, co nastane. Klienti s demencí také dobře snášejí bolest a je tedy nutné myslet na to, aby nedošlo k přetížení jejich fyzických schopností. (Holmerová a kol., 2009, s. 156)

4.6 Bazální stimulace

Jedná se o metodu, která je vhodná pro pacienty v závažném stavu a snaží se jim nahradit nedostatek vlastních motorických vjemů. Umožňuje lidem s poruchami vnímání a nedostatečnou pohyblivostí zlepšovat jejich stav, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Pomáhá zlepšit i komunikaci pacientů s demencí, zejména v pokročilé a terminální fázi, s okolím. Jedná se o rehabilitativní péči, kdy je pacient brán jako partner. Bazální stimulace je založena na empatickém vztahu s jedincem i jeho blízkými, je vhodné mít znalosti z pacientova života, co má a co nemá v oblibě. Prostředí by mělo být co nejpříjemnější. Dále je kladen důraz na stimulaci všech smyslů, nejen prostřednictvím zraku, sluchu, ale také dotykem, vůní, chutí. (Holmerová a kol., 2009, s. 257)

Friedlová (2007, s. 19) uvádí, že bazální stimulace podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Poskytuje podporu nemocným osobám, umožní jim vnímání a navázání kontaktu s okolím. Bazální stimulaci členíme na základní a nadstavbovou. Mezi prvky základní bazální stimulace patří somatické, vestibulární a vibrační. Prvky nadstavbové bazální stimulace jsou optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně-haptické.

Somatické slouží k uvědomění vlastního těla; vestibulární napomáhají klientovi uvědomit si pohyby hlavy; vibrační stimulují pomocí různých předmětů kožní receptory; optické vedou k poznávání okolního dění; auditivní probíhají využitím zvukových podnětů z minulosti; orální zprostředkovávají chuťový prožitek; olfaktorické využívají oblíbených toaletních potřeb jedince; taktilně-haptické pomáhají klientovi pomocí rukou rozpoznávat jeho oblíbené předměty. (Friedlová, 2007, s. 63-130)

Lidské tělo během pohybu přijímá celou řadu informací, avšak v situaci, kdy je nepohyblivé, ubývá stimulů, a to způsobuje změnu vnímání svého těla i okolního prostředí. Je tedy důležité pomocí dotyků přenášet informace a terapeuticky na pacienta působit. Tyto dotyky umožňují navodit příjemný stav a zlepšit jej po zdravotní stránce. Každý dotek něco dává a stává se formou komunikace mezi terapeutem a pacientem. Pomocí doteků mohou pečující působit při polohování, koupeli, masáži a jiných pohybech. Nejsou potřebné žádné pomůcky. (Holmerová a kol., 2009, s. 257)

5 DOMOVY PRO SENIORY ANAVITA

Domovy pro seniory Anavita jsou soukromým pobytovým sociálním zařízením. V síti zařízení Anavita jsou provozovány domovy seniorů v Terezíně, Modřicích, Plzni, Olomouci, také v Šanově a Praze-Vysočanech. Od května 2017 se bude otevírat sedmé zařízení Anavity v Praze-Slivenci. Bezbariérová zařízení zajišťují komplexní pobytové sociální služby pro seniory se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Pracovníci domova jsou schopni poskytnout kvalifikovanou péči osobám trpícím demencí. Jsou připraveni postarat se o klienty ve všech stádiích demence, a přistupovat k nim diferencovaně a individuálně. Jsou si vědomi, že základem péče je podpora a rozvoj těch schopností klienta, které jsou klíčové pro jeho soběstačnost a sebeobsluhu. Snaží se o udržení co nejvyšší možné míry nezávislosti s adekvátní asistencí ošetřovatelského personálu. V mírnějších stádiích onemocnění se snaží o smysluplnou řízenou aktivizaci nemocných, avšak bez přetěžování či nucení k činnostem. Dbají také na udržení osobní integrity a lidské důstojnosti i v pokročilých stádiích onemocnění. Rozvíjí komunikaci s nemocnými, pomocí verbálních i nonverbálních metod, naslouchají a sdílí. Posilují orientaci klientů v prostředí a jejich ukotvení v realitě.

Ve své práci se opírají o doporučené postupy České Alzheimerovské společnosti a České gerontologické a geriatrické společnosti.

Anavita je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb (domov seniorů a domov se zvláštním režimem). Péče je poskytována v souladu se standardy kvality sociální péče *Ministerstva práce a sociálních věcí*.

5.1 Poslání a cíle domovů Anavita

Posláním Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem je odborně poskytovat pomoc, podporu a péči lidem se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, z důvodu Alzheimerovy choroby, stařecké demence nebo ostatních typů demence a vytvořit jim důstojné prostředí s důrazem na individuální potřeby, kvalitu a úctu.

Mezi cíle patří: podporovat v udržení soběstačnosti klienta v základních úkonech sebeobsluhy (podpořit v soběstačnosti, v oblasti stravování, hygieny, hybnosti); zajistit individuální přístup ke klientovi s ohledem na zdravotní stav, jeho přání a potřeby; podporovat v udržování kontaktu s rodinou, přáteli a společenským prostředím; zachovat u klientů stáva-

jící zdravotní stav, popřípadě podporovat jeho zlepšení; vytvářet podmínky pro aktivní trávení volného času; podpořit v rozumových, smyslových a motorických dovednostech; zajistit důstojné a bezpečné prožití života ve stáří, při zachování uživatelských zvyklostí.

Domovy v síti Anavita se řídí těmito principy poskytování služeb:

1. Princip – Dodržování základních lidských práv a svobod.

Zamezit jejich porušování - respektovat svobodu, soukromí, důstojnost a diskrétnost, chránit před zneužitím osobních údajů, chránit před předsudky a stigmatizací (nálepkováním), ke kterému by mohlo dojít v průběhu poskytování služby. Umožnit uplatňování vlastního postoje, názoru a vlastní vůle.

2. Princip - Respektování volby uživatelů.

Domov respektuje rozhodnutí uživatele a vytváří podmínky pro to, aby uživatelé Domova mohli uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.

Uživatel se rozhoduje pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb. Služby Domova jsou koncipovány na základě spolurozhodování o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu.

3. Princip - Individuální přístup ke klientům.

Vytvářet takové podmínky, které se co nejvíce přiblíží přirozenému prostředí a potřebám. Poskytovat služby dle sestavených individuálních plánů a stanovených osobních cílů. Snažit se o získání důvěry, spokojenosti, zachování původních schopností a dovedností, což vyžaduje ohleduplnost, otevřenost, profesionalitu a citlivý empatický přístup. Pokud je to možné, podporujeme dále tyto schopnosti v jejich rozvíjení. Za každé situace se vždy ke klientům chovat s respektem a úctou.

4. Princip - Podporovat sociální integraci (začlenění).

Snažit se, aby klient zůstal v kontaktu s rodinou a přáteli, popř. pomoci tyto vztahy navázat či prohlubovat. Klient má možnost pohybovat se mimo Domov, např. navštěvovat rodinu, přátele a známé apod. Podporovat aktivní život, nabízet a zapojovat do zájmových, kulturních a společenských aktivit. Možnost využívat dostupných služeb mimo Domov – např.

obchody, pošta, banky, obecní a městský úřad, restaurace, sportovní areál, krytý bazén apod.

5. Princip - Odbornost pracovníků.

Zajišťovat odborné vzdělávání zaměstnanců, supervize, semináře, konference a školení, zaměřená na sociální služby. Podporovat týmovou spolupráci a motivovat zaměstnance ke zkvalitňování poskytovaných služeb.

Další principy při poskytování sociální služby:

- Respektovat uživatele služeb bez rozlišování rasy, pohlaví, politického smýšlení, náboženství atd.
- Přijímat uživatele služeb bez hodnocení, přijímat ho takového, jaký je.
- Nevyužívat nepříznivé situace uživatele, neponižovat.
- Snažit se o vytvoření partnerského vztahu (rovný vztah mezi zaměstnancem a uživatelem).
- Respektovat volný pohyb uživatelů, právo výběru nabízených programů.

(Anavita, 2015-2016)

Česká alzheimerská společnost (ČALS) spolupracuje se zařízeními, které poskytují služby pacientům s demencí. ČALS vyvinula certifikační systém, jehož výstupem je certifikace jednotlivých zařízení a jsou označovány označením „Vážka“ a certifikátem kvality ČALS na dobu 24 měsíců. (Česká alzheimerská společnost, 2015).

Tímto certifikátem byl oceněn Domov seniorů Anavita v Šanově.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 FÁZE VÝZKUMU A JEJICH PLÁNOVÁNÍ

Pro diplomovou práci bylo zvoleno kvalitativní pojetí výzkumu. Kvalitativní přístup nám umožňuje více proniknout do zkoumané problematiky. V tomto případě nám dává možnost prozkoumat do hloubky skutečnost, jak je vnímána pohybová aktivizace osob s demencí ve vybraných zařízeních z pohledu aktivizačních a rehabilitačních pracovníků. Zajímají nás konkrétní názory, prožitky, pocity a zkušenosti dotazovaných související s procesem aktivizace.

Jednotlivá stádia výzkumu jsou realizována paralelně, jedno překrývá druhé a výzkumník se neustále vrací k předešlým fázím a upravuje je. Proces kvalitativního výzkumu je tedy cirkulární. Na začátku jsou předpoklady a na konci nově vytvořená teorie. (Švaříček a Šeďová, 2014, s. 51)

Hypotézy nebo teorie vzniklé na základě kvalitativního výzkumu však není možné zevšeobecnovat a jsou platné pouze pro vzorek, na kterém byla data získána. (Švaříček a Šeďová, 2014, s. 24-25)

6.1 Stanovení cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit jaké metody pohybové aktivizace s klienty s demencí ve vybraných domovech Anavita probíhají a jakým způsobem jsou realizovány. Pokusíme se postihnout proces aktivizace, jak ho pracovníci domova přizpůsobují potřebám osob s demencí a v některých případech i nabídnout popis terapie. Dílčím cílem je prozkoumat, jaký přínos mají pohybové terapie pro klienty s demencí a odkrýt, jakým způsobem jsou klienti motivováni ze strany pracovníků domova.

6.2 Vytvoření konceptuálního rámce

Konceptuální rámec výzkumu znamená systém konceptů, předpokladů, teorií, které jsou při vstupu do výzkumu.

6.2.1 Formulování výzkumného problému

Vzhledem k tomu, že populace stárne a zvyšuje se zastoupení osob s různým stupněm kognitivního postižení až s demencí, je třeba věnovat zvýšenou odbornou péči těmto jedincům a podporovat u nich jejich samostatnost, aktivitu, snahu dělat něco pro sebe a udržovat jejich soběstačnost co nejdéle. Proto je nutné se věnovat seniorům s demencí nejen po stránce sociální a psychologické, ale také po stránce pohybové. Správně zvolená fyzická aktivi-

ta prospívá organismu v každém věku. U seniorů je pohyb důležitým přínosem k zachování schopnosti sebeobsluhy a zlepšení psychického stavu, což významně zlepšuje kvalitu života. Výzkumným problémem je tedy proces pohybové aktivizace, plánování a uskutečňování pohybových terapií v přímém kontaktu s lidmi s demencí.

6.2.2 Definování klíčových konceptů

Dle Zgoly (2003, s. 164-168) při péči o člověka s demencí je možné hovořit o programování terapeutických aktivit. Tyto programy jedince nevyléčí, ale snižují efekt sensorické deprivace, společenské izolace a ochabování funkcí. Efektivnost programu se odráží ve spokojenosti a potěšení zúčastněných jedinců. Každý program přizpůsobujeme potřebám a omezením každého účastníka a zároveň využíváme jeho silných stránek. Co se týče pohybu, u lidí postižených demencí jsou nejúspěšnější aktivity, které využívají známých pohybových stereotypů, mají výrazné rytmické prvky, používají jeden opakující se krok, zapojují jedince přímo, poskytují ihned zpětnou vazbu. Tyto činnosti jsou rigidní, konkrétní a dají se předvídat.

Klienti s demencí mají stejné potřeby jako jiní senioři, ovšem přístup, komunikace a aktivizační činnosti jsou jiné, uvádějí Kamanová a Tokovská (2014, s. 77-81) a doplňují, že aktivizační program je zaměřen více terapeuticky a je důležitý pro duševní a fyzický stav jedince. Poskytuje klientům fyzickou aktivitu, adekvátní psychickou stimulaci a příležitosti ke společenskému zapojení. Somatoterapeutické činnosti umožňují pomáhajícím pracovníkům realizovat současně primární a sekundární prevenci. Při primární prevenci jde zejména o předcházení a zabránění vzniku dalších chorob. Zároveň také o podporu pozitivního rozvoje seniora. Sekundární prevence se snaží zabránit komplikacím nemocí, kterými už senioři trpí. Aktivizační činnost se seniory s demencí je možná na základě seriózní multidisciplinární spolupráce odborných zaměstnanců zařízení poskytující sociální služby. Patří sem lékař, aktivizační pracovník, sociální pracovník, pečovatel a rehabilitační pracovník.

Klevetová a Dlabalová (2008, s. 125) dodávají, že pohyb patří k živému organismu, posouvá nás z místa na místo a dává nám možnost být nezávislý. Naše pohybové schopnosti mohou ovlivňovat soběstačnost, ale i naši psychiku.

Kolébalová a Kratochvílová (2010, s. 35) zdůrazňují, že pokud člověk přijde nemocí o schopnost chůze, nese svůj stav velmi těžce. Tato změna vyvolává i depresivní stavy a jiné

komplikace. V případě člověka s demencí je vhodnější upravit prostředí, aby bylo bezpečné, ale potřebuje fyzickou činnost. Postupně by zeslábl a nebyl by již schopen chůze.

Podle autorek Hátlové a Suché (2005, s. 29) je kinezioterapie považována za jednu z moderních nefarmakologických metod k léčbě demence. Zde jde především o cílené působení pohybu na psychiku nemocného, jeho duševní stavy a celou jeho osobnost prostřednictvím dopředu určeného pohybového programu, který využívá prvky tělesných cvičení, sportu a pohybových her. Senioři si sami určují tempo pohybu, prostor i samotné cviky, které vyhovují jejich potřebám. Důležitá je správná diagnostika nemoci a nastavení programových aktivit v individuálních plánech.

Štílec (2004, s. 23) zdůrazňuje, že při vytváření pohybových programů pro seniory je důležité, aby byl jedinec seznámen s tím, proč má být aktivní a jaký vliv na něj může mít pravidelné cvičení.

Při péči o člověka s demencí, který se stane částečně nebo úplně imobilní, je důležité si získat důvěru nemocného, nespěchat a být trpělivý. Bylo by vhodné mít jednoho fyzioterapeuta. Důležitá je úprava medikace, aby léky neměly vedlejší účinek na pohybový systém pacienta. Jedince je třeba stimulovat k aktivní spolupráci, dopomoci k nácviku chůze a k procvičování zachovaných dovedností při osobní hygieně, jídle a oblékání. Metodicky postup vždy přizpůsobíme diagnóze a celkovému zdravotnímu stavu pacienta. (Holmerová, 2009, s. 153)

6.3 Definování výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké metody pohybových terapií pro osoby s demencí používají pracovníci v domovech Anavita a jak je aplikují v procesu aktivizace?

Díličí výzkumné otázky:

Jak vnímají terapeuti pohybovou aktivizaci?

Jakým způsobem probíhá komunikace ze strany pracovníků, aby motivovali k účasti klienty s demencí na cvičebních programech?

Jak přispívá pohybová aktivizace ke zlepšení zdravotního stavu seniorů s demencí?

Jaký je přístup samotných klientů?

6.4 Rozhodnutí o metodách

Ve fázi utváření výzkumného projektu zahrnuje rozhodnutí o metodách tři klíčové body: rozhodnutí o vzorku, výběr metod sběru dat a zajištění vstupu do terénu.

6.4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl pro tento kvalitativní výzkum vybrán záměrně. Stěžejním kritériem bylo zaměstnání v domovech seniorů v síti Anavita jako aktivizační nebo rehabilitační pracovník. Byla vybrána 3 zařízení a z každého zařízení 3 pracovníci.

6.4.2 Sběr dat

Nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu je rozhovor. Používá se označení hloubkový rozhovor. Vybrali jsme si polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připraveného seznamu otázek. Seznam otázek je uveden v příloze. Pro získání hloubky a detailů byly kladeny navazující otázky. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon.

6.4.3 Vstup do terénu

Všechny rozhovory byly uskutečněny ve vybraných domovech v síti Anavita. V zařízení A jsme kontaktovali vedoucí aktivizačního oddělení, která přislíbila rozhovor za sebe a určila další dva pracovníky, se kterými se můžeme domluvit na schůzce. Jednalo se o jednu aktivizační pracovníci a jednu rehabilitační pracovníci. Domluvili jsme se na individuální schůzce pokaždé jen s jednou pracovnící, vždy v jiný den. Všechny rozhovory se zaměstnanci zařízení A proběhly v zasedací místnosti.

V zařízení B jsme rovněž kontaktovali vedoucí aktivizačního oddělení. Rozhovor byl veden s vedoucí aktivizace, vedoucí rehabilitačního oddělení a aktivizační pracovnící. Rozhovory probíhaly v reminiscenční místnosti. Postupně přicházely pracovníce za výzkumníkem za účelem rozhovoru.

V zařízení C jsme oslovili přímo pracovníka, který se zabývá pohybovými aktivitami v domově. Návštěva tohoto zařízení začínala nejdříve přítomností výzkumníka při aktivizaci, kde jsme mohli přímo vhlédnout do situace a vidět reakce aktivizačního pracovníka a klientů v místních podmínkách. Vyzkoušeli jsme si být přímo součástí aktivizace. Rozhovor pak probíhal ve dvou částech. Jedna část byla vedena přímo v průběhu aktivizačního

programu a druhá část potom v kanceláři pracovníka. Další rozhovor byl veden s rehabilitační pracovnící a aktivizační pracovnící na jiné budově. Podmínky pro rozhovor nebyly ideální, jeden probíhal na chodbě za přítomnosti klientů a ostatních pracovníků domova a druhý na společenské místnosti, kde rovněž probíhalo setkání klientů v rámci aktivizace.

Pokaždé po příchodu do vybraného domova Anavita jsme vysvětlili důvod návštěvy, vybraní pracovníci byli seznámeni s tématem diplomové práce a požádáni o souhlas k nahrávání na diktafon. Zároveň byli ujisti o anonymitě veškerých získaných informací. Oslovení pracovníci byli velmi ochotní a milí. I když, jim v několika případech nedovolil čas se déle zdržet nebo prostor pro uskutečnění rozhovorů byl skromný, přesto panovala pohodová atmosféra.

6.4.4 Charakteristiky zařízení a respondentů

Místa navštívených zařízení budou označeny písmeny A, B, C a jména oslovených pracovníků budou nahrazeny pseudonymy.

Tab. 1. Přehled zařízení a respondentů.

Název zařízení	Jména respondentů	Délka praxe
Zařízení A	Alena	10 let
	Zuzana	20 let
	Veronika	5 let
Zařízení B	Markéta	4 roky
	Lucie	2 roky
	Jitka	6 let
Zařízení C	Libor	16 let
	Lenka	1 rok
	Anna	9 let

Zařízení A

Jde o Domov seniorů situovaný v klidnější lokalitě většího města. Budova domova je moderní a bezbariérová. Před domovem je prostorné parkoviště, které vnímáme velmi pozi-

tivně, poněvadž mohou přijíždět rodiny na návštěvy za klienty a nemají problém s parkováním. Domov je stavěný dle projektu „na zelené louce“. Za domovem je velký prostor s rybníčkem, zahradou, altánem a vydlážděnou terasou. Hned za vstupními dveřmi najdeme recepci, odkud nás příjemná paní recepční nasměruje, kde máme hledat aktivizační pracovníky. Kancelář pro aktivizační tým je pro 4 osoby a zároveň slouží k přípravě různých aktivit. Najdeme zde veškeré přípravné materiály, knihovnu, pomůcky ke cvičení. K rozhovorům máme k dispozici jednací místnost, která je využívána k poradám. Tam nás nikdo nerušil a mohl probíhat náš rozhovor v klidné atmosféře. Všechny pracovnice ze zařízení A jsme měli možnost vidět při aktivizačních činnostech, což nám pomohlo při jejich osobní charakteristice.

Respondentka č. 1 - Alena

Paní Alena se práci s lidmi s demencí věnuje již osm let. Je to velmi energická žena, která je komunikativní a z jejích slov vyplývá, že ji její práce těší. Svým emotivním přístupem a popisem činností s klienty nám ukazuje, že je to „pravá osoba na pravém místě“. Do své péče o klienty dává srdce a to je základ k navázání důvěryhodného vztahu. Všechny klienty oslovuje jménem, usměje se a dává jim pocit, že jsou tady v bezpečí a „doma“. Rozhovor s ní byl zajímavý a plný inspirace. Paní Alena je kreativní a své nápady uplatňuje ve všech oblastech aktivizace pro klienty. Má velké plány a daří se jí tyto plány realizovat. Na klientech vidíme, že ji mají v oblibě.

Respondentka č. 2 - Zuzana

Paní Zuzana pracuje v oblasti pohybové aktivizace seniorů již dvacet let. Sama se pohybu věnuje od svých čtyř let. Má velmi dobrou fyzickou kondici a při práci s klienty působí rázným, ale srdečným dojmem. Vyvolává v klientech pocit bezpečí a často se na ni obrací se žádostí o pomoc. Je velmi ochotná, přistupuje ke klientům s přirozeným lidským přístupem a humorem. Všechny instrukce klientům vysvětluje jasně, srozumitelně a zřetelně. Je vidět, že práce ji naplňuje a ráda zkouší aplikovat nové metody do svých aktivizačních činností. Při rozhovoru jsme se dozvěděli spoustu nových dostupných nápadů a paní Zuzana byla celkově pozitivně naladěna.

Respondentka č. 3 - Veronika

Paní Veronika pečuje o pohyblivost seniorů pět let. Zkušenosti s klienty s demencí má teprve dva roky. Přesně ví, čeho chce s klienty dosáhnout díky pohybové aktivizaci. S velkou radostí nám oznamuje své největší úspěchy u některých klientů. Prováděné cviky

nám popsala do detailů a zároveň je i předvedla. Přistupuje ke klientům trpělivě a nenuceně. Ve své práci vidí smysluplnost a osobní růst. Respektuje individuálnost a její práce ji baví. Ráda se směje a je plná energie.

Zařízení B

Opět se setkáváme s podobným zařízením na předměstí velkého města. Moderní budova se nachází blízko zastávky autobusu a také je zde možnost parkování. Okolí je vesměs podobné, také zde mají senioři možnost jít do zahrady, kde najdeme okrasný rybník. Uvnitř budovy jsou příjemné světlé prostory, barevné prvky a senioři zde mají možnost rehabilitace v krytém bazénu a wellness centru. Nalezneme zde také ordinace praktických i odborných lékařů a lékárnu. Kancelář aktivizačních pracovníků je spojena pro více osob, a proto jsme se přemístili do reminiscenční místnosti a postupně jsme uskutečnili tři rozhovory. Místnost byla zařízena ve starém stylu, pro nahrávání rozhovoru byla vhodně zvolena.

Respondentka č. 4 - Markéta

Markéta je sebevědomá žena, pracuje v této oblasti čtyři roky a má zkušenosti i ze zahraničí. Svě práci rozumí, je si jistá a práce ji doslova „nabíjí“. Její hlas byl velmi výrazný a celý rozhovor byl veden na odborné úrovni. Je si vědoma, jaké potřeby má osoba s demencí a respektuje je. Pečlivě připravuje cvičební programy v zájmu zachování stávajících schopností s přístupem, že se každý den začíná znovu. Je empatická a nahlíží na práci s lidmi s demencí velmi pozitivně, což se projevuje obrovskou účastí na pohybových aktivitách. Dokáže člověka přimět k obdivuhodným výkonům.

Respondentka č. 5 - Lucie

Lucie se podílí na pohybových aktivizacích teprve dva roky. Působila velmi mile a vstřícně. Nejdříve na ní byla vidět mírná nervozita, ale ta brzy přešla a komunikace probíhala přirozeně. Bylo vidět, že na programy se připravuje zodpovědně a zná zásady správné komunikace s lidmi s demencí. Používá ráda prvky jógy, meditaci a hlavně nezapomíná na humor.

Respondentka č. 6 – Jitka

Jitka se věnuje seniorům již šest let a svou práci provádí svědomitě. Při rozhovoru byla nejdříve trochu uzavřená, ale postupem času se uvolnila a rozpovídala se. Bohužel mě informovala, že začala již aktivizační činnost a kolegyně je s klienty sama. Naštěstí na kvalitě a délce odpovědí se tato skutečnost neodrazila. Ve svých aktivizacích ráda používá jako

doprovod při pohybu hudbu a zpívá s klienty lidové písně, při kterých naznačuje obsažený text. Pro zábavnější formu cvičení využívá představitosti a začleňuje takové cviky, které připomínají běžné aktivity denního života, jako je míchání těsta, praní, sekání dříví a jiné.

Zařízení C

Domov seniorů se nachází v malebném menším městě, v okolí krásné přírody. Jsou zde tři budovy, které jsou rozděleny dle stupně nemoci klientů. Vzadu za budovami vidíme zahradu, rybníček, altán a chodníčky pro klienty. Ideální prostor pro relaxaci i procházky klientů. Navštívili jsme všechny tři budovy a v každé uskutečnili samostatný rozhovor. Jednou probíhal v jídelně za provozu aktivizace, podruhé u stolečku na chodbě a potřetí na menší společenské místnosti. I když podmínky byly mírně ztížené, na rozhovor neměly vliv a všichni pracovníci mi rádi věnovali svůj čas a předali svoje poznatky.

Respondent č. 7 - Libor

Libor se práci se seniory s demencí věnuje 16 let. Je to velmi zajímavý člověk už od prvního pohledu. Privítal nás oblečený v triku s nápisem MÁMA, což působilo velmi pozitivně a mile. Zmínil se, že triko mu koupila dcera do práce. Při naší návštěvě jsme vstoupili do průběhu aktivity na jídelně a mohli jsme sledovat jeho činnost a komunikaci s klienty. Už během chvilky jsme zaznamenali, že Libor má s klienty velmi dobré přátelské vztahy, dává každému klientovi pocit, že má jeho respekt i podporu. Je tvořivý, má smysl pro humor, rozvíjí nové programy a pro klienty je připravuje zábavnou a zároveň naučnou formou. Každého oslovuje jménem, což klient vnímá jako pozornost a projev úcty. Probíhalo psychomotorické cvičení, pak byla promítána klientům pohádka a během filmu nám Libor poskytl první část rozhovoru. Druhá část pak probíhala u něj v kanceláři. Libor se zajímá o východní filozofii, která prostupuje celou jeho práci. Lidem s demencí zprostředkovává příjemné pocity, aby měli krásný den, aby se smáli, aby prožívali hezké emoce.

Respondentka č. 8 – Lenka

Lenka pracuje s klienty domova teprve rok, ale je velmi vnímavá a je na ní vidět, že ji práce baví. Věnuje se hodně individuálnímu vedení klienta. Je empatická, vyprávěla mi barvitě některé případy klientů s demencí, a jak k nim přistoupila. Náš rozhovor probíhal na chodbě, na které byl převážně klid, jen prošlo pár klientů, dokonce si jeden přisedl k nám a poslouchal.

Respondentka č. 9 Anna

Jedná se o milou, přívětivou paní, kterou jsem zastihla při ergoterapii s klienty na menší aktivizační místnosti. Rozhovor jsme vedli tedy při činnosti, kolem nás seděli klienti a sešívali kousíčky látek. Již devět let pracuje s klienty s demencí a tato práce jí přináší uspokojení a pocit smysluplnosti. S klienty mluvila laskavým tónem, jemně, nenásilně. Náš rozhovor byl místy přerušován, protože klientům vysvětlovala postup. Vážili jsme si toho, že i v takových podmínkách byla ochotná a odpovídala nám trpělivě na všechny otázky.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Nahrané rozhovory budou přepsány tzv. transkripcí a během přepisu rozhovoru budou znamenány i neverbální projevy promluvy jako je pomlka, smích či kladený důraz ve větě. Pro analýzu dat jsme vybrali zakotvenou teorii. Strauss a Corbinová (in Hendl, 2008, s. 246) rozlišují tři fáze analýzy textu- otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování.

7.1 Otevřené kódování

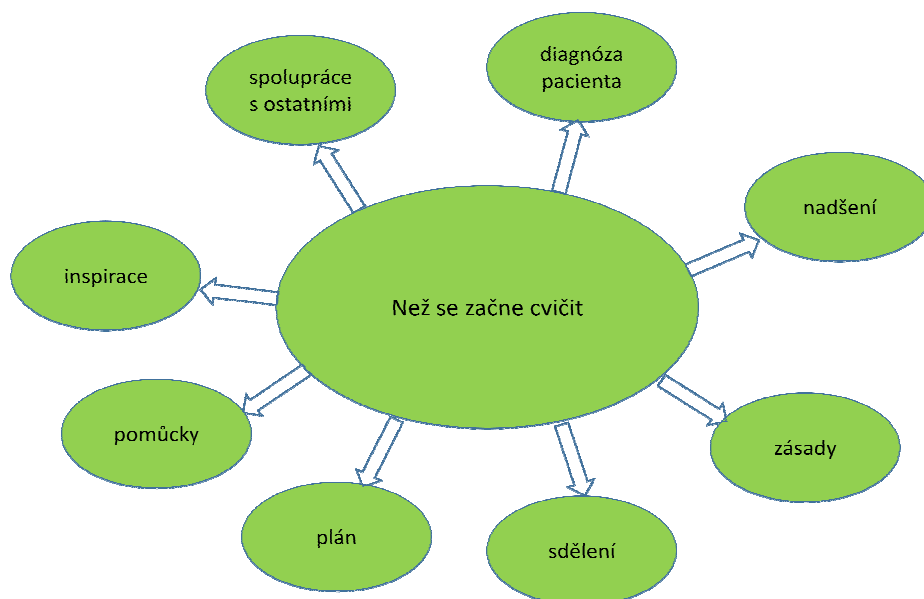
Čteme přepisy rozhovorů a text rozdělíme dle významu na jednotky. Takto vzniklé jednotky přidělíme označení, v našem případě subkategorii, a následně slučujeme pod kategorie. Některé jednotky reprezentují více než jednu kategorii, označili jsme je tedy více kódy současně.

Tab. 2. Přehled kategorií a subkategorií.

Kategorie	Subkategorie
1 Než se začne cvičit	diagnóza pacienta, inspirace, plán, sdělení, nadšení, zásady, pomůcky, spolupráce s ostatními
2 Tady a teď	dobrovolnost, průběh, prožitek, sebedůvěra, soutěživost, cíle, odmítnutí
3 Porozumění je základ	způsob komunikace, znalost nemoci, motivace, individuální přístup, humor
4 Aktivity „šité na demenci“	tanec, tai-či, psychomotorika, posilování, chůze, hry, jemná motorika, bazální stimulace, aplikace pohybových metod
5 Sami nebo společně?	individuální, skupinová, názory pracovníků, přístup klienta
6 Jak je po cvičení?	přínos, změny
7 Smysluplnost pohybu	samostatnost, kvalita života, socializace, pomoc personálu, pomoc od bolesti
8 Limity	prostory, počet klientů

7.1.1 Kategorie č. 1 - Než se začne cvičit

Pro tvorbu programu pohybové terapie je nejdůležitější zjistit funkční fyzické i kognitivní schopnosti klientů. Pro každého klienta je vytvořen plán individuální péče, podle kterého jsou vybírány vhodné aktivity. Úspěch celého programu je závislý na nadšení celého personálu, který se snaží touto činností pomáhat seniorům v domově žít příjemným způsobem. Pracovníci zároveň respektují individualitu a hodnotu každého klienta.



Obr. 1. Kategorie č. 1 a její subkategorie.

Diagnóza pacienta

Informace o člověku s demencí mají zásadní význam pro vytvoření vztahu mezi pečovatelem a pacientem. Dobrý terapeut se má zajímat o minulost osoby, současné zážitky a schopnosti pacienta. Dále musí zvážit vliv prostředí i role, které měli jedinci v minulosti. Dobré je i zapojení členů rodiny. V domovech Anavita má každý klient klíčového pracovníka, který vede jeho osobní kartu a tam píše veškerou dokumentaci o něm, například co ho baví, jak se projevuje, jaké změny se u něj objevily. Klíčový pracovník má jednoho až pět klientů. Jedenkrát za týden probíhá porada klíčových pracovníků zároveň s vrchní sestrou. Na této poradě probíhá rozbor každého klienta z různých úhlů a vrstev, jaké je jeho chování, jaký je jeho zdravotní stav aj.

Veronika cvičení přizpůsobuje věku a diagnóze pacienta.

Anna: "...podle toho, v jakém třeba jsou stádiu té demence, nebo jak mají moc postihnutou jako kterou část mozku mají postihnutou..."

Lucie: "...podle jejich schopností a možností, kdo třeba má problémy s rukama...kdo třeba má problémy s nohama ..."

Inspirace

Pro přípravu programů pro klienty s demencí je třeba vybírat terapeuticko-zábavné činnosti, které se zaměřují na silné stránky osoby, které se snaží podporovat a využívat. Díky těmto programům se udržují dosud zachované schopnosti a snižuje se u člověka úzkost, deprese a frustrace. Dotazovaní pracovníci se pro přípravu aktivit inspirovali ze studia ve škole, absolvovali kurzy, semináře, někdy z médií jako je televize, ale hlavně internet. Někdy i návštěvou na aktivitách jiné organizace. Paní Zuzana sama tvořila cvičební programy, neboť má vystudovanou trenérskou školu. Paní Veronika se snaží ze svých praxí v lázních, v nemocnici vybrat ty nejdůležitější cviky, vhodné pro dané klienty.

Libor hodně čerpá z knih a jezdí každým rokem průměrně na čtyři semináře: „...jezdím na dva semináře tai-či nový, učím se nové věci... teď jsem byl na podzim na bazální stimulaci..., byl jsem v rámci své dovolené v blázinci, v psychiatrický léčebně... mohl jsem se dívat, jak oni pracují s těma nejtěžšíma psychiatrickýma diagnózami, který my tady máme taky...“

Plán

Plán aktivit se stanovuje na den, týden, měsíc a rok. Pracovníkům pomáhá při jejich činnostech a klienty stimuluje k účasti dopředu na naplánovaných programech. Zvláště pro seniory je vhodné dávat včas informace, aby byli včas připraveni. Většinou to funguje tak, že jsou určené některé dny pro určitou činnost, aby vznikl řád. Zvláště osoby s demencí upřednostňují rutinu a pak si zvyknou se účastnit.

Paní Markéta sděluje: „... celý den probíhají individuální terapie a skupinová terapie probíhá třikrát týdně, pondělí, středa, pátek...na odpoledne si nechávám masáže a vycházky ven...“

Ve všech dotazovaných pobočkách domova probíhají skupinové pohybové aktivity dopoledne, odpoledne se cvičení týká pouze ležících klientů.

Libor: „...vždycky dopoledne, nejúčinnější je to kolem desáté hodiny, kdy jsou nejaktivnější, odpoledne je pak relaxace, čtení nebo tak...“

Veronika se vyjádřila: „...klienti jsou před obědem nejvíce aktivní, nejvíce čilí, ale občas opravdu jako klient s demencí dokáže překvapit a dopoledne s ním člověk neudělá nic, a po obědě je třeba vyspaný, takže je třeba pak jako více aktivnější, ale to ráno a dopoledne je s nimi nejlépe pracovat...“

Sdělení

Důležité je klienty informovat o jednotlivých aktivitách. Ve všech dotazovaných domovech mají nástěnky, kde je umístěn rozvrh veškerých plánovaných aktivit. Ovšem pro klienty s demencí je vhodnější o těchto aktivitách informovat opakovaně a vyzvat je osobním přístupem k účasti na programu. Ve většině případů pracovnice popíše aktivitu, vysvětlí, co obyvatelé získají, co se naučí, jak dlouho bude program trvat a ujistí je, že můžou kdykoli aktivitu ukončit, když budou unaveni.

Jitka: „...každé ráno prostě u snídaně informuju, co bude ráno za aktivity, u oběda, co bude odpoledne za aktivity, takže to prostě omíláme pořád dokola, byť jsou rozpisu aktivizací...oni to prostě chtějí vědět od nás a vědět, že je pozveme na tu aktivitu...“

Libor: „...u věcí, který chci, abych třeba hodně, hodně dopředu dát vědět, píšeme plakáty jakoby do divadla, bude se to a to dělat. Nebo často končím a začínám týden s tím, že shrnu, co bylo a co bude příští týden...takže od toho plánu, který je vyvěšen až po to verbální neustálé opakování toho režimu...“

Nadšení

Předpokladem pro tvorbu úspěšných a oblíbených aktivit pro klienty záleží u pracovníků na jejich přátelském vystupování, pozitivním myšlení a kladném postoji k seniorům. Z rozhovorů vyplývá, že nejlépe je plánovat a vybírat takové aktivity, které poskytují radost nejen klientům, ale uspokojují i samotné terapeutky, poněvadž jen velmi zřídka je možné očekávat vděk nebo ocenění od osoby s demencí. Na práci terapeutů a jejich přístupu ke klientům je znát, že mají „srdce na pravém místě“ a dělají ji rádi. Důvodem je u nich touha a chuť pomáhat, dělat smysluplnou práci.

Alena: „...myslím si, že to, co máme, a to je to nadšení pro to, co děláme, to je to nejdůležitější, protože pohybová aktivita se dá klidně dělat i na chodbě, záleží, jestli ten člověk to chce dělat a chce to nadšení předat klientům...“

Libor: „... pořád pro mě je, aby oni měli krásnej den, prostě, když je ti devadesát let, osmdesát, nevíš, jestli budeš zítra, za týden... ale pojďme si užít dnešní krásnej den. Já nevím, jestli to vnímám dobře nebo ne, ale vnímám to takto. Můj pocit je tento...“

Zásady

Základem pro přípravu aktivit je brát v potaz zdravotní stav klienta. Pracovníci se vyjadřovali, že je nejvíce limituje diagnóza pacienta, jeho věk, jaké bere léky. Podle Anny je důležité připravit pro klienty s demencí takové aktivity, které zvládnou, aby zažili pocit úspěchu, uchránit člověka s kognitivním postižením před dalšími nezdary.

O přiměřenosti cviků v rozhovoru říká i paní Alena, která program upravuje dle individuálního stavu pacienta. Podle ní nesmí být příliš dlouhé a mělo by obsahovat zábavné prvky. Lenka respektuje momentální zdravotní stav jedince. Znamená to taky znát toho člověka po všech stránkách – jeho paměť, vyjadřování, vnímání, motoriku aj.

Paní Anna se také vyjadřuje, že nálada hraje velkou roli: „...ten den nemají vůbec jako náladu, pohybovou aktivitu, tu si můžem strčit za klobouk...“

Markéta: „...nálada klienta je strašně důležitá, to opravdu se musíte napojit, a když řekne ne. Takže musí se velmi trpělivě a láskyplně...“

Mezi další velmi významné zásady přípravy programu je prostor, který musí být bezpečný, upravený prostor pro cvičení, protože většinou aktivita probíhá v kruhu a je nutné prostor tímto způsobem připravit. Místnosti, kde se aktivity pořádají, musí být také snadno dostupné. Ke cvičení se v domovech používají většinou jídelny nebo klubovny. Pokud je hezky, je možno být na terase nebo na zahradě.

Libor: „... zásady jsou stejný, jakoby úplně na všechny cvičení obecně, že by tam měl být klid, že by měla být vyvětraná místnost, že by měl být dostatek místa v prostoru, že by se klienti měli cítit pohodlně... nemůže být přetopeno...“

Pomůcky

Podle odpovědí respondentů nejsou nákladné pomůcky až tak důležité, důraz je kladen na snadnou manipulaci. Při některých aktivitách nejsou potřeba pomůcky vůbec, například při tai-či, józe nebo terapeutickém tanci. Pro nácvik chůze jsou potřebná vysoká a nízká chodítka, hole.

Zuzana: „...dá se cvičit s obyčejným míčkem, s táckem od piva... normálně jsme cvičili s obyčejnýma pytlíkama, co jsou do odpadkových košů...“

Hodně zmiňují overbally, kuželky, šátky, různé pěnové stavebnice, vršky od pet-lahví, činky, thera-bandy, mechanická šlapadla, mezi ty nákladnější patří rotopedy nebo motopedy.

Lenka: „...ty overbally jsou takový vděčný, že se s tím dá posilovat, dá se na to lehnout, aby si jenom protáhli záda a tak...“

Patří sem i kreativita. Libor: „...jsem si připravil cvičení... základy dirigování ... vyrobil jsem taktovky, šel jsem do lesa a vyrobil jsem taktovky...“

Spolupráce s ostatními

Poněvadž mnozí klienti s demencí jsou již nepohybliví, jsou upoutání na vozíček, je potřebné domlouvat si svoz na cvičební programy s ostatními pracovníky domova. Bez toho není možné provádět skupinové aktivity. Stejně tak v případě odvozu pacienta na pokoj v průběhu aktivity potřebují terapeuti pomoc ostatního personálu. Měla by fungovat pružnost a spolupráce mezi všemi úseky, ochota vzdát se vymezených hranic pevného rozdělení rolí.

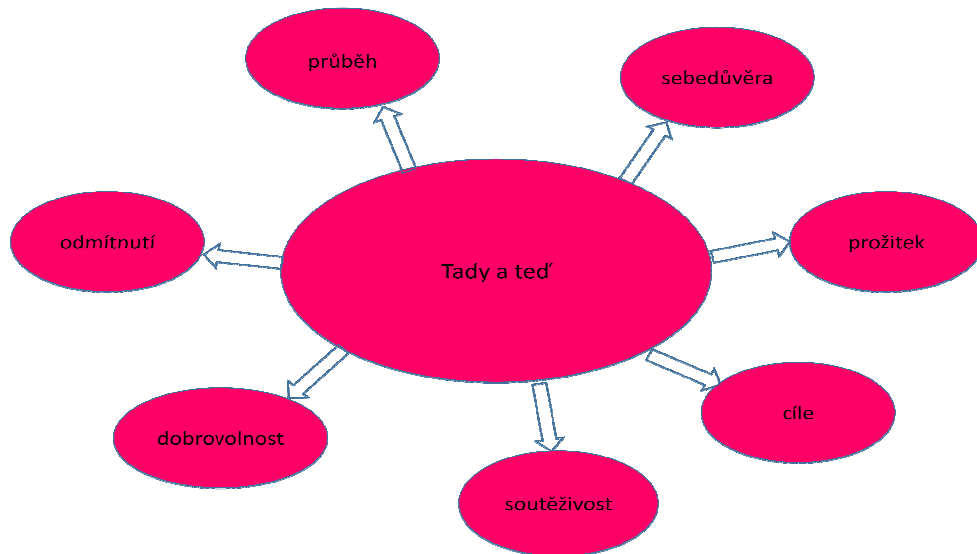
Veronika: „...než si některé klienty svezu, některé mi vlastně dovezou pečovatelé, že poprosím, jestli by mi nedovezli v tolik a v tolik toho pána...“

Alena: „...hlavně pečovatelé, kteří nám v tomto velmi pomáhají, že sváží, můžeme tuto paní dovézt... jakoby ta spolupráce musí být s pečovateli, s rehabilitačními sestřičkami...“

7.1.2 Kategorie č. 2 - Tady a teď

U osob s demencí, které si nemohou na nic vzpomenout a nedokážou nic předvídat, se často mluví o tom, že žijí „tady a teď“. Činnost, kterou tedy provádějí, jim musí být příjemná.

Libor okomentoval tuto skutečnost: „...žijí přítomností a pocity, nehodnotí, žijí okamžitým pocitem. Nepoužívají nebo méně používají myšlenkové operace a používají přímé napojení a přímé pocity. Je mi to příjemný, nepříjemný. Neříkají proč... příjemné, nepříjemné, libé, nelibé, zima, chlad, hlad...“



Obr. 2. Kategorie č. 2 a její subkategorie.

Dobrovolnost

Dle výpovědí získáváme klienta s poruchou poznávacích schopností povzbuzováním, vysvětlováním, názorným předváděním, ale nakonec se musí dotyčná osoba zúčastnit aktivity dobrovolně. Aktivity, ke kterým jsou lidé nuceni, pro ně nemají smysl. Často bývá důvodem neúčasti i strach z nových činností. Pracovníci tedy nejdříve vyzvou pacienta, aby se přišel jen podívat.

Zvláště Libor považuje pasivní účast na aktivitě za důležitou: „...i člověk, který necvičí vnějškově, tak a je v té skupině a proto já nenutím, protože když jsou vzhůru, stejně asi dřív nebo později začnou vnitřně spolupracovat a potom i vnějším způsobem později...“

Opět má na dobrovolnost klienta účastnit se jakékoli aktivity vliv momentální psychický i fyzický stav. Terapeuti osobám s poruchou krátkodobé paměti čas od času opakují, aby necvičili přes bolest, že aktivita je dobrovolná a aby při jakémkoli problému přestali cvičit.

Lenka: „...hnedka jakoby ze začátku, jakoby řeknu, jestli půjdeme chodit a prostě když nemají náladu, tak ne...že se třeba necítí dobře...“

Alena: „klient se musí cítit při tom skupinovém cvičení v bezpečí. Má taky právo pohyb odmítnout. Jo. Pokud se necítí vždy, musí prostě říct, že ho třeba bolí hlava, že ten daný pohyb nebude dělat...“

Průběh

Pro člověka s demencí je nutná zraková kontrola, potřebuje vidět na toho, kdo cvičí i na ostatní cvičící. Proto je nejlépe rozestavit židle do kruhu nebo půlkruhu. Dle výpovědí se cvičí v domovech vždy ve stejné dny a ve stejný čas, neboť klienta s demencí zklidňuje určitá předvídatelnost. Doba trvání pohybové terapie je rozdílná podle toho, jestli jde o aktivitu skupinovou nebo individuální. U individuální záleží opravdu na kondici klienta.

Lenka se vyjadřuje: „... někdo prostě je unavený za deset minut, někdo vydrží půl hodiny...“

Veronika: „nemůžu striktně říct, že rehabilitace trvá půl hodiny. To opravdu nelze, protože tady každý má trošku jiný věk, jinou diagnózu, které se musíme přizpůsobit... takže u někoho je to patnáct minut, u někoho je to dvacet minut a u někoho to může být i přes těch třicet minut...“

Pokud se jedná o skupinovou aktivitu, cvičí se u většiny dotazovaných 25 minut. V zařízení A cvičí skoro třičtvrtě hodiny. V zařízení C mají program, který trvá hodinu. V něm spojují pracovníci pohyb s kognitivním tréninkem, a dělají zhruba tři přestávky (5-10 minut) na toaletu a na pitný režim. Znamená to tedy, že skupinová pohybová aktivita trvá ideálně do 30 minut.

Velikost skupin je rozdílná a odpovídá vždy stupni demence. Osoby v první fázi demence se účastní cvičebního programu spolu s jinými klienty a zde je účast velická. V zařízení A bývá počet 20-30 osob, v zařízení C kolem 15 osob a v zařízení B je nejvíce početná skupina na cvičení 42 – 48 osob. V pokročilejším stádiu demence cvičí klienti na klubovnách a tam je počet osob menší. Většinou je to skupina 6 -12 osob. Ve všech pobočkách je obecně velký zájem o pohybové aktivity.

Markéta: „...je to velmi navštěvované, jedna klientka říká: ‚celosvětové cvičení‘. Když mají rozpažit, tak jsou velmi vlídní k těm ostatním, fakt jako musí udělat to kolečko...“

Alena: „... v současné době máme asi 15 klientů, s tím, že někdy tam máme klienty, kteří se méně zapojují...tak ty máme jakoby v druhé řadě, ...ale to že tam jsou, tak vidíme, prostě se mnohdy i strhnou na ten pohyb, ...ale i to vidíme jako přínosné...“

Prožitek

Protože osoby s demencí bývají často osamoceny, cenné jsou prožitky ze skupinových aktivit. Jako člen skupiny nachází spojence, vzájemnou podporu.

Anna: „...přináší jim to kontakt jako s těmi dalšími vrstevníky... bavíme se u toho... mají i nějakou zpětnou vazbu, že když něco řekli, tak třeba další se tomu zasmějou, takže to je nesmírně důležité, že nejsou takoví odstrčení, i přesto, že mají nějaký handicap, a fakt ten pocit té zábavy, nebo toho, že se jim to líbí jako...je strašně důležitý...“

Všichni terapeuti se vyjadřovali, že se na cvičení musí klienti těšit, že je nutné zapojovat humor, aby se klienti smáli, aby měli z pohybu radost. Jitka okamžitě reagovala, že důležitý je smích, že u klientů nevidí známky neklidu. Lenka se zmínila, že klienty to opravdu baví.

Markéta: „...pocit uspokojení evidentně, pocit štěstí, že něco dokázali. Jéžíš, dneska jsem ten cvik udělala...“

Při demenci bohužel s tím, jak postupuje nemoc, se zmenšuje i rozsah senzoričkových podnětů osoby. Pohyb a rytmus jsou smyslové podněty, které poskytují pocit rozkoše. Díky tanci, podupávání, tleskání, bubnování cítí jedinci krásné pocity. Například samotné pohupování dává lidem pocit pohybu, když se už pohybovat nemohou. Prožívání emocí je životně důležitá součást života a právě při hudbě či zpěvu klienti mohou svoje pocity vyjádřit. U klientů se projevuje radost ze zpěvu, vzpomínání na mládí. Vzpomínky oživují příjemné pocity, ze kterých klienti mohou čerpat energii a radost. Přínosná je i meditace, která klienta s demencí zklidňuje, nebo je velmi oblíbené cvičení venku v přírodě.

Libor jedno cvičení připravil jako hlubokou relaxační techniku: „... pouštěl jsem úryvky vážné hudby,... a ti lidé, kteří seděli, část z nich usnula, ale měla klidný vyrovnaný výraz v obličeji...“

V zařízení C používají pro osoby v těžší fázi demence pro umocnění prožitku aromaterapii a hlavně dotyky.

Sebedůvěra

Lidé s demencí se cítí ztraceni, zbyteční, bezcenní a závislí. Programy činností obnovují jejich pocit sebe samého, ceněného, jedinečného člověka. Program musí být připraven tak, aby osoba mohla využívat všech zbývajících schopností. Dosažený výsledek má totiž vliv na to, jaký bude mít jedinec ze sebe pocit.

Anna: „... ti lidi s demencí, oni fakt žijou tady a teď jako. Pro ně minulost bohužel vymizela, budoucnost taky je jako nejistá, neumí o ní přemýšlet... když tam zažijou ten úspěch, tak to je ta nejideálnější věc, co se nám může podařit...“

Podle Aleny je také dobré oslovovat klienta při pohybu jménem, povzbuzovat ho ke cvičení. Chválit klienta, když přijde na nějaký nový pohyb, naopak opravovat ho velmi jemně a to jen v případě, že by si mohl ublížit nějakým pohybem.

Úspěch povzbuzuje klienta, aby zůstal aktivní a v plné míře využíval svých zachovaných funkcí. Klienti pak často předčí terapeutovo očekávání. Pacienti předvádí své silné stránky, které předtím nebyly tak vidět.

Markéta zmínila: „...jsou spokojení, nebo zničení, ale šťastně...“

Soutěživost

Aktivity uspokojují některé tzv. vyšší potřeby člověka. Mezi ně patří potřeba uznání od druhých lidí a potřeba seberealizace. V některých případech toto může splňovat zapojení do soutěží. Velmi povzbuzující je pro klienty účast na celorepublikových projektech, do kterých se zapojuje vždy několik zařízení. Smyslem projektů je aktivizace klientů v domovech.

Anna: „... chodíme nebo se dá jezdit na rotopedu, ... my chodíme. Je to taková motivace pro ně, a fakt když si sčítáme, kam až jsme došli, tak jsou z toho překvapení...“

Momentálně probíhá projekt, kterého se účastní oslovené pobočky Anavity. Je zapojeno celkem asi 50 domovů z České republiky. Jmenuje se: „Jedeme v tom společně, aneb jedeme do Paříže“. Každý den od 9:30 – 11:30 sedají klienti po dvojicích na rotopedy a v rámci svých možností se snaží našlapat co nejvíce kilometrů. Aby do posledního dubna dojeli do Paříže, musí našlapat 2 000 km. Klienti tuto výzvu berou velmi vážně a momentálně je to pro ně náplň života.

U soutěžních aktivit je důležité nastavení daného úkolu. Nesmí být moc jednoduchý, aby se jedinec necítil podceněn, ale ani moc náročný, aby na něj nebyl vyvíjen velký tlak. Aktivity by měly vést k odreagování a k podpoře sounáležitosti ve skupině.

Cíle

Poněvadž fyzická nečinnost působí na staršího člověka velmi negativně a vede ke stále větší nesoběstačnosti a závislosti na péči, součástí kvalitní komplexní péče jsou pohybové programy. Dle respondentů cílů je několik. Mezi ty základní patří udržení fyzické i psychické kondice. Většina dotazovaných se vyjadřuje, že pro klienty je nejdůležitější zachování chůze.

Anna: „...i ta chůze se tam většinou ztrácí, fakt jsme rádi za to, že ještě co nejdýl je udržíme v takové kondici, fakt v jaké jsou. Takže fakt i ta prachsprostá chůze je pro nás strašně důležitá, aby to fakt jako vydrželo...“

Dalším cílem je kontakt s druhými lidmi, vytržení z osamělosti a izolace. Zároveň sem patří i to, že pozornost klientů není zaměřena na nějaké chmurné myšlenky, na bolest, ale mají možnost dělat nějakou činnost, která má smysl. Mnohdy omezuje klienta k účasti jeho zdravotní stav, ale lze vymyslet i řadu činností pro člověka na vozíčku nebo na lůžku.

Pohybové programy rozdělují den do určitých úseků, což vyhovuje klientům s demencí, pro které jsou důležité rituály, předvídání, stabilita. Toto je udržuje v pozitivním naladění a lepší orientaci. Mají i například rádi „svoji“ židli, „svoje“ místo. Pravidelnou účastí získávají klienti schopnost osvojit si základní pohybové prvky.

Cvičením se pracovníci snaží dosáhnout u klientů rovnováhy mezi psychikou a tělem. Li-bor používá autogenní trénink: „... aby pochopili smysl určitého cvičení, tak jim říkám: ‚Představte si, jako bysme v životě psali knihu svého života. A ta kniha má několik kapitol. Má kapitoly práce, děti, manželství, a taky má zdraví a radost...a teď záleží, co každý z nás do té knihy píše, a my ve starém věku ...máme tendenci psát, já už jsem starý...už asi stárí rovná se nemoc...ale my tam můžem i v dnešním věku napsat i něco jiného...a my tam můžeme napsat: ‚Mé srdce je zdravé a silné‘.“

Odmítnutí

K odmítání aktivit může vést nějaká předešlá zkušenost klienta aktivitou. Velkou roli zde hraje osobnost terapeuta, který aktivitu vede, jeho schopnosti komunikace a empatie. Ovšem stále platí, že účast klienta je dobrovolná.

Z rozhovorů vyplývá, že pokud klienti cvičit nechtějí, ukazují to různým způsobem. Podle Aleny záleží na typu člověka. Jsou lidé negativní, kteří vše odmítají. Na to pracovníci reagují nabídkou jiné aktivity. Ovšem aby tento jedinec nenarušoval skupinu, je lepší, aby se vzdálil.

Lucie: „...oni prostě tak sabotují, oni prostě najednou...se tak podívají, připadá jim to těžké, ani to nezkusí...tak koukají někam jinam, že ‚se jich to vůbec netýká‘...“

Markéta odmítání činnosti nebere jako konečné. Všechno chce podle ní svůj čas: „...jsou tady tací: ‚ne, já nejdu, já nechci vidět ty lidi na vozejkku, ...já nechci z pokoje. I rodiny říkaly: ‚ne, nenuťte je. Oni jsou zvyklí bejt sami.‘ A teď chodí a jsou prostě spokojení...“

Anna cítí odmítání v případech nové aktivity: „... když přijdem s něčím novým, tak to je ze začátku takové, že to odmítají, že spíš z toho mají strach, jestli to zvládnou...většinou je fajn, když se chytne aspoň jeden z té skupiny, zvedne se a ostatní se přidají. To je dobré, tam jít někoho takového, co jde do všeho po hlavě (smích), to je taková výhra, ten strhne všechny ostatní...“

Libor komentuje odmítavý postoj: „...jasný, ale mně to nevadí, pro mě je jakoby zdánlivě negativní odpověď je vlastně pozitivní, jo, protože já si to přečtu, že ten cvik jim nedělá dobře, analyzuju si proč, nebo to udělám jinak, opíšu ho verbálně, vymyslím si příběh... a najednou je pěkněj...“

7.1.3 Kategorie č. 3 - Porozumění je základ

Při setkání s lidmi s demencí je nejdůležitější trpělivost, vlídnost a úsměv. Osoby s demencí jsou velmi citlivé na mimořechovou komunikaci. To, jestli osoba s demencí rozumí a bylo rozuměno jí, záleží na člověku, který s ní pracuje.



Obr. 3. Kategorie č. 3 a její subkategorie.

Způsob komunikace

Respondenti se vyjádřili všichni stejně, že u těchto klientů je potřebný větší slovní doprovod, neustálé opakování instrukcí a také je vhodná názorná ukázka. Není dobré dávat více pokynů najednou, jeden dílčí úkon a pak další.

Markéta: „...domluva je složitější anebo žádná, a s tím se musí počítat, takže opakujeme, opakujeme, dokola, od počátku... každý den je jako nový... prostě každý den to učíme znovu a znovu...“

Lucie: „...jsou v tom, smyslu té pohybové aktivizace takoví pomalejší, potřebuje, ten klient opravdu vidět ten cvik...pořádně vysvětlit, jak co dělat, nedělat, jak u toho dýchat, nedýchat...“

Paní Anna se vyjádřila, že pokud nějakou aktivitu někdo již dříve dělal, ví co udělat, ale u demence si hlava již nespojí, co má udělat ruka, například při hraní kuželek. Je to tedy potřeba ukázat.

Jakmile dojde ke zhoršení řeči a slovní zásoby, terapeutům zbývá pouze neverbální složka – gesta, mimika, pohyby. Lenka: „...paní je ležící a komunikuje, že ukazuje palec nahoru, dolů, jako ano a ne...tam jde o to, abych byla šetrná, dávat pozor a koukat na grimasy toho člověka...“

V pokročilém stádiu demence se stává, že lidé již nekomunikují ani nespolupracují, cvičení se tedy příliš nedaří, v těchto případech je tedy vhodnější využít spíše jiných technik k podpoře stavu a ke komunikaci, například bazální stimulace.

Znalost nemoci

V domově se zvláštním režimem musí pracovníci u klientů vzít v úvahu příznaky demence, které přímo souvisejí se schopnostmi potřebnými pro aktivity. Člověk s demencí není již schopen dělat ústupky a přizpůsobovat se.

Alena zdůrazňuje přiměřenost aktivit, míru cvičení, neboť si klienti s demencí neuvědomují, že již cvičili.

Anna k některým událostem podotkla, že stresu můžeme zabránit tím, že udržíme kontrolu nad situací a budeme postupovat spolu s osobou a ne proti jejím schopnostem a deficitům. Přistoupit na to, že klient má pravdu, nevymlouvat mu jeho představy. Také Veronika popisuje: „...člověk s demencí má někdy představu, že není zrovna tady třeba u nás, ale že třeba musí jít na nějakou zastávku, jede mu vlak, jede mu autobus, tak se prostě snažím nějak vymyslet, jak přizpůsobit fyzioterapii právě na něho...“

Ve střední fázi nemoci se objevují různé poruchy chování, zejména neklid, úzkost, depresivita, bezcílné bloudění i agrese. Anna: „...jsou dlouho dobří chodci, hlava jim už třeba

nefunguje, ale tělo ano, tak chtějí chodit a neví kam. Tak tady bloudí jak „bludní Holanďani“ ...“ Doplňuje, že jako první u osob s demencí odchází jemná motorika.

Stane se, že se někteří dotazovaní terapeuti setkali s úzkostí nebo halucinacemi. Představy klientům nevyvracejí, neboť hrozí, že by je dostali do agresivního stavu. Lenka: *„... třeba že mi paní plakala, že u ní na pokoji je pohřeb, že je tam pohřební hostina a přitom tam nikdo není...spíš se toho klienta snažit uklidnit...“*

Vzdorovité chování u pacienta s demencí vzniká často z důvodu, že nemá věci pod kontrolou. Markéta: *„... jakože někdo má, s tělem, on ho nesnáší, někdo ho přebaluje, má vztek a pere se...“* Řešením je vhodné zapojit člověka do určitých situací, kdy se bude cítit klient jako potřebný. Například pro spolupráci při hygieně nebo stravování.

Z rozhovorů všech dotazovaných vyplynulo, že klientům s agresivním chováním se věnuje individuální péče.

Motivace

I když je nezbytnou podmínkou účasti klienta dobrovolnost, pracovníci se je snaží nenásilným způsobem motivovat. Dle rozhovorů jsme zjistili, že má každý svoje určité způsoby, jak přimět pacienta k aktivitě.

Libor navštíví konkrétní osoby a dá jim najevo, že jsou pro něj důležité a cení si jejich účasti: *„... já to s nima umím, vím, jak na ně...většinou se mi to podaří, přesvědčit toho člověka, když chci, aby tam byl...neustále jim říkám: ‚jste bezvadnej člověk, pojdte mezi nás, jsem rád, že jste tady‘, protože já fakt jsem rád, já jenom říkám pravdu a oni jsou rádi, oni to neslyší často...“*

Veronika motivuje tím způsobem, že připomíná, že po skončení cvičení bude svačinka nebo oběd. Vždy se podívá na jídelníček a na to klienti rádi slyší.

Anna klientům vysvětlí smysl cvičení kvůli zdravotnímu stavu. Stejně jako Jitka klientům řekne, že cvičí pro sebe a šidí jen sebe. Ráda používá ke cvičení příběhy a tím se klienti aktivně zapojují. Lenka i Markéta vidí i zájem klienta o cvičení, pokud má bolesti nebo je po úraze a chce sám se dostat do kondice.

Markéta stimuluje ke cvičení klienty způsobem, že vždy vysvětlí účel činnosti. Aby přesně věděli, proč ten cvik dělají: *„...vzpažím, skrčíme lokty za hlavu. ‚Ted’ víme, kdo si ještě může umýt vlasy.‘ Ted’ se všichni dívají...to je ta motivace. ...že se třeba někdo podívá, že já si neumyju vlasy, to je to vybičování přes tu skupinu...každý se podívá, komu to jde...“.*

K chůzi láká klienty na procházky kolem domova, na krásné prostředí kolem, zmiňuje rybníček. Také je pro klienty velkou motivací to, že se předvedou rodině, jak se zlepšili, že budou mít blízcí radost z toho, co zvládli.

Individuální přístup

Předpokladem úspěšné komunikace je utvořit partnerství a navázání důvěry mezi pacientem a terapeutem. Terapeut by měl věnovat pozornost tomu, co jedinec od terapie očekává a jaká je jeho předchozí zkušenost s pohybovou aktivitou. Měl by pacienta poznat. Ke klientovi pak přistupuje otevřeně, oslovuje ho vždy jménem a klient jinak reaguje - zpozorní a více se snaží.

Jitka: *„...klient se zvláštním režimem, ten prostě potřebuje víc individuální přístup při tom cvičení, když vidím, že se nezapojuje, tak prostě opravdu mu chytout ruce, ukázat mu ten pohyb...víc se jako, ten oční kontakt, přiblížit se tomu klientu, aby byla ta pozornost, že se právě na něj mluví a že právě on má cvičit...“*

Veronika při připomínání pohybové aktivity klienta pozdraví jménem a pozve způsobem: *„Počítám s Váma!“* Také Lucie vybízí při cvičení: *„... ,paní Nováková zvedněte ty ruce, Vy to zvládnete!‘ ...tak ještě oni vidí, že je někdo oslovil, a ...“*

Respondenti se vyjádřili, že se snaží posílit sebeúctu a sebedůvěru klienta. Libor: *„...já přistupuju fakt jako individuálně...: ,Paní Šťastná, budeme dělat těžký, jsem si vymyslel paměťový cvičení, a víte, jak to tam je, bez Vás to nebude ono, ono ten den nebude taková zábava...pojd'te to zkusit!‘ ...“*

Humor

Ve všech rozhovorech se pracovníci vyjadřují o tom, jak je nesmírně důležité přinášet osobám s demencí radost, smích a toho docílí, když při svých aktivizačních programech používají žerty a humor obecně. S klienty se pak úplně jinak pracuje, když je aktivita baví. Zuzana přidává vždy i trénink paměti a vždy se u toho dobře pobaví.

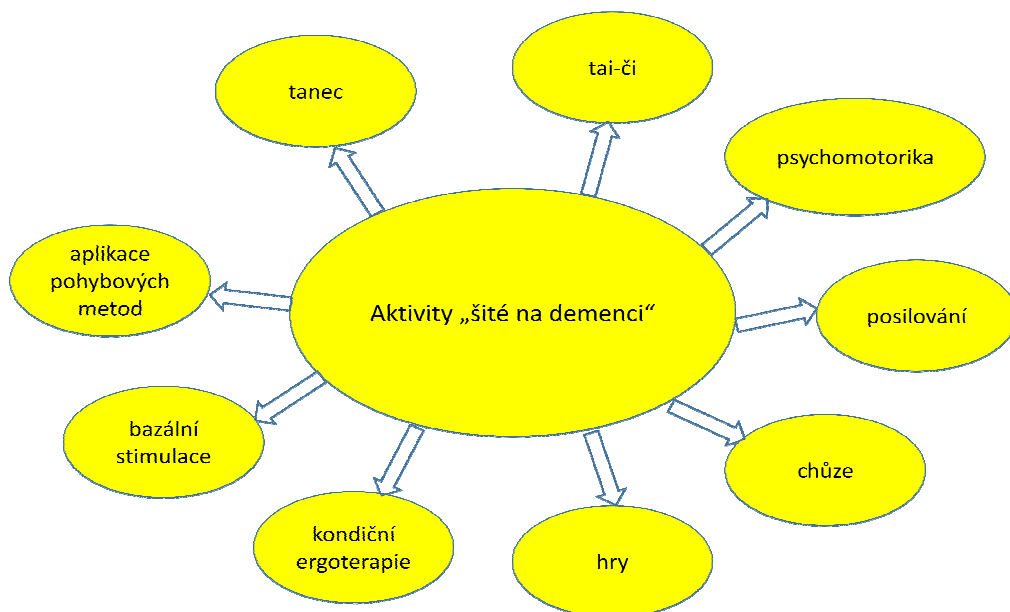
Libor: *„...když se druhý den zeptáš těch lidí: ,Cos dělala s Liborem?‘ Oni neřeknou cvičení, oni řeknou: ,My jsme se smáli.‘ ...že si vzpomenou na tu emočně nejsilnější část, a to bylo to, že jsme se smáli, jo?“*

Podle Anny je největší odměnou úsměv, slovní komentování klientů, že se jim to líbí, když je u toho legrace: *„...a fakt pocit té zábavy nebo toho, že se mi to líbí jako, tak ten si myslím, že je strašně důležitý...“*.

Jitka ke cvikům vybírá písničky, básničky, příběhy, všechno, co klienta pobaví a zpříjemní mu cvičení. Lucie do komunikace zařadí také vtipné poznámky: „... *podívejte se mi dneska na strop, jo, jestli paní uklízečka nám tam aspoň uklidila.*‘ *Jo, takže oni se podívají, po aktivizaci chodí a: ,My jsme tam měli dneska pavučinu. Paní uklízečka neuklízela!*‘ (smích)

7.1.4 Kategorie č. 4 - Aktivity „šité na demenci“

Pohyb působí pozitivně na psychiku a to zejména u lidí s demencí nebo jinou kognitivní poruchou. Poněvadž u osob s demencí dochází vzhledem k nemoci ke zhoršené koordinaci pohybu a k obtížím s jemnou motorikou, volíme jednodušší cvičení, které je snadné napodobovat. Důležitý je zrakový kontakt s předcvičujícím a ve skupince rozestavení židlí do kruhu nebo půlkruhu. Nové cviky oznamuje terapeut předem a velmi pomalu je zařazuje do programu. Úroveň cviků musí být stanovena tak, aby je klient zvládl.



Obr. 4. Kategorie č. 4 a její subkategorie.

Tanec

Tanec napomáhá k navázání nebo zlepšení komunikace s jiným člověkem. Svůj význam mají i doteky mezi partnery nebo dotek terapeuta, čím se vyjadřuje vztah a pocit. Vhodným výběrem hudby se klient může soustředit na emotivní prožívání a tím zmírnit svoje psy-

chické problémy. Když je klient smutný, tančí, když je nadšený, tančí. Tanec vede k maximálnímu uvolnění, redukuje napětí a je velmi vhodný pro osoby s demencí. Taneční terapii provádí ve všech dotazovaných zařízeních. Někde v menší míře, někde ve větší.

Nejvíce se taneční terapii věnuje Alena, která zmínila, že tanec je nejprínosnější, protože propojuje emoční a pohybové schopnosti člověka, a to vše díky hudbě: „...*u těch klientů vybírám tance z celého světa. Zatančím, tak jak se vlastně tančí a pak je upravuju, abych je mohla předat, abychom je mohli zatančit na vozíčku. Je vlastně skupina vozíčkářů...a pak je skupinka, kteří prostě chodí, a s těmi to tančím, jak se ten daný tanec tančí... já se nebojím ani moderní hudby...říct jim třeba z které země je, co ta hudba vyjadřuje...ale opravdu vidím velký pokrok, že naši klienti umí už poslouchat, já nevím, třeba balkánskou hudbu...*“

V tanci je podporováno volné vyjadřování emocí a udržení příjemného pocitu života. U klientů s demencí zůstávají základy společenské komunikace a chování až do pozdějších stádií nemoci, a toho taneční terapie využívá. Anna využívá ve svých tanečních aktivitách jednoduché pohyby, které lze snadno zopakovat – tleskání, dupání, zpívání jednoduchých refrénů. Klienty usadí do kruhu na židle, sama sedí také na židli: „...*protože oni, i když už třeba jako špatně rozumí tomu, co říkáme, třeba nepochopí to, tak to na nás vidí. Takže tou nápodobou jako to jsou schopni udělat, takže v tomhle je to výhodné...*“

Tai-či

Cvičení tai-či a začlenění prvků tohoto cvičení přináší přirozený klid a radost. Udrží osoby s demencí déle mentálně aktivními. Jedná se zde o pomalý a vedený pohyb. Tai-či podněcuje tvořivé energie a poskytuje emocionální a duchovní rovnováhu.

Východními praktikami se zabývá Libor a vyjadřuje se, že pomalé pohyby dokážou harmonizovat vnitřní procesy v těle: „...*samotné pohybové cvičení hodně jako z těch vychází z ladných pohybů toho tai-či. To třeba ale neznamená, že cvičíme tai-či, ono třeba když píšeme jedničku, obyčejnou jedničku, tak tu můžeš udělat takhle (ukazuje rychlým pohybem rukou ve vzduchu jedničku) nebo když to píšeme takhle (ukazuje pomalým pohybem rukou ve vzduchu jedničku). Když to uděláš tohlencto desetkrát, tak najednou zjistíš, že tě to zpomaluje a zklidní, a když to dělá celá skupina, tak to je najednou jakože zklidnění...*“

Respondenti používají principy východních cvičení, hlavně jógu, na závěr cvičebního programu, například u meditace ke zklidnění klienta. Jedná se většinou o správné dýchání, uvolnění šíje, ramen.

Alena: „...na závěr zase je nějaký uvolnění, protažení a s prvky jógy anebo krátká relaxace, která je zase zaměřena na ten dech, a tam je i prostor pro nějaké sdílení pocitů...“

Psychomotorika

Psychomotorika zahrnuje pohybové aktivity, které zlepšují obratnost, posilují fyzickou zdatnost a co je důležité, přináší radost z pohybu, ze hry a tělesných cvičení. Velké uplatnění má právě u osob s demencí. Prostřednictvím her pomáhá vyladit psychickou, fyzickou i společenskou stránku člověka. Je formou aktivního odpočinku. V našich rozhovorech jsme zjistili, že ji používá každý terapeut. Používají se různé netradiční pomůcky, většinou jednoduché a snadno dostupné. Klienti jsou motivováni barvami náčiní, originalitou a jednoduchostí aktivit.

Jitka popisuje aktivitu: „...šátek, třeba...já jdu s šátkem a vlastně dám ho třeba na hlavu a takhle pomalu ho snáším, takže oni cítí, jak ten šátek jde po té tváři, a pak ještě ovanou, tak oni tak: ‚Áá‘. Jo teďka cítí, že to tam vane, jo, tak čekají, teď husí kůže, protože je to příjemné...do toho zapojit... že mě něco foukne, že mě něco hladí... vyhodíme ho, teď se díváme, jak padá lehce...“

Mezi pomůcky patří i různé druhy míčků – tenisový, molitanový, velké lehké míče, nafukovací míče, balónky aj.

Anna: „...nejoblíbenější asi v současné době je fakt ten míč, a asi jako ten obyčejný, prachobyčejný nafukovací balónek, který svážem a pinkáme si. Tak to tady teďka sklízí největší úspěch (smích)...“

Pro rozvoj prostorové orientace a komunikace ve skupině je velmi vhodná pomůcka padák. Tuto kooperativní aktivitu používají ve všech dotazovaných zařízeních. Musí být dostatek prostoru a pozor na ostré předměty. Hru s padákem mohou vykonávat všichni klienti. Cvičení je věnováno posílení v oblasti paží, zad, břicha i nohou. Způsobuje i zklidnění všech včetně relaxace.

Alena: „...co třeba mají hodně rádi, různé psychomotorické jako pomůcky, což oblíbená je velmi plachta, práce s hedvábím, mají moc rádi určitě propojování s hudbou, určitě i propojování toho pohybu se zpěvem. Vlastně i zpěv je vlastně pohybové cvičení, prodýcháváte celé tělo, jo...“

Posilování

Této formě pohybové aktivizace se věnují hlavně fyzioterapeuti. Věnují se jednak hodně klientům individuálně dle specifických potřeb osoby a vedou i skupinové cvičení.

Markéta: „...*dokupovali jsme overbally a thera-bandy, se kterýma prostě ted'ko hodně cvičíme, protože posilují a protahují i sami chtějí na pokoji, protože to zaprvý si cvičí sami na pokoji, ti kteří o to opravdu stojí, o udržování kondice...*“

Veronika cvičí s pány, hlavně posilovací cviky s činkami. Alena vede i pro více schopné klienty kondiční cvičení, kde využívá flexi-barů.

Pro posílení nohou se v domově používají mechanická šlapadla, když se klienti bojí pádu a chtějí posílit nohy.

Chůze

Chůze je prvořadá a provádí ji všichni oslovení pracovníci. Patří hlavně také do náplně fyzioterapeutů, ale i aktivizační pracovníci trénují s klienty chůzi formou procházek. Jsou důležité i pro získání určitého „vnitřního klidu“ a jedná se o přirozený pohyb v přirozeném prostředí. Navíc pohyb na čerstvém vzduchu zlepšuje kvalitu spánku. Chůzí se trénuje vertikalizace klienta pomocí vysokého a nízkého chodítka nebo berliček.

Veronika: „...*tak pro klienta s demencí i celkově pro seniory bych tam zahrnula opravdu chůzi. Chůzí, samovolně dýcháte, když u toho ještě mluvíte, zároveň procvičujete dechové cviky, zapojujete tím celý aparát, protože se pohybují ruce, když máte berličky, musíte udělat souhru berliček, nohou, takže podle mě chůze je pro ně taková nejkvalitnější...*“

Hry

V oslovených domovech hodně používají při pohybových aktivizacích hry míčové, kdy si buď hází mezi sebou, nebo jim hází míč aktivizační pracovník. Zuzana spojuje toto házení s kognitivním tréninkem. U Jitky hrají stolní fotbal, kdy si míč posílají po stole. U Lucie je oblíbené prohazování míče obručí nebo hra s kuželkami. Kuželky hodně využívá i Anna, která i podotkla, že s klienty hrají při příležitosti světových utkání svůj „hokej“. Také se pohybové aktivity spojují s písněmi. Aktivity vedou k pobavení a odreagování klientů.

Jitka: „...*jsou i pohybový právě písničky. ‚Šel zahradník do zahrady s motykou‘, tak tam názorně ukazuju, nebo ‚Pochodují vojáci po cvičení, po práci‘ – pochodujeme, nebo písnička Slunce za hory, zmizelo v dál, to je prostě, že se chytíme za ruky a pohupujeme se doprava doleva, jo...*“

Kondiční ergoterapie

Na procvičení jemné motoriky je spousta ergoterapeutických nebo arteterapeutických činností, které rovněž provádí všechny oslovené domovy. V rámci cvičení sem patří namotávání provázku, hra s pěnovou stavebnicí, puzzle, navlékání korálků, hra s víčky od PET lahví, malování barvami, práce s papírem (trhání papírků, koláže), práce s přírodními materiály (aranžování květin), pečení nebo vaření, aj.

Anna: „...používáme takové, jako různé jakože do zrní nasypeme předměty, schováme to tam, že to loví v tom zrní... a je to i takové jako příjemné. Člověk změnil prostředí na ty ruce a tak...“

Libor: „...ono i děláním techniky z těch drobných kuliček z krepových papírů, protože cvičíš jemnou motoriku, klubička...vono se pod tím tvořením skrývá i pohybová aktivita, abychom si rozuměli...“

Cílem je smysluplná činnost člověka s demencí a pocit vlastní důležitosti. Klienty tyto činnosti baví, působí velmi dobře na odreagování a zároveň procvičují jemnou motoriku, která u demencí odchází hned v počátku nemoci.

Bazální stimulace

Jedná se o metodu, která je vhodná pro pacienty v závažném stavu a snaží se kompenzovat nedostatek vlastních motorických vjemů. Dle výpovědí ji zavádí pouze Libor a své zkušenosti z kurzu předává dál svým kolegům. Tento přístup využíváme zejména při stádiích pokročilé demence a ve fázi terminální. Libor: *„...prostřednictvím dotyků je znovu vracíš, aby znovu vnímali svoje tělo, takže třeba hladíš i nohy...dotyky pomáhají člověku na lůžku vnímat sebe sama a vnímat pozitivně pocity a vnímat reálně prostor kolem sebe...“*

Aplikace pohybových metod

Co se týče pracovního postupu fyzioterapeutů u klienta s demencí, hlavní je získat pacienta pro spolupráci. Pracovník se představí a vysvětlí mu, jak se bude řešit jeho zdravotní problém. Vše neustále trpělivě opakuje. Velký význam v komunikaci má úsměv, dotyk a individuální přístup. Cvičení je přizpůsobeno diagnóze a zdravotnímu stavu pacienta. Celým pohybem ho fyzioterapeut slovně doprovází.

Markéta: „...začínáme vertikalizací, pokud je to možné, tak chůzí, co nejdéle, tak jak dovolí stav klienta, jestli chodíme ve dvou, přidržujeme, nebo jeden terapeut, nebo je klient sám, potom posilujeme většinou, pak protahujeme, uvolňující masáž...“

Veronika se ve svých cvičebních jednotkách věnuje mužům, tedy hlavně posilování.

U metod jako je terapeutický tanec, tai-či a psychomotorické terapie dotazovaní pracovníci spojují vždy pohybovou činnost s dalšími složkami osobnosti klienta.

U taneční terapie jde hlavně o projev emocí, uvolnění napětí, možnost otevření se klienta. Podporuje také kognitivní funkce formou kreativních aktivit, kam patří hudba, zpěv, spojování slov s pohybem. Tím, že taneční terapie probíhá v kruhu, pomáhá překonat pacientům s demencí ostych, dodává jim tato aktivita pocit jistoty, jednoty. Důležité je tam předání hudby a pohybu společně s humorem, radostí. Terapeutická hodina musí mít naplánovaný průběh – scénář. Takový, aby aktivoval a motivoval k pozitivním fyzickým i psychickým reakcím. Alena: *„...zopakujeme tance, které jsme dělali minule, trošku si je zkusíme popsat a zavzpomínat si a v tom hlavním programu se učíme nějaký nový tanec nebo vlastně tančíme s některými pomůckami... důležité je zase nějak povzbudit, zatleskat, že hodina byla dobrá a nějak se k tomu vyjádřit...“*

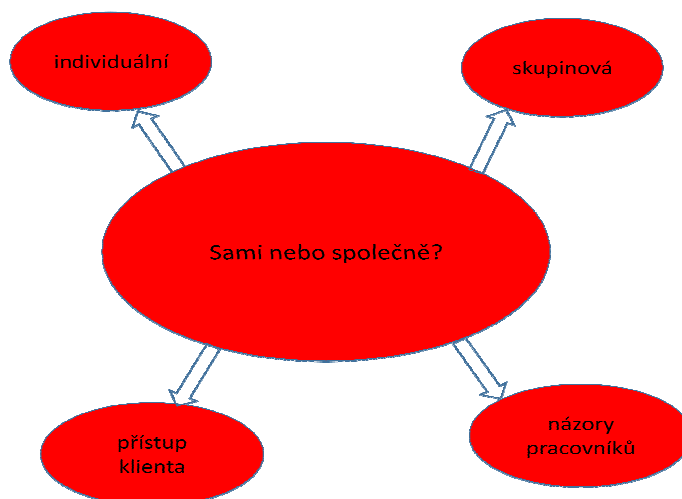
Libor svoje cvičení s prvky tai-či aplikuje na klienty s demencí: *„...úplně nejideálnější, pokud se to povede, tak je to tak, aby vlastně jsme vklouzli do té činnosti tak, aby to klienti ani nevěděli... já jim neříkám: ‚ted‘ budeme cvičit‘, aby se tam nevytvořil nějaký negativní vzorec, jo...já to spojím s paměťovým cvičením ...jakoby jeden z hlavních principů moje je propojení...“*

Libor si vymýšlí ke všemu příběhy, aby to klienty bavilo, hodně činností popisuje jako běžnou činnost, co znají. A co zmínil jako hodně důležité, že jeho cvičení obsahuje prvky masáže a automasáže.

Stejně i psychomotorická terapie spojuje emocionální prožitky s prováděnou pohybovou činností. Nejsou zde kladeny nároky na výkon, pohyb je v prostoru a je snadno zvládnutelný. Hledáme, co pacient rád dělá. Patří sem například i zahradničení.

7.1.5 Kategorie č. 5 - Sami nebo společně?

Každá činnost připravena pro klienta by měla mít nějaký účel a smysl. Pro osoby s demencí tento program by měl být připraven tak, aby využívala svých zbývajících sil. Aktivity rozdělujeme na individuální a skupinové, protože záleží na osobnosti člověka, kterou si vybere. Nedá se tedy přesně říci, který typ aktivity je pro klienta s demencí více vhodná. V každém případě hraje roli skutečnost, jestli klient sám má zájem o pohyb a udržovat si svou kondici.



Obr. 5. Kategorie č. 5 a její subkategorie.

Individuální

Můžeme působit cíleně na osobu, co vlastně přesně potřebuje. Lenka: „...*individuální terapie je dobrá v tom, že prostě ho můžete ohlídat u všeho, že prostě máte pod kontrolou trošku, jak ty cviky dělá, jestli to dělá dobře a ohlídat si to...*“

Jitka: „...*individuální je taky dobrá... ale zase to neprobouzí toho soutěživého ducha, takže každý má svoje...*“

Skupinová

Aktivita je zábavnější a přispívá ke komunikaci. Skupina jako celek hodně motivuje klienta a podporuje dobrou atmosféru. Lenka: „...*zase v té skupině se tak jakoby navzájem trošku podporují...prostě vidí tam něco jiného a ji motivuje to, že někdo to udělá a ona to chce zkusit, jo...*“

Markéta se vyjádřila, že je obrovský zájem o cvičení ve skupině. Vede ji totiž energickým způsobem: „...*dostávají do těla, ale zase zároveň jsou naprosto inspirováni tou dynamikou té skupiny. A opravdu se vymrští do úžasných jako výkonů, takže cítí se velmi, velmi mladě v té chvíli...*“

Názory pracovníků

Podle Libora je potřeba zvolit, pro jakého klienta jakou: „...*jsou klienti, kteří jsou vyloženě vhodní na individuální aktivizace...ať z fyzických nebo psychických nebo mentálních nebo rodinných ...jiných důvodů a jsou lidi, kteří chodí do skupiny a mají to rádi...*“

Anna spojuje skupinovou a individuální, pokud je to možné. Alena dává na stejnou váhu oboje, poněvadž ve skupině je humor, sdílení pocitů, motivace od ostatních a v individuální terapii jste tam jen pro to toho daného člověka.

Všichni ostatní dotazovaní respondenti se vyjádřili, že všechno má svoje pro a proti. Nejlepší způsob je kombinovat individuální a skupinovou terapii. A tak to vlastně v domovech funguje. Individuální terapie probíhají každý den na pokojích a skupinové pohybové programy jsou v určité dny a v určitý čas na společenských místnostech.

Přístup klienta

Ze získaných odpovědí respondentů vyplývá, že ve všech domovech je o pohybové aktivity velký zájem ze strany klientů. Někdy tak velký, že prostory mnohdy nestačí.

Lenka: *“...no tady je právě dobrý, že oni se vesměs ti klienti hrozně těší...jak už mě vidí, už se natahují, kdy přijdu...”*

Markéta nám řekla, že spousta klientů pak cvičí ještě na pokoji, aby si udržovali kondici. Přímou i zmínila paní, která byla ležící a má obrovskou vnitřní motivaci: *“...její byt je za osm schodů (smích), takže my jdeme schody nahoru, dolů...chodí úplně sama bez pomůcky po schodech...ona teďkom jezdí jednou za měsíc...a ona má pocit, že to dokázala... bere si cviky a s tím že do bezvědomí cvičí, tak ví, že je to nutné, protože ví, že za tři týdny nicnedělání a může být zpátky ležící...”*

7.1.6 Kategorie č. 6 - Jak je po cvičení?

Dostatečná pohybová aktivita ve vyšším věku je předpokladem udržení nezávislosti na jiných. Tělesnou činností se prospívá prevenci onemocnění pohybového ústrojí. Zajímalo nás, co všechno pohyb klientům s demencí přináší a jaké změny vidí u nich pracovníci díky pohybu.



Obr. 6. Kategorie č. 6 a její subkategorie.

Přínos

Podle Markéty přináší cvičení pocit uspokojení samého se sebou. Anna rovněž zdůrazňuje pocit úspěchu, účast na skupině klientům přináší možnost komunikace.

Lenka: „...*má vliv celkem hodně na tu psychiku, že jim je líp, jsou rádi, že jsou jakoby v něčem trochu samostatní...chodím s paní a každý den kouká na obrázky, i když jsou tam každý den stejný, jo, podívají se z okna, podívají se z balkónu, jaký je počasí si řekneme...*“

Zuzana komentuje přínos hlavně radosti. Stejně i Lucie řekla, že klientům pohybové aktivity přináší povzbuzení, jsou vitálnější, plní energie...

Dle Veroniky má obrovský vliv humor, že se s klienty zasmějí, uvádí, že když člověk cvičí, tak dochází k produkci endorfinů, někdy označovaných jako hormonů štěstí, protože vedou ke zlepšení nálady. Pohyb napomáhá k odbourání stresu.

Alena: „...*i díky tomu pohybu, i díky tomu terapeutickému tanci, tak je to vlastně nějaká tolerance s dalšími klientkami, nějaká spolupráce při tanci...jsou víc jako vnímavější i na ty ostatní klienty...*“

Změny

Markéta pocítuje někdy u klientů změny téměř životní: „...*že se někdo vrátí domů. Takže lepší se, přidávají si sami: ‚chci chodit, chci být samostatná‘ a k tomu vede dlouhá cesta přes rehabilitaci. Pak se to stane a chtějí víc... ‚chci do schodů, chci ze schodů...*“

Lenka se vyjadřuje, že vidí zlepšení kondice u klientů. Nebo také vidí úlevu od bolesti.

Lucie: „...*hm, změny...třeba úplně banální – že ten klient chytne do ruky vidličku, sám se předtím třeba vůbec nenajedl. Nebo když se klient vrátí z nemocnice, rehabilitační s ním poctivě cvičí, tak on začne chodit zpátky o chodítku, tak...*“

Jitka uvedla, že vidí po cvičení zlepšení nálady, zbystření pozornosti, lepší vnímání. Také Alena pozoruje změny v psychice, klienti jsou veselejší, víc komunikativnější.

Veronika: „...*no tak mám radost, když se mi někoho povede rozchodit...máme tady několik klientů, kteří sem přišli jako ležáci... tak ten člověk se dokáže změnit a opravdu se třeba postaví...nejenom třeba to chození... teď jsem byla úplně pať, máme tady klientku, která vůbec nemluví, ona na mě promluvila...*“

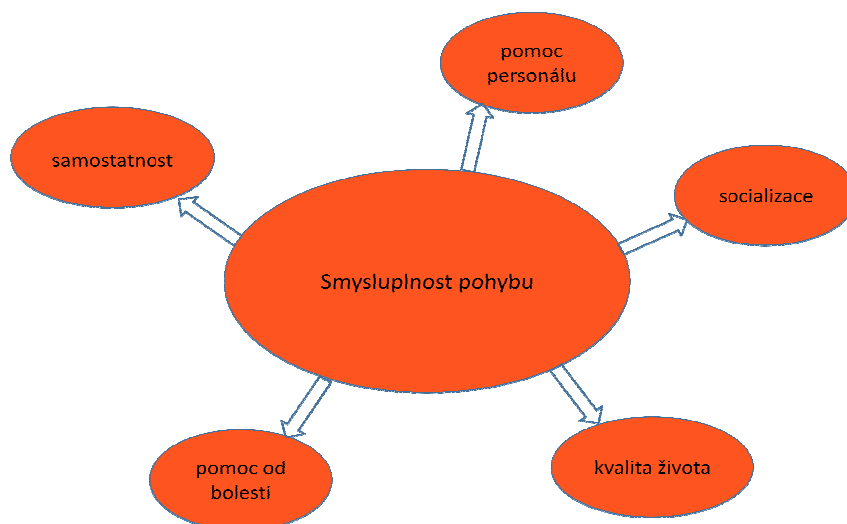
7.1.7 Kategorie č. 7 - Smysluplnost pohybu

Jedná se o kategorii, která představuje důležitost zachování hybnosti jakou součást léčby demence, neustále opakování naučených pohybů, procvičování pohybových vzorců, které člověk automaticky používá bez přemýšlení. Klient s porušením výkonových funkcí se dostává do problémů a zařazení pohybových aktivit mu pomáhá tyto problémy překonávat.

Pohyb patří k přirozeným projevům člověka. Potřeba fyzické aktivity patří dle Maslowa mezi základní potřeby lidského organismu s nejvyšší prioritou. Pohyb má pozitivní vliv na fyzickou i psychickou stránku člověka. U lidí s demencí je udržování pohybové aktivity důležité z důvodu postupování nemoci, poněvadž dochází ke zhoršení pohybových funkcí, koordinace pohybu a k potížím s jemnou motorikou.



Obr. 7. Maslowova hierarchie potřeb.



Obr. 8. Kategorie č. 7 a její subkategorie.

Samostatnost

Všichni respondenti uvedli, že cílem pohybové aktivizace je udržet soběstačnost a samostatnost klientů. Důležitá a primární je pro klienty chůze. Jednak si mohou dojít tam, kam potřebují, ale velmi významná je pro pacienty možnost vyjít ven z pečovatelského zařízení, například projít se na zahradu nebo se jít podívat na probíhající aktivitu. Tím, že si klienti budou udržovat dobrou pohyblivost, zůstanou déle soběstační v denních činnostech a nezávislí na cizí péči. Často jde o takové jednoduché úkony každodenního života, jako je péče o zevnějšek, česání, oblékání, krmení, používání toalety a jiné základní úkony. Pro osobu s omezenou soběstačností tyto věci musí někdo dělat a pro ni je tento pocit závislosti nepříjemný. Podle Veroniky je pro klienty i největší problém „si říct o pomoc“. Je mnohem lepší, když si to člověk může udělat všechno sám nebo alespoň s dopomocí. Proto i Veronika má názor, že je někdy lepší nepomáhat, i když je to těžké, ale je to pro dobro klientů.

Paní Zuzana zmiňuje i cvičení jemné motoriky: *„Aby byli pohyblivější, aby byli samostatnější, aby si dovedli sami podat hrníček, zapnout košili, cokoliv si udělat sami, aby té dopomoci potřebovali co nejmén.“*

Paní Jitka při svých aktivitách obnovuje u klientů automatické vzorce, když jim hodí nebo kopne míč: *„... aby prostě zvedli ty ruce, které obvykle nezvedají, aby zvedli tu nohu, kterou obvykle nezvedají, protože to jsou ty instinkty. Přimět je k nějakému tomu pohybu, k tomu, aby se hejbal.“*

Paní Markéta: *„... chceme, aby byli funkční v každodenním životě. I minimálně, i když to vypadá zoufale, tak ten člověk tu lžící do té pusy dá...“*

Kvalita života

Respondenti uváděli, že pohybem chtějí pacientům zkvalitnit život obecně. Indikátorem kvality života klienta jsou aktivity, které denně provádí. Jedná se také o využití volného času, pokud se samostatně člověk pohybuje, může si vybrat z různých možností, jak strávit den jinak než jen na pokoji. Jde někdy o prosté věci, které klienty naplňují. Někdy je za tím možnost zapojení osoby k provedení důležité drobnější užitečné práce. Pro každého člověka, tedy i pro osobu s demencí je důležité mít pocit nápomocnosti a užitečnosti. V zařízení „A“ hodně klienti napomáhají při přípravných pracích v kuchyni, například loupání cibule, česneku, mazání chlebů, a tím procvičují také jemnou motoriku. Dělají to velmi rádi.

Paní Alena cvičením přináší klientům naplnění dne, příjemnou únavu, spokojený pocit. Klienti se na aktivity těší, mají z pohybu radost. Také, když jsou něčím zaměstnaní, tak nemají čas se litovat a prožívat smutné chvílky.

Přínosem pro kvalitu života klienta je také osobní přístup, uznání, ocenění a přijetí ze strany personálu. Vše vychází z toho, že pracovníci by si měli umět správně vyložit příčiny chování osob s demencí, a poté přizpůsobit svůj přístup k nim. Paní Jitka: *„Aby byli spokojení, aby se s nimi zacházelo důstojně, aby nemuseli dělat, co nechťejí. Najíst, napít. Jo, at' jim to udělá radost, ten pohyb.“*

Paní Markéta vysvětluje, jak je pro klienta nepříjemné, když mu je vyměňovaná inkopomůcka, že si chtějí klienti sami přesednout na WC křeslo a cítí při těchto momentech pocit frustrace. I o tom je kvalita života, vážít si sám sebe. Patří sem i sebevědomí a dobrý pocit po cvičení, když něco zvládnou a jsou na sebe hrdí. Klienti toto uspokojení rádi sdílí i s rodinou, která je navštěvuje, případně si klienty bere domů na víkendy. *„...když se ten člověk zlepší a je schopen pomoci té rodině třeba sednout do auta... ta rodina velmi často přijíždí a jeví zájem...“*

Ve všech vybraných zařízeních pohybové aktivity klienty hodně baví a projevují o ně velký zájem. Cvičení zpestřuje klientům život v zařízení. Někteří si i sami berou pomůcky na pokoj, aby cvičili samostatně a udržovali se v kondici.

Podle Libora je pro klienty důležitý pocit bezpečí, pocit uznání a pocit realizace. Také udržení dobré fyzické a psychické kondice, aby zažívali klienti pocit pohody a dobré nálady. *„...zařadím do toho část, abysme se toho dne jakoby smáli, aby byli veselí...“*

Socializace

Podle paní Lucie je důležité zapojení do kolektivu, aby se klienti necítili osamocení. A toto splňuje účast na skupinových aktivitách. Upřednostňuje přátelský přístup ke klientům a při cvičení zapojuje klienta otázkami na souseda, jak se jmenuje, co má oblečeno...

Protože lidé s demencí bývají často osamocení, je pro ně vhodné se skupinových aktivit účastnit. Ale jen takových aktivit, na které stačí. Skupina může těmto lidem nabídnout společný pozitivní prožitek. Vytvářejí se zde vztahy, buduje sebedůvěra, identita. Avšak i při těchto skupinových aktivitách musí terapeut věnovat klientům individuální péči, aby udržel jejich pozornost. Z odpovědí respondentů můžeme tento individuální přístup vidět. Oslovují klienta jménem a dávají najevo, že si váží jeho účasti.

Libor: „...ten pocit sounáležitosti lidí, a to, že žijeme ve skupině, která patří k sobě, jako, že máme rodinu. A toto je vlastně substitute něčeho, do čeho patříme.“ Vůbec nevádí, když klient je pouze pasivně účasten na aktivizacích, poněvadž i tak je součástí. Nemusí reagovat, ale poslouchá, a i tím je zapojen. Sami jsme si tuto pasivní účast vyzkoušeli a je to pravda.

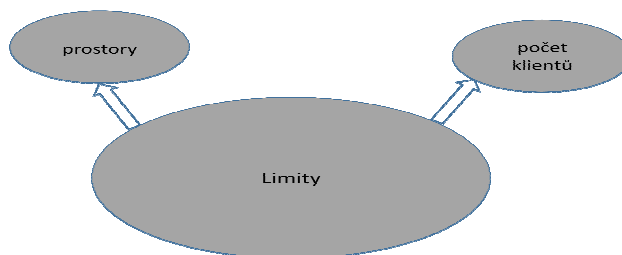
Pomoc personálu

Poněvadž je velký počet klientů, kteří potřebují pomoc pracovníků, tak i smysl pohybových aktivit spočívá v tom, že se personálu uleví, když bude v domově více osob, které budou soběstačné nebo alespoň nápomocné, co se týče jídla, hygieny, chůze samostatně nebo s chodítkem.

U Markéty: „...nacvičujeme nácvik tak, aby si všichni mohli pomoci i třeba při výměně inkontinenčních pomůcek, aby nebyli zaťatí, aby prostě zvedli pánev, aby prostě měli snahu se přetočit, nebo si sednout, nebo pomoci při přesazování, stoupnout si na nohy a tady ta spolupráce je fajn...“

7.1.8 Kategorie č. 8 - Limity

Zeptali jsme se pracovníků vybraných domovů, zda je něco při práci omezuje. V některých případech omezení zmínili, ale nepůsobilo to na nás jako zásadní komplikace při provádění aktivit.



Obr. 9. Kategorie č. 8 a její subkategorie.

Prostory

K prostorům se Lucie vyjadřuje: „...ani místnost tady na to cvičení prostě není, takže vlastně klienty ruší aji to, že my s nima pořád – je někde posouváme, posouváme stoly...“

Veronika zmínila také výhodu místnosti na cvičení, zvažovala i koupi některých nákladnějších pomůcek, ale našla si náhradní řešení a je spokojená. Alena podotkla, že je ve

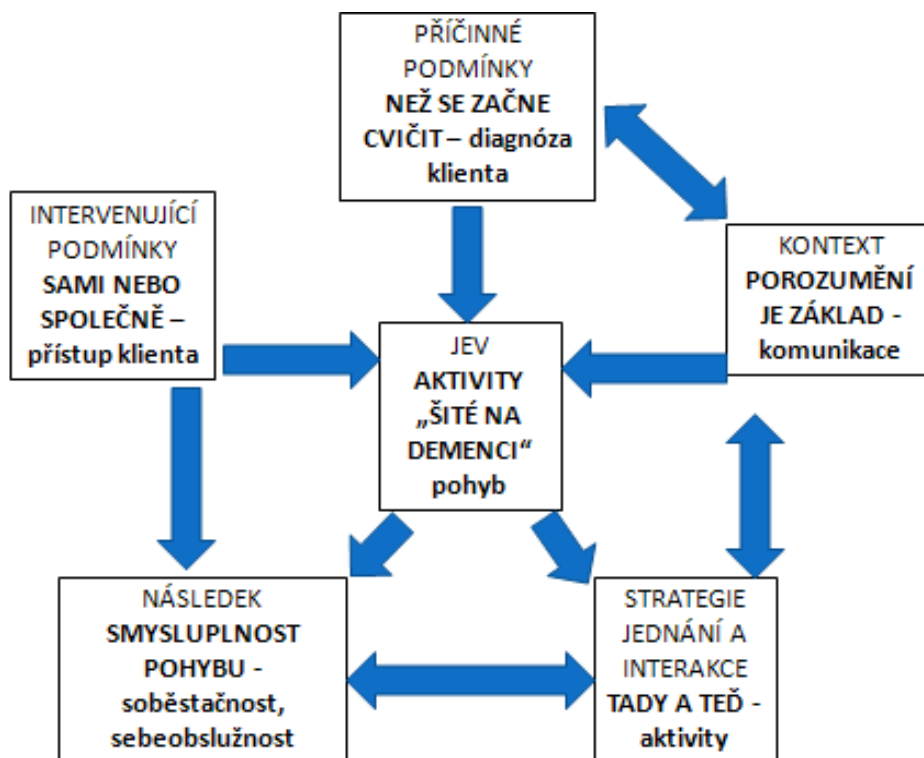
svých pohybových programech limitována prostorem, ale není to taková překážka, aby ji musela řešit.

Počet klientů

V některých zařízeních se skupinových aktivit zúčastní opravdu větší množství klientů. Pozitivním ukazatelem na tom je, že zájem o pohybové aktivity ze strany klientů domova opravdu je. Jitka: *„...když je velká skupina, tak to něco, co nepůsobí dobře na obě strany, si myslím...protože se zmenší samozřejmě prostor kolem mě, není prostě ta možnost takového pohybu, a pro mě není dobré, prostě zvládnout dvacet lidí. Lépe zvládnou deset...“*

7.2 Axiální kódování

V průběhu axiálního kódování hledáme vztahy mezi kategoriemi. Jedná se o příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy. Při axiálním kódování postupně získáváme cit pro materiál a schopnost provázat jednotlivé části teorie. Paradigmatickým modelem axiálního kódování se dostáváme do druhé úrovně analýzy.



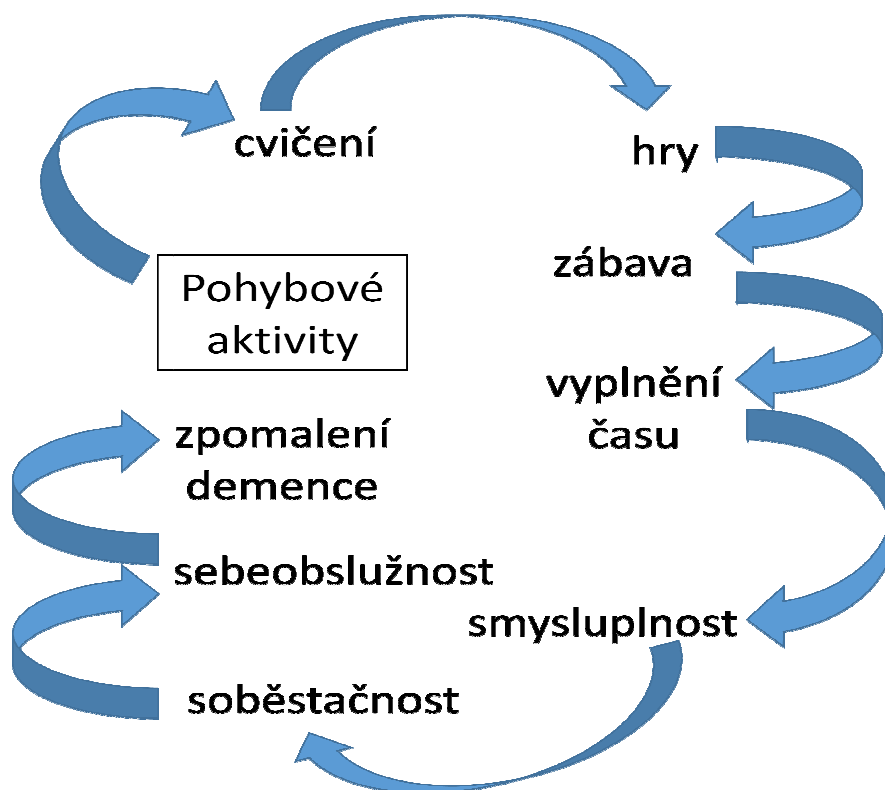
Obr. 10 Paradigmatický model axiálního kódování

Jevem v axiálním kódování jsou Aktivity „šité na demenci“, neboť nás zajímalo, jaké metody používají pracovníci v domovech a jak je aplikují v procesu aktivizace pro klienty s demencí. Kauzálními podmínkami jsou chápány události, které vedou ke vzniku centrálního jevu, to znamená, že aplikaci aktivit předchází nejdříve diagnóza pacienta, příprava aktivit, sdělení informací, domluvit spolupráci s ostatními pracovníky domova. Kontext označuje vlastnosti fenoménu, popisuje podmínky, za nichž probíhají strategie jednání a které je často ovlivňují. Označili jsme tím komunikaci, poněvadž provází průběh procesu aktivizace a ovlivňuje úspěšnost programu. Intervenující podmínky se vztahují ke kontextu jevu a ovlivňují užití různých strategií jednání. Sem patří forma aktivit, zda probíhá indivi-

duálně nebo skupinově, protože jde o dvě odlišné aktivity a od této volby vyplývá způsob cvičení. Důležitý je rovněž zájem ze strany klienta. Strategie jednání označují způsoby jednání v souvislosti s jevem. Uvedli jsme zde kategorii Tady a teď, kde zmiňujeme průběh cvičení, chování klientů. Následky jednání jsou výsledky, k nimž zvolené strategie jednání vedou. V tomto případě zde vystupuje do popředí Smysluplnost pohybu a přínos cvičení pro klienty s demencí, což je udržení soběstačnosti a sebeobslužnosti po co nejdelší dobu.

7.3 Selektivní kódování

V této fázi identifikujeme klíčovou centrální kategorii, která je na vyšší úrovni abstrakce systematicky uváděna do vztahu s ostatními kategoriemi. Základem je axiální kódování, na jehož podkladě získáváme obraz o vztazích mezi kategoriemi.



Obr. 11 Schéma selektivního kódování

Jako centrální kategorii jsme zvolili Pohybové aktivity vhodné pro klienty s demencí.

Tyto aktivity prováděné formou cvičebních programů, užitím her zapojují klienty do pohybu lépe prostřednictvím zábavy. Zábavné pohybové činnosti spojené s kognitivními rehabilitacemi naplňují seniorům pobyt v domovech a zároveň jsou velmi smysluplné, poněvadž vedou k zachování soběstačnosti a sebeobslužnosti. V nemalé míře působí i na zpomalení příznaků demence a brání ochabování funkcí. Pohyb člověka povzbuzuje, aby zůstal nadále aktivní a využíval svých dosavadních schopností.

V analýze uvedeného výzkumu zůstáváme v úrovni selektivního kódování. Přes tuto skutečnost se nám podařilo získat cenné poznatky, které se vztahují k pohybovým aktivitám vhodných pro seniory s demencí a jejich použití jako nefarmakologické léčby demence.

8 SHRnutí VÝzkUMU

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké metody pohybových terapií pro osoby s demencí používají pracovníci v domovech Anavita a jak je aplikují v procesu aktivizace. Zajímali nás proces plánování, způsoby komunikace s touto cílovou skupinou a přínos pohybu, který je nedílnou součástí nefarmakologického přístupu k léčbě demence.

Byly osloveny tři domovy v síti Anavita a vybráni z každé pobočky tři pracovníci, osm žen a jeden muž. Z dotazovaných pracovníků bylo šest aktivizačních pracovníků a tři rehabilitační pracovníce. Vzhledem k tomu, že jde o kvalitativní výzkum, výsledky není možné zobecňovat, jsou platné pouze pro vzorek, na kterém byla data získána. Mohou však naznačit skutečnosti, které budou velmi významné pro uskutečnění pohybové aktivizace pro seniory s demencí.

Byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, neboť nás zajímaly zkušenosti dotazovaných pracovníků s pohybovou aktivizací a jejich názory. Dále nás vedlo k tomu pochopení souvislosti mezi výběrem metody a jejím začleněním do aktivizačního programu.

V rámci realizovaného výzkumu jsme stanovili osm kategorií, kterými jsme chtěli poukázat na nejzajímavější poznatky z výpovědí respondentů. Pomocí analýzy dat z rozhovorů odpovíme na výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké metody pohybových terapií pro osoby s demencí používají pracovníci v domovech Anavita a jak je aplikují v procesu aktivizace?

Při péči o osoby s demencí můžeme přímo hovořit o programování terapeutických aktivit. Tito lidé potřebují aktivity, které přicházejí za nimi, do kterých se zapojují přímo a spontánně. Anavita ve své síti má Domovy seniorů a Domovy se zvláštním režimem. Domovy se zvláštním režimem fungují velmi podobně jako Domovy pro seniory, ovšem rozdíl je v přístupu ke specifickým potřebám klientů. Tito obyvatelé mají zvýšenou péči a dohled, pozornost a podporu zaměřenou na zvládnutí projevů jejich onemocnění. Na základě provedeného výzkumu jsme zjistili, že ve vybraných domovech Anavita pracují kvalifikovaní pracovníci, kteří realizují s klienty s demencí vhodné pohybové terapie, určené pro tuto specifickou skupinu. Z rozhovorů vyplynulo, že je nutná vždy spolupráce celého týmu, zdravotních sester, fyzioterapeutů, pečovatelských pracovníků a aktivizačních pracovníků. Pro výběr správných metod je nutné znát diagnózu pacienta. Podle toho jsou prováděny individuální

nebo skupinové terapie. U většiny klientů se tyto formy aktivizace kombinují, ovšem jsou případy problematického chování nebo takové fáze onemocnění, kdy je nutné přistupovat pouze individuálně na pokojích. Individuální terapie provádějí v domovech rehabilitační pracovníce a přizpůsobují je možnostem pacienta. Jedná se hlavně o vertikalizaci a dopomoc při nácvičku chůze, která je důležitá pro celý pohybový aparát. Pro člověka je nesmírně prvořadé, že je mobilní. Dále rehabilitační personál cvičí na pokojích s ležícími klienty, kde je polohují, provádějí správně přesuny pacienta z lůžka a na lůžko, dbají na kvalitní sed a stoj. Co se týče vertikalizace do sedu, tam učí bezpečný pasivní sed, správné postavení v kloubech končetin a správnou polohu trupu a šíje. Pomocí balančních míčů nacvičují rovnováhu v sedu. Kvalitního aktivního sedu využívají k nácvičku účelových pohybů jako je jídlo a hygiena. Pracovníci využívají hodně overbally i k uvolnění a protažení zádového svalstva. Při vertikalizaci do stoje se velmi často vybaví automatické pohybové stereotypy, které byly utlumeny. Při nácvičku učí fyzioterapeuti používat klienty chodítka, hole. Trénují hodně v terénu, kde plánují nejdříve kratší trasy po zahradě. S klienty pracují podle jejich celkové kondice.

Co se týče skupinové práce s klienty s demencí, provádí aktivizační pracovníci, někdy i rehabilitační pracovníci. Pohybové programy vedené oslovenými rehabilitačními pracovníci se týkají hlavně posilování, protahování, kde volí jednoduché, dynamické cviky, které jsou snadno napodobitelné. Vše ukazují názorně.

Aktivizační pracovníci provádí v oslovených zařízeních s lidmi s demencí doporučené metody aktivizace jako je terapeutický tanec, tai-či, psychomotorickou terapii, kondiční ergoterapii a bazální stimulaci.

Tanec je pro jedince s demencí vřele doporučovaný a provádí jej ve všech oslovených zařízeních. Působí velmi příznivě na psychické rozpoložení člověka s demencí. Poněvadž člověk s demencí má svůj uzavřený svět, spojení pohybu s hudbou ho pomáhá otevírat. Aktivizační pracovníce používají různé hudební žánry. Zařazují vedle dechovky a zpěvu lidových písní, hudbu klasickou i hudbu moderní, seznamují klienty i s hudbou jiných států, například řeckou, francouzskou, španělskou, africkou aj. Používají pomalé rytmy ke zklidnění a relaxaci a podpoření kontaktu mezi členy skupiny, a pomocí rychlejších rytmů uvolňují napětí, zvyšují dynamiku (zvuky bubnů podporují sílu a kontakt se zemí – uzemnění), aj. Taneční terapie probouzí klienty k začlenění, když vidí tančit terapeuta, vyvolává to v nich afektivní reakci. Na tanci se podílí pohyb i psychika. Samozřejmě oslovené aktivizační pracovníce vybírají taková cvičení, která jsou pacienti schopni zvládnout. Většinou

je prováděna taneční terapie vsedě. Kvůli možným problémům s rovnováhou. Už jen samotné puštění hudby je nepřehlédnutelné a klienti na ni reagují houpáním, někdy i psychickým rozpoložením, způsobené myšlenkami a vzpomínkami.

Další terapií, která nás velmi oslovila je tai-či. Realizuje se v největší míře pouze v jednom osloveném zařízení a této aktivizace jsme byli přímými účastníky. Nejedná se o cvičení tai-či, jak je známe, ale s upravenými pohyby pro seniory s demencí. Oslovený terapeut zařazuje do cvičení pomalé prvky tai-či, které harmonizují vnitřní procesy v těle. Těmito pomalými cviky zklidňuje člověka i celou skupinu. Cvičí v krátkých časových úsecích, aby nedocházelo u klientů k mentální nebo fyzické únavě. Pohybové cvičení doplňuje o prvky masáže a automasáže. Klienti si masírují prsty, klouby, uši, poklepávají ramena, kolena, dlaně. Navíc cvičení vždy propojuje s cvičením paměti, nikdy necvičí samostatně. Propojuje obě činnosti tak, že o tom klienti ani neví. Nevadí mu, když klienti nejsou aktivně zapojeni, stačí mu jejich účast na programu, poněvadž ví, že je zapojen vnitřně. V tomto měl naprostou pravdu. I když jsme byli jen pozorovatelem, u mentálního tréninku jsme přemýšleli a zanedlouho i cvičili. Aktivitu začíná vždy realitní a validační terapií, čímž je uvádí do reality dne a dává klientům pocit důležitosti ve svém životě.

Všichni oslovení pracovníci provádí ve svých aktivitách psychomotorickou terapii, jiným slovem kinezioterapii. Jde o pohyb zaměřený na pozitivní psychickou změnu pacienta. Jde o propojení pohybu s psychikou. Vědomý pohyb má vliv na psychické funkce a zároveň psychika má vliv na motoriku. Mezi tyto aktivity patří veškerá dechová cvičení vsedě, bez nebo s pomůckami. Patří sem veškerá cvičení s míčky, ať už s malým míčkem nebo overballem, který je tak oblíbený u všech klientů v oslovených domovech. Pracovníci v rámci kinezioterapie cvičí s klienty s demencí se šátky, s tácky od piva, s odpadkovými sáčky, d víčky od PET lahví. Zahrnujeme sem i hru s kuželkami nebo házení kroužků. Jako zajímavou a oblíbenou psychomotorickou pomůcku jsme shledali „plachtu“ neboli „padák“. Provádí jej ve všech dotazovaných zařízeních a pro klienty s demencí je nenáročná a vhodná. Pomáhá rozvíjet prostorovou orientaci a komunikaci ve skupině.

Z výzkumu vyplynulo, že v rámci kondiční ergoterapie se provádí ve všech domovech mnoho činností zaměřených na jemnou motoriku. Patří sem namotávání klubíček, ze kterých pak tvoří krásné věnečky, dále kuličky z krepového papíru, trhání nebo stříhání papíru pro tvorbu koláží, malby více štětcem než pastelkami a patří sem i vaření a pečení, což je vyhledávaná činnost ze strany klientů. Připomíná jim tato činnost minulost a cítí v ní smysluplnost. Pocit užitečnosti je naplňuje.

Poslední velmi uznávanou metodou pro pacienty s kognitivní poruchou je bazální stimulace. Zjistili jsme, že ji provádí jedno z oslovených zařízení. Jedná se o metodu pro pacienty v závažném stavu a je založena na cílené stimulaci smyslových orgánů. Koncept bazální stimulace klade velký důraz na druhy doteků, které poskytuje terapeut. Jde o navození příjemných pocitů u pacienta a tím i zlepšit jeho zdravotní stav.

Všechny vyjmenované metody pohybové aktivizace probíhají ve vybraných domovech ve stejných dnech a časech, poněvadž pro osoby s demencí je velmi zklidňující určitá pravidelnost a rituály. Zvyklosti dodávají klientům jistotu a klid. Cvičení probíhá vždy dopoledne, až na výjimky u individuálního přístupu na pokojích. Při cvičení je pro pacienty s demencí nezbytná i zraková kontrola při cvičení, proto všichni terapeuti provádí cvičení v kruhu nebo půlkruhu. Z rozhovorů také vyplynulo, že dodržují při cvičení veškeré zásady pro cvičební programy, to znamená vyvětraná místnost, bezpečí, bez rušivých vlivů. Cvičení trvá většinou 25 minut.

Jak vnímají terapeuti pohybovou aktivizaci?

Ve veškerých získaných odpovědích se oslovení pracovníci shodli na tom, že pohybovou aktivizací chtějí u klienta dosáhnout větší samostatnosti, sebeobslužnosti a soběstačnosti. Ať už pro pocit klienta, který tím získává sebevědomí, když zvládá běžné denní činnosti, jako je hygiena a jídlo, tak zachování dosavadních schopností znamená i méně náročnou péči ze strany personálu. Zařazením pohybu do denních činností pracovníci chtějí posílit zdraví klientů a zachovat jim kvalitní, smysluplný a nezávislý život co nejdéle. Znamená to i udržovat klienty v psychické pohodě, přinášet jim dobrou náladu, radost a také možnost socializace ve skupině. S tím souvisí i pocit smysluplnosti života a pocit důležitosti sebe sama. Aktivizací chtějí působit na snížení deprivace a přispět ke zlepšení problémového chování.

Jakým způsobem probíhá komunikace ze strany pracovníků, aby motivovali k účasti klienty s demencí na cvičebních programech?

Při péči o osoby s demencí je základem dobrý vztah mezi terapeutem a osobou postiženou demencí. K těmto lidem je nutné se chovat s respektem a ponechat jim jejich důstojnost. Zvláštní pozornost má komunikace s pacienty s poruchou řeči a s možným problematickým chováním. Všichni pracovníci se řídí principy efektivní komunikace s osobami s kognitivním postižením. Volí jednoduchá slova, všímají si neverbálních projevů pacienta, potvrzují význam toho, co osoba říká nebo dělá.

Účast klientů na aktivitách je vždy dobrovolná, záleží tedy hlavně na jejich přístupu. Ze strany pracovníků vyplynulo, že je při pohybových aktivizacích pro klienty s demencí nutný větší slovní doprovod a názorné ukázky cviků. Vybírají se takové cviky a aktivity, které klienti zvládnou, poněvadž není vhodné, aby pocítili pocit frustrace a neúspěchu. Naopak je při cvičení pracovníci neopravují, jen v případě, že by si mohli pohybem ublížit. Je důležité klienta povzbuzovat a zase povzbuzovat. Jde o to, jim zvýšit sebedůvěru a sebeúctu. Nejde zde totiž o přesné provedení cviku, ale zajistit lidem s demencí pozitivní prožitky a dopřát jim radost z pohybu. Všichni terapeuti oslovují pokud možno účastníky jménem, poněvadž to tím ho více zapojí do aktivit. Oslovený se více snaží. Jde o takový individuální přístup. Velkou roli při motivaci tvoří humor a také informace klientům o tom, proč ten cvik je důležitý a na co jim bude potřebný. Proč ho vlastně mají dělat. Pro všechny oslovené je pozitivní i pasivní účast. Vnímají to jako začátek aktivity, který se může rozvinout v aktivní zapojení.

Jak přispívá pohybová aktivizace ke zlepšení zdravotního stavu seniorů s demencí?

Správná pohybová činnost může zpomalit změny provázející nemoc a zabránit mnoha dalším zdravotním problémům. Nedostatek pohybu vede ke ztrátě soběstačnosti a jednoznačně snižuje kvalitu života. Oslovení pracovníci se vyslovili, že opravdu změny u klientů díky pohybové aktivizaci jsou zřejmé. U někoho je to přímo, že z ležícího člověka se stal opět samostatně mobilní člověk, u mnoha klientů se díky cvičení se vrátí schopnost se sám najíst, sám se napít, podat si hrníček a sám si nalít, aktivně pomáhat při hygieně. Na aktivitách vidí klienty šťastné, spokojené a úsměvavé. Úsměv je právě tím pojítkem mezi pacientem a terapeutem. Cvičením klientům terapeuti nedávají jen dobrý pocit z toho, že zvládli ten a ten cvik, ale že byli ve skupině svých vrstevníků a bylo jim tam dobře. Klienti mají najednou více energie a mají lepší náladu. A nálada, jak víme, ovlivňuje naše postoje, naše dění, náš život. Klienti s demencí žijí přítomností a není nic důležitějšího, než jim tu přítomnost, ten určitý den udělat krásným a příjemným.

Jaký je přístup samotných klientů?

Zjistili jsme z výpovědí pracovníků, že ze strany klientů je o cvičení velký zájem. Je zájem nejen o individuální aktivity, mezi které patří i příjemnější stránky jako jsou masáže, ale chtějí se zúčastnit i skupinových aktivit. Klienti se velice těší, hlídají si dny, kdy má aktivita probíhat, oslovují terapeuty, kdy už bude cvičení. Někteří tak dbají na udržení své fyzické kondice, že si půjčují pomůcky a cvičí sami na pokojích. Základem je pro ně vnitřní

motivace. Ta je způsobena mnoha okolnostmi. Velkým cílem může být i návrat do rodiny. Snaží se být znovu pohybliví a soběstační, pokud je navštěvuje rodina a projevuje o ně zájem. Rodiny si pak klienty berou více na víkendy. Velkou motivací je rovněž pomoc od bolesti. To se týká i stavů po hospitalizaci nebo po úraze. Chtějí se dostat zpět do kondice. Samozřejmě jsou i klienti, kteří skupinovou aktivizaci odmítají a chtějí pouze individuální cvičení na pokoji. Závisí to na jejich momentálním zdravotním stavu a velký vliv má rovněž nálada klienta. Takové klienty pracovníci v žádném případě nepřemlouvají, vše je dobrovolné. Počet těchto seniorů je ovšem nízký.

8.1 Diskuze

Do péče o seniory s demencí již v současné době patří různé formy pohybových terapií. Prolínají se s kognitivními činnostmi, což má pozitivní vliv na bio-psycho-sociální stránky osobnosti člověka. Pohyb zlepšuje nejen obratnost, ale cílem je hlavně prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení. Veškerá tato činnost zkvalitňuje osobám s demencí život v domově, podporuje člověka a jeho důstojnost, minimalizuje problémové chování a optimalizuje výkon klientů v jejich funkčním omezení.

Pohyb je vhodný pro seniory a pacienty s demencí v každé podobě. Ať už je to provádění běžných činností, jako je pomoc při prostírání stolů, pomoc při přípravě některých jídel v kuchyni, pro cvičení jemné motoriky výroba různých dekorací v rámci různých ročních období nebo tradičních událostí. U klientů to vyvolává pocit, že dovedou být ještě užiteční. Činnosti musí být přizpůsobeny pro každého pacienta tak, aby ho zaujaly. Důležitou roli hraje i bezpečí prostředí, aby necítil klient ohrožení. Cvičení má probíhat pravidelně v rámci dne i týdne. Z realizovaného výzkumu jsme získali popisy některých zajímavých aktivit, prováděných v rámci aktivizace s lidmi s demencí. Některé pro inspiraci uvádíme v příloze této diplomové práce.

Rádi bychom poukázali na nutnost fyzické aktivity v každém věku. Prodlužování průměrného věku závisí i na fyzické zdatnosti a duševní kondici jedince. Jedním z příznaků stárnutí je úbytek aktivní tělesné hmoty a nárůst množství tělesného tuku. To je provázeno vyšším výskytem některých nemocí. Jednou z cest je vhodně zvolená a pravidelně provozovaná pohybová aktivita. Bohužel v současné době životní styl dnešní mladé generace je alarmující. Mají velmi málo pohybu, většinu času prosedí u počítače nebo s tabletem. Děti nemají dostatečnou motivaci k pohybu.

ZÁVĚR

Syndrom demence představuje závažný psychosociální a také zdravotnický problém s významnými celospolečenskými náklady. Náročnost péče o pacienty s demencí vychází nejen ze závažnosti syndromu demence, ale také z výskytu více nemocí současně. Zachování dobré kondice je důležitým předpokladem k udržení soběstačnosti a s tím spojené méně náročné péče. Kromě farmakologie máme i nefarmakologické přístupy k léčbě této nemoci. Poněvadž pohyb působí pozitivně na psychiku obecně, zajímalo nás, jak je pohyb implementován do života osob s demencí.

V diplomové práci jsme se zaměřili na zmapování vhodných pohybových metod pro osoby s demencí ve vybraných zařízeních v síti Anavita. Zjišťovali jsme také, jakým způsobem jsou tyto metody aplikovány v procesu aktivizace a jaký je přínos pro samotné klienty.

V teoretické části jsme se seznámili s problematikou stáří, významu pohybu ve stáří jako prevence zachování fyzických i psychických funkcí organismu. Také jsme poskytli základní informace o demenci, příznacích, fázích a léčbě demence. Věnovali jsme kapitolu aktivizaci v sociálních službách a zmínili jsme všechny terapie vhodné pro osoby s demencí. Nejvíce jsme se věnovali pohybovým činnostem, poněvadž u lidí s demencí dochází k postupnému zhoršování pohybových funkcí a nastávají velmi brzy problémy s jemnou motorikou.

V praktické části jsme pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky vybraných zařízení v síti Anavita zjišťovali, jaké pohybové terapie s klienty používají, jak je realizují, co je cílem těchto pohybových aktivit a jaké výsledky přinášejí. Rozhovory byly analyzovány pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Pracovníci poskytli hodnotné informace, které přispěly k úspěšnému splnění cíle diplomové práce. Všichni oslovení pracovníci byli velice vstřícní a ochotní při kladení našich otázek. U všech dotazovaných bylo vidět obrovské nadšení a energie, které využívají při práci s lidmi s demencí. Bez jejich trpělivého přístupu a empatie by činnosti neměly takový přínos, protože veškerá činnost závisí na lidech a na jejich přístupu. Zlatým pravidlem je, že člověk trpící poruchou paměti již své chování změnit nemůže, ale své chování mohou změnit jen ti okolo něj.

Závěrem můžeme konstatovat, že pohyb a jeho zařazení do aktivizačních činností je důležitou součástí nefarmakologické léčby demence. Vždy závisí na individuálních potřebách jedinců a jejich pohybových schopnostech. Je důležité, aby probíhala pohybová terapie pravidelně a pro klienty byla zajímavou a smysluplnou součástí péče v zařízeních. Klienti

jsou díky pohybu déle soběstační, mobilní, a svůj pobyt v domově mají naplněný příjemnou činností, kontaktem s ostatními a prožitkem uspokojení a radosti.

Problematika demence a metod práce s těmito lidmi byla pro nás natolik zajímavá, že jsme v rámci konání festivalu dokumentárních filmů o lidských právech „*Jeden svět*“ navštívili film „*Blanche nebude sedět v koutě*“, který se věnoval právě taneční terapii v domově pro seniory s demencí. Po filmu následovala diskuze s uznávaným tanečním terapeutem v České republice Petrem Veletou. Film i diskuze byly velmi silným zážitkem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANAVITA. [online] © 2015-2016 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://anavita.cz/>.

ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů ČR*. část 37, s. 1274. Dostupný také z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.

Česká alzheimerovská společnost. [online] © 2015 [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/certifikace-vazka/>

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-3711-9.

ENGELOVÁ, Lucie, LEPKOVÁ, Hana a Marta MUCHOVÁ, 2013. *Pohybové aktivity seniorů*. Brno: Centrum sportovních aktivit Vysokého učení technického v Brně. ISBN 978-80-214-4732-5.

FRANKOVÁ, Vanda a Eva VYŠKOVSKÁ, 2010. *Program Mates: manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-205-6.

FRANTZIS, Bruce Kumar, 2010. *Síla čchi a vnitřních bojových umění: bojová a energetická tajemství tchaj-ti, pa-kua a sing-i*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-579-0.

FRANTZIS, Bruce Kumar, 2011. *Tchaj-ti pro zdraví a dlouhověkost: proč tak působí na zdraví, zmírňování stresu a dlouhověkost*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-639-1.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.

GLENNER, Joy A. et al., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ, 2005. *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-564-7.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOLTHOFF, Vjera A. et al., 2015. Effects of Physical Activity Training in Patients with Alzheimer's Dementia: Results of a Pilot RCT Study. *PLoS ONE*. **10**(4), 1-11. ISSN: 1932-6203.

HROZENSKÁ, Martina a kol., 2008. *Sociální práce so staršími lidmi a její teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.

KAMANOVÁ, Irena a Miroslava TOKOVSKÁ, 2014. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie: výskum v Banskobystrickom samosprávnom kraji na Slovensku*. Brno: Tribun EU. Librix.eu. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0870-6.

KILHAM, Christopher S., 1996. *Pět Tibeťanů: rozšířený rituál tajných cvičení pro zdraví, energii a osobní sílu*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-154-0.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLÉBALOVÁ, Jitka a Jana KRATOCHVÍLOVÁ, 2010. *Rehabilitujeme doma: jak pomoci nemocnému v pohybových aktivitách v domácím prostředí*. Brno: Moravskoslezský kruh. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-7334-4.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Monografie. ISBN 80-244-1552-6.

KYNŠTOVÁ, Hana, 2016. *Kinezioterapie: psychomotorická terapie: pohybové lekce*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906518-4-5.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

MARTINEK, Michael a kol., 2008. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok. ISBN 978-80-904137-2-6.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017.[online]. ©2012. [cit.2017-01-04]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3185-8.

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

MÜHLPACHR, Pavel a Miroslav BARGEL, (eds.), 2011. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno. Sociopedie. ISBN 978-80-87182-21-5.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1997. *Proti věku není léku?: Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-486-1.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

PŘÍHODA, Václav, 1974. *Ontogeneze lidské psychiky. Díl 4., Vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha: SPN. Učeb. vys. šk.

RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-7169-828-8.

RŮŽIČKA, Evžen et al., 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-205-6.

SUCHÁ, Jitka a Iva HOLMEROVÁ, 2016. Psychomotorická terapie u seniorů s demencí. *Tělesná kultura*. Ročník 39, č. 1., s. 35-39, ISSN 1211-6521.

SUCHÁ, Jitka, JINDROVÁ, Iva a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-262-0335-3.

ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-920-8.

Zpráva o stavu demence 2015, 2015. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-45-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

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

VOJTOVÁ, Hana, 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2 sv. ISBN 978-80-260-5804-5.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZEDKOVÁ, Iveta, ed., 2012. *Tanečně pohybová terapie: teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3185-7.

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

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Kategorie č. 1 a její subkategorie	57
Obr. 2. Kategorie č. 2 a její subkategorie	62
Obr. 3. Kategorie č. 3 a její subkategorie	67
Obr. 4. Kategorie č. 1 a její subkategorie	71
Obr. 5. Kategorie č. 5 a její subkategorie	77
Obr. 6. Kategorie č. 6 a její subkategorie	78
Obr. 7. Maslowova hierarchie potřeb	80
Obr. 8. Kategorie č. 7 a její subkategorie	80
Obr. 9. Kategorie č. 8 a její subkategorie	83
Obr. 10. Paradigmatický model axiálního kódování	85
Obr. 11. Model selektivního kódování	86

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Přehled zařízení a respondentů	51
Tab. 2. Seznam kategorií a subkategorií	56

SEZNAM PŘÍLOH

- PI Přepis aktivit prováděných pod vedením některých terapeutů
- PII Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I:

Respondent č. 7 - Libor popisuje v tai-či „Pozici držení stromu“:

„A když se mluví o samotný pohybové aktivitě, tak moje specifický cvičení tak hodně se odráží z toho východního cvičení v tom, že nejdéle, nejvíce se lidé dožívají věku v Japonsku a v Číně. Vzhledem k tomu, že cvičí a že mají tu specifickou životosprávu. Právě ty pomalý pohyby v tom tai-či dokážou harmonizovat ty vnitřní procesy v těle. Tak já třeba vycházím hodně z toho, to proto, musel jsem to upravit, tak aby oni to chápali. Třeba jeden z nejdůležitějších cviků je držení stromu, tak když to řeknu takhle suše, tak budou jen tak stát, tak za chvíli ti lidi, ale když si k tomu vymyslím: ‚Nacházíme se v lese, je krásný jarní den, svítí sluníčko, podíváme se kolem sebe a každý z nás si vybere strom, který se mu líbí a přijde a obejmě jej, a teď bude vnímat tu kůru stromu.‘ Takhle my vydržíme pět minut v tom objetí. Já to spojím s paměťovým cvičením, obejdu celý ten kruh a řeknu: ‚Jaký strom jste objímala?‘ A takhle vlastně cvičíme paměť. A na závěr řeknu: ‚Jaké stromy jsme ještě nejmenovali‘ Takže já to mám jako propojený, já to propojuju. To není, že teď cvičíme a pak budeme cvičit paměť, ale tím pádem je to pro ně větší zábava pro ně, víc je to baví. Takže jakoby jeden z hlavních principů moje je propojení. Ale samotné pohybové cvičení hodně jako z těch vychází jako z ladných pohybů toho tai-či, to třeba ale neznamená, že cvičíme tai-či, ono třeba když píšeme jedničku, obyčejnou jedničku, tak tu můžeš udělat takhle (ukazuje rychlým pohybem rukou ve vzduchu jedničku) nebo když to píšeme takhle (ukazuje pomalým pohybem rukou ve vzduchu jedničku). Když to uděláš tohle desetkrát, tak najednou zjistíš, že tě to zpomaluje a zklidní, a kdy to dělá celá ta skupina, tak je to najednou jakože zklidnění. A já jsem to vymyslel na úplně jednoduchý, na A, na jedničku, taháme harmoniku, otáčíme volantem, ale vlastně všechno popisuju jako běžnou činnost, co známe, ale jsou to cvičení to moje pohybové cvičení, který vychází z čínských cvičení a pak jsou tam prvky masáže a automasáže, v tom cvičení. To je tam důležité uvést. Že jim říkám: ‚Když vás bolí hlava nebo něco...‘, učím je, jak se masírují prsty, jak se masírují klouby, že je dobrý si každý ráno promasírovat ty klouby na rukách, na nohách a tak dále, uši, ouška...“



Respondentka č. 3 - Veronika popisuje posilování ve skupině s muži:

„Tak při skupinové aktivizaci my většinou začínáme hlavou, ukláníme hlavu na jednu stranu, pak po chvílce na druhou stranu, vždycky jim zdůrazním, ať si dělají vlastním tempem, hlavně ať se jim nezatočí hlava, protože přece jenom ty pohyby tou hlavou u starších lidí někdy jsou trošku náročné, takže by se jim mohla zatočit hlava, aby mi tam neupadli, cvičíme to teda většinou všechno v sedě. Takže začínáme od té hlavy, pak zapojíme ramena,

začneme kroužit rameny, zvedáme ramena k uším, stahovat je zase co nejvíce dolů, pak přejdeme na ruce, kdy začneme prvně abysme prokrvili celé horní končetiny, tak jenom protřepáváme prsty, snažíme se je co nejvíc natáhnout, pokrčit, zapojíme, na to hned navazuje zápěstí, takže děláme kroužky, lokty, celé ruce, když už máme celé ruce, že děláme velké kruhy, tak říkám: ‚Zastavíme se nahoře, nahoře se snažíme co nejvíc vytáhnout za jednu ruku, za druhou ruku...‘ říkám, někdy se to snažím udělat trošku komičtější, říkám: ‚Představte si, že nad váma je to nejsladší jablíčko a do kalvádosu by to bylo úplně výborný a tak se ho snažíme co nejvíc utrhnout a vytáhněte se za ním!‘ A když už máme ruce nahoře, tak říkám: ‚Přejdeme do svícnu a budeme zvedat ruky nahoru a zase do svícnu, a zapojíme tam lopatky, snažíme se k sobě přitáhnout, dolů.‘ Když už skončíme s tímto, tak zase dáváme ruce k sobě, od sebe, ono se to nezdá, ale když furt cvičíte s rukama, tak i to je pro ně jako takové hodně náročné, někdy vidíte, jak už si ti klienti, pustí ty ruce a chtěou chvílku odpočinout, tak je spustíme všichni. A pokračujeme dalším cvikem, zaklesneme si do sebe prsty a snažíme se roztáhnout od sebe, u toho jsem pořád vyrovnaní a zase povolíme, a pak zase roztáhneme prsty, takhleentak pokračujeme ještě když jsme nahoře, tak protáhneme trup na jednu stranu, na druhou stranu, poté pomalu pokračujeme nohama. Začneme u špiček, začínáme jenom přešlapovat z místa na místo, zase ať se prokrví svaly, okyslíčí se hezky, pak dupeme, říkám vždycky: ‚Pod námi je aktivita, tak ukažte jim, že něco tady taky děláme!(smích), takže říkám: ‚Pořádně jim zaduňte na ty hlavy!‘ Pak začneme protahovat kolena, nahoru, co nejvíc přitáhněte k břichu, zároveň buďte vyrovnaní, pak natahujeme obě dvě nohy, krčíme, pořád se snažím rozhýbat kolena, základní klouby, říkám: ‚Necháme narovnané nohy, jdeme od sebe k sobě, nedokopejte se mi tam, od sebe k sobě, necháme nohy narovnané, pravou nohu spustíme a jdeme třeba jenom levou, přitáhneme špičku, propneme, přitáhneme, propneme, pomalu zvyšujeme tempo, ať rozhýbeme nohu, uděláme si kroužky v kotníku, zakroužíme si i kolenem a natáhneme celou nohu, a ať uvolníme kyčel, tak celou kyčel si prokroužíme a změníme směr.‘ A zase na druhou stranu, někdo mně změní končetinu (úsměv), to je pak taky trošku, takže je pak musím usměrnit, aby byly končetiny procvičené někdy stejně, vyměníme nohy, zase začneme druhou nohou, poté co takhle protáhneme celé tělo, tak začnu s těma činkama. A to zase dáme činku před sebe a přetáčím celou paži před sebou, ať vlastně posílíme takhleentak rotátory, pak zvedáme činku nahoru, dolu, většinou to opakuju tak čtyřikrát, pětkrát, podle toho jak vidím, že pro klienty je to náročné. Jak říkám, většinou mě limituje ten nejslabší člověk, tak musím hledět hlavně na něho. Takže jakmile takhleentak ruce, vyměním ruce po dvou séri-

ích, pak dáme ruku k tělu, zvedáme činku nahoru dolů, zase jak kdo zvládne, necháme činku volně nataženou, uděláme si kroužky na jednu stranu, na druhou stranu, pak dáváme činky k sobě sťuknout, někdy když máme dvě, většinou mně to vyjde, že každý má jednu, jenom co tam mám takové mladší pány, tak těm dávám dvě činky, ať dostanou trošku víc zabrat. Takže od sebe k sobě, pak děláme kroužky i na boku, zvedáme zase ty základní cviky, nahoru a do svícnu, a takhle se snažím co nejvíc posílit ruce. Většinou to děláme po těch, tři série po dvou cvicích, pro ty klienty je to náročný i takhle. Odložíme činky, většinou si je posbírám. Pak trošku zkusím jejich postřeh a hážu jim overbally, takže každému hodím svůj overball, když to nechytne, vezmu si ho zpátky, druhý pokus, když to nechytne napodruhé, napotřetí, buď se to povede, když se to nepodaří poněkolkáté, tak už mu ho předám pomaleji. A každý chytne takhle svůj balon. Začneme zase s posilováním, stlačujeme dlaněmi balon, pak si ho někdy dáme pod paže, někdy jenom tlačíme, že si ho položíme jen tak na nohu a tlačíme rukou dolů, takhle posílíme ruce, dáme si balon mezi kolena, zase stlačujeme balon koleny, vždycky chvíli vydržíme, povolíme, poté necháme spadnout mezi kotníky, když někomu uteče, musí si ho podat, pak zase stlačujeme kotníky k sobě, ono se to nezdá, ale musíte zpevnit celé nohy, ať se vám tam ty kolena tam netřepou, takže taky se tím posílí celá noha a poté co stlačujeme kotníky, musíme zvedat, stlačíme balon a zvedneme nohy vždycky, nahoru, dolů, nahoru, dolů, k sobě, od sebe, k sobě, od sebe. Takže takhle posilujeme nohy, někdy ještě zvládneme, když máme dost času. Záležejí taky, jak cvičí rychle, někdo cvičí pomaleji, někdo rychleji, takže když máme ještě čas, tak si dáme balon pod nohu a snažíme se na něj jako kdyby stoupnout, takže pravou nohou zatlačit do balonu, vydržet chvíli, a povolit, a zase zatlačit do balonu, vydržet chvíli, povolit, když máme i toto za sebou, tak si protáhneme nohu na balonu, aby mi ji pojezdili co nejvíc na špičku a na patu, protáhli celou nohu, začneme dělat kroužky na balonu, říkám: ‚Obkružte mi tím balónkem takový kolečko nohou ať uvolníme nakonec ještě kyčel.‘ Poté protáhneme celou nohu. Řeknu: ‚Balóny nechte dole na zemi, a pojdte proslápnout nohu jako na kole, teď jsme to posilovali, tak teď se nakonec noha protáhne, a druhou nohu.‘ Pak si ještě vezmeme overball do ruky, říkám: ‚Ještě než půjdeme nahoru, vemte si overball, zvedneme balon nahoru, dáme balon za hlavu, nahoru, na nohy, tohle si zopakujeme, jdeme nahoru a teď ukloníme se všichni napravo, někdo nalevo.‘ Tak se tam sťuknou, říkám. ‚Na druhou stranu.‘ Takže takhle tak dokončíme protahování, nakonec protřepeme ruce, trošku nohy a většinou ještě ukončím tady to cvičení, že jim řeknu, co

bude na oběd nebo co je plánovaná aktivita. Kdo chce jít dolů, tak je tam dovedu, kdo chce jít na pokoj, doprovodím ho na pokoj.“

Respondent č. 7 - Libor popisuje aktivitu „Kniha života“:

„Mnohdy je to tak, že my máme sami, já říkám jednu věc. Ted' řeknu, co říkám při jednom cvičení. Aby pochopili smysl určitého cvičení, tak jim říkám: ‚Představte si, jako bychom v životě psali knihu svého života. A ta kniha má několik kapitol. Má kapitoly práce, děti, manželství, a taky má zdraví a radost, a má mnoho kapitol, a ted' mi záleží, co každý z nás do té knihy píše.‘ A my ve starém věku, kdykoli vlastně máme tendenci psát, já už jsem starý, už asi stáří rovná se nemoc, jakoby to máme program, já už se necítím na to, abych se radoval, ale my tam můžem i v dnešním věku napsat i něco jiného. A já to používám jako vlastní uvedení k autogennímu tréninku, jo. Ale záleží na nás, co my do knihy života do kapitoly zdraví můžeme napsat. A my tam můžeme napsat: ‚Mé srdce je silné a zdravé.‘ Jenom si to prociť: ‚Mé srdce je silné a zdravé.‘ Ty to říkáš, to víš, vnímáš ho. Úplně je to jinak. A ti lidé, byť jsou sebevíc jakoby staří a s demencí, jsou určité archetypy, které já vnímám, jakože víme všichni. Srdce je pro nás něco mimořádného, z hlediska člověka, že každý ví, že to není jenom něco, co dělá „buch, buch,“ jako by něco, symbol lásky, duše, takže mé srdce je silné a zdravé a my to píšeme do té kapitoly zdraví. Rozumíš, co to pro nás přináší? Mnohdy to přináší najednou pocit, že můžeme udělat něco, co jsme si mysleli, že nemůžeme, že si můžeme troufnout cvičit, že můžeme si troufnout malovat něco, staří lidi nejsou zvyklí na cokoli co je abstraktního, obecně v úvaze, v aktivizaci je velký potíže dělat něco abstraktního a jednoduché dělat konkrétní. Hlavně, ti kteří pracovali manuálně a žili obyčejným životem, tak když řekneš: ‚Namaluj květinu, ale namaluj pocit nějaký,‘ takže najednou, mi řekli lidi v devadesáti letech: ‚Já jsem namaloval oblohu, já jsem namaloval radost, já jsem namaloval svoje srdce.‘ Takže jakoby, co to přináší, pořád to třeba přináší i v těch letech objev sebe sama, jako bytosti, co všechno můžu já, jako bytost, co si můžu dovolit, co si můžu troufnout, zvládnout, jo. Že jakoby to z mého pohledu to přesahuje rámec nějaké fyzické činnosti, které nazýváme cvičení, je tam toho mnohem víc jako...“



Respondentka č. 1 – Alena popisuje terapeutický tanec:

„... já se hodně věnuju terapeutickému tanci. U těch klientů vybírám tance z celého světa. Zatančím, tak jak se vlastně tančí a pak je upravuju, abych je mohla předat, abychom je mohli zatančit na vozíčku. Je skupina vlastně vozíčkářů, těch sedících, kteří prostě se obtížně pohybují a pak je skupinka, kteří prostě chodí, a s těmi to tančím, jak se ten daný tanec tančí. On o tom napsal vlastně knížku Robert Fulghum, který vlastně psal o argentinském tangu, kdy v osmdesáti se rozhodl navštívit Argentinu a sám se učit tomu argentinskému tangu. Je o tom napsána krásná kniha a tam právě on povídá, že ze všech možných aktivit, že vědci zkoumali, že nejpřínosnější je právě ten tanec, protože propojuje jak emoční tak pohybové schopnosti člověka, díky hudbě dochází a víc se ten člověk uvolní a ty pohybové schopnosti se lépe udržují, právě pro klienty s tou demencí je tato aktivita opravdu jakoby vhodná. Samozřejmě se musí vybrat hudba, která je těm klientům blízká, ale já se nebojím ani moderní hudby, jde o to jim ju trošičku přiblížit aji tu hudbu, která se bude hrát, tak je trošku připravit, říct jim třeba z které země je, co ta hudba vyjadřuje, trošku je naučit tu hudbu, jo. Nemyslím si, že bezpodmínečně nutné u seniorů se držet jenom lidových písní, jenom dechovky, ale opravdu vidím velký pokrok, že naši klienti umí už

poslouchat, já nevím, třeba balkánskou hudbu, už to i přijímají, řecké, i když se s tím nikdy v životě předtím nesetkali... Tak probíhá tak, že vybraní klienti jsou v kruhu, sedí na židličkách, nebo na vozíčku, mají kolem sebe dostatek místa, a nejdřív se přivítáme, řekneme si ještě, jaký je den, abysme trošičku protrénovali paměť, abysme se zorientovali v čase, prostoru, co budeme dělat. Pak je tam ten začátek zaměřený hlavně na dýchání, spousta klientů hodně starších, s tím dechem nepracuje tak, dýchá povrchně, a je to i ten dech souvisí se správným držením těla, takže při vlastně dýchání, a pozvolným cvičením dechovým se snažíme, aby oni se i na těch židličkách narovnali, zpevnili to svoje tělo. Začínáme nějakým rozdýcháním, pak začíná rozcvička, která je většinou při nějaké příjemné hudbě, která podkresluje ty pohyby, pak začínáme od hlavy, rozhýbat hlavu, ramena, a jdeme dolů postupně k nohám, no a na závěr je trošičku něco rychlejšího, aby se to tělo připravilo. Zopakujeme tance, které jsme dělali minule, trošku si je zkusíme zase popsat a zavzpomínat si, a v tom hlavním programu se učíme nějaký nový tanec nebo vlastně tančíme s některými pomůckami no a na závěr zase je nějaký uvolnění, protažení a s prvky jógy anebo právě i krátká třeba relaxace, která je zase zaměřená na ten dech, a je tam i prostor pro nějaké sdílení pocitů no a pak si myslím, že je taky důležité je zase nějak povzbudit, zatleskat si, že prostě ta hodina byla dobrá a nějak se ještě k tomu vyjádřit.“

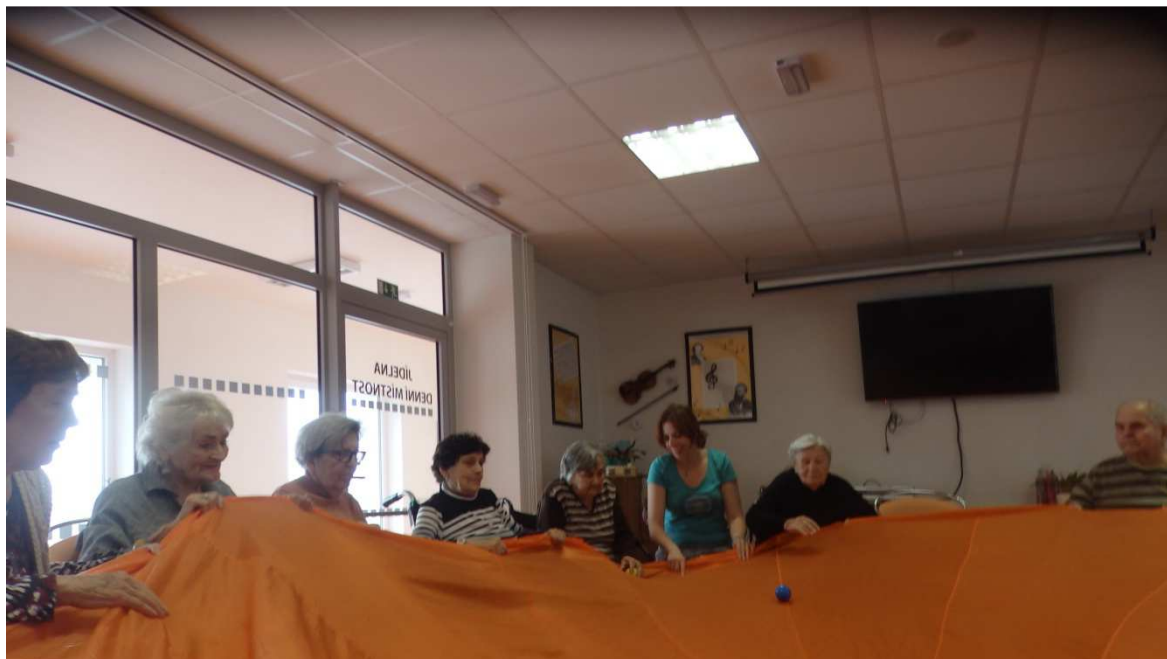




Respondentka č. 1 – Alena popisuje psychomotorickou terapii s využitím pomůcky s názvem „Plachta“:

„Tak plachta je psychomotorická pomůcka, je to vlastně velký, velká plachta kruhová, která je vlastně ušitá z přímo padákové látky, my máme teda oranžovou, jinak se prodávají různé barvy, barevně zkombinovatelný do takových trojúhelníkových výsečí, ze kterých je ta plachta sešitá, no a používají se, používá se to tak, že klienti jsou v kruhu, drží tu plachtu a společně jdou s plachtou nahoru a dolů. A jak plachta nabere vzduch, tak vlastně nad nimi vytvoří takovou kopuli. Oni vlastně procvičují horní polovinu těla a i je to krásně příjemně osvěží, když je třeba vydýchaný vzduch. V létě je to například úžasný, protože to dělá krásný vánek. Ta plachta má uprostřed malý otvor, a když do té plachty dáme barevné balóčky, tak ty balóčky můžou poskakovat a můžeme se snažit všichni dohromady, spolupracovat, aby ty balóčky propadly tím prostorem, tím kolečkem dolů. No, opravdu se u toho užije velké zábavy a zároveň se u toho hodně procvičuje ta horní polovina těla. Když jsou chodící, tak pak u toho stojí, ten prostor je ještě větší, pod tou plachtou se dá procházet. Dají se dělat jako malé vlnky, jako na moři, to moře může být rozbouřené, nebo obrovské

vlny tsunami, oni třeba můžou držet jenom jednou rukou a druhou rukou si prostě mávat pod tou plachtou.“



PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Co pro Vás znamená pojem pohybová aktivizace?
2. V čem se liší klienti s demencí od ostatních klientů domova v rámci pohybové aktivizace?
3. Na kterou část dne plánujete pohybovou aktivizaci?
4. Jak často a jak dlouho trvá pohybová terapie pro klienty?
5. Jaké zásady dodržujete při plánování pohybových aktivit?
6. Jak velká je účast na pohybové části aktivizace?
7. Jakým způsobem motivujete klienta k aktivnímu zapojení do pohybových aktivit?
8. Jak klienty informujete o plánované pohybové aktivizaci?
9. Jaké pohybové aktivity s klienty provádíte?
10. Kde berete inspiraci?
11. Co je Vaším cílem při vedení pohybové aktivizace klientů s demencí?
12. Co myslíte, že je důležité pro samotné klienty?
13. Jak poznáte, že se klientům pohybová aktivita líbí nebo ne?
14. Které prvky cvičení nebo které pomůcky patří mezi nejoblíbenější a které naopak mezi nejméně oblíbené? Můžete mi popsat oblíbenou činnost?
15. Jaké změny pozorujete u klientů díky pohybovým terapiím?
16. Jak působí pohybové aktivity i na další stránky osobnosti klienta? Co všechno jim pohyb přináší?
17. Jaké limity Vás omezují při práci s klienty? (finanční možnosti, přístup vedení, vyhoření atd.)
18. Jaká pohybová terapie dle Vašeho názoru je nejvíce vhodná pro klienta s demencí?
19. Pokud byste měl(a) volit mezi individuální nebo skupinovou terapií, která je podle Vás přínosnější? Z jakého důvodu?
20. Můžete mi popsat, jakým způsobem probíhá pohybová aktivizace pod Vaším vedením?