

Aktivizace seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem

Zuzana Pokladníková

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Zuzana Pokladníková**
Osobní číslo: **H18257**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Aktivizace seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti vývojové etapy stáří, demence a aktivizace seniorů v pobytových sociálních službách se zřetelem na domovy se zvláštním režimem.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Vladimíra HOLCZEROVÁ, 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.
PIDRMAN, Vladimír, 2007. Demence. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
SCHWINGHAMMER, Ylva a Lore WEHNER, 2013. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Magdalena Hanková, Ph.D.**
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2021**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 27. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 13.4.2021

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 nevydělává zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledky 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 nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou aktivizace seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Teoretická část se zaměřuje na stárnutí a stáří, charakteristiku osob s demencí a aktivizaci seniorů s demencí v rámci domova se zvláštním režimem. V první kapitole se práce zaměřuje na pojem stárnutí, stáří a jeho periodizaci, koncept aktivního stárnutí jako prediktor kvality života u seniorů. V druhé části vymezujeme charakteristiku osob s demencí, popisujeme etiologii a základní symptomy demencí, diagnostiku, klasifikaci a léčbu demence a charakteristiku vybraných druhů demence. Třetí kapitola se zaměřuje na aktivizaci seniorů s demencí v rámci domova se zvláštním režimem, popisujeme charakteristiku pobytové služby domova pro seniory se zvláštním režimem, volný čas a jeho funkce zaměřené na seniory s demencí a aktivizaci seniorů s demencí v podmínkách domova se zvláštním režimem. Praktická část je zaměřena na bázi kvalitativního výzkumu, ten si klade za cíl zjistit a popsat, jakým způsobem dle aktivizačních pracovníků probíhá aktivizace seniorů s demencí ve vybraném domově se zvláštním režimem. Data získaná skrze polostrukturovaná interview byla analyzována pomocí dílčích postupů zakotvené teorie.

Klíčová slova: aktivizace, aktivizační pracovník, demence, domov pro seniory se zvláštním režimem, kvalitativní výzkum, senior, stárnutí, stáří.

ABSTRACT

The Bachelor thesis deals with the issue of activation of seniors with dementia through the prism of the workers of a home with a special regime. The theoretical part focuses on aging and old age, the characteristics of people with dementia and the activation of seniors with dementia in a home with a special regime. In the first chapter, the work focuses on the concept of aging, old age and its periodization and the concept of active aging as a predictor of quality of life of seniors. In the second part we define the characteristics of people with dementia, we describe the etiology and basic symptoms of dementia, the diagnosis, classification and treatment of dementia and the characteristics of selected types of dementia. The third chapter focuses on the activation of seniors with dementia within a home with a special regime, we describe the characteristics of the residential service in a home for seniors

with a special regime, free time and its functions focused on seniors with dementia and activation of seniors with dementia in the conditions of a home with a special regime. The practical part is focused on the qualitative research, which aims to find out and describe how, according to the activation workers, the activation of seniors with dementia takes place in a selected home with a special regime. The data obtained through semi-structured interviews were analyzed using partial procedures of grounded theory.

Keywords: activation, activation worker, dementia, home for seniors with a special regime, qualitative research, senior, aging, old age.

Především chci poděkovat své vedoucí práce Mgr. Magdaleně Hankové PhDr. za obrovskou dávku trpělivosti a cenné rady při vedení mé práce. Dále chci poděkovat své rodině a nejbližším přátelům, kteří mi byli po celou dobu neuvěřitelnou podporou.

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	14
1.1 POJEM STÁRNUTÍ	15
1.2 POJEM STÁŘÍ A JEHO PERIODIZACE	16
1.3 KONCEPT AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ JAKO PREDIKTOR KVALITY ŽIVOTA U SENIORŮ	19
2 CHARAKTERISTIKA OSOB S DEMENCÍ	22
2.1 ETIOLOGIE A ZÁKLADNÍ SYMPTOMY DEMENCÍ	24
2.2 DIAGNOSTIKA, KLASIFIKACE A LÉČBA DEMENCE.....	26
2.3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DRUHŮ DEMENCE.....	30
3 AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ V RÁMCI DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	34
3.1 CHARAKTERISTIKA POBYTOVÉ SLUŽBY DOMOV PRO SENIORY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	34
3.2 VOLNÝ ČAS A JEHO FUNKCE ZAMĚŘENÉ NA SENIORY S DEMENCÍ	37
3.3 AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ V PODMÍNKÁCH DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	44
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	44
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	44
4.3 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE, METOD A TECHNIK SBĚRU DAT	45
4.4 VOLBA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A ZPŮSOB JEHO NASYCENÍ.....	45
4.5 VSTUP DO TERÉNU.....	46
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	47
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	49
5.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ A JEHO KATEGORIE	49
5.1.1 Nejčastěji používané aktivizační metody	49
5.1.2 Faktory ovlivňující aktivizaci seniorů s demencí.....	54
5.1.3 Průběh aktivizace u seniorů s demencí	57
5.1.4 Vliv aktivizace na seniora s demencí	59
5.1.5 Pozice aktivizačního pracovníka.....	61
6 SHRNUTÍ VÝSLEDKU VÝZKUMU	64
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
ZÁVĚR	66

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM TABULEK.....	74

ÚVOD

Za téma naší bakalářské práce jsme si zvolili problematiku týkající se aktivizace seniorů s demencí žijících v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Máme pocit, že v dnešní době je tato věková skupina stále opomíjena. Z různých zdrojů se dozvídáme například o nových trendech ve výchově a vzdělávání dětí, ale v kontextu stárnoucí populace nám problematika týkající se právě aktivizace seniorů a zejména pak těch s demencí, kdy drtivá většina z nich žije v domovech se zvláštním režimem, stále uniká.

Práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, z nichž první věnujeme vymezení základních pojmů stárnutí, stáří a s ním spojená jeho periodizace. Následně se zaměříme na koncept aktivního stárnutí, který popisujeme jako prediktor kvality života u seniorů. Druhá kapitola je zaměřena na charakteristiku osob s demencí. V úvodu si demenci definujeme a popíšeme její rozdělení do tří stupňů dle různých autorů. Dále na základě odborné literatury uvedeme etiologii a základní symptomy demencí, které mohou být zpočátku onemocnění nejen osobou, ale i jejím okolím často přehlíženy. Na uvedenou problematiku navazuje podkapitola s názvem diagnostika, klasifikace a léčba demence, kde si nejprve vysvětlíme jednotlivé nejčastěji využívané vyšetřovací metody a testy v souvislosti s odhalením demence a následně přejdeme přímo ke klasifikaci. Zmíníme také léčbu demence, která se může v jednotlivých fázích onemocnění lišit, a popíšeme charakteristiku čtyř druhů demencí, které byly autorkou záměrně vybrány, a to Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, vaskulární demence a demence u Parkinsonovy choroby.

Poslední kapitolou teoretické části je kapitola nazvaná aktivizace seniorů s demencí v rámci domova se zvláštním režimem. Zde nejprve uvedeme charakteristiku pobytové služby domova pro seniory se zvláštním režimem a zmíníme klíčové pracovníky v těchto zařízeních. Představíme si volný čas a jeho funkce zaměřené na seniory s demencí, v závěru třetí kapitoly se budeme zabývat aktivizací seniorů s demencí v podmínkách domova se zvláštním režimem.

Druhou praktickou část naší bakalářské práce tvoří metodologický výzkum, který je zaměřen na aktivizaci seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Pro náš výzkum jsme si vybrali domov pro seniory se zvláštním režimem v Jihomoravském kraji, kde nám poskytlo rozhovor pět participantek, které mají ze své pozice aktivizačního pracovníka zkušenosti s aktivizací seniorů s demencí.

Kvalitativní data získána technikou polostrukturovaného rozhovoru byla analyzována s využitím dílčích postupů zakotvené teorie. Na závěr bakalářské práce provedeme interpretaci dat a pokusíme se shrnout, zda byly vytyčené cíle naší bakalářské práce objasněny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Již od pradávna můžeme zaznamenávat snahy myslitelů rozdělit lidský život na různé etapy. Jistě všichni známe to nejjednodušší a nejzákladnější rozdělení života na dětství, dospělost a stáří (Haškovcová, 2012, s. 99). Také římský filozof Marcus Tullius Cicero (106 – 43 př. n. l.) rozdělil lidský život na čtyři základní období a přiřadil jim různé charakteristiky: dětství připisoval slabost, mládí divokost, dospělosti ustálenost, vážnost a stáří zralost. Lidským životem se zabývali i staří Číňané a rozdělili jej do sedmi etap: mládí (do dvaceti let), věk uzavírání manželství (do třiceti let), věk plnění společenských povinností (do čtyřiceti let), věk poznávání vlastních omylů (do padesáti let), poslední možnost tvůrčího života (do šedesáti let), věk moudrosti (do sedmdesáti let) a poslední stáří (Smékal, 2005, s. 5).

Periodizace lidského života je však pouze popisný údaj orientačního významu bez jednotných bližších kritérií. Obvykle se používají tři kritéria, kterými je kalendářní věk, biologické parametry a sociální status. Na základě těchto kritérií hovoříme o věku kalendářním, biologickém a sociálním (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 14). Tyto pojmy si proto nyní podrobněji vymežíme.

Pokud jde o **kalendářní věk**, jedná se o skutečně prožitý věk bez ohledu na stav organismu. Dle Hartla (1996, s. 42) je kalendářní stáří vymezeno, dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny.

Ačkoliv je kalendářní věk nejjednoznačnější, může být v rozporu s biologickým a sociálním věkem. Tento věk je typický prvek sociálního konstruktů. Kalendářní stáří je pro každého jednoznačně vymežitelné, avšak kalendářní věk nezahrnuje individuální rozdíly mezi jednotlivci. Věková hranice populace se posouvá, neboť se prodlužuje doba dožití a zlepšuje se zdravotní a funkční stav současné generace (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 14 – 16).

Biologický věk vyjadřuje věk hodnocený biologickými parametry tělesného či psychického opotřebování. Pojem je používán k výkonovému nebo jen pocitovému vyjádření stavu konkrétního člověka. Biologické stáří je dnes především spojeno s označením míry konkrétních involučních změn daného jedince. Zatímco kalendářní věk je dán, biologický věk není možné zcela přesně vytyčit (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 14 – 16). Rychlost stárnutí a její příčiny se u každého jedince liší. Dodnes hledají gerontologové vysvětlení a na základě teorií a hypotéz se snaží vyjádřit biologické stáří organismu.

Sociální věk je dán sociálními zkušenostmi, sociálním statutem a také generační příslušností. Jde zejména o roli, kterou člověk zastává ve společnosti, přijatelnou pro daný kalendářní věk (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 14 – 16). Stáří bývá dle gerontologů často nesprávně označováno za důchodový věk. Přitom důchodci mají ještě značnou část života před sebou. Sociální stáří je vymezeno změnou rolí životního způsobu i ekonomického zajištění, stáří je tak chápáno jako sociální událost (Mühlpachr, 2004, s. 15). Dle Stuart – Hamiltona (1999, s. 151) se v dnešní společnosti očekává, že osoby, které dosáhly věku šedesát let, změní své chování, začnou jednat klidně a usedle, dokonce v některých primitivních společnostech se stáří označuje jako odměna za zbožný život.

1.1 Pojem stárnutí

Stárnutí patří bezpochyby mezi přirozené a zcela nezvratné biologické procesy, na jejichž konci je stáří a ve své podstatě trvá od okamžiku početí až po smrt. Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 21) hovoří o tom, že stárnutí se týká všech a stejným způsobem.

Ovšem lidé ani jejich orgány nestárnou stejně rychle. Mnozí autoři upozorňují na velké rozdíly mezi jedinci. Kalendářní věk vždy nekoresponduje s biologickým, sociálním, či psychickým stářím. Stárnutí je proces nesoučasný, protože jednotlivé orgány stárnou různou rychlostí (Ondrušová, 2011, s. 16).

Dosavadní teorie vysvětlují proces stárnutí z různých aspektů. Na základě poznatků lze říci, že stárnutí je multifaktoriální jev, na němž se podílí genetická výbava člověka, jeho životní styl a faktory vnějšího prostředí. Můžeme tedy říci, že proces stárnutí lze do určité míry ovlivnit (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 15). Autor Mühlpachr (2004, s. 18) definuje stárnutí jako *„celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnější převážně v období čtvrtého a pátého decenia, v závislosti na náročnosti prostředí, ve kterém jedinec žije.“*

Vidovičová (2013, s. 17) uvádí, že pojem „stárnutí“ má dvě základní podoby – stárnutí populace v podobě demografického procesu a stárnutí jedince jako důsledek biologické změny, která má sociální, ekonomické, fyzické, psychologické a další souvislosti. Z hlediska sociologického jsou však tyto dva fenomény dosti silně propojeny.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 86 – 93) ve své knize popisují tři různé podoby stárnutí:

- **úspěšné a zdravé stárnutí** – adaptace na stáří po stránce zdravotní, funkční i psychické, ale i ekonomická situace odpovídají požadavkům prostředí a sociální

situaci. Všechno dohromady poté umožňuje spokojenost jedince s výsledkem seberealizace a participace až do vysokého věku. Důležité je vytvoření prostoru pro seberealizaci.

- **obvyklé stárnutí** – je chápáno jako nerovnováha mezi zdravotním i funkčním stavem, který již není v tak vysoké kvalitě jako dříve, stejně tak psychickými potřebami, požadavky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi. Důsledkem může být stav nedostatečné seberealizace a snižující se míra spokojenosti, která odpovídá současné situaci ostatním lidem v podobné věkové skupině v dané společnosti.
- **patologické stárnutí** – zdravotní a funkční stav jedince stejně jako spokojenost či seberealizace je podstatně horší než u stejně starých vrstevníků. Choroby mohou být výraznější, případně nastupovat dříve. Dochází zde k disabilitě, sociální exkluzi, pravděpodobně i ke ztrátě soběstačnosti, zanedbávání nebo zneužívání. Na patologickém stárnutí mají svůj podíl i vysoké nároky prostředí, zhoršený zdravotní stav, životní události a snížená schopnost navazování kontaktů.

V rámci této kapitoly můžeme zmínit i stárnutí populace, což je v současné době velmi často diskutovaný problém. Změny demografické struktury některých zemí jsou následkem několika faktorů: pokles porodnosti, snižující se úmrtnost ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče, sociální rozvoj, či zlepšení životních podmínek. Stárnutí populace patří mezi celosvětové fenomény 21. století, což vede k tomu, že senioři dnes tvoří větší část společnosti v porovnání s minulostí (Topinková, 2005, s. 4).

Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typické, česká populace stárne a v posledních letech se tento proces dosti zrychluje. Uvedený stav přináší pro společnost nutnost zabývat se touto situací, protože poměr pracujících a penzistů se výrazně změní. Projekce demografického vývoje zpracovaná Českým statistickým úřadem uvádí, že by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8% populace a v roce 2050 až 31,3%, tedy asi tři miliony osob. Pro srovnání můžeme uvést, že v roce 2007 tvořili lidé nad 65 let 14,6% obyvatel České republiky (Malíková, 2020, s. 24).

1.2 Pojem stáří a jeho periodizace

Výsledkem stárnutí je stáří, které je tak poslední etapou ontogenetického vývoje a můžeme upozornit na důležitou skutečnost, že stáří není nemoc, jedná se o nevyhnutelný a normální stav v rámci vývoje člověka (Nováková, 2012, s. 174). Sak a Kolesárová (2012, s. 11)

uvádějí, že stáří nelze určovat dle data narození, nýbrž na základě kvality duševních a tělesných funkcí. U každého z nás nastupuje stáří odlišně dle genetických dispozic, životní historie a životního stylu.

Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 21 – 25) doplňují, že mezi charakteristiky stáří patří dosti individuální rozdíly, které jsou závislé na aktuálním zdravotním stavu člověka a taktéž na jeho aktuálním duševním stavu, jeho rodinném zázemí a v neposlední řadě na jeho dlouhodobých vztazích uvnitř rodiny a jeho hodnotovém postavení. Mezi další faktory patří vývoj jeho životního stylu a života. Také zmiňují, že stáří je doprovázeno přirozenými degenerativními procesy, které se projevují poklesem celkového výkonu některých funkcí. Dochází například k výskytu a rozvoji chronických onemocnění, zhoršuje se smyslové vnímání, klesá celková pohyblivost člověka, jeho schopnost se učit, regulovat emoce a mění se také struktura a funkčnost paměti. To má za následek snížení celkové soběstačnosti.

Ačkoliv bývá na stáří nahlíženo jako na období ztrát, které je spojováno s různými negativními stereotypy, Janiš a Skopalová (2016, s. 15 – 20) uvádějí, že stáří je plnohodnotným obdobím života a vlastní vyrovnání se s procesem stárnutí je zásadním a klíčovým krokem, který vede ke spokojenému životu. Haškovcová (2010, s. 47) zmiňuje, že stáří doprovází řada mýtů a mylných představ, které tvoří mladé, moderní a prosperující lidstvo:

- mýtus falešných představ – přímá úměra mezi životní spokojeností seniorů a materiálním komfortem;
- mýtus homogenity populace seniorů – všichni staří lidé nám připadají stejní, zapomínáme na jejich individualitu;
- zjednodušující demografický mýtus – spojitost stáří s penzionováním;
- mýtus tzv. nicnedělání penzistů, kteří se již nepodílí na pracovním procesu.

Nejčastěji je stáří definováno chronologicky, tedy dle kalendářního věku. Je nutné si však uvědomit, že lidé stárnou různým tempem, někdo stárne rychleji, jiný naopak pomaleji. Zde upozorňujeme právě na již zmíněný rozdíl mezi kalendářním a biologickým věkem. Je nutné zmínit, že stárnutí má celou řadu důsledků pro společnost jako celek, například ekonomické důsledky, které vychází z rostoucího počtu a podílu lidí v tzv. poproduktivním věku. Na zajištění seniorů je poté nutné vynakládat větší prostředky. Mezi další důsledky stáří patří například i zdravotní a sociologické důsledky (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 26). Stáří

ale nelze chápat jen jako období úbytku sil a opakovaných ztrát, je to období, ve kterém jedinci prožívají starosti, radosti, naděje i zklamání (Ondrušová, 2011, s. 14).

Názory na to, kdy stáří nastává, jsou ve společnosti velmi odlišné. Dle výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003, s. 11) je za starého člověka v České republice považován zejména ten, kdo jako starý vypadá a kdo není v dobrém zdravotním stavu. Protože jde o individuální skutečnost, známky stárnutí a stáří se nemusí objevit běžným způsobem u každého člověka, je nutné si tuto vývojovou etapu periodizovat.

Zřejmě nejrozšířenější kategorizací stáří je ta, dle Světové zdravotnické organizace (Říčan, 2004, s. 332). Vychází z patnáctiletých věkových cyklů a rozčlenila stáří následovně:

- 60 – 74 let – senescence (počínající, časné stáří);
- 75 – 89 let – kmetství (senium, vlastní stáří);
- 90 a více let – patriarchum (dlouhověkost).

Ze současného členění můžeme uvést rozšířené a často používané členění podle Mühlpachra (2004, s. 203):

- 65 – 74 let – mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit);
- 75 – 84 let – staří senioři (změna funkční zdatnosti);
- 85 a více let – velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení).

Pokud se na stáří budeme chtít podívat komplexněji a v souladu se současnými trendy, další související pojem, s nímž budeme pracovat rovněž v naší práci, je pojem „senior“, což je nyní preferovaná terminologie sloužící k označení osob v této věkové kohortě. Dle Příbyla (2015, s. 13) je senior člověk, který vstoupil do stáří a považujeme za něj osobu starší šedesáti pěti let. Termín je emočně neutrální a používáný v různých vědeckých disciplínách (medicína, psychologie, sociologie, aj.) a označuje člověka v průběhu senia, ať je soběstačný nebo není.

Senior je člověk, který se nachází v završující životní fázi a má ve společnosti dosti specifické postavení. Generaci seniorů tvoří lidé, kteří jsou od mladé generace diferencováni, avšak je nutné zmínit, že úpadek tělesných funkcí člověka nezačíná až ve stáří, ale již ve fázi rané dospělosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 25).

Senioři se rozdělují na mladí staří, staří a velmi staří. Dále seniory dělíme dle jejich zdravotního stavu. Přehledné dělení v této souvislosti přináší autorka Kubešová (2006, s. 102), která seniory rozčleňuje do šesti kategorií:

1. kategorie elite – sem patří senioři ve skvělé kondici, sportovci s aktivním založením;

2. kategorie fit – to jsou ti, kteří se o sebe zvládnou postarat sami a věnují se i svým koníčkům, například vnučatům, zahradě, procházkám a podobně;
3. kategorie independent – to jsou senioři, kteří jsou schopní se o sebe sami postarat, bez cizí pomoci;
4. kategorie frail – do této kolonky řadíme všechny seniory se zdravotními obtížemi, které ovlivňují jejich stav, může se stát, že zůstanou odkázáni na cizí pomoc;
5. kategorie dependent – sem patří senioři, kteří žijí ve svém domově, nicméně potřebují pomoc rodinného příslušníka či opatrovníka;
6. kategorie disabled – poslední skupinu tvoří osoby závislé na každodenní pomoci i při běžných denních činnostech.

Dnešní senioři v porovnání s těmi, co žili před 100 lety, mají odlišný způsob života, rychlejší životní tempo, posouvání hranice života, více si rozumí s mladšími generacemi. Díky těmto aspektům se celkově zlepšuje kvalita života seniorů (Dvořáčková, 2012, s. 6 – 11), o které budeme hovořit v následující podkapitole.

1.3 Koncept aktivního stárnutí jako prediktor kvality života u seniorů

Kvalita života je pozitivním ukazatelem celkového stavu jedince, který dokáže hodnotit komplexně orientované zdravotní a psychosociální intervence a souvisí také s otázkou smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života a se subjektivním hodnocením života v oblasti osobní svobody a spokojenosti (Marhánková, 2015, s. 15).

Koncept kvality života má dvě dimenze a to objektivní a subjektivní. V rámci objektivní dimenze je posuzováno naplnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví. Oproti tomu v rámci subjektivní dimenze posuzujeme nejen psychickou pohodu, ale i spojenost se životem (Heřmanová, 2012, s. 239).

S objektivní dimenzí týkající se sociálních změn značně souvisí i odchod do penze, změny vztahů a rolí v rodině, manželství, s tím související problematika ovdovění a sociální izolace seniora. Neméně důležitým aspektem ovlivňujícím kvalitu života ve stáří je i seniorův postoj k víře a smrti (Janiš, Skopalová, 2016, s. 21). Je nutné zmínit, že postoj ke stáří ovlivňuje taktéž názor samotného seniora na vlastní zdraví, což má dopad dále na jeho fyzické a psychické zdraví, rozvíjí se jeho geriatrická křehkost a omezení jeho pohybových aktivit (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 115).

Kvalitu života seniora může výrazně snížit postupná ztráta schopnosti jedince uspokojovat své každodenní potřeby a udržet kontrolu nad svým životem. Každý chce být užitečný. V podstatě můžeme říci, že ve stáří se nemění lidské potřeby, odlišnost nacházíme pouze v jejich naplňování (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 107).

S kvalitou života ve stáří velmi úzce souvisí termín „aktivního stárnutí“, které dle Holczerové a Dvořáčkové (2013, s. 21 – 23) znamená, že se jednotlivec snaží si zajistit dobrou kvalitu života v okamžiku, kdy stárne. Je nutné si uvědomit, že kvalita života není dána jen individuálním životním standardem, ale je úzce provázána také s prostředím, ve kterém lidé žijí, a dále s jejich požadavky a potřebami, které mají. Je velmi často vnímána také jako výsledek působení celé řady faktorů, například sociálních, ekonomických či zdravotních, přičemž tyto faktory se nachází ve vzájemné interakci.

„Kořeny popularity konceptu aktivního stárnutí sahají do 90. let minulého století, kdy jej Světová zdravotnická organizace začala poprvé systematictěji používat v rámci svých politik. Aktivní stárnutí navazuje svým pojetím na podobné koncepce úspěšného a později produktivního stárnutí, které se dříve rozvíjely především ve Spojených státech. Od 90. let se pak spojení aktivní stárnutí postupně stává součástí všech významných dokumentů WHO, OECD i Evropské komise tematizujících otázky stárnutí. Zatímco WHO definuje aktivní stárnutí jako proces co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí, Evropská komise v jednom ze svých dokumentů definuje aktivní stárnutí pouze jako přijetí zdravého životního stylu, déle pracovat, odcházet do důchodu později a být aktivním i po tomto odchodu.“ (Marhánková, 2015, s. 3).

Aktivní stárnutí se netýká jen zdraví a celkové péče o zdraví, ale tvoří mnohem širší rámec, který vychází ze zásad Organizace spojených národů. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013, s. 23) je možné aktivní stárnutí označit následujícími termíny – účast na životě ve společnosti, nezávislost, důstojnost, seberealizace, péče. Do aktivního stárnutí je nutné zahrnout respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a dalších faktorech komunitního života. Díky aktivnímu stárnutí je omezováno riziko vyčlenění a integrace seniorů do společnosti je posilována na všech úrovních, kdy se senioři mohou účastnit kulturních, ekonomických i společenských aktivit. Jde o způsob života, kdy se neprojevují důsledky, které vyplývají ze zhoršujícího zdravotního stavu jedince (větší únava, demence, špatná pohyblivost a podobně), menších ekonomických a finančních možností seniorů (výše důchodu) a úbytku sociálních kontaktů.

O aktivitě seniora ve stáří rozhodují dle Holczerové a Dvořáčkové (2013, s. 23 – 24) celkem čtyři dimenze:

- společenská atmosféra;
- individualita člověka;
- zdravotní stav člověka;
- nabídka možností.

Koncept aktivního stárnutí plně respektuje to, že starší lidi nelze vnímat jako homogenní skupinu a proto je důležité vytvořit takové prostředí, které jim umožní co nejvíce samostatný život. Aktivní stárnutí znamená i v domovech se zvláštním režimem, kde senioři mnohdy žijí plnohodnotné prožití života, a to i ve vyšším věku, dále odpovědný přístup ke zdraví a prožití života v bezpečí a důstojnosti, kdy se i senioři můžou aktivně účastnit veškerého dění ve společnosti.

Autorka Sýkorová (2007, s. 115) charakterizuje seniory jako ty, kteří bojují se všemi důsledky stáří. Zachování autonomie je pro seniory cesta k úspěšnému stárnutí. Význam aktivity získává na intenzitě v rámci jejich soběstačnosti, což je nepostradatelným pilířem konceptu aktivního stárnutí.

2 CHARAKTERISTIKA OSOB S DEMENCÍ

V centru našeho zájmu stojí osoby seniorského věku s přidruženou demencí. Proto v této kapitole přineseme charakteristiku demence. Začneme nejdříve s vymezením samotného pojmu. Slovo „demence“ vychází z latinského pojmu „demens“, kdy „de“ znamená odstranit a „mens“ je výraz pro mysl. Lze jej tedy přeložit jako „být bez mysli“ nebo „být bez rozumu“ Mühlpachr (2004, s. 40).

Termín byl poprvé použit v prvním století našeho letopočtu v knize De medicina Aureliem Corneliem Celsusem, avšak ani v devatenáctém století, stále ještě nebylo přesné odlišení demence od jiných poruch přesně vymezeno (Jirák, Koukolík, 2004, s. 161).

Jako u většiny názorů na jakoukoliv problematiku i u demence se můžeme setkat s mnoha definicemi, které se liší dle doby a podmínek, ve kterých vznikaly. Avšak drtivá většina se shoduje podobně jako Pidrman (2007, s. 9) na tom, že demence je syndrom, který vzniká jako následek onemocnění mozku, a to progresivního či chronického charakteru. Demence dle autora vede k narušení vyšších korových funkcí, dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí. Mezi uvedené funkce řadíme kromě paměti i pozornost, vnímání, řečové funkce (tvorba i porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce a další. Pod pojmem exekutivní funkce se skrývá schopnost být motivován k určité činnosti, činnost naplánovat, provést a zpětně ji ohodnotit. Tyto obtíže doprovází zhoršení kontroly sociálního chování, emocí a motivace.

Autoři Jirák a Koukolík (2004, s. 81) shodně uvádějí, že „*Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.*“ Bartoš a Hasalíková (2010, s. 20) demenci popisují jako odchylku od zdravého rozumového uvažování nebo úpadek intelektových schopností oproti předchozímu stavu. Tento stav se objevuje při chronickém nebo progresivním onemocnění mozku a ovlivňuje život nejen člověka s demencí, ale i jeho okolí.

Stádia demence jsou rozdělena do tří stupňů:

1. mírná demence – jedince trápí zejména pokles paměti a vybavování si důležitých informací. Postižena je především krátkodobá paměť (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 35);

2. středně těžká demence – jedinec již není schopný žít soběstačný život. Prakticky je závislý na nepřetržitém dohledu. Má velmi oslabenou paměť, špatně se vyjadřuje a může jednat agresivně (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 23);
3. těžká demence – jedinec již není schopen vstřípit si do paměti nové informace, nepoznává své blízké a je plně závislý na cizí pomoci. Komunikace je obtížná a člověk potřebuje i ošetrovatelskou péči (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2009, s. 38).

Pro srovnání uvádíme i tři základní stupně demence dle autorek Wehnerové a Schwinghammerové (2013, s. 23 – 25):

- **stupeň zapomětlivosti** – je spojován se zhoršováním paměti, roztržitostí, kdy dochází k tomu, že jedinec má již problémy s orientací v místě i čase – jedinec zapomíná, kam co položil, zapomíná jména a postupně ztrácí vztah k roční době i času. Začínají se projevovat psychické změny, jako je například úzkostné chování, izolace od sebe samotného, deprese či vyhýbání se sociálním kontaktům. Pokud se člověk s demencí nachází v prvním stupni, může žít ještě na samotném počátku sám a být tedy v domácím prostředí, přičemž potřebuje jen mírnou pomoc.
- **stupeň zmatenosti** – v okamžiku, kdy začne nemoc dále postupovat, potřebuje jedinec stále více pomoci a ocitá se postupně v druhé fázi, což je zmatenost. Člověk jen stěží dokáže řídit a organizovat svůj každodenní život, přičemž tento stupeň je typický mezerami v paměti, odchylkami v řeči, motorickými změnami a změnami v rámci pohybové oblasti. Soužití s člověkem s demencí je obtížné jak po psychické, tak fyzické stránce, jelikož je nutné o člověka mnohem více pečovat, a to i při naprosto běžných denních činnostech. I komunikace již bývá v této fázi dosti problematická, protože člověk s touto nemocí vykazuje horší schopnost se vyjadřovat. Objevují se první problémy s inkontinencí, člověk ztrácí kontrolu nad svým vlastním tělem a lidé jsou již odkázáni na stálou pomoc.
- **stupeň bezmoci** – jedinec v této fázi už jen leží na lůžku v poloze embrya, má nutkání k pohybu, sotva existuje a dokáže reagovat jen na podráždění. Člověk již nemá kontrolu nad tělesnými funkcemi, a vyžaduje nepřetržitou dvacet čtyř hodinovou pomoc. Domácí péče přestává být možná, a proto se tyto lidé ocitají v domovech pro seniory se zvláštním režimem.

Jelikož může demence zasahovat do mnoha oblastí života seniora, v dalších podkapitolách si tuto nemoc blíže představíme.

2.1 Etiologie a základní symptomy demencí

Jak již bylo zmíněno, demence sama o sobě představuje syndrom – soubor příznaků který může mít různé příčiny. Jirák, Holmerová a Borzová (2009, s. 12) upozorňují na skutečnost, že ke vzniku demence vede více než šedesát dalších chorob. Některé jsou s rozvojem demence spojeny vždy, například Alzheimerova choroba, oproti tomu u jiných se rozvíjí demence jen ojediněle, například AIDS.

V etiologii demenčního syndromu bylo nalezeno více než sto prokazatelných příčin, za které jsou považovány neurodegenerativní změny, poruchy cévního zásobení mozku, metabolické a výživové faktory, poruchy příjmu bílkovin a nedostatek vitamínů. Mezi další příčiny řadíme endokrinní poruchy, ale i intoxikace alkoholem, drogami, úrazy hlavy, nádory, krvácení a v neposlední řadě behaviorální poruchy (Ondriašová, 2005, s. 18).

Demence se nejčastěji vyskytují ve vyšším věku a pravděpodobnost onemocnění se s přibývajícím věkem zvyšuje. Roste i počet osob s demencí, což způsobuje i stále se prodlužující průměrná délka života. Na tisíc lidí za rok, je deset nových případů demence u jedinců starších šedesáti pěti let. Na tisíc jedinců za rok, u populace starší osmdesáti pěti let, je to již devadesát případů (Hort, Rusina, 2007, s. 32).

Základní symptomy demencí

U demencí jsou popisovány tři základní skupiny postižených funkcí, které se vzájemně prolínají, a to kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí, chování a spánku, které se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 21 – 24). Z pohledu autorky Novákové (2012, s. 175) demence postihuje inteligenci, vyšší city a kognitivní funkce. Dochází ke zhoršení paměti a je patrná snížená schopnost člověka se soustředit, jeho špatná orientace v čase, bloudění i ve známém prostředí a zmatenost. V naší práci se budeme přiklánět k prvnímu pojmenování dle autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 24 – 24) a níže si jednotlivé skupiny postižených funkcí blíže specifikujeme.

1. Postižení kognitivních funkcí

Patří bezpochyby mezi nejzávažnější. Kognitivní funkce jsou funkce poznávací a patří mezi ně především paměť, myšlení, pozornost, ale i prostorové schopnosti a řeč. Pro demenci je klíčovým rysem právě úbytek paměti a intelektu, přičemž se většina demencí začíná projevovat poruchami paměti, ale některé i poruchami chování a uvedené poruchy paměti

mohou zůstat zpočátku skryté. Níže si krátce představíme jednotlivé poruchy funkcí, které řadíme mezi kognitivní (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 24).

Porucha paměťových funkcí nejprve postihuje krátkodobou a střednědobou paměť, což pro osobu s demencí znamená neschopnost učit se novým věcem, uchovávat nové informace a značí se zejména zapomínáním, ale i neustálým opakováním stejných vět. Porucha postupně zasahuje i vybavování starších vědomostí a vede ke zpomalení a nepřesnosti vyjadřování.

Porucha pozornosti vede k neschopnosti učit se a provádět složitější aktivity, zhoršuje se výkonnost osoby s demencí. Nastávají problémy se soustředěním, kvalitou a udržením koncentrace pozornosti (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 10).

Porucha myšlení se nerozvíjí plynule, konkrétní myšlení bývá zachováno po delší dobu. Zpočátku se ztrácí schopnost abstraktně uvažovat a objevují se problémy s plánováním, organizováním a chápáním vztahů a situací. Snížená funkce myšlení se projevuje jednak v oblasti formální, ale i obsahové. **Porucha gnostických funkcí** vede k neschopnosti osoby přiměřeně přijmout dosud běžné informace, poznat známé objekty a to i přes to, že sensorické funkce jsou zachovány. Jednoduše řečeno, člověk vidí a slyší, ale nepoznává (Vágnerová, 2004, s. 136).

Porucha orientace se může projevat v čase, prostoru, osobách i sobě samém. Osoba se neorientuje ve dnech ani v měsících. Bloudí i ve známém prostředí. Přestává chápat sociální vztahy a reaguje neobvykle na situace. Může nastat ztráta identity a neschopnost logicky uvažovat. **Poruchu řeči** negativním způsobem ovlivňuje zejména snížení funkce paměti a myšlení. Osoba přestává rozumět mluvenému slovu, verbálně se vyjadřovat a tím dochází ke zhoršení komunikace s okolím. Mezi poruchy řeči můžeme řadit zhoršenou artikulaci, sníženou plynulost vyjadřování, obtížné hledání slov či jejich opakování (Venglářová, 2007, s. 29).

2. Postižení aktivit denního života

Toto postižení je závislé především na stupni demence, od kterého se odvíjí schopnost osoby s demencí běžně jednat v každodenních situacích. Do aktivit denního života patří profesionální, instrumentální a personální dovednosti. Nejprve dochází ke ztrátě vykonávat složitější profesní aktivity, dále se postižení rozšiřuje na aktivity instrumentální, kterými jsou například schopnost nakupovat či nakládat s penězi. Personální dovednosti jsou postiženy jako poslední a to zejména u pokročilých demencí. Jde například o schopnost oblékat a svlékat se, schopnost sám se najíst a provést osobní hygienu. U těžkých demencí

dochází i k inkontinenci moči i stolice a osoba se stává zcela závislou na svém okolí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 22).

3. Behaviorální a psychologické příznaky

Příznaky se mohou projevovat již v počátečních stádiích demence, ale zpravidla se objevují až ve středních stádiích a vrcholí v těžkých stádiích. Pod těmito příznaky jsou zahrnuty *poruchy emocí*, které jsou u demencí velmi časté. Osoba je nepřiměřeně euforická nebo naopak velmi lítostivá, depresivní až úzkostná a mohou se projevit i afekty vzteku. V důsledku emoční lability se jedná obvykle o přechodný stav. Ztrácí se motivace a osoba s demencí se upíná na stereotypní rutiny, což může vést až k apaticko – abulickému syndromu, který je popisován odmítáním a nezájmem (Vágnerová, 2004, s. 140).

Poruchy chování bývají různého charakteru. Obvykle jde o agitovanost, tedy stav neklidu, který bývá často spojován s agresivitou. Ta se může projevovat například napadáním nejbližších osob, útěky z domova, upoutáváním pozornosti třeba nadávkami nebo ničením věcí. Ale je mezi ně zařazeno naopak i klidné jednání, které se může projevovat například úklidem či přenášením věcí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 17 – 18).

Behaviorálními a psychologickými příznaky jsou i *poruchy spánky*, které jsou velmi časté a zahrnují jak nespavost, tak i méně se vyskytující nadměrnou spavost. Jedná se o poruchu cyklu spánku, kdy osoba s demencí později usíná a později se probouzí, což může mít za následek inverzi spánku, to znamená bdělost přes noc a spánek ve dne. Často se u demencí vyskytují také *poruchy vnímání*, kdy člověk s demencí není schopen rozeznat skutečnost od fantazie a vznikají bludy a halucinace (Pidrman, 2007, s. 39).

Pidrman (2007, s. 40 – 41) zmiňuje, že kromě uvedených příznaků se u demence mohou objevit také psychotické příznaky či poruchy osobnosti. Výsledkem demence je globální deteriorace duševních schopností člověka a zásadní narušení jeho funkčních schopností. Autor poukazuje i na to, že výše uvedené poruchy jsou manifestovány v rámci obvyklých sociálních procesů, přičemž se nejedná zároveň o poruchu vědomí a tak je nutné demenci vnímat jako získanou a dosti závažnou poruchu, což negativně ovlivňuje celý život člověka. Autor také zmiňuje, že uvedené oblasti bývají porušeny velmi silně, což vede k následné nesoběstačnosti osoby s demencí a závislosti na druhých.

2.2 Diagnostika, klasifikace a léčba demence

Pro správnou léčbu demence je velmi důležité si nejdříve demenci správně diagnostikovat (rozpoznání demence, její odlišení od stavů demenci imitujících, stanovení její závažnosti a

stádia), protože některé příznaky demence bývají podceňovány a zaměňovány s příznaky stárnutí. Správná a včasná diagnostika demence může významně zpomalit onemocnění (Pidrman, 2007, s. 32).

Základním vyšetřením v rámci diagnostiky demence je **anamnéza**. Lékař pátrá v rodinné i osobní anamnéze po výskytu psychických a somatických chorob a dále se zaměřuje na medikaci užívanou nejen v současnosti, ale i v minulosti (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 26). Mezi další diagnostické metody řadíme hodnocení pomocí testů, které dokáží vyhodnotit stupeň kognitivního postižení či přímo přítomnost a stupeň demence (Topinková, 2005, s. 139).

Nejužívanějším testem k diagnostice přítomnosti a stupně demence je **MMSE** (Mini – Mental State Examination), který má třicet otázek, díky kterým hodnotí kognitivní funkce. Otázky jsou dle výkonu obodovány, vyhodnoceny a zařazeny do jedné z pěti kategorií, dle závažnosti postižení. **HACH** (Hachinskiho ischemický skór) je test, který upřesňuje diagnostiku mezi prvotně atrofickými a vaskulárními demencemi. Jde o dotazník se třinácti příznaky, které jsou bodovány, vyhodnoceny a poté řazeny do tří kategorií. Škála používaná k určení stádia demence se nazývá **GDS** (Global Deterioration Scale) a rozlišuje sedm stupňů postižení kognitivních funkcí (Jirák, Koukolík, 2004, s. 85 – 87).

Jako způsob hodnocení kognitivních i nekognitivních funkcí v případě Alzheimerovi choroby se používá test **ADAS** (Alzheimer's Disease Assessment Scale), který má dvě části. První částí je ADL (Activity of Daily Living), pomocí níž jsou posuzovány činnosti jako napití, najedení se, osobní hygiena, oblékání a druhou částí nazvanou IADL (Instrumental Activities of Daily Living) se hodnotí například nakupování či domácí práce. Škály hodnotí schopnost vykonávat zmíněné každodenní činnosti třemi stupni – člověk úkon provede samostatně, částečně, neprovede a jednotlivé výsledky jsou obodovány (Jirák, Koukolík, 2004, s. 86 – 88).

Další významnou metodou jsou **zobrazovací techniky**, počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). Metody pomocí kontrastních látek zobrazují morfologické odchylky měkkých tkání, konkrétně mozku (úbytek mozkové tkáně, změny v prokrvení, nádory, cysty a podobně). Dalšími metodami jsou SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie), které využívá nukleární medicína. Vyšetření mohou přesněji stanovit diagnózu díky použití radiofarmak a získávat informace mimo jiné o funkci mozkového metabolismu či krevního průtoku. Elektroencefalograf (EEG) je metoda, která zaznamenává elektrický potenciál mozku a poukazuje na změny

mozkové aktivity. Právě její zpomalení může být zásadní pro organické změny typu demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 28).

Důležitou metodou je samozřejmě i **laboratorní vyšetření** – biochemický, hematologický a sérologický screening. Biochemické vyšetření zjišťuje možné metabolické demence. Hematologické vyšetření může odhalit anémie, které mohou být jedním z faktorů podílejících se na demenci a v sérologickém vyšetření lze přijít na přítomnost lymfické boreliózy či AIDS jako možné příčiny demence (Jirák, Koukolík, 2004, s. 88).

Po správném diagnostikování demence je nyní důležité vymezit si klasifikaci demencí, které lze členit různými způsoby. Jirák, Holmerová a Borzová (2009, s. 164) člení dle příčiny demence do dvou skupin. První skupinou jsou demence, které mají jako podklad atroficko – degenerativní proces mozku a druhou demence symptomatické (sekundární), které mají jako základ celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek.

V praxi se však nejčastěji využívá klasifikace podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která na základě etiologie a klinického obrazu rozlišuje několik druhů demence, které řadí do diagnostické skupiny F00-09: Organické duševní poruchy, včetně symptomatických. Uvedená skupina zahrnuje celou škálu duševních poruch uskupených na základě společné prokazatelné příčiny, která je v nemoci, úrazu nebo jiném poškození mozku vedoucím k mozkové dysfunkci. Porucha funkce může být primární, tedy při chorobách, poraněních a poškozeních postihujících výlučně mozek nebo sekundární, které se objevují při systémových chorobách a poruchách, při kterých je mozek pouze jeden z více postižených orgánů (Kučerová, 2006, s. 112).

Pidrman (2007, s. 31 – 32) popisuje, že u **primárně degenerativní demence** dochází ke snižování počtu a degeneraci nervových buněk a dělí se následovně:

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60% všech demencí);
- demence s Lewyho tělísky;
- frontotemporální demence.

Sekundární a smíšené demence jsou dosti nesourodou skupinou nemocí, které vznikají vlivem různých faktorů. Jde například o demence v souvislosti s traumatem (posttraumatická demence), infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin, demence při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii a v celé řadě

dalších případů. V odborné literatuře je popsáno více jak sedmdesát skupin sekundárních demencí, z nichž uvádíme ty nejzávažnější a nejčastější dle autora Pidrmana (2007, s. 34):

- vaskulární demence;
- metabolické demence;
- toxické demence;
- demence při Parkinsonově chorobě;
- demence při Huntingtonově chorobě;
- traumatické demence;
- demence při normotenzním hydrocefalu;
- demence při nádorech CNS;
- demence při infekcích.

Po klasifikaci demencí budeme věnovat pozornost přímo léčbě. Autorka Topinková (2005, s. 270) uvádí, že cíle léčby se mohou v jednotlivých fázích lišit. V počátečním stádiu je zaměřena na zlepšení či udržení kognitivního deficitu. Ovšem v pokročilejších stádiích je cílem léčby zpomalení progresu, prevence behaviorálních a psychotických symptomů demence a zároveň udržení soběstačnosti. V konečné fázi onemocnění je velmi důležitá proaktivní, emočně orientovaná paliativní a terminální ošetrovatelská péče.

Je nutno zmínit, že léčba demence a jejích symptomů vychází ze dvou základních kroků – behaviorální a farmakogenní, přičemž je vhodné oba přístupy kombinovat a vhodně doplňovat (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 88). U jedince s demencí je nutné léčit narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, jednání a chování, emoční reaktivitu. Dále je nutné korigovat patologické změny v jeho osobnosti, čímž lze kvalitu života nemocného jedince zlepšit, což má pozitivní vliv i na jeho okolí. Od léčby demence se dnes očekává primárně stabilizace jedince, oddálení progresu, oddálení přechodu onemocnění do jeho těžšího stádia. Léčbou demence tak dochází k prodloužení soběstačnosti osoby, dochází k prodloužení doby jejích funkčních schopností, čímž se snižuje potřeba a náročnost pečovatelské péče (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 67 – 71).

Díky efektivní léčbě demence se oddaluje nutnost hospitalizace. Pokud se k léčbě jedince přistoupí včas, je možné udržet jej v jeho původním prostředí co nejdéle. Jak již bylo uvedeno, cíle léčby bývají různé a může se jednat o zlepšení stavu člověka, udržení dosavadního stavu či zhoršení stavu s menší progresí. Zlepšení stavu osoby s demencí je obrovský úspěch, avšak úspěchem je i zhoršení stavu s menší progresí. Průběh demence je,

stejně jako průběh jakéhokoliv jiného onemocnění, spojen s určitou individuální variabilitou (Zvěřová, 2017, s. 226).

2.3 Charakteristika vybraných druhů demence

V návaznosti, na předchozí klasifikaci demencí se nyní budeme některými druhy blíže zabývat. Autorkou bakalářské práce byly vybrány z každé skupiny dvě nejčastější formy demencí, vyskytující se ve vybraném domově se zvláštním režimem.

Za průlom v dějinách pojmu demence je považován rok 1906, kdy německý profesor Alois Alzheimer popsal onemocnění, které se vyznačovalo rychle probíhající demencí, objevovalo se již kolem padesáti let a postihovalo zejména ženy. Mělo rychlý průběh a byla u něj zjištěna výrazná dědičnost. Výsledky svého pozorování prezentoval Alzheimer na konferenci v Tübingenu v příspěvku nazvaném „O zvláštní nemoci mozkové kůry“. Uvedený soubor příznaků, kterým trpěla jeho pacientka, se později pojmenoval po přednášejícím. V této době bylo onemocnění spíše výjimečné (Zvěřová, 2017, s. 9 – 12). V dnešní době i vlivem stárnoucí populace přibývá lidí s Alzheimerovou chorobou. V České republice žije aktuálně přibližně 70 – 90 tisíc lidí s touto nemocí (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 29). Vzhledem k tomu, že Alzheimerova choroba mezi nejvíce rozšířené formy demence, budeme se jí v naší práci věnovat jako první.

Alzheimerova choroba je primárním onemocněním šedé kůry mozkové (Pidrman, 2007, s. 35). Je to závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, které vede k úbytku některých neuronů a v důsledku toho až k atrofii (zmenšení, zakrnění) mozku, dochází k zániku mozkových buněk a ke změně látkové výměny uvnitř mozku. Odborníci doposud hledají přesnou příčinu tohoto onemocnění, avšak existuje několik faktorů zvyšujících riziko vzniku Alzheimerovi choroby. Nejváděnějším faktorem je věk, starší jedinci jsou ohroženější skupinou než mladší lidé. Dalším faktorem je genetika a pohlaví, je vědecky dokázané, že onemocněním trpí převážně ženy. Vědci se zabývají možnostmi vzniku Alzheimerovi choroby i díky možné virové infekci, poruchami imunitního systému a vlivy prostředí, ve kterém člověk žije (Zvěřová, 2017, s. 62).

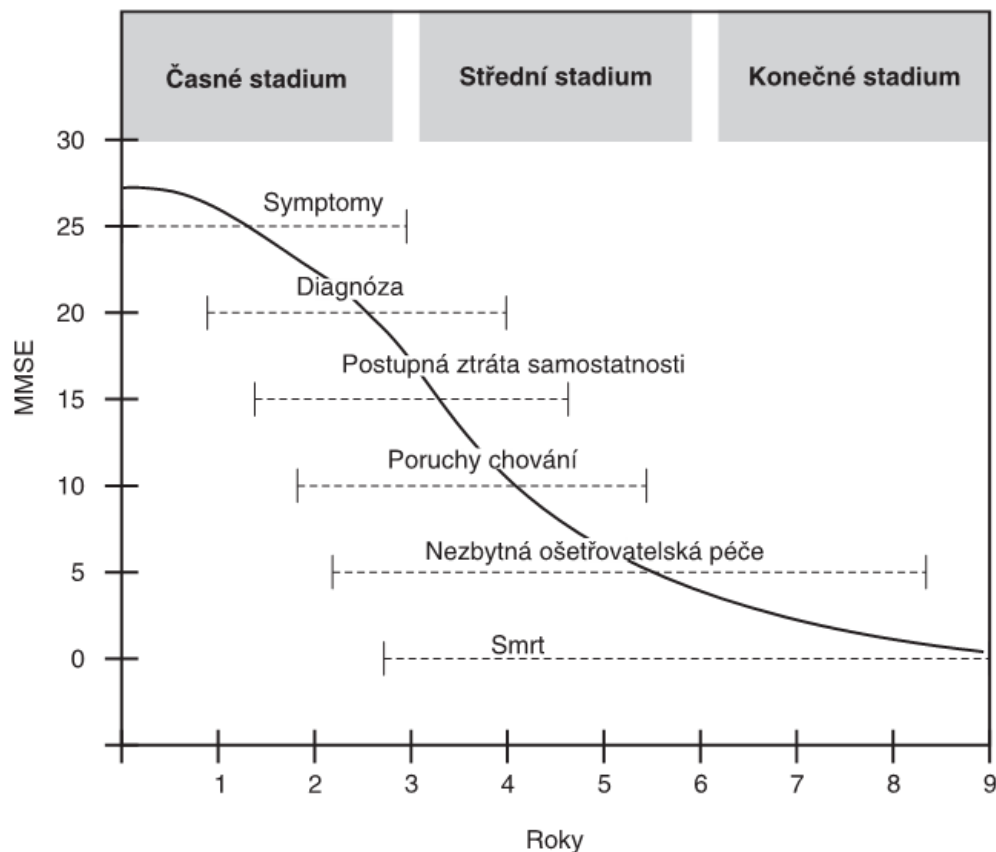
Toto onemocnění má rychlejší průběh, pokud jde o dědičnou formu a pokud jí člověk onemocní v nižším věku. U seniorů je to vždy rizikovější než u mladého jedince, hrozí pády a úrazy, a pokud nastane situace, že je trvale upoután na lůžko, mohou se vyskytovat problémy se zápallem plic či proleženinami, což vede často k rychlejšímu konci (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 32).

Pidrman (2007, s. 35) popisuje, že Alzheimerova demence se rozvíjí pomalu, plíživě a trvale postupuje. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů, osoby ztrácejí etická pravidla, návyky a zvyklosti. Stávají se velmi nápadnými svým chováním a jednáním, ztrácí své zájmy, vztahy a stávají se podezřívými. Nejprve dochází k narušení krátkodobé paměti, objevují se poruchy dalších korových funkcí a orientace. Lidé s touto nemocí přestávají zvládat péči o sebe, jsou zanedbaní v rámci hygieny i odívání.

Alzheimerovu demenci lze rozčlenit dle autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 33) do tří stupňů:

1. lehká demence – první příznaky onemocnění jsou mylně považovány za běžné projevy stáří, můžeme sledovat nepatrné změny v chování jedince. Osoba s demencí si pamatuje své dětství, dospívání, ale už neví, co se děje v reálném čase. Často se ztrácí i na známých místech. Stádium lehké demence může trvat dva až čtyři roky;
2. střední demence – jedinec má stále častější výpadky paměti, ztrácí schopnost vykonávat běžné denní činnosti, viditelně se zhoršuje i jeho chování a mohou se objevit i halucinace. Osoba s Alzheimerovou chorobou středního stádia je z velké části odkázána na pomoc svého okolí. Problémy jí dělá hygiena, neschopnost se obléci a zorganizovat si den. Toto stádium může trvat dva až deset let.
3. těžká demence – v tomto stádiu nemoci je už patrné velké narušení osobnosti, ať psychické tak fyzické. Osoba bývá často upoutána na lůžko a je zcela závislá na cizí pomoci. Poslední stádium těžké demence obvykle trvá jeden až tři roky. Jedinec nepoznává svou rodinu a přátele, zapomíná, že s nimi mluvit, cítí se být osamoceny. Stále častěji se vrací do mládí. Často není schopen vyjádřit slovy své myšlení a dokola opakuje pouze jednu větu nebo některá slova. Na konci třetího stádia dochází i k poruchám příjmu potravy, nemocného je nutné krmit, dochází k výraznému zchudnutí, což ovlivňuje i celkové zdraví jedince.

Pidrman (2007, s. 35) uvádí, že Alzheimerova demence trvá v průměru devět let (rozmezí 2 – 12 let) a stejně jako autoři Jiráka, Holmerová a Borzová (2009, s. 33) zmiňuje tři stadia: časné (mírné), střední a těžké (hluboké). Na obrázku níže vidíme rozvoj onemocnění od prvních symptomů až po smrt. Vidíme také překrývání se v čase i intenzitě.



Obrázek č. 1: Klasický průběh Alzheimerovy nemoci (Pidrman, 2007, s. 35)

Dalším typem demence patřící do skupiny primárně degenerativních demencí, o které budeme hovořit je **demence s Lewyho tělísky**. Klinické příznaky této formy demence jsou specifické příznaky jako například zrakové halucinace, kolísavá úroveň kvality vědomí a soustředěnosti. Nejčastěji se vyskytují zrakové nebo sluchové halucinace, ale objevují se i deprese či bludy. V klinickém obrazu byly popsány čtyři základní symptomy: progredující demence, parkinsonismus, neuropsychiatrické příznaky a kolísající úroveň kognitivních funkcí. Ve srovnání s Alzheimerovou chorobou se projevuje těžší poruchou pozornosti a exekutivních funkcí. Paměť bývá zpočátku zachována, avšak osoba trpí třesy, poruchou jemné motoriky nebo vymizením mimiky (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 34 – 37).

S výše uvedeným souhlasí i Pidrman (2007, s. 54), který navíc upozorňuje na skutečnost, že při léčbě halucinací a bludů u této demence je absolutně kontraindikováno podání klasických neuroleptik, neboť by to vedlo k rozvoji těžkého, život ohrožujícího stavu a výraznému zhoršení parkinsonského syndromu.

Nyní se budeme zabývat **vaskulárními demencemi**, které představují přibližně deset až dvacet procent všech demencí a zařazují se tak na druhou nejčastější příčinu demence.

Vznikají při poškození mozkové tkáně, z důvodu poruchy krevního oběhu, ve většině případů se jedná o cévní mozkové příhody a podobně jako u Alzheimerovy demence se jejich výskyt s věkem zvyšuje, ale naopak vznikají častěji náhle a poměrně rychle ve srovnání s Alzheimerovou chorobou (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 38).

Cévní mozková příhoda je nepochybně významným rizikovým faktorem pro její rozvoj. Dokonce se odhaduje, že lidé hospitalizovaní pro první ischemickou ataku mají pětkrát vyšší riziko, že u nich v následujícím roce bude zjištěna demence. Pro další roky je riziko dvakrát vyšší než u věkově srovnatelné populace (Rusina, Matěj, 2014, s. 84). Nejčastější formou vaskulární demence je multiinfarktová demence, která vzniká na základě nedostatečného cévního zásobení určitých mozkových oblastí, čímž dochází k infarktu (Ondriašová, 2005, s. 117). U vaskulárních demencí zůstává alespoň relativně zachována osobnost nemocného, včetně společenského vystupování a poměrně často se vyskytuje deprese (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 648).

Poslední formou demence, které se v naší práci budeme věnovat, je **demence u Parkinsonovy choroby**. Pidrman (2007, s. 56) uvádí, že demencí trpí minimálně dvacet procent osob s Parkinsonovou chorobou. Poukazuje na fakt, že demence u těchto jedinců bývá často přehlížena, neboť lékařská péče se soustředí zejména na léčbu základního onemocnění. Jedinec trpí poruchami paměti a celkovou zpomaleností, kolísá schopnost soustředit se, má oslabeny vlastní aktivity, které nedokáže sám od sebe začít, úkon provede pouze až na vybidnutí druhé osoby (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 40).

V následující kapitole už se budeme přímo zabývat aktivizací seniorů s demencí v rámci domova se zvláštním režimem.

3 AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ V RÁMCI DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Kultura společnosti se dle Malíkové (2020, s. 110 – 111) projevuje také tím, jak se o staré lidi dokáže v okamžiku jejich stárnutí postarat. Společnost jako celek by měla vždy napomoci stárnoucímu člověku, a to primárně nastavením vhodných podmínek pro jeho důstojný život ve stáří. Když člověk ztrácí soběstačnost a stává se závislým na pomoci druhých lidí, ocitá se v zařízeních, kde je odkázán na péči pracovníků (Kalvach, 2011, s. 216). Odchod do ústavní péče řadíme mezi jedno z psychicky nejnáročnějších období v životě. Musíme si uvědomit, že pro seniora jde o úplně nové prostředí, podmínky a zcela nový kolektiv. Všechny tyto změny, není jednoduché zvládnout v produktivním věku, natož v pokročilém (Ondrušová, 2011, s. 25).

I když každý z nás může očekávat omezení či ztrátu svých schopností a dovedností, v moment, kdy tato situace nastane je člověk velmi citlivě zasažen. Lidé, kteří se stanou obyvateli různých zařízení, mají za sebou dlouhý život s různými sociálními rolami, kdy byli zvyklí určitým způsobem fungovat a s rolí „obyvatele domova“ nemají většinou žádné zkušenosti. Člověk je situací zaskočen a je nutná podpora nejen blízkých, ale i personálu, aby našel své nové místo (Venglářová, 2007, s. 15).

Vše může mít za následek vznik deprese, psychosomatické potíže, ale i ztrátu smyslu života. Být aktivní, znamená být pozitivní a díky tomu je možné zajistit seniorům důstojný a kvalitní život i v rámci ústavní péče. Být aktivní taktéž znamená smysluplně si užívat svůj volný čas a udržovat si bystrou mysl.

3.1 Charakteristika pobytové služby domov pro seniory se zvláštním režimem

Sociální služby jsou činnosti, které mají lidem pomoci řešit jejich nepříznivou sociální situaci, zajistit pomoc a podporu za účelem sociálního začlenění či prevenci sociálního vyloučení (Bicková, 2011, s. 275).

V České republice jsou legislativně zakotveny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., podle nějž se sociální služby člení na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále sociální služby rozčleňuje dle formy poskytování a to na služby terénní, ambulantní a pobytové, mezi které patří i domovy pro seniory a domovy pro seniory se zvláštním režimem (§ 78 – 79 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Z výše uvedeného vyplývá, že domovy pro seniory jsou pobytovou sociální službou. Zajišťují celoroční provoz a jsou určeny pro seniory se sníženou soběstačností, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro seniory se zvláštním režimem se od nich odlišují především ve vytváření specifických podmínek pro své klienty, nýbrž jsou určeny primárně osobám s chronickým duševním onemocněním, osobám s Alzheimerovou demencí, ostatními typy stařeckých demencí, osobám po cévní mozkové příhodě a osobám s degenerativním onemocněním mozku. Tito lidé mají sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc, kterou jim nedokáže rodina zajistit v jejich přirozeném prostředí, případně ji nemohou zajistit ani jiné sociální služby. Jak nám již název napovídá, režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám výše uvedených osob (§ 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Každý poskytovatel sociální služby má povinnost dodržovat rozsah služeb, který je definován zákonem o sociálních službách. Co se týče služeb poskytovaných v domovech pro seniory se zvláštním režimem, platí ustanovení § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které říká, že domovy se zvláštním režimem poskytují následující služby:

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy;
- pomoc v rámci osobní hygieny nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče vztahující se k vlastní osobě;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- aktivizační činnosti;
- pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarání osobních záležitostí.

Posláním domovů pro seniory se zvláštním režimem je poskytnout nepřetržitou sociální, ošetrovatelkou a zdravotní péči se snahou co nejdéle udržet či zlepšit kvalitu života jejich klientů.

Služba by měla vytvářet bezpečné zázemí a podmínky pro důstojný a spokojený život klientů s maximálním ohledem na individualitu každého jedince, měla by podporovat klienty v co největší míře k samostatnosti, motivovat je k aktivnímu životu, podporovat vytváření dobrých mezilidských vztahů, podporovat kontakty s rodinou, přáteli a blízkými osobami, ale také podporovat kontakty s přirozeným prostředím.

Personální požadavky a náplň práce klíčových pracovníků

V domovech pro seniory se zvláštním režimem vykonávají odbornou činnost pracovníci různých oborů a jejich spolupůsobení je charakteristickým rysem sociální služby. Dle Malíkové (2020, s. 82) v sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

- sociální pracovníci;
- pracovníci v sociálních službách;
- nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci;
- pedagogičtí pracovníci.

Sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci oproti předchozím pracovníkům vykonávají všechny činnosti zejména v souladu se zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. Poslední skupinu pedagogických pracovníků upravuje legislativně zákon o pedagogických pracovnících č. 563/2004 Sb.

Vzhledem ke zvolenému tématu naší práce si blíže specifikujeme první dvě zmíněné kategorie a to sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, mezi které řadíme i aktivizační pracovníky.

Sociální pracovník musí mít splněny kvalifikační požadavky v rozsahu stanoveném v § 110 a § 111 zákona o sociálních službách a v domově pro seniory se zvláštním režimem zajišťuje především administrativní činnosti, související například s evidencí všech podaných žádostí o přijetí do zařízení, na základě kterých následně provádí sociální šetření. Sociální pracovník organizačně zajišťuje přijetí nového klienta, vede rozhovory s klienty a jejich příbuznými, zpracovává osobní spisy klientů, spolupracuje se státní správou a pomáhá vyřizovat dávky a příspěvky, na které mohou mít klienti nárok. Pracovník by měl disponovat velkou dávkou empatie a svědomitostí při plnění všech činností (Matoušek, 2013, s. 180).

Podle § 116 zákona o sociálních službách pracují v pobytových zařízeních dvě kategorie **pracovníků v sociálních službách:**

- pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči zahrnující zejména pomoc klientovi při příjmu potravy, při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně či zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- pracovník pro základní výchovnou nepedagogickou činnost orientovanou na podporu vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti, volnočasové

aktivity zaměřené na rozvoj osobnosti, zájmů a schopností pomocí výtvarných, hudebních, pohybových či kulturních činností (Malíková, 2020, s. 88).

Pracovník pro základní výchovnou nepedagogickou činnost se zpravidla nazývá aktivizační pracovník, který zejména plánuje a organizuje zájmové činnosti klientů a to s ohledem na jejich možnosti a přání. Aktivizačním pracovníkem může být osoba se základním, středoškolským i jiným vzděláním, po absolvování akreditovaného kurzu nebo absolvování některého z oborů zabývajících se sociální prací. V rámci praxe dochází k postupnému zaškolování, či doškolování pomocí dalších akreditovaných kurzů (Kozáková, Müller, 2006, s. 44).

3.2 Volný čas a jeho funkce zaměřené na seniory s demencí

Pod pojmem volný čas si každý člověk představí něco jiného. Každý tráví volný čas jiným způsobem a pro každého má jiný význam. Představa trávení volného času se může lišit u osob v produktivním věku oproti seniorům. Pro ty s odchodem do důchodu může znamenat zbytek jejich života.

Objasňováním pojmu volný čas se zabývá mnoho autorů. Pávková (2014, s. 11) chápe volný čas jako dobu, kdy si jedinci sami zvolí aktivity, kterým se budou věnovat. Do aktivit nejsou nuceni a přináší jim potěšení a radost. Aktivity, které lidé vykonávají ve volném čase, jsou prostředkem k odpočinku i osobnostnímu rozvoji.

Volný čas je možné chápat jako opak doby nutné práce a povinnosti a doby, která je nutná k reprodukci. Jedná se o dobu, kdy si člověk může naprosto svobodně vybrat, jakým činnostem se bude ve volném čase věnovat (Malíková, 2020, s. 32).

I autorky Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 92 – 95) zmiňují, že volný čas přináší člověku uspokojení a pocit radosti, uvolnění. Pod tento pojem je možné zahrnout rekreaci, odpočinek, zábavu, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolné společensky prospěšné činnosti apod. Nečinnost je možné označit za patologickou fyzicky, sociálně i psychicky. Definicí, která je primárně určena seniorům uvádí Janiš a Skopalová (2016, s. 35) „*Volný čas seniorů je takový čas, kdy jsou provozovány zájmové aktivity na základě fyzických, psychických, sociálních a zájmových aspektů jednotlivých osob, které jsou vykonávány mimo čas věnovaný péči o vlastní osobu, domácnost, rodinu a uspokojování základních potřeb jedince v seniorském věku. Jedná se o takové aktivity, které přinášejí radost, zábavu, spokojenost, potěšení a uspokojení.*“

Volný čas a jeho efektivní využívání plní několik funkcí, které zpravidla existují v jakési koexistenci. Obdobně jako u pojmu volný čas, existuje několik možných rozdělení. Pávková (2014, s. 39) rozděluje funkce volného času následovně: výchovně – vzdělávací funkce, zdravotní, sociální a preventivní funkce. Autorka Kratochvílová (2004, s. 88) uvádí funkce: zdravotně – hygienická, seberealizační, formativně – výchovná, socializační a preventivní. V naší práci se budeme přiklánět k dělení dle Pávkové a níže si jednotlivé funkce krátce uvedeme:

Výchovně – vzdělávací funkce – v seniorském věku dostává tato funkce úplně nový rozměr, organizované volnočasové aktivity jsou většinou jedinou dobou, při které můžeme záměrně výchovně působit na seniora. Realizace u cílové skupiny seniorů s demencí probíhá nejen dostatečně širokou nabídkou volnočasových aktivit, ale i přístupem společnosti k seniorům (Pávková, 2014, s. 41).

Zdravotní funkce – jelikož je zdraví vnímáno jako vysoká hodnota v životě člověka, měly by být součástí volnočasových aktivit i takové přínášející zdravotní benefity. Určité aktivity přispívají duševní pohodě i tím, že senior tráví svůj volný čas v kolektivu, setkává nové lidi a prostřednictvím těchto aktivit se cítí být stále užitečný. Proto lze i některé volnočasové aktivity považovat za pozitivní, i když přímo nepřispívají k fyzickému zdraví (Hendl, Dobrý, 2011, s. 17).

Sociální funkce – se může překrývat s funkcí zdravotní. Cílem sociální funkce u seniorů je přispívat k lepším mezigeneračním vztahům. Pokud tuto funkci pojmem jako funkci společenskou, můžeme pod ni zahrnout i **funkci preventivní**, protože v souvislosti s preventivním významem na ni můžeme nahlížet jako na funkci realizující prevenci například ageismu (Janiš, Skopalová, 2016, s. 77 – 82).

Janiš a Skopalová (2016, s. 32 – 38) uvádí, že existují možnosti proměny volnočasových aktivit seniorů, kdy mohou senioři pokračovat ve stávajících činnostech, což je ve své podstatě ideální stav. Senioři mohou stávající aktivity rozšiřovat případně vzhledem ke svému zdraví, omezovat. I v domovech se zvláštním režimem se velmi často setkáváme se společenskými volnočasovými aktivitami, což jsou takové aktivity, které jsou uskutečňovány v rámci určité skupiny. Může se jednat o různé společenské hry, ale i návštěvy koncertů, divadel a podobně. Právě u seniorů s demencí jsou volnočasové aktivity klíčové a jejich význam je obrovský. Volnočasové aktivity je možné členit na různé skupiny – sportovní aktivity, kulturní aktivity, sociální aktivity, veřejné aktivity, vzdělávací aktivity, rekreační aktivity, cestovatelské aktivity apod. Pro jedince s demencí, je nutné sestavit

individuální volnočasový program. Jedinec by se měl do volnočasové aktivity zapojit sám a naprosto spontánně ze své vlastní iniciativy. Žádnou volnočasovou aktivitu není vhodné mu vnucovat, jelikož se dosti snadno může následně ocitnout v negaci, být v depresi či agresivní. Aktivity, a to nejen volnočasové, do kterých jsou lidé nuceni, nemají ve své podstatě pro ně samotné žádný smysl. Prostřednictvím správně nastavených a situovaných volnočasových aktivit je možné dosáhnout toho, že jedinec zůstane i v domově se zvláštním režimem stále aktivní. Pro osobu s demencí jsou volnočasové aktivity stejně důležité jako výživa či jakákoliv fyzická činnost a je tudíž vhodné jej zapojit do všech aktivit, které stále ještě zvládá. V okamžiku, kdy je jedinec s demencí umístěný do domova se zvláštním režimem, je nutné zjistit, co byl zvyklý dělat doma, jakou náplň dne měl v domácím prostředí a jaké má záliby – tedy, co jej baví. Dle toho je možné posléze sestavit aktivity, kterých se může účastnit ve skupině a tím se socializovat (Malíková, 2020, s. 226 – 237).

3.3 Aktivizace seniorů s demencí v podmínkách domova se zvláštním režimem

Aktivizace se označuje jako proces uvedení do pohybu. Z hlediska psychologie je aktivizace navozením konkrétní úrovně aktivity, tedy jinými slovy aktivace, která je založena na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti jedince k činnosti – akci (Průcha, Veteška, 2014, s. 527).

Dle Hartla a Hartlové (2000, s. 27) je aktivizace „*šířeji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti.*“

Aktivizací se rozumí podněcování a stimulace k činnosti. U aktivizace je nutné, aby bylo splněno několik podmínek – senior musí sám chtít, umět a být schopen tuto činnost provádět. V případě aktivizace seniorů s demencí je nutné, vždy plně respektovat individualitu a pocity seniora, přičemž činnosti by měly probíhat naprosto přirozeně a do jisté míry kopírovat jeho běžný denní režim (Malíková, 2020, s. 244).

O aktivizaci seniorů je možné hovořit v užším či širším slova smyslu. Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 34 – 35) uvádí, že v užším slova smyslu aktivizace souvisí s problematikou osob, které jsou ohroženy ztrátou soběstačnosti či soběstačnost již ztratily. Jedná se tedy o prevenci imobilizačních syndromů, ergoterapii, kde se nacvičují běžné činnosti a obnova soběstačnosti. V tomto případě je vhodné přistoupit k vytvoření individuálního plánu, který je zaměřen na péči pro klienty s nižším funkčním potenciálem a

s hrozící či rozvíjející se závislosti na péči druhé osoby. Je nutné zmínit, že individuální plán, který vychází z konkrétních okolností, podmínek a funkčních charakteristik klienta a z jeho sociálního zázemí, může následně vést k racionální aktivizaci a k dosažení žádoucích výsledků, které uspokojí jak klienta, tak jeho ošetřující personál a jeho rodinu. V širším slova smyslu aktivizace seniorů souvisí se smysluplným a uspokojujícím trávením volného času a s udržováním a rozvojem pohybových aktivit, a to včetně vytrvalostní kondice. K tomu, aby byly tyto činnosti smysluplné, musí plnit určitá kritéria – činnost musí být příjemná, musí být uskutečňována na dobrovolné bázi a sledovat naprosto jasný účel.

Pokud chceme, aby byla aktivizace úspěšná, je důležité, aby činnost, kterou bude senior s demencí vykonávat, mu přinášela požitek. Aktivizační pracovník by měl aktivity naplánovat s ohledem na věk osoby, stádium onemocnění i pohlaví. Pokud se stane, že senior s demencí aktivitu odmítá, měl by mu nabídnout jinou. U osoby s demencí se zaměříme především na fungování jeho smyslů a dle toho zvolíme vhodnou aktivizaci. Osoby s demencí, by měly mít stereotypní denní režim, díky kterému se jim lépe daří orientovat se. Pokud bude seniorovi aktivizace příjemná a uvidí úspěch a zlepšení, bude ji i nadále vyhledávat (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 114 – 118).

Holmerová, Jarolímová a Suchá (2009, s. 201) uvádí, že pokud senior s demencí vykonává nějakou aktivitu poprvé, aktivizační pracovník by mu měl vše řádně vysvětlit a zdůraznit, že činnost je dobrovolná a může jí kdykoliv ukončit. Zvolená aktivita může klienty často vyčerpat nejen psychicky, ale i fyzicky. Proto by měl pracovník do průběhu aktivizace zařazovat i relaxační techniky.

Význam aktivizace u seniorů demencí

Nováková (2012, s. 34) spatřuje význam aktivizace zejména v celkové mobilizaci seniora s demencí, podpoře jeho soběstačnosti a spokojenosti. Výhodu spatřuje i v posílení vztahů s ostatními lidmi, v čemž vidí prevencí před samotou. Aktivizace je i velmi vhodný způsob, jak vyplnit volný čas seniorů s demencí a předejít tak pocitům nudy a špatné nálady (Mlýnková, 2011, s. 99).

Aktivizace je proces, jehož výsledkem má být aktivita seniora, která má zvýšit kvalitu jeho života. Má vytvořit podmínky, které mají člověka podpořit v činnostech, které má vykonávat a zároveň udržet dosavadní schopnosti. Jejím cílem je zlepšit nebo alespoň udržet psychický a fyzický stav člověka, případně udržet alespoň jeho soběstačnost. Musí ale zároveň respektovat přání, možnosti seniora s demencí a posílit jeho sebeúctu (Langmeier, Krejčířiková, 2006, s. 202).

Zásady při aktivizaci seniorů s demencí

Jak již bylo zmíněno, pro seniory s demencí jsou důležité jejich rituály a zvyky. Proto je zásadní přizpůsobit aktivizační činnosti dennímu režimu seniora. K tomu, aby bylo možné správně zvolit u seniora s demencí aktivizační metodu, je nutné dle Mlýnkové (2010, s. 54 – 58) brát v potaz jeho věk, zdravotní stav, aktuální fázi demence, užívání léků a ochotu spolupracovat. Je nutné identifikovat, jak velkou motivaci senior vůbec má. Pokud je to možné, je vhodné zaměřit pozornost na podporu ze strany rodiny a blízkých přátel. Klíčovými požadavky, které jsou kladeny na aktivizační činnosti, jsou:

- volba správné aktivity, která je pro seniora s demencí přínosná;
- aktivita by měla být pravidelná;
- aktivita by se měla odvíjet od možností a schopností seniora s demencí;
- aktivita by měla být časově a finančně přiměřená.

Aktivity pro seniory s demencí by měly být programovány tak, aby se do nich sami mohli spontánně zapojit. Charakter aktivit by měl vycházet z každodenních činností. Tradiční metody koncipování aktivit, tedy výběrem z určité nabídky, je pro tuto cílovou skupinu nevhodné (Zgola, 2003, s. 151).

Aktivizační programy

Klíčovým faktorem těchto programů je jejich sociální hledisko, a to ve smyslu potlačení sociální izolace seniorů. Do popředí zájmu vstupují společné aktivity seniorů, přičemž specifický přístup vyžadují právě senioři s demencí (Průcha, Veteška, 2014, s. 527).

Aktivizační programy pro seniory s demencí v pobytových zařízeních by měly být dle Holczerové a Dvořáčkové (2013, s. 34 – 35) ve znamení celkového procesu plánování sociálních služeb a každý člověk by tak měl dostat příležitost žít způsobem, který mu nejvíce vyhovuje a pokračovat v tom, co je pro něj důležité. Aktivizace seniorů tak musí probíhat uvážlivě a rozumně. Pracovníci, kteří o seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem pečují, by si měli uvědomit hodnotu a význam aktivizačních programů, měli by znát potřeby a přání svých klientů a plně je respektovat.

Vhodné je pracovníky pravidelně školit v technikách aktivizace. Pokud jsou totiž aktivizační programy špatně vedeny, jsou neúčinné a jsou neefektivní či mohou v horším případě dokonce seniorovi ublížit. Je důležité si uvědomit, že aktivita ve stáří dokáže zmobilizovat psychickou a fyzickou stránku osobnosti člověka. Pokud je senior nečinný, v jeho

pokročilém věku se může jednat o počátek jeho úpadku, což má za následek deprese, zrychlí se fyziologické procesy stárnutí a dochází tak postupně k rozpadu osobnosti člověka. Je důležité si uvědomit, že senior má sice právo na odpočinek, ale nikdy by neměl propadnout nečinnosti. Jedinou cestou, jak tyto procesy stárnutí zpomalit, je udržet člověka v aktivitě a brát v potaz jeho možnosti a schopnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 112 – 119).

Programy aktivizace seniorů s demencí lze dle Průchy a Vetešky (2014, s. 27 – 28) členit na základě charakteru morálního (fyzického/náboženského), kulturně – uměleckého (estetického), přírodovědného, zdravotního, pracovně – technologického, turistického či vědomostního.

Aktivitu je nutné časově rozložit, a to na aktivity krátkodobé a aktivity dlouhodobé. Nejdříve je nutné se seniorem navázat kontakt a motivovat jej. Poté je možné jej seznámit s individuálním plánem (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 48).

Všechny metody pro zlepšení kvality života osob s demencí kladou důraz na neverbální komunikaci a přiměřené podněty na všechny smysly. Zdůrazňují individuální přístup k osobě s demencí a skutečnost, že tyto osoby vnímají daleko více, než se pracovníkovi může zdát. Pravidelnost a strukturovanost denního režimu jsou součástí samotné práce o klienta s demencí. Progresí onemocnění dochází ke zhoršení stavu, kdy senioři potřebují co nejvíce individualizovaný režim. V případě, že jednotlivé aktivity klienta zatěžují, přestáváme usilovat a jeho aktivní účast a přizpůsobíme se jeho tempu, potřebám a možnostem (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 138).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V empirické části bakalářské práce se budeme zabývat metodologií výzkumu zaměřeného na aktivizaci seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. V následujících kapitolách praktické části si nejdříve definujeme výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Zaměříme se na volbu výzkumné strategie, metod a technik sběru dat. Popíšeme si volbu výzkumného souboru, průběh vstupu do terénu a zpracování a analýzu dat. Téma jsme si vybrali na základě stále vzrůstajícího počtu seniorů s demencí v české společnosti a s přihlédnutím k faktu, že dosavadní výzkumy se pouze v omezené míře zabývají problematikou aktivizace seniorů s demencí v prostředí domovů se zvláštním režimem.

4.1 Výzkumný problém

Švaříček a Šedřová (2014, s. 22) uvádí, že je důležité přesně definovat výzkumný problém společně se základní výzkumnou otázkou a poté jím hledat vhodnou výzkumnou metodu. Výzkumným problémem našeho zkoumání je aktivizace seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Náš výzkumný problém má deskriptivní charakter, který popisuje Gavora (2010, s. 56) „*Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu.*“

4.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Vzhledem k výzkumnému problému, jsme si stanovili hlavní výzkumný cíl a výzkumné cíle dílčí. Hlavním cílem naší práce je zjistit a popsat, jakým způsobem dle aktivizačních pracovníků probíhá aktivizace seniorů s demencí ve vybraném domově se zvláštním režimem. Také jsme si stanovili dílčí cíle výzkumu:

1. Zjistit a popsat, jaké metody a postupy účastníci volí při aktivizaci seniorů s demencí v domově pro seniory se zvláštním režimem.
2. Zjistit a popsat, co podle účastníků ovlivňuje proces aktivizace u seniorů s demencí v domově pro seniory se zvláštním režimem.
3. Zjistit a popsat, jaké jsou z pohledu účastníků přínosy aktivizace u seniorů s demencí v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Výzkumný problém si definujeme na základě hlavních a dílčích otázek, které dle Švaříčka a Šed'ové (2014, s. 69) „*musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem*“.

Hlavní výzkumná otázka:

Jakým způsobem dle aktivizačních pracovníků probíhá aktivizace seniorů s demencí ve vybraném domově pro seniory se zvláštním režimem?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké metody a postupy volí účastníci při aktivizaci seniorů s demencí žijících v domově pro seniory se zvláštním režimem?
2. Co podle účastníků ovlivňuje proces aktivizace u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory se zvláštním režimem?
3. Jaké jsou podle účastníků přínosy aktivizace u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory se zvláštním režimem?

4.3 Volba výzkumné strategie, metod a technik sběru dat

Pro metodologickou část naší práce jsme si zvolili kvalitativní výzkum a to z důvodu hloubkového šetření poznatků aktivizačních pracovníků. Hendl (2016, s. 47) popisuje kvalitativní výzkum jako dlouhodobý a intenzivní kontakt s terénem.

Ke sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který je náročný na přípravu z důvodu specifikace okruhu otázek, které účastníkům pokládáme a následně doplňujeme v průběhu rozhovoru (Miovský, 2006, s. 159).

Pro polostrukturovaný rozhovor jsme zvolili následující okruh otázek:

1. Jaké metody a postupy volíte při aktivizaci Vašich klientů – seniorů s demencí?
2. Co z Vašeho pohledu ovlivňuje samotný proces aktivizace u seniorů s demencí ve Vašem domově?
3. Jaké jsou podle Vás přínosy aktivizace u seniorů s demencí?

4.4 Volba výzkumného souboru a způsob jeho nasycení

K účelům naší bakalářské práce, jsme si jako účastníky k samotnému výzkumnému šetření zvolili aktivizační pracovníky. Hlavní podmínkou výzkumného vzorku bylo, aby aktivizační pracovníci byli zaměstnání na plný úvazek v domově pro seniory se zvláštním

režimem a jejich činnost byla cílena na seniory s demencí. Byli osloveni všichni přítomní pracovníci ve vybraném domově se zvláštním režimem, kteří splňovali naše kritéria a všichni nám vyšli vstříc i přes komplikovanou situaci související s výskytem onemocnění Covid – 19 ve vybraném domově pro seniory se zvláštním režimem. Výběr participantů byl tedy exhaustivní, nebo – li vyčerpávající.

Výzkumný soubor našeho výzkumu tvoří pět aktivizačních pracovníků, kteří mají ze své praxe zkušenost s aktivizací seniorů s demencí v domově se zvláštním režimem.

OZNAČENÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE V LETECH	MÍSTO ROZHOVORU
B	37	10	Domov pro seniory se zvláštním režimem
E	60	7	Domov pro seniory se zvláštním režimem
H	48	12	Domov pro seniory se zvláštním režimem
J	40	5	Domov pro seniory se zvláštním režimem
M	52	20	Domov pro seniory se zvláštním režimem

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje o participantech (Vlastní výzkum, 2021)

4.5 Vstup do terénu

První fáze vstupu do terénu proběhla v únoru 2021, kdy jsme oslovili vhodné participantky k polostrukturovanému rozhovoru a přitom nám sdělily své sociodemografické údaje.

V druhé fázi proběhly samotné rozhovory, které se uskutečnily osobně a přímo ve vybraném domově pro seniory se zvláštním režimem. Participantky byly v úvodu rozhovoru obeznámeny o etických aspektech výzkumu, tedy o jejich anonymitě a dobrovolnosti účastnit se našeho výzkumu. Všechny zároveň souhlasily s nahráváním našich rozhovorů.

Všechny rozhovory proběhly v průběhu měsíce března 2021 a nyní si popíšeme průběh jednotlivých rozhovorů.

Rozhovor č. 1 – Justýna označena jako J

Polostrukturovaný rozhovor trvající 27 minut s participantkou Justýnou proběhl dne 18.3.2021 ve 13.00 hodin přímo v domově pro seniory se zvláštním režimem, kde je Justýna zaměstnána již 5 let na pozici aktivizační pracovníce. I když zpočátku rozhovoru působila velmi nervózně, postupně došlo k určitému uvolnění a díky doplňujícím otázkám jsme získali cenné informace.

Rozhovor č. 2 – Božena označena jako B

Polostrukturovaný rozhovor s Boženou proběhl dne 18.3.2021 a to ve 14.30 hodin. Participantku Boženu ovlivňovala takřka po celou dobu našeho rozhovoru nervozita. Mluvila rozvázně, pomalu a často docházelo k pomlčkám, kdy se zamýšlela. Velmi dbala na správnou výslovnost slov. Někdy nedokončovala věty a bylo nutné i některou otázku zopakovat. Rozhovor trval 34 minut a byl doplněn dalšími otázkami, díky kterým jsme si mohly více objasnit danou situaci.

Rozhovor č. 3 – Eliška označena jako E

Polostrukturovaný rozhovor s Eliškou proběhl dne 19.3.2021 v 9.00 hodin dopoledne. Rozhovor trval 18 minut a Eliška nepůsobila ani v úvodu rozhovoru nervózním dojmem. Mluvila klidně, vyrovnaně a svižným tempem. Díky své sedmileté praxi na pozici aktivizačního pracovníce nám poskytla zajímavé informace. Rozhovor byl z hlediska našeho výzkumu přínosný.

Rozhovor č. 4 – Marie označena jako M

Polostrukturovaný rozhovor s participantkou Marií proběhl dne 19.3.2021 ve 13.00 hodin a trval 23 minut. Rozhovor byl příjemný, v přátelském duchu a Marie působila uvolněným dojmem. Vzhledem k její dlouholeté praxi nám sdělila zásadní informace a doplňující otázky, nám poskytly ucelený pohled na problematiku. Marie neodbíhala od tématu a mluvila vždy k věci.

Rozhovor č. 5 – Hedvika označena jako H

Polostrukturovaný rozhovor s Hedvikou proběhl 22.3.2021 v 8.30 hodin a trval 37 minut. Participantka Hedvika působila jen z počátku rozhovoru lehce nervózním dojmem, který ale rychle opadl a Hedvika se rozpovídala. Sdělila přínosné informace i díky doplňujícím otázkám. Mluvila rozvážným hlasem, avšak nenuceně a k tématu. Mluvila spíše v delších souvětích.

4.6 Zpracování dat

Jako způsob zpracování dat z polostrukturovaných rozhovorů jsme si zvolili dílčí postupy zakotvené teorie. V zakotvené teorii má způsob zpracování dat své postupy. Nejprve jsme si nahrané polostrukturované rozhovory převedli do psané podoby a řádně okódovali. Použili jsme tak zvané otevřené kódování, které popisují autoři Švaříček a Šedřová (2007, s. 211 – 212) „*Postupujeme tak, že nejprve analyzovaný text (přepsaný rozhovor) rozdělíme na*

jednotky. Jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta, odstavec.“ Následně jsme vzniklé kódy (jednotky) zařadili do kategorií, což autoři Strauss a Corbinová (1999, s. 45) popisují jako „*proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu.*“

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Kapitolou se dostáváme k podstatě našeho výzkumného šetření, které probíhalo od března roku 2021 po začátek dubna roku 2021. Analyzováno bylo 19 stran transkribovaného textu ve formátu A4. Nyní přistoupíme k prezentaci výsledků vzešlých z otevřeného kódování.

5.1 Otevřené kódování a jeho kategorie

Kódování probíhalo, metodou tužka – papír, kdy jsme si rozhovory přepsali do textového souboru word a po vytištění tužkou vpisovali kódy do rozhovorů. V přepsaném textu jsme identifikovali 26 kódů, které jsme následně dle logického a systematického uspořádání zařadili do 5 kategorií. Pro lepší orientaci v přepsaném textu, jsme si označili jména participantek písmeny a to následujícím způsobem:

- Justýna (J)
- Božena (B)
- Eliška (E)
- Marie (M)
- Hedvika (H)

V textu je také za každým označením jména i číslice pro lepší orientaci v rozhovorech. Význam číslice značí odstavce, v nichž daný výrok v textu najdeme.

5.1.1 Nejčastěji používané aktivizační metody

V této kapitole se zaměříme na kategorii nejčastěji používané aktivizační metody v průběhu aktivizace se seniory s demencí. Tato tabulka nám znázorňuje její kódy.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
POHYBOVÉ AKTIVITY	NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ AKTIVIZAČNÍ METODY
VARENÍ A PEČENÍ	
CANISTERAPIE	
REMINISCENCE	
BAZÁLNÍ STIMULACE	
MUZIKOTERAPIE	
KOGNITIVNÍ TRÉNINK	
SPOLEČENSKÉ AKCE	

Tabulka č. 2: Charakteristika kategorie č. 1: Nejčastěji používané aktivizační metody (Vlastní výzkum, 2021)

Prvním kódem v naší kategorii jsou **pohybové aktivity**, které odkazují na široké spektrum pohybových aktivit, které jsou se seniory s demencí v domově se zvláštním režimem realizovány. K tomuto kódu se nám vyjádřili čtyři participantky. První participantka Justýna v našem rozhovoru zmiňuje, že pohybová aktivita u uživatelů seniorského věku s demencí probíhá většinou vsedě a dochází k protahování horní části těla „...*děláme i pohybové aktivity, kde jde hlavně o protahování horní části těla a klient u toho sedí na židli.*“ (J1). I další participantka Božena odkázala na to, že spolu s klienty realizují protahování vsedě kvůli omezenému repertoáru jejich pohybů, přičemž toto probíhá zejména v dopoledních hodinách „*klienti velmi rádi pravidelně cvičí a jde hlavně o skupinovou terapii, která je prováděna v dopoledních hodinách, kdy klienti protahují tělo, ale díky jejich nepohyblivosti je to možné pouze vsedě.*“ (B4) dále popisuje „*Rádi pravidelně cvičí, což je skupinová terapie, kdy každé dopoledne se udělá skupinka a je tam takové protahování těla vsedě...*“ (B4). I participantka Eliška se shodně vyjádřila „...*při aktivizaci těchto klientů hodně využíváme třeba pohybové aktivity, ty děláme hlavně v rámci dopoledních aktivit.*“ dále „*Musíte si uvědomit, že je tu hrozně málo chodících, klienti jsou převážně na vozíčku a pak už samozřejmě už jen ležící. No a tak vypadá i to naše cvičení. Takže sedíme, pohybujeme vrchní částí těla.*“ následně participantka v rozhovoru popisuje pohybové cvičení a jeho průběh „...*třeba když řeknem „dáme nahoru pravou ruku“ nebo „otočíme hlavu doleva“ někdy je pro ně těžké si vlastně uvědomit, třeba i ty strany, musí se zamyslet a i když se vlastně jedná, o pohybové cvičení trénujeme paměť.*“ (E1). Také Hedvika uvádí stejně jako participantka Božena, že pohybové aktivity probíhají v rámci dopoledních společných aktivit a jsou přizpůsobeny zdravotnímu stavu seniora s demencí „...*využívám společné cvičení, to hlavně v rámci dopoledních aktivit. Klient si zacvičí a to cvičení je přizpůsobeno jeho zdravotnímu stavu. Jde hlavně o lehké kondiční cvičení prováděné na židli, a když je dobré počasí máme i v rámci aktivizace vycházky po zahradě...*“ (H3).

Dalším kódem, který nám vzešel z kategorie nejčastěji využívané aktivizační metody je **vaření a pečení**, k čemuž se nám v rozhovorech vyjádřili čtyři participantky. Tato aktivita je mezi seniory s demencí velmi oblíbená, jak nám popisuje participantka Justýna „*často vaříme*“ (J1) dále „...*našim seniorům se nejvíc líbí asi vaření, kdy se zapojují třeba do přípravy těsta...*“ (J3). Výpověď participantky Boženy se shoduje s Justýnou, která doplňuje „...*také rádi pečou, protože potom ví, že si to všechno můžou sníst.*“ (B4). Avšak Eliška ještě zmiňuje, že vaření a pečení je velice důležitým aspektem pro nácvik jemné motoriky klienta „*No a ještě strašně rádi vaříme. Máme tu hlavně babičky, a co si budeme povídat, babičky*

prostě vaření zbožňují. A co vaření, ale co teprve pečení. Jako nemůžete si představit, že děláme vepřo knedlo zelo, ale takové palačinky, bramboráky. Babičky spíš váží, míchají, hodně krájí, tím si vlastně cvičí jemnou motoriku.“ (E2). I Marie se vyjadřuje v souvislosti s vařením a pečením o nácviku jemné motoriky „...nácvik úchopu u pečení a vaření...“ (M1) dále „*klienti se rádi účastní pečení a vaření...*“ (M2).

Třetím kódem v této kategorii je metoda **canisterapie**. Participantky se shodují, že zejména u klientů s hlubokou demencí je oblíbená zooterapie formou canisterapie, na niž se klienti vždy velmi těší. Justýna popisuje „*A ta canisterapie to je přínos i u těch hodně dementních.*“ (J2). Eliška také zmiňuje, že canisterapie má u klientů úspěch „*A ještě bych zmínila tu canisterapii, tu mají klienti taky hodně rádi, hlavně ti, u kterých už je ta demence hodně hluboká, tak s těma pejskama se jim úplně rozzáří oči*“ (E2). Také Hedvika zmiňuje oblíbenost této metody u seniorů s demencí „*Pro klienty je zajištěna canisterapie. Na tuto aktivizaci se klienti vždycky velmi těší.*“ (H3).

Dalším kódem v kategorii je využití metody **reminiscence**. Ke kódu se nám vyjádřili všechny participantky a shledávají ji u seniorů s demencí velmi zásadní. Justýna zmiňuje „*Často děláme reminiscenci. To je vlastně seznámení se s životním příběhem seniora a pak využívání toho příběhu při jeho aktivizaci.*“ (J1). Eliška se zmiňuje o četnosti reminiscence „*...hodně i používáme třeba reminiscenční terapii.*“ (E1). Participantka Marie je stejného názoru jako Eliška. „*No využíváme hlavně reminiscenci.*“ (M1). Božena podrobněji popisuje i průběh metody „*Reminiscenci používáme velice často, není to teda konkrétně, třeba s fotografiemi klientů, pokud je nemají když je mají tak samozřejmě, že bychom použily nějaký kufřík, kde by jsme si sehnali prostě takové ty věci, které klientům připomínají jejich mládí, dětství a ten kufřík bychom jim vlastně ukazovali a říkali si k čemu to kdysi sloužilo, na co to bylo, aby se vlastně vrátili do té své minulosti, aby měli takový ten pocit toho, takové nějaké bezpečí, jistoty a spokojenosti, který vlastně ta reminiscence přináší celkově.*“ (B10). I participantka Hedvika uvádí časté využívání reminiscence při práci s klienty „*Ve své práci s klienty využívám reminiscenční terapii, při které se mu vybavují vzpomínky a vědomosti, uchované vlastně v dlouhodobé paměti. Oni rádi vypráví o svém dětství a mládí.*“ (H1).

Pátým kódem v této kategorii je metoda **bazální stimulace**. Participantky se shodli na náročnosti této metody, která dle jejich slov spíše spadá pod rehabilitaci, avšak přes náročnost metody jej provádí i někteří aktivizační pracovníci. Marie zmiňuje „*No, využíváme hlavně bazální stimulaci...*“ (M1). Justýna popisuje náročnost využívání této metody „*...u nich je to hlavní bazální stimulace, ale to je teda dost náročné, dělají to asi jen*

dvě kolegyně, jinak pak rehabilitační pracovníci, to je opravdu složitá věc.“ (J2). Božena popisuje *„Bazální stimulace je více méně rehabilitační věc, kterou by měl provádět rehabilitační pracovník, ale některé mé aktivizační kolegyně jsou v této věci zaškoleni, bohužel jenom lehce, protože to je opravdu běh na dlouhou trať...měli jsme tady klienta, který byl ve vigilním kómatu, nebo klientku, která opravdu nedokázala reagovat na nic jenom právě na tu haptiku, na ten dotyk u té aktivizační pracovnice, tak ona to vlastně využívala a byly tam velké pokroky a klienti na to velice dobře reagují.*“ (B11).

Dalším zásadním kódem, který nám vyšel v první kategorii je metoda **muzikoterapie**, kterou uvádějí všechny oslovené participantky. Justýna zmiňuje časté zařazování muzikoterapie *„Hodně zařazujeme třeba muzikoterapii, zpíváme si známé lidové písně...“* (J1) dále popisuje i vhodnost uvedené metody u seniorů s demencí *„u seniorů s demencí je velmi vhodná muzikoterapie“* (J2). Participantka Božena uvádí oblíbenost muzikoterapie mezi seniory s demencí *„...rádi klienti zpívají...“* (B4) dále *„...muzikoterapie, to klienti velice dobře snáší, mají rádi a i klienti, kteří třeba i se zdají, že nekomunikují, tak právě díky té hudbě dokážou navázat ne komunikaci, ale nějakou verbální i neverbální akci, která třeba u toho klienta normálně vůbec není.*“ (B11). Další participantkou, která zmiňuje muzikoterapii jako velmi oblíbenou metodu u seniorů s demencí je Eliška *„Co se jim líbí nejvíc? Já osobně si myslím, že milují tu hudbu, teda jako muzikoterapii. Jedna kolegyně z rehabilitace hraje na harmoniku, a když jí to vyjde, přijde nám zahrát. A když takhle sedíme v tom kroužku, hraje harmonika, zpívá se, to mají všichni perfektní náladu, fakt. Opravdu to bývá moc hezké. Jako my si zazpíváme samozřejmě i bez nástroje, ale s tou harmonikou to má takové kouzlo. A těm teda už spíše ležícím klientům, tam jde o pouštění hudby z rádia, ale i těm se to líbí, je to na nich vidět.*“ (E2). Participantka Marie zmiňuje *„No využíváme hlavně muzikoterapii...dechové cvičení pomocí zpěvu...“* (M1). Marie také uvádí využívání metody muzikoterapii v rámci společenských akcí *„...i ty společenské akce s muzikou, tancem i zpěvem...“* (M2). I Hedvika uvádí, že muzikoterapie je pro seniory s demencí velmi vhodnou aktivitou *„...využívám hudební aktivity, ty jsou pro seniory s demencí velice vhodné, obzvlášť proto, že známé melodie a texty písní mají uložené v dlouhodobé paměti. Takže hlavně zpíváme a posloucháme lidovky.*“ dále *„Mezi nejoblíbenější aktivity patří hlavně muzikoterapie...“* (H3).

Sedmým kódem v kategorii nejčastěji využívaných aktivizačních metod je **kognitivní trénink**, který popisují čtyři participantky. Všechny se shodly na tom, že kognitivní trénink je u seniorů s demencí velmi zásadní a oblíbený. Zároveň nabízí spoustu možností, díky

nimž jej lze provádět. Justýna popisuje i různé činnosti, při kterých lze paměť trénovat „...děláme taky hodně kognitivní tréninky. A tady máme spoustu možností, třeba hádanky, doplňovačky, různé tabulky, křížovky, ale třeba i pexeso nebo společenské hry, klidně i člověče nezlob se. Paměť jde trénovat různě, například používáme takové obrázky na půl. Seniorovi ukážu půlku třeba jablka a on hádá co to je, nebo mi hledá druhou půlku obrázku a tak no. Zdá se to být vlastně hrozně jednoduché, ale pro lidi s demencí to prostě jednoduché není. Stačí si vzít obyčejný tácek a na něj třeba poskládat pár věcí, které každý zná a těch možností je fakt hodně, buď si tam dám třeba jen čtyři věci a jednu odstraním a klienti zkouší hádat, co zmizelo, nebo tam dám věci, které k sobě jasně patří, kartáček a zubní pasta a ještě přidám třeba jednu dvojici a klienti musí právě dávat ty dvojice dohromady. Prostě trénovat tu paměť, to je v případě demence bych řekla dost zásadní.“ (J1). Participantka Božena popisuje kognitivní trénink v souvislosti s používáním tabletu „Jsou to takzvané Sen tably, klienti s demencí, když mají ten stupeň demence, ne úplně závažný, tak velice dobře s tím pracují, protože tam jsou různé trénování paměti a cvičení, osmisměrky, pexesa a podobně a to se klientům velice líbí, takže rádi s tímto pracují.“ (B3) dále „Velice často se opakují paměťová cvičení u klientů, rádi si říkají různé říkanky nebo doplňovačky.“ (B4). I další participantka Eliška uvádí časté zařazování kognitivního tréninku a zmiňuje i spojitost s pohybovou aktivitou „Ale i to je důležitý, třeba když řeknem: dáme nahoru pravou ruku nebo otočíme hlavu doleva, někdy je pro ně těžké si vlastně uvědomit třeba i ty strany, musí se zamyslet a i když se vlastně jedná o pohybové cvičení, trénujeme paměť.“ dále „...hodně používáme i třeba...kognitivní trénink...“ (E1). Hedvika souhlasí zejména s Justýnou v tom, že kognitivní trénink je velmi všestranný „Zařazuji, ale i trénování kognitivních funkcí, třeba hádanky, doplňovačky, křížovky, puzzle, člověče nezlob se, 3D kostky, práci s tabletem a spoustu dalších. To trénování paměti je zásadní, snažím se klást důraz třeba na svátky, počasí nebo roční období. Klienti hodně vzpomínají na svátky v dětství a mládí, lépe se orientují v čase, případně co se týká trénování paměti, často zařazuju hru se slovy, popis předmětů, vyprávění příběhů. Klienti se u toho dobře baví, smějí se.“ (H2).

Posledním kódem v první kategorii jsou **společenské akce**, které u klientů vyvolávají pozitivní reakce a patří k oblíbeným. Eliška zmiňuje „Když do aktivizace zahrneme i třeba různé vystoupení, které u nás bývaly docela často, třeba přijela nějaká cimbálovka, chodily k nám vystupovat pravidelně i děti z mateřské školky, to mívali klienti moc rádi a toto všechno vlastně teď není, no je to škoda.“ (E3). Marie uvádí „No využíváme hlavně...různé společenské akce...“ (M1). Na otázku: která metoda se seniorům s demencí líbí nejvíce,

Marie odpovídá „...i ty společenské akce s muzikou, tancem i zpěvem, když nás navštíví nějaká ta kapela, to mají rádi...“ (M2). Participantka Hedvika je stejného názoru a zmiňuje oblíbenost společenských akcí „Velkou oblibu také sklízí různé společenské akce jako třeba plesy a besídky.“ (H3).

5.1.2 Faktory ovlivňující aktivizaci seniorů s demencí

V této kapitole se zaměříme na kategorii faktory ovlivňující aktivizaci seniorů s demencí. Tato tabulka nám znázorňuje její kódy.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
STUPEŇ DEMENCE	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ AKTIVIZACI SENIORŮ S DEMENCÍ
RODINNÉ VAZBY U SENIORA S DEMENCÍ	
ZNALOST KLIENTA	
EMPATICKÝ PŘÍSTUP K SENIOROVI S DEMENCÍ	
AKTUÁLNÍ ROZPOLOŽENÍ SENIORA S DEMENCÍ	
POČET AKTIVIZAČNÍCH PRACOVNÍKŮ	

Tabulka č. 3: Charakteristika kategorie č. 2: Faktory ovlivňující aktivizaci seniorů s demencí (Vlastní výzkum, 2021)

Prvním kódem v této kategorii je **stupeň demence**. Participantka Justýna uvádí, že se jedná o velmi důležitý faktor ovlivňující aktivizaci „No u těchto klientů samozřejmě hodně záleží na tom stupni demence.“ (J1) s čímž souhlasí i participantka Božena „I podle toho vlastně se ovlivňuje stupeň aktuální té demence třeba...“ (B5). Hedvika se také zmiňuje o mentálním stavu klienta „Dle mého názoru ten samotný proces aktivizace ovlivňuje u našich seniorů fyzický a mentální stav klienta.“ (H6).

Dalším kódem jsou **rodinné vazby u seniora s demencí**, k němuž se nám vyjádřila také většina participantek. Božena zmiňuje „Když k nám klient nastoupí a je víceméně izolovaný od společnosti, nemá kontakt s rodinou tak velký nebo s lidmi, což se občas stává, tak ten stav té demence je o to horší.“ (B7). Také participantka Justýna zmiňuje vliv rodiny na samotný proces aktivizačního procesu, který může být nejen pozitivní, ale i negativní. Zmiňuje příběh klientova života, který má vytvořit rodina seniora s demencí při příchodu do domova pro seniory se zvláštním režimem. Z uvedeného příběhu poté mohou čerpat informace i aktivizační pracovníci, aby rychleji zjistili, jak s klientem správně aktivizovat. Uvádí „Když se k nám dostane někdo třeba už v těch posledních fázích, tak nevíme, co

předcházelo, rodina nám sice píše příběh jeho života, ale někdy je to velmi strohé, z toho prostě nic nepoznáme, tak nám pak i dlouho trvá, než třeba přijdeme na to, jak s ním pracovat.“ (J2). Eliška zmiňuje „*No myslím, že třeba i rodina na to má velký vliv, třeba teď hodně v té covidové době, jak byl u nás v domově zákaz návštěv, to někteří klienti opravdu těžko nesli. Byli smutní, někteří totiž byli zvyklí na návštěvu třeba i každý den, a když najednou ty své blízké neviděli několik měsíců, bylo to fakt náročné. Byli víc deprimovaní, přestávali mít vůbec chuť se zapojovat do aktivit. Oni se totiž i rádi pochlubí, že něco vyrobili a takto nebylo komu.*“ (E3). Marie je téhož názoru jako Eliška, pokud rodina seniora s demencí navštěvuje, má to i na samotnou aktivizaci pozitivní vliv a naopak. Z uvedeného nám vyplývá, že kód rodinné vazby u seniora s demencí úzce souvisí i s dalším kódem v této kategorii, a to s aktuálním rozpořením klienta. Participantka Marie popisuje „*No a pak taky rodina, pokud je navštěvuje často, má to dobrý vliv na ně, ten senior o rodině často mluví, ale my to taky vidíme, že za ním ta rodina třeba nechodí, je to pro ně taky smutné a demotivující.*“ (M3) dále „*I ta rodina je spokojená a klidnější, když vidí zlepšení klienta.*“ (M4).

Dalším kódem v kategorii faktorů ovlivňujících aktivizaci u seniorů s demencí je **znalost klienta**. Participantky považují za důležité znát klienta, aby byly schopné vést aktivizaci k jeho užitku. Justýna se zmiňuje o znalosti klienta v rámci četby knih „*... četbu knih, to mají obzvláště ti hodně vzdělaní, myslím, když jsou to lidi s několika tituly, tak ta četba, to jim dělá dobře, zase z předchozího života víme, co měl ten klient rád, a dokážeme odhadnout, co konkrétně číst, ale můžu vám říct, některým klientům čtu i pohádky, oni se vlastně vracejí k tomu dětství.*“ dále uvádí „*Ono je i lepší, když k nám přijde klient s nižším stupněm demence, brzy zjistíme, co mu dělá dobře, ještě si třeba sám řekne, víme, co ho baví, a pak jak se ten stav zhoršuje, tak už víme, co měl rád, jak s ním pracovat, aby mu to dělalo dobře.*“ (J2). S tímto souhlasí i participantka Eliška, která popisuje „*Proto třeba musíme klienty dobře znát, ono to taky chvilku trvá, když k nám přijde nový klient a než vůbec zjistíme, co zvládne, co ho baví a dělá mu dobře.*“ dále „*No a my musíme odhadnout prostě, který klient, jak moc obtížné zvládne.*“ (E4). Marie také zmiňuje „*Musíte vědět, co který klient zvládne, prostě nedávat jim za úkol něco, co je nad jejich limit...*“ dále „*Je taky rozdíl, když je tu někdo deset let známe ho, víme, co měl rád, co ho bavilo a co ne. Je to potom pro nás jednodušší, než když přijde někdo, třeba i ve zbědovaném stavu, už nekomunikuje, pak je těžký to zjišťovat.*“ (M1).

Čtvrtým kódem je *empatický přístup k seniorovi s demencí*, který také velmi ovlivňuje aktivizaci a shoduje se na tom většina participantek. Justýna popisuje „...*hodně si povídáme. To je důležité mluvit s nimi. Ty naše činnosti by měly probíhat přirozeně, nenuceně, prostě v klidném prostředí.*“ dále zmiňuje „*Snažím se mluvit klidným hlasem, pomalu, zřetelně, aby mi rozuměli, často třeba musím otázku i zopakovat.*“ (J1). Justýna zdůrazňuje, že v případě aktivizace seniorů s demencí je důležitý hlavně individuální přístup a empatie „*Prostě jde o individuální přístup, naslouchání potřeb toho klienta, brát ho prostě takového jaký je.*“ (J2) dále „*Každopádně asi i zájem toho samotného pracovníka ke klientovi, když má pocit, že se do něj dokážete vcítit, důležitá je opravdu empatie, pokud mu umíte naslouchat, projevíte o něj zájem...na seniory s demencí nesmíte spěchat, všechno chce prostě svůj čas...*“ (J5). S individuálním přístupem k seniorům s demencí se ztotožňuje i participantka Božena „*Metody a postupy jsou různé u všech klientů, protože demence je specifické onemocnění a každý klient na svoji aktivizaci přistupuje nebo k ní je potřeba přistupovat úplně individuálně...*“ (B1) dále uvádí „...*když k nám ten člověk nastoupí a aktivizační pracovnice se mu začne věnovat, zjistí, co konkrétně z aktivizace má rád...*“ (B7). Eliška vyzdvihuje důležitost komunikace v přístupu ke klientovi „...*vůbec samotná komunikace, ta je moc důležitá.*“ (E2). Eliška dále upozorňuje na nepřeceňování sil seniora s demencí „*Kdybychom po nich chtěly třeba něco, co on vlastně nemůže zvládnout, akorád bychom ho víc deprimovaly, na to je potřeba fakt dávat pozor.*“ (E4) a také klade důraz na individuální přístup „*Je opravdu zapotřebí, brát hlavně zřetel na obrovské individuální rozdíly u těch klientů.*“ (E3). Hedvika popisuje „*Jako pro zvolení vhodné aktivizační metody je potřeba brát v úvahu věk a zdravotní stav klienta. Ta samotná aktivizační činnost, by měla být pro klienta přínosná a hlavně by z ní měl mít dobrý pocit.*“ (H1) dále „*Prostě záleží i na povaze klienta. Někdo rád zpívá, někdo má rád klidnou procházku, někdo dává přednost kreslení, háčkování.*“ (H3).

Dalším kódem v kategorii je *aktuální rozpoložení seniora s demencí*, což může dle participantek také významně ovlivnit proces aktivizace. K uvedenému kódu se nám vyjádřila Božena, která zmiňuje, že i přes množství různých faktorů, je pro ni aktuální rozpoložení seniora s demencí zásadní faktor, který aktivizaci ovlivňuje „*Určitě rozpoložení toho člověka v ten den, protože je různých a hodně faktorů, které ovlivňují toho klienta. Od počasí až po to, jakou měl třeba noc ten klient, jestli je třeba dobře vyspaný nebo není.*“ dále „...*v ten moment rozpoložení toho člověka...*“ (B5) dále „*Takže ten proces aktivizace ovlivňuje hlavně vlastně rozpoložení toho člověka v ten den.*“ (B6). S názorem Boženy se ztotožňuje

i participantka Eliška „*Tak tu samotnou aktivizaci ovlivňuje hlavně psychický a fyzický stav toho klienta.*“ dále „*Jejich aktuální nálady a tak.*“ (E3). Hedvika považuje také aktuální rozpoložení klienta za důležitý faktor ovlivňující aktivizaci „*Záleží i na momentální náladě klienta, zda se klient koupal, někdy se klient necítí dobře nebo špatně spal.*“ (H6).

Posledním kódem v této kategorii je **počet aktivizačních pracovníků**, který zmiňují tři participantky a shodují se na malém počtu aktivizačních pracovníků. Justýna uvádí „*A taky bych teda zmínila náš počet, myslím, že by nás mělo být víc, každá máme na starosti jedno oddělení a kolikrát je to fakt náročné...*“ (J5). Marie má stejný názor a také popisuje nedostatečný počet aktivizačních pracovníků „*Tak to asi hlavně počet personálu, myslím, že je nás dost málo. Máme tu nějakých dvěstědvacet klientů na sedmi odděleních, to máme třeba třicet klientů a každá máme na starosti jedno oddělení, to si myslím, že je fakt průšvih, je fakt nereálné stihnout aktivizaci se všemi klienty v jeden den.*“ dále „*Prostě myslím, že kdyby nás bylo víc, třeba na každou max deset lidí, byla by to paráda.*“ (M3) dále participantka zmiňuje „*...a když se vrátím k tomu našemu počtu, kdyby nás bylo více a mohli bychom se třeba střídat i o víkend, určitě by jim to udělalo radost. No říkám no, je nás málo...*“ (M4). Hedvika sdílí jejich názor o nízkém počtu aktivizačních pracovníků, kteří nestíhají každý den aktivizaci se všemi klienty „*Prostě klientů je hodně a nás je málo, pečovatelky nemají moc čas s nimi dělat něco v rámci zabavení. Mám na starosti skoro třicet klientů a nestihnu prostě pracovat každý den se všemi, to je kámen úrazu hodně.*“ (H5).

5.1.3 Průběh aktivizace u seniorů s demencí

V kapitole se zaměříme na kategorii s názvem průběh aktivizace u seniorů s demencí. Tato tabulka nám znázorňuje její kódy.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
AKTIVIZACE NA PŘÁNÍ	PRŮBĚH AKTIVIZACE U SENIORŮ S DEMENCÍ
SKUPINOVÁ DOPolední AKTIVIZACE	
INDIVIDUÁLNÍ ODPOLEDNE	
AKTIVIZACE JEN V PRACOVNÍ DNY	

Tabulka č. 4: Charakteristika kategorie č. 3: Průběh aktivizace u seniorů s demencí (Vlastní výzkum, 2021)

Prvním kódem naší třetí kategorie je **aktivizace na přání**, kterou zmiňují tři participantky. Justýna popisuje „*Je důležité se s nimi domluvit, co chtějí dělat a snažit se pomoci a přizpůsobit se všem.*“ dále „*Metody se prostě snažím vždycky vybrat tak, aby je to zaujalo a*

bavilo.“ (J1) také zmiňuje i to, že oblíbenost aktivizačních metod vychází také z jejich života a je zcela přirozené, že každého seniora s demencí baví něco jiného „...aktivizace musí být vybrána na základě jeho potřeb, přání a oblíbených aktivit, ono ty vychází třeba všechno i z jejich života, ale to je myslím přirozené, že každého baví prostě něco jiného...“ (J3). Také participantka Božena uvádí snahu nabídnout klientovi jeho oblíbenou činnost „...vedeme rozhovory s klienty o tom, jakou aktivizaci by si konkrétně přáli, a v případě, že jim tu aktivizaci můžeme nabídnout, je postavíme, jim postavíme určitou strukturu a harmonogram aktivizací, které s nimi budeme provádět.“ (B1) dále popisuje „...snažíme se to přizpůsobit podle toho, co si ten klient přeje ten den...tak se snažíme to naplánovat tak, aby v průběhu toho dne ta aktivita toho člověka, kterou si konkrétně přeje, byla naplněna.“ (B2). Participantka Hedvika zdůrazňuje zejména individualitu klientů a proto se snaží vyjít jim vstříc s nabídkou aktivizačních činností „společně sedíme a každý tvoří něco jiného, můžeme si u toho zazpívat, snažíme se každému vyjít vstříc, protože každý má rád něco jiného, tak at' je každý spokojený a má z činnosti radost.“ (H4).

Dalším kódem v kategorii je **skupinová dopolední aktivizace**, o kterém hovoří čtyři participantky a všechny shodně popisují, že v dopoledních hodinách probíhají kolektivní aktivizace s více klienty najednou. Justýna zmiňuje „U nás v domově to probíhá tak, že dopoledne se věnujeme společným aktivitám s více klienty najednou...“ dále popisuje, že v rámci společného dopoledne, ale nemusí zákonitě dělat všichni klienti stejnou činnost „...ráno jsou ty společné, ale to třeba neznamená, že všichni klienti dělají to stejné. Sejde se mi pohromadě třeba patnáct klientů, a dle nálady zvolíme, co budeme vlastně dělat.“ (J1). Božena zmiňuje společné dopoledne v souvislosti s pohybovými aktivitami „...cvičí, což je skupinová terapie, kdy každé dopoledne se udělá skupinka...“ (B4). I participantka Eliška potvrzuje společně strávené dopoledne s více klienty pohromadě „...ty děláme hlavně v rámci dopoledních aktivit. Dopoledne se totiž vždycky nebo většinou...snažíme se prostě zapojit, co nejvíce klientů. Takže vymýšlíme společné dopolední programy a vypadá to tak, že se prostě po snídani a hygieně klientů sejdeme, většinou ve společenské místnosti na oddělení a pracujeme.“ (E1). Hedvika potvrzuje „Tak vždycky dopoledne bývají společné, chceme zapojit co nejvíce klientů...“ (H4).

Třetím kódem, který nám navazuje na kód předchozí je **individuální odpoledne**, které popisuje participantka Justýna „No a po obědě v odpoledních hodinách se snažíme dělat hlavně ty individuálky...“ a zmiňuje, že individuální aktivizaci provádí zejména se seniory s vyšším stupněm demence „...obcházíme hlavně ty s horší demencí...“ (J2). Participantka

Hedvika individuální aktivizace během odpoledních hodin také potvrzuje a stejně jako Justýna popisuje, že v rámci individuálních aktivizací pracují zejména s klienty s vyšším stupněm demence „...a odpoledne děláme individuální aktivizaci, obcházíme si ty pokoje s klienty většinou již v posledním stádiu demence a aktivizujeme s nimi. Oni už nejsou schopni se vysadit, dopolední programy jsou pro ně bohužel pasé...proto se odpoledne věnujeme těm individuálním aktivizacím s jednotlivými klienty.“ (H4).

Posledním kódem kategorie je **aktivizace jen v pracovní dny**. Zmiňuje ji participantka Marie v návaznosti na počet aktivizačních pracovníků „...je fakt nereálné stihnout aktivizaci se všemi klienty v jeden den, o víkendu pak tu vůbec nejsme.“ (M3) dále „Klienti se na nás i těší, což nám dělá radost, říkají, že o víkendu je to takové smutné. Když nemají návštěvu, my nejsme v práci, takže žádné aktivity neprobíhají. Prostě ty víkendy jsou pro ně smutnější.“ (M4). Hedvika také spatřuje nevýhodu v tom, že o víkendu aktivizace vůbec neprobíhají „...a ještě teda zmíním, že aktivizace probíhají jen v týdnu, v pracovní dny, o víkendu tu bohužel nejsme, což hodně klientů bere smutně. Vždycky nám vyprávějí v pondělí, že se na nás těšili.“ (H5).

5.1.4 Vliv aktivizace na seniora s demencí

V kapitole se zaměříme na kategorii vliv aktivizace na seniora s demencí. Tato tabulka nám znázorňuje její kódy.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
PODPORA ŽIVOTNÍHO OPTIMISMU U KLIENTŮ	VLIV AKTIVIZACE NA SENIORA S DEMENCÍ
UDRŽENÍ DOSAVADNÍHO STAVU	
ZLEPŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU SENIORA S DEMENCÍ	
NÁPLŇ VOLNÉHO ČASU	

Tabulka č. 5: Charakteristika kategorie č. 4: Vliv aktivizace na seniora s demencí (Vlastní výzkum, 2021)

Do čtvrté kategorie byl jako první zařazen kód **podpora životního optimismu u klientů**, k němuž se nám vyjádřily tři participantky. Justýna popisuje, jak je důležité zajistit seniorovi s demencí podporu životního optimismu „...je to prostě těžké pro toho člověka, který byl schopný, soběstačný a najednou sám vidí a cítí, že to přestává zvládat, potom i ten přechod z domova do ústavní péče, k nám, někteří přicházejí fakt hodně deprimovaní a na nás je, abychom je vrátily trochu zpět, abychom jim pomohly ten život ještě si trochu užít...vrátit jim optimismus.“ (J4). Participantka Eliška zmiňuje dobrou náladu seniorů s demencí, kterou

mají díky aktivizaci a dále popisuje „*Přínosy, no hlavně udržení si dosavadních schopností a znalostí. Oni prostě potřebují, aby byl jejich život smysluplný, i když už prostě nejsou tak vitální jako dřív. Naším cílem je pomáhat jim zachovat si pocit vlastní důstojnosti, radosti, prostě uspokojení a naplnění důstojného prožívání stáří.*“ (E4). Hedvika zmiňuje „*Klienti jsou veselejší jako by u společných, samozřejmě i individuálních činností ožili.*“ (H8).

Druhým kódem je **udržení dosavadního stavu**, který považuje za zásadní většina oslovených participantek. Justýna zmiňuje „*...udržet si soběstačnost co nejdéle...*“ dále popisuje i důležitost tréninku sebeobsluhy, který má také velký vliv na udržení stavu seniora s demencí co nejdéle „*Prostě děláme hodně i takové ty věci, týkající se sebeobsluhy, trénujeme úchopy při jídle, to se dá taky vlastně zahrnout do aktivizace. Jde o to, udržet ten stav, co nejdéle to jde.*“ (J4). Participantka Eliška uvádí „*...hlavně udržení si dosavadních schopností a znalostí.*“ (E4). Marie má stejný názor „*...snažit se udržet jejich stav co nejdéle...*“ (M1). I Hedvika zmiňuje, že velkým přínosem aktivizace je udržení dosavadního stavu seniora s demencí „*Přínosem aktivizace seniorů v našem domově je zachování současné soběstačnosti, navození radosti, uspokojení z toho, že ještě něco zvládnou. Pocit vlastní důstojnosti, psychickou podporu při komunikaci.*“ dále „*Déle si udrží vyjadřovací schopnost a udržuje si případnou, ale i částečnou sebeobsluhu déle.*“ (H7).

Dalším kódem v kategorii vliv aktivizace na seniora s demencí je **zlepšení zdravotního stavu seniora s demencí**. Čtyři participanty uvádějí, že po pravidelné aktivizaci dochází k viditelnému zlepšení stavu seniora s demencí. Justýna popisuje, že pro zlepšení klientova stavu je velmi důležitá i psychická pohoda seniora „*I u těch s horším stupněm demence je důležitá psychická pohoda, důvěra v toho pracovníka, adaptace. Potom to i poznáme, díky tomu mini mental testu, že je klient třeba v lepší kondici, než když k nám třeba přišel.*“ (J7). Participantka Božena popisuje „*Největším přínosem aktivizace u seniorů s demencí je to, že vidíme, že třeba ten stav té demence je setrvalý a občas dojde i k tomu, že ten stav se zlepší.*“ dále popisuje mini mental test, díky kterému je možnost zjistit zlepšení zdravotního stavu seniora s demencí „*...když k nám ten člověk nastoupí a aktivizační pracovnice se mu začne věnovat, zjistí, co konkrétně z aktivizace má rád, vlastně to s ním dělá pravidelně, tak u toho člověka velice často vidíme potom zlepšení toho stavu. To vlastně poznáme tím, že u klientů pravidelně provádíme mini mental test a opravdu tam to zlepšení bývá. Mini mental test je takové vyšetření, kdy zjišťujeme vlastně kapacitu toho mozku nebo jak člověk dokáže vnímat a zvládat některé úkoly, které s ním aktivizační pracovnice provádí.*“ (B7) dále zmiňuje „*...to klienti velice dobře snáší, mají rádi a i klienti, kteří třeba i se zdají, že nekomunikují,*

tak právě...dokážou navázat ne komunikaci, ale nějakou verbální i neverbální akci, která třeba u toho klienta normálně vůbec není.“ (B11). Marie popisuje „*Přínosy jsou pro klienty velké, protože klient, který je odloučen od rodiny dokáže díky aktivizaci myslet pozitivně, cítí se šťastně...*“ dále „*Někdy se třeba podaří rozmluvit klienty, kteří málo mluví díky diagnóze.*“ dále uvádí i zlepšení hybnosti klienta „*...díky cvičení se klienti zlepšili v hybnosti. I ta rodina je spokojená a klidnější, když vidí zlepšení klienta.*“ (M4). Participantka Hedvika uvádí „*Klient se zlepšuje po psychické stránce, netrpí tolik osamělostí, může si s někým popovídat.*“ (H7).

Posledním kódem v kategorii je ***náplň volného času***, který zmiňují tři participantky. Justýna popisuje, že senioři s demencí spolu tráví volný čas i mimo aktivizaci a být ve společnosti jim prospívá „*Senior je prostě rád ve společnosti, i když třeba jen druhých seniorů, oni spolu hrozně rádi komunikují, někteří se třeba i schází venku na zahradě, u kantýny, na cigárko, ono když je člověk sám, je to fakt smutné a takto i když je tam ta demence oni si fakt dobře pokecají a myslím, že je to taky udržuje, že na to nejsou sami, všichni jsou vlastně na jedné lodi a máme tu třeba i klientky, které se spolu pravidelně schází na společenské hry a baví je to. Prospívá jim to.*“ (J6). Marie zmiňuje „*Přínosy jsou pro klienty velké, protože klient, který je odloučen od rodiny dokáže díky aktivizaci myslet pozitivně, cítí se šťastně a vyplní své volné chvíle.*“ (M4). I participantka Hedvika popisuje v návaznosti na aktivizační procesy i smysluplné trávení volného času, které seniorům s demencí prospívá „*Aktivizace mu prostě přináší smysluplné trávení volného času a pomáhá mu rozdělit den na jednotlivé úseky, podobně třeba jako jídlo.*“ (H8).

5.1.5 Pozice aktivizačního pracovníka

V kapitole se zaměříme na kategorii nazvanou pozice aktivizačního pracovníka. Tato tabulka nám znázorňuje její kódy.

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
PODPORA VEDENÍ	POZICE AKTIVIZAČNÍHO PRACOVNÍKA
VZDĚLÁVÁNÍ	
MOTIVACE SENIORA S DEMENCÍ	

Tabulka č. 6: Charakteristika kategorie č. 5: Pozice aktivizačního pracovníka (Vlastní výzkum, 2021)

Poslední kategorií v našem výzkumném šetření je pozice aktivizačního pracovníka, která byla nasycena kódem ***podpora vedení***, kterou popisují dvě oslovené participantky, zejména v souvislosti s možností dalšího vzdělávání v rámci aktivizace. Marie popisuje „*Určitě*

v tomto máme i velkou podporu ze strany vedení domova. Podporuje nás, co se týče dalších školení.“ (M5). Její názor potvrzuje i Hedvika „...ohledně vzdělávání máme velkou oporu ve vedení našeho domova, v podstatě si můžeme vybrat dle svého uvážení...“ (H9).

Druhým kódem, který nám z kategorie vzešel je **vzdělávání**, k němuž se nám vyjádřili tři participantky. Božena na otázku, jak přicházejí na nové metody a poznatky ohledně aktivizace seniorů s demencí popisuje „Pravidelně se vzděláváme, každý rok bychom měly prodělat čtyřicet osm hodin školení. Ten výběr je víceméně na nás, záleží podle toho, jestli máme zájem spíš o nějakou rukodělnou práci naučit se víc nebo třeba jít do té hloubky té psychiky toho člověka v rámci rozvoje. Prostě jsou to různé aktivity, například poslední, kterou jsme si přály, bylo tancování s handicapovanými klienty na invalidním vozíku. Toto školení zatím bohužel nebylo úplně nalezeno, ale hned jak bude, tak určitě rádi tuto příležitost vyzkoušíme, využijeme a necháme se zaškolit. Jinak často bývají různé terapeutické cvičení...“ (B8). I Marie potvrzuje pravidelné vzdělávání v oboru aktivizace a také vyzdvihuje možnost vlastního výběru „...co se týče dalších školení. Je i dáno, že za rok musíme absolvovat tři školení, kde máme dosáhnout dvaceti čtyř bodů, ale bohužel díky covidu se školení nekoná. S nabídkou školení buď přijde přímo naše vedoucí, že nám něco navrhne nebo doporučí, ale můžeme si ho vyhledat i sami. Většinou se jedná třeba o nějaké rukodělné školení, zaměřené na jemnou motoriku nebo na klienty s demencí.“ (M5). Hedvika uvádí i výčet několika absolvovaných školení „...ono probíhá pravidelně školení v rámci splnění dvaceti čtyř hodin vzdělávání.“ dále zmiňuje „...v podstatě si můžeme vybrat dle svého uvážení, co konkrétně bychom prostě chtěly absolvovat jaké školení, já třeba absolvovala například školení na téma přístup ke klientovi s demencí, aktivizace klientů s demencí, práce s agresivním klientem a podobně.“ (H9).

Posledním kódem je **motivace seniora s demencí**, kterou popisují tři participantky a shledávají ji velmi zásadní v rámci své profese. Justýna popisuje „...někteří prostě potřebují hlavně motivovat, to víte, je to prostě těžké pro toho člověka, který byl schopný, soběstačný a najednou sám vidí a cítí, že to přestává zvládat...na nás je, abychom je vrátily trochu zpět, abychom jim pomohly...“ (J4) dále zmiňuje „...pokud mu umíte naslouchat, projevíte o něj zájem, pak i ten samotný klient je víc v pohodě a lépe se s ním potom pracuje. Prostě musíte projevit zájem, ne mu jen vnucovat nějaké činnosti.“ (J5). Participantka Eliška uvádí „Vymýšlet pořád to, co který klient může úspěšně dokončit...obecně musí mít dobrý pocit.“ (E4). Marie také zmiňuje motivaci, jako důležitý prvek aktivizace, který by měl pracovník

provádějící aktivizaci s klientem s demencí ovládat „*Klienta to prostě musí bavit, musíme je zaujmout, motivovat...*“ (M1).

6 SHRNUÍ VÝSLEDKU VÝZKUMU

V této kapitole se pokusíme shrnout data z realizovaného výzkumného šetření a odpovědět na hlavní a dílčí výzkumné cíle, jejichž prostřednictvím jsme si stanovili výzkumné otázky. Nejdříve se zaměříme na dílčí výzkumné otázky.

1. Jaké metody a postupy volí participantů při aktivizaci seniorů s demencí žijících v domově pro seniory se zvláštním režimem?

V rámci všech výpovědí se participantky shodly na vhodnosti a častého využívání zejména metody reminiscence a muzikoterapie, které velmi často zařazují také u seniorů s vyšším stupněm demence. Jako zásadní metodu při práci se seniory s demencí uvádí i většina oslovených participantek kognitivní trénink, který může mít různé podoby. Mezi další hojně využívané metody řadí pohybové aktivity, samozřejmě přizpůsobené zdravotnímu stavu klientů, společné vaření a pečení, v rámci kterého si senioři trénují jemnou motoriku a také canisterapii. Většina participantek zmiňuje i společenské akce a také uvádí bazální stimulaci, kterou ale z důvodu její složitosti provádí jen několik aktivizačních pracovníků.

2. Co podle participantů ovlivňuje proces aktivizace u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory se zvláštním režimem?

Oslovené participantky se shodují na důležitosti přístupu ke klientovi, ke kterému je vhodné přistupovat vždy empaticky. Samotný průběh aktivizace dle jejich slov ovlivňuje zejména stupeň demence, ale i aktuální rozpoložení seniora. Většina participantek uvádí jako zásadní faktor ovlivňující aktivizaci i rodinné vazby u seniora s demencí a v neposlední řadě také popisují nízký počet aktivizačních pracovníků, který má značný vliv na proces aktivizace.

3. Jaké jsou podle participantů přínosy aktivizace u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory se zvláštním režimem?

Jako obrovský přínos popisují participantky zejména zlepšení zdravotního stavu klientů, ovšem u seniorů s demencí je pro ně úspěchem i udržení alespoň dosavadního stavu. Zároveň jako pozitivní přínos vnímají i to, že klienti díky společně prováděným aktivizačním činnostem mají více tendence se setkávat i mimo vyhrazený čas k aktivizaci a díky tomu tráví i svůj volný čas aktivně, většinou ve

společnosti dalších seniorů. Důležitou složkou je také to, že aktivizace podporuje životní optimismus u klientů.

Za pomoci dílčích výzkumných otázek jsme si mohli zodpovědět hlavní výzkumnou otázku:

Jakým způsobem dle aktivizačních pracovníků probíhá aktivizace seniorů s demencí ve vybraném domově pro seniory se zvláštním režimem?

Dle získaných informací probíhá aktivizace seniorů s demencí velmi různorodě. Aktivizační činnosti jsou rozděleny v průběhu dne do dvou časových úseků a to na společné dopolední programy, kterých se účastní větší počet klientů, ovšem není podmínkou, že všichni dělají to samé. V odpoledních hodinách jsou prováděny individuální aktivizační činnosti s jednotlivci. Aktivizace je přizpůsobena individualitě každého seniora s demencí a důraz je kladen na jeho aktuální přání, potřeby a stav a to jak psychický, tak fyzický. V rámci pozice aktivizačního pracovníka je důležité umět seniora s demencí i správně motivovat k činnostem, s čímž souvisí i dostatečná znalost klienta, která aktivizačním pracovníkům usnadňuje práci, zejména u seniorů s vyšším stupněm demence, kteří již nejsou schopni vyjádřit se a sdělit jim své pocity.

6.1 Doporučení pro praxi

Jako doporučení pro praxi bychom zvýšili počet aktivizačních pracovníků, Ti pokud by svůj čas mohli rozložit mezi menší počet klientů, vedlo by to ke zkvalitnění aktivizačních procesů. Také bychom v případech, kde je to možné, zavedli určitou bližší spolupráci s rodinou v rámci aktivizace. Například formou vytvoření určitých programů, kterých by se účastnil nejen klient a aktivizační pracovník, ale i osoba blízká seniorovi s demencí, která by blíže pronikla do života seniora a mohla by přispět k jeho motivaci.

ZÁVĚR

Přestože dle názoru autorky bakalářské práce je současná problematika aktivizace seniorů s demencí probíhající v domovech se zvláštním režimem v zájmu široké i odborné veřejnosti opomíjeným a nedostatečně diskutovaným tématem, výzkumem jsme dospěli k uspokojujícímu závěru. Aktivizační pracovníci jsou pravidelně vzdělávání a proškolení v souvislosti s aktivizačními metodami prováděnými u osob s demencí. Pracovníci využívají i nové moderní technologie a přístupy v aktivizaci k seniorům s demencí.

Teoretickou část jsme rozdělili do tří kapitol. V první kapitole popisujeme základní pojmy, kterými jsou stárnutí, stáří a s ním spojenou jeho periodizaci. Popsali jsme si také koncept aktivního stárnutí. Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na osoby s demencí, zmínili jsme etiologii a základní symptomy tohoto onemocnění. Následně jsme uvedli možnosti diagnostiky, základní klasifikaci demencí a její léčbu. V závěru druhé kapitoly jsme si popsali i vybrané druhy demencí. V poslední kapitole teoretické části jsme se zabývali již přímo aktivizací seniorů s demencí probíhající v domovech se zvláštním režimem a vysvětlili jsme si pojmu související s problematikou.

Druhá metodologická část naší bakalářské práce je zaměřena na aktivizaci seniorů s demencí prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Pro náš výzkum byl vybrán domov pro seniory se zvláštním režimem v Jihomoravském kraji, kde nám poskytlo rozhovor pět participantek, díky čemuž jsme získali potřebné a ucelené informace pro náš výzkum.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.
- [2] BICKOVÁ, Lucie, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [3] ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- [4] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [6] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024741383.
- [7] FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027124794.
- [8] GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozšířené české vydání. Přeložil Vladimír JŮVA, Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [9] HARTL, Pavel, 1996. *Psychologický slovník*. 3. vydání. Praha: Budka. ISBN 978-80-901549-0-2.
- [10] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-x.
- [11] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [12] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- [13] HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

- [14] HENDL, Jan a Lubomír DOBRÝ, 2011. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2000-8.
- [15] HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- [16] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [17] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 9788025401798.
- [18] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [19] HORT, Jakub a Robert RUSINA, 2007. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-004-5.
- [20] JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.
- [21] JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 8072622684.
- [22] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [23] KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [24] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
- [25] KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.

- [26] KRATOCHVÍLOVÁ, Emília, 2004. *Pedagogika voľného času: výchova v čase mimo vyučovania v pedagogickej teórii a v praxi*. Bratislava: Vydavateľstvo UK. ISBN 8022319309.
- [27] KUBEŠOVÁ, Lucie, 2006. *Zdraví pro třetí věk*. Čestlice: Rebo. ISBN 80-7234-536-2.
- [28] KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024714914.
- [29] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- [30] MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [32] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [33] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [34] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- [35] NOVÁKOVÁ, Iva, 2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 9788024737096.
- [36] ONDRIAŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-199-9.
- [37] ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
- [38] ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
- [39] PÁVKOVÁ, Jiřina, 2014. *Pedagogika volného času*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-666-6.
- [40] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024714905.

- [41] PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
- [42] PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [43] RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ, 2014. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 9788020433008.
- [44] ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5.
- [45] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 9788024738505.
- [46] SMÉKAL, Vladimír, 2005. *O lidské povaze: krátká zamyšlení nad psychickou a duchovní kulturou osobnosti*. Brno: Cesta. ISBN 807295069x.
- [47] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
- [48] STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- [49] SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-8642-962-5.
- [50] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [51] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 9788026206446.
- [52] TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- [53] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 8071788023.
- [54] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 9788024721705.

[55] VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2013. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-141-1.

[56] VIDOVIČOVÁ, Lucie a Ladislav RABUŠIC, 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti: zpráva z empirického výzkumu*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 80-239-1351-4.

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

[58] ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024701839.

[59] ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

[60] MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. 2015. Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. *Masarykova univerzita* [online]. [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/download/6032/5165

[61] 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 25.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

[62] 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. *Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 25.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

[63] 563/2004 Sb. Zákon o pedagogických pracovnících. *Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 25.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
č.	číslo
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
př. n. l.	před naším letopočtem
s.	strana
Sb.	Sbírky
tzv.	tak zvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek č. 1: Klasický průběh Alzheimerovy nemoci (Pidrman, 2007, s. 35)</i>	<i>32</i>
---	-----------

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje o participantech (Vlastní výzkum, 2021).....</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka č. 2: Charakteristika kategorie č. 1: Nejčastěji používané aktivizační metody (Vlastní výzkum, 2021).....</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka č. 3: Charakteristika kategorie č. 2: Faktory ovlivňující aktivizaci seniorů s demencí (Vlastní výzkum, 2021).....</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka č. 4: Charakteristika kategorie č. 3: Průběh aktivizace u seniorů s demencí (Vlastní výzkum, 2021).....</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka č. 5: Charakteristika kategorie č. 4: Vliv aktivizace na seniora s demencí (Vlastní výzkum, 2021).....</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka č. 6: Charakteristika kategorie č. 5: Pozice aktivizačního pracovníka (Vlastní výzkum, 2021).....</i>	<i>61</i>

