

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Lenka Hanzlíková

Aktivizace uživatelů s Alzheimerovou chorobou v domovech seniorů

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Děkuji také kolegům z praxe vykonávané v Domovech seniorů. Tato praxe byla bohatou inspirací k této práci a také důležitým zdrojem k informacím v rámci dotazníkového šetření, jež je součástí mé bakalářské práce.

Děkuji také všem respondentům, jež byli ochotni odpovědět na mé otázky v dotaznících.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Hanzlíková
Katedra nebo ústav:	Katedra pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018/2019
Název práce:	Aktivizace klientů s Alzheimerovou chorobu v Domovech seniorů
Název v angličtině:	Mobilisation of users with Alzheimerovou disease in the home of the elderly
Anotace práce:	V této bakalářské práci se zabývám terapiemi a metodami práce se seniory s Alzheimerovou demencí v domovech pro seniory. Práce popisuje stanoviska odborníků, kteří se zabývají demencí. Teoretické poznatky následně srovnávám v praxi za použití dotazníkového šetření. Součástí této práce je také popis některých doprovodných technik, jež se v domovech používají.
Klíčová slova:	senioři, demence, Alzheimerova nemoc, domov seniorů, domov se zvláštním režimem, terapie, arteterapie, zooterapie, bibloterapie
Anotace v angličtině:	This dissertation thesis is dealing with an isme of theraphyand methods of social works with seniors, especially seniors with Alzheimer's dinase. The thesis describes opinoins of experts dealing with dementia issues. Further this thesis comapared theoretical knowledge and practical using by questionnaire surfy. Part of this thesis i salso a description of some accompanying techniques that are used in homes for an elderly.
Klíčová slova v angličtině:	seniors, dementia, Alzheimer's dinase, home of an elderly, theraphy, artetheraphy, zootheraphy, bibliotheraphy
Přílohy vázané v práci:	dotazník
Rozsah práce:	45 stran
Jazyk práce:	český

OBSAH

ÚVOD.....	1
1 SENIOR S ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....	3
1.1 Příčiny Alzheimerovy choroby	6
1.2 Příznaky Alzheimerovy choroby.....	6
2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	9
2.1 Legislativní rámec péče.....	9
2.2 Domácí péče.....	16
2.3 Úskalí péče o seniory	16
3 SYSTÉM PÉČE V DOMOVĚ SENIORŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	19
3.1 Služby poskytované ze zákona klientům v Domovech pro seniory	20
3.2 Vybrané aktivizační programy při práci se seniorem	22
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	29
4.1 Výzkumný závěr	40
ZÁVĚR	41

ÚVOD

Alzheimerova choroba je pojem, který se do obecného povědomí dostává v souvislosti s rychle narůstajícím množstvím stárnoucí populace. Mnozí se pak v důsledku toho dostávají do situace, kdy potřebují neustálý dohled a pomoc. Zatímco pojem aktivní senior je poměrně mladý, stařecká demence, která úzce souvisí s Alzheimerovou chorobou, je považována za nedílnou součást procesu stárnutí. Dnes již víme, že některým druhům demence lze předcházet mimo jiné také životním stylem a aktivním způsobem života. Senioři dnes mají na výběr, jakým způsobem budou trávit čas, dříve vyplněný prací. Fakt, že dnešní senioři vůbec volným časem disponují, jim dává možnost zpomalit proces stárnutí a trénovat své fyzické i psychické dovednosti nejrozličnějšími způsoby.

Bakalářská práce je věnována možnostem aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech pro seniory. Mnoho jedinců, kterým byla diagnostikována toto onemocnění, je dlouhodobě odkázáno na pomoc druhých, a pokud nemají nikoho, kdo by se byl schopen o ně starat v domácím prostředí, obvykle jsou nuceni řešit svou situaci pobytem v domově pro seniory. Vzhledem k obecně se prodlužující délce života, je dost možné, že zde senioři stráví i mnoho let. Je tedy vhodné, aby jim pracovníci domova nabízeli rozmanité aktivity, které by uživatele služby udržely v dobré zdravotní kondici a poskytly jim také radost ze života.

Tato práce se zabývá zejména možnostmi aktivizace seniorů za účelem zpomalení nebo předcházení demence u osob v domovech seniorů. V první kapitole teoretické části je specifikován pojem senior, jeho charakteristika, a také definován pojem Alzheimerova choroba, její příčiny a příznaky. Následující kapitola se zaměřuje na služby poskytované seniorům v České republice a na úskalí, která s sebou péče o seniora přináší. Poslední kapitola teoretické části je věnována Domovu pro seniory se zvláštním režimem, který je určen právě pro osoby s diagnózou Alzheimerovy choroby a také dalších druhů demence.

Výzkumná část sestává z přehledu aktivizačních programů, jež jsou ve vybraných domovech pro seniory poskytovány, a následné analýze dotazníků, které byly vyplněny klienty těchto domovů. Zhodnocení výzkumné části shrnuje, jakým způsobem výzkum probíhal a pro které oblasti péče o seniory by mohla být tato práce přínosná.

Hlavní cíl

Hlavním cílem je seznámit s typologií terapií pro seniory s Alzheimerovou chorobou a pomocí výzkumného šetření zjistit, které terapie jsou seniory nejvíce využívány.

Dílčí cíle

- 1) Charakterizovat příčiny a příznaky Alzheimerovy choroby
- 2) Seznámit se systémem zdravotní a sociální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou
- 3) Analyzovat četnost účasti seniorů s Alzheimerovou chorobou na aktivizačních programech
- 4) Analyzovat míru oblíbenosti aktivizačních terapií u seniorů s Alzheimerovou chorobou
- 5) Analyzovat ovlivnitelnost výběru aktivizačních technik podle odborného pracovníka

1 SENIOR S ALZHEIMEROVOU CHOROBU

Vymezili jsme základní pojmy a specifikovali osoby, které můžeme z pohledu věku označit jako seniory. Popsali proces stárnutí, a to z biologického, psychologického a sociologického pohledu. Definovali jsme Alzheimerovu chorobu, její příznaky a příčiny.

Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku a představuje jednu, nikoliv jedinou formu demence. Uvedené označení však zná i laická veřejnost, a proto je možné je používat i pro jiná degenerativní onemocnění mozku. Ostatně projevy všech demencí jsou velmi podobné. Účinná (kauzální) léčba není známá, nástup onemocnění lze však oddálit a průběh zmírnit.

Stárnutí je nedílnou součástí života jedince. Zasahuje všechny stránky osobnosti, biologickou, psychologickou i sociální.

Biologické stárnutí se řídí určitým časovým horizontem, tedy je očekávatelné a předvídatelné. Do jisté míry se shoduje s kalendářním stářím, které je určující pro periodizaci stáří. Vychází z kalendářního věku a je vymezeno dosažením určité arbitrárně dané hranice. Výhodou takto pojatého pohledu na stáří je jeho jednoduchost a jednoznačnost, jež ho předurčuje pro využití při vytváření různých norem, např. odchod do důchodu apod.¹

Kalendářní stáří je v současnosti nejčastěji rozděleno na:

- Mladší senioři (young old): 65 – 74 let, problémy s adaptací na penzi, přebytek volného času – důležitý pro ně je rozvoj aktivit
- Staří senioři (old- old): 74 – 85 let, změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob
- Velmi staří senioři (very old): 85 a více let, důležité sledovat soběstačnost těchto osob

Kalendářní stáří však nemusí vždy odpovídat funkční schopnosti člověka. Někteří „kalendářně“ starší lidé mnohdy zastanou více práce a jsou mnohem schopnější než „kalendářně“ mladší. Velký vliv na biologickou stránku stárnutí má zejména životní styl, který daný senior vede. Jeho součástí může být například: Kvalitní/nekvalitní výživa – především nedostatek bílkovin spojený s podvýživou, který hrozí v některých vyloučených lokalitách také v ČR. Mnohem běžnější je však mezi seniory špatná výživa z důvodu chudoby. To může vést nejen k podvýživě, ale též k obezitě z nadbytku laciných, nadměrně kalorických jídel moučných a sladkých. Obezita dlouhodobě zvyšuje produkci volných radikálů, čímž urychluje stárnutí, vede k tzv. metabolickému syndromu obézních s možným výskytem cukrovky, vysokého krevního tlaku či vysoké hladiny krevních cukrů

¹ JESENSKÝ, Ján, 2000. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. Praha: Karolinum,. ISBN 8071848239

- Aktivní/pasivní způsob života – tělesná, pohybová pasivita vede mnohdy k dramatickému poklesu tělesné zdatnosti spojenou s nevykonností a s dušností, které jsou ve vyšším věku obvykle chybně připisovány chorobám spojeným se stářím, což může způsobit následné doporučení k dalšímu omezení pohybu. Následně se tato prostá dekonidice stává základní příčinou ztráty soběstačnosti. To je umocněno podílem pohybové pasivity na rozvoji limitující obezity a neodvratným zhoršením stability, rovnováhy, svalové síly, základní pružnosti či postoje.
- Vlivy prostředí – například prostředí (rychlejší stárnutí pokožky lidí žijících v extrémním prostředí). Tělesně náročné prostředí může podporovat aktivní životní způsob s vysokou pohybovou aktivitou udržující kondici a soběstačnost, v případě zdravotních potíží však může působit bariérově.

Zjevný rozdíl mezi skutečným a kalendářním věkem bývá patrný především kolem věkové hranice pro odchod do důchodu. Lidé, kteří této hranice dosáhli, jsou často ztotožňováni se starobními důchodci, ačkoliv mohou následujících deset či patnáct let prožít velmi aktivně, společnost jim z hlediska výhod pro seniory či z kategorizačního hlediska přiřkla kategorii „starobní důchodce“. Mnoho z těchto důchodců může spadat též do kategorie „invalidní důchodce“, zejména pokud mu byla diagnostikována Alzheimerova choroba.

Biologické stáří představuje hypotetické označení konkrétní míry změn, které mají individuální charakter. Tělesná involuce se projevuje úbytkem svalstva, sníženou hmotností, zmenšující se výšky, vysycháním kůže a tvorbou vrásek, úbytkem kostní hmoty, šedivěním vlasů, snižující se vitální kapacitou plic, hladina pohlavních hormonů a funkce štítné žlázy, dále problémy s krevním systémem, zažívacím traktem a ledvinami a v neposlední řadě problémy se smyslovými orgány.

Psychické stáří je podmíněno mnoha faktory: osobnostními rysy, psychickými změnami zapříčiněnými stárnutím a v neposlední řadě reakcemi člověka na vlastní stárnutí. V některých oblastech je jedinec hodnocen ostatními členy společnosti, kteří určují, kdy je již starý. Ovšem jak se společnost vyvíjí, dochází k posunům hranice, od kdy je člověk považován za starého, neboť mnoho seniorů je schopno i po odchodu do důchodu žít aktivní život.

S psychickým stářím souvisí také subjektivní věk: jak se člověk sám cítí a jaké má individuální sebevědomí. Projevuje se v názorech, činech i postojích, avšak nemusí být v souladu s reálnými možnostmi seniora.

Důsledky psychického stárnutí jsou změny poznávacích (kognitivních) schopností, paměti, učení a emocionality a zpomalení psychomotorické a percepční činnosti.²

² KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich, MÜLLER. 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6

Pokud lze charakterizovat **sociální stárí**, nutno uvést, že většinou se jedná o kombinaci několika sociálních změn či splnění určitého kritéria (nejčastěji věk odchodu do penze). Základem je změna společenských rolí, způsobu života i ekonomického zajištění. Pacovský uvádí, že adaptace na stárí se nachází v přímé úměře ke schopnosti adaptace během celého života.³

Kdo se obtížně přizpůsoboval ve společenských vztazích nebo v práci, trpí většinou obtížnou adaptací i na vlastní stárí. Pokud člověk o této sociální události přemýšlí už v předchozích věkových obdobích, může si vytvořit tzv. druhý životní program pro seberealizaci v důchodovém věku.⁴

Rabušic a Vidovičová realizovali výzkum, zaměřený na kritéria, která určují člověka jako starého z pohledu ostatních členů společnosti. Dle vzorku 18ti až 75ti letých jsou to následující kritéria:⁵

- fyzický stav (73%) – věk (56%)
- ztráta duševní svěžesti (52%)
- ztráta autonomie (51%)
- potíže přizpůsobit se změnám (23%)
- odchod do důchodu (18%)
- potíže při řešení problémů (17%)
- narození vnoučat (3%)

Podle některých výzkumů je rozdělení příčin demence následující:⁶

- 56 % Alzheimerova nemoc
- 14 % vaskulární demence
- 12 % smíšené demence
- 8 % Parkinsonova nemoc
- 4 % jiné degenerativní onemocnění mozku či ostatní vzácnější příčiny (Creutzfeld - Jacobova nemoc, Pickova choroba, Huntingtonova nemoc)

Ačkoliv jiné výzkumy mohou ukazovat jiná procenta, je jisté, že Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence.

³ PACOVSKÝ, Vladimír. 1997. Proti věku není léku? : úvahy o stárnutí a stárí. Praha: Karolinum. ISBN 8071844861

⁴ KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Oldřich, MÜLLER. 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6

⁵ CHYTIL, Oldřich, Dana SÝKOROVÁ. 2004. Autonomie ve stárí : strategie jejího zachování. Ostrava: Albert. ISBN 80-7326-026-3, s. 48

⁶ Alzheimerova nemoc. Webové stránky České Alzheimerovské společnosti. (online) 2015 [cit.13.3.2017] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>

1.1 Příčiny Alzheimerovy choroby

Vědci si stále nejsou jisti příčinami Alzheimerovy nemoci. Rizikovými faktory jsou věk a rodinné dispozice. V poslední době výzkum ukázal, že Alzheimerova nemoc u starších lidí (bez rodinného výskytu nemoci) se vyskytuje zároveň se změnami na 19. chromozomu. U lidí, kteří onemocní ve věku kolem 30 a 40 let (to je většinou spojeno s rodinným výskytem nemoci), souvisí Alzheimerova nemoc nejspíše se změnami na 1., 14. a 21. chromozomu. Výzkumní pracovníci a lékaři docházejí k názoru, že Alzheimerova nemoc je komplikované onemocnění způsobené různými faktory. Není jisté, zda je Alzheimerova nemoc dědičná. Ale v rodinách, kde se vyskytuje, je její pravděpodobnost větší. Pokud se v rodině vyskytuje Alzheimerova nemoc u více jejích členů, jedná se většinou o nejbližší příbuzné (rodiče, bratr, sestra). Je tedy možné, že určitá genetická dispozice hraje roli, nebo že všichni tito lidé byli vystaveni působení nějakého faktoru, který Alzheimerova nemoc způsobuje. Alzheimerova choroba postihuje nejen paměť, ale také komunikační schopnosti, myšlení, úsudek, učení a má vliv na společenský i pracovní život člověka. Mnoho různých faktorů může způsobit demenci. Některé z demencí (způsobené depresí – tzv. pseudodemence, metabolicko-toxické demence a další) je možno vyléčit, ale je důležité jejich včasné rozpoznání. Nejčastěji je demence způsobena právě Alzheimerovou nemocí.⁷

1.2 Příznaky Alzheimerovy choroby

Příznaky Alzheimerovy choroby se obvykle vyskytují ve skupinkách. Nejčastější jsou následující:

Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly

Občasné zapomínání pracovních úkolů, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomínání si na ně později, je normální. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později. „*Paměť se vytrácí jakoby v opačném sledu. Postižený nejdříve zapomíná ty nejčerstvější události, zatímco ty nejstarší si pamatuje mnohem lépe.*“⁸ Rodinní příslušníci by si měli všimnout těchto epizod, a pokud se opakují ve stále se zkracujících intervalech, měli by přesvědčit postiženého, aby vyhledal odbornou pomoc.

Problémy s vykonáním běžných činností

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou ale připraví jídlo a nejen že ho zapomenout dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

⁷ Alzheimerova nemoc. Webové stránky České Alzheimerovské společnosti. (online) 2015 [cit.13.3.2017] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>

⁸ REGNAULT, Mathilde. 2011. Alzheimerova choroba. 1.vyd. Portál:Praha. ISBN 978-80-262-0010-9, s. 16

Problémy s řečí

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl. Postižený si „nedokáže vybavit slova nebo místo daného slova použije slovo jiné. Tyto potíže mohou trvat vždycky krátkou dobu a opakovat se mohou nepravidelně. Proto jsou velmi obtížně zjištělé pro toho, kdo s danou osobou není v každodenním kontaktu.“

Časová a místní dezorientace

Každý občas zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, to je normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů. „*Nemocný se nedokáže například orientovat ve vlastním domě, což může zpočátku trvat pouze několik vteřin až minut.*“⁹ Pokud se tyto epizody opakují, měl by jít dotyčný k lékaři a nechat se vyšetřit.

Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

Problémy s abstraktním myšlením

Placení složenek anebo sledování účtů kreditní karty může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat. Může také vidět „*určitý předmět nebo obličej, ale nedokáže ho poznat, nebo v případě předmětu určit, k čemu se používá. Někdy však stačí, aby byl k identifikaci použit jiný smysl, a dotyčný se rozvzpomene.*“¹⁰

Zakládání věcí na nesprávné místo

Každý někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

Změny v náladě nebo chování

Je normální mít někdy špatnou náladu. Člověk postižený demencí však podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.

⁹ REGNAULT, Mathilde. 2011. Alzheimerova choroba. 1.vyd. Portál:Praha. ISBN 978-80-262-0010-9, s.17

¹⁰ REGNAULT, Mathilde. 2011. Alzheimerova choroba. 1.vyd. Portál:Praha. ISBN 978-80-262-0010-9, s.18

Změny osobnosti

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. U člověka s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezíravým nebo ustrašeným.

Ztráta iniciativy

Stává se, že je člověk znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.¹¹

Shrnutí

Seznámili jsme se s nejčastějšími příznaky Alzheimerovy choroby, které se mohou projevit různými způsoby. Některé z nich nejsou pro seniora až tak nebezpečné, avšak pokud se díky změnám v chování stane agresivním, případně pokud odejde z domu a nepamatuje si cestu zpět, může ohrozit na životě nejen sebe, ale také okolí. Proto by měly být jakékoliv změny v chování seniora s Alzheimerovou chorobou pečlivě monitorovány, a v případě potřeby korigovány medikamenty či neustálou přítomností druhé osoby. Pokud není nikdo, kdo by dokázal na dotyčné seniory dohlížet a poskytovat mu nezbytnou péči, je nezbytné, aby rodinní příslušníci zvážili žádost o pobyt v Domově pro seniory.

¹¹ Alzheimerova nemoc. Webové stránky České Alzheimerovské společnosti. (online) 2015 [cit.13.3.2017] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-dementia/alzheimerova-nemoc/>

2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Rozsah péče závisí na zdravotním stavu seniora, na jeho časových i finančních možnostech a na jeho potřebách. Některé druhy péče jsou poskytovány zejména ve větších městech, jiné, například domácí péče, jsou dnes nabízeny také seniorům žijícím na venkově. Důležitou součástí péče je snaha, aby senioři mohli co nejdéle zůstat v domácím prostředí, nejlépe tam, kde strávili převážnou část život a kde je mohou navštěvovat jejich blízcí.

2.1 Legislativní rámec péče

Východiskem pro právní úpravu sociálních služeb, které spolu s celým systémem sociální péče spadají do resortu MPSV ČR, byla nutnost a potřebnost odstranění problémů, které s sebou nesla právní úprava před rokem 1989. „*Pracovníci sociálních služeb i klienti byli posledních sedmnáct let nuceni přizpůsobovat se režimu zastaralého a nevyhovujícího systému sociální péče.*“¹²

Stěžejní zákonné normy v sociální oblasti jsou následující:¹³

- Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č.109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
- Zákon č.206/2009 Sb., kterým se mění zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony,
- Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Vyhláška č.239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon o sociálních službách

Změny v oblasti sociálních služeb nastaly relativně nedávno přijetím nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 2007. Spolu s dalšími právními předpisy (zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi) tak došlo k výrazné změně v celém systému sociální pomoci v ČR.

¹² MATOUŠEK, Oldřich. 2007. Sociální služby. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 9788073673109, s. 35

¹³ MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,. ISBN: 978-80-247-3148-3, s. 41

Koncepce uvedeného zákona je směřována k zabezpečení ochrany základních práv lidí, kteří se dostali často bez vlastního přičinění do nepříznivé životní situace, do situace, kterou často z důvodu svého postižení nemohou a ani nemají schopnost ji samostatně vyřešit.

Tento zákon definuje tři druhy služeb:¹⁴

- Sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb
- Služby sociální péče, jejichž cílem je zabezpečení základních životních potřeb v případě, že nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby
- Služby sociální prevence, sloužící k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve vztahu k péči o seniory:

- Vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a určuje maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb.
- Definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb.
- Stanoví náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách pečujících o seniory.
- Stanoví hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb.
- V příloze č. 1 seznamuje v plném znění se standardy kvality sociálních služeb.
- V příloze č. 2 předkládá škálu hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti včetně odchylného způsobu hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let – netýká se seniorů.
- V příloze č. 3 předkládá vzor zvláštního oprávnění zaměstnance obce při sociálním šetření.

Důležitou součástí péče o seniory je též dodržování etických norem. Základním dokumentem je Listina základních práv a svobod, zakotvena v ústavním zákoně č. 2/1993 Sb.. Tato Listina zahrnuje ochranu práv všech skupin osob a občanů České republiky. Hájí práva všech věkových skupin včetně seniorů. Ochrana práv je umocněna dodržováním standardů kvality sociálních služeb při poskytování jakékoliv sociální služby všem uživatelům, tedy i seniorům. Při poskytování sociální služby seniorům je nutné mít na paměti nezpochybnitelná práva všech skupin osob bez ohledu na druh omezení či postižení, respektovat je, zohledňovat a dodržovat. Zároveň je ale třeba rozlišovat, která práva je možné vzhledem k odlišným okolnostem klientům v pobytovém zařízení zajistit a která ne. Například nelze dodržet právo na zařazení do pracovního procesu a setrvání v zaměstnání, protože senior již není zaměstnaný. Dodržení většiny práv je ale ve svém základním principu možné i v podmínkách pobytu klienta v pobytovém sociálním zařízení a

¹⁴ MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,. ISBN: 978-80-247-3148-3, s. 42

k poskytování sociální služby neoddělitelně patří. Je nutné si tuto skutečnost neustále uvědomovat a práva jednotlivců dodržovat.¹⁵

Zájmy jedinců postižených Alzheimerovou chorobou hájí zejména Mezinárodní alzheimerovská asociace, která funguje celosvětově. V Evropě funguje společnost Alzheimer Europe, která sdružuje 28 evropských alzheimerovských společností. Jejich hlavním cílem je upozorňovat na palčivé problémy nemocných s demencí i jejich rodin, prosazovat opodstatněná práva těchto nemocných i těch, kteří o ně pečují. Uvedená asociace vydala Deklarace Alzheimer Europe, zabývající se touto chorobou a péčí o nemocné, a vyhlásila 21.9. Světovým dnem Alzheimerovy choroby. Česká Alzheimerovská společnost však posunula tento den na 21.6., neboť ten den slaví svátek Alois (Alois Alzheimer byl „objevitel“ této choroby).¹⁶

Zákon o zdravotních službách

Tento zákon zpracovává předpisy Evropské unie, upravuje poskytování zdravotních služeb a jejich podmínky a stanovuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb. Mezi zdravotní služby se řadí poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky nebo jinými odbornými pracovníky, dále konzultační služby za účelem posouzení individuálního léčebného postupu, nakládání s tělem zemřelého, záchranná zdravotnická služba, zdravotnická dopravní služba, přeprava pacientů neodkladné péče, služby odběrových činností, protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba. Dále se za zdravotní službu považují služby podle zákona upravující transplantace nebo umělé přerušení těhotenství. Za zdravotní péči se rozumí činnosti, které vedou k předcházení, odhalení nebo odstranění nemoci, udržení zdravotního stavu, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotními pracovníky či lékařské vyšetření před škodlivými účinky návykových látek.¹⁷

Základní druhy sociálních služeb

Služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou jsou garantovány Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem zdravotnictví.

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

¹⁵ MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,. ISBN: 978-80-247-3148-3, s. 52

¹⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010 Fenomén stáří. 2. vyd. HBT: Praha. ISBN 978-80-87109-19-9, s.267

¹⁷ Zákon č. 272/2011 Sb. Ve znění pozdějších předpisů, §1, §2

Formy poskytování sociálních služeb

- terénní – poskytuje uživateli službu v jeho přirozeném prostředí (pečovatelská služba, streetworking)
- ambulantní – uživatel dochází do zařízení, které poskytuje sociální služby (denní stacionář)
- pobytové – klient je v zařízení dočasně nebo trvale ubytován (domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením)¹⁸

Druhy zdravotní péče

- ambulantní péče – není nutná hospitalizace (gynekologická, interní, chirurgická ambulance)
- lůžková péče – pacient vyžaduje péči, kterou nelze poskytovat ambulantně a je nutná hospitalizace
- zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba – pacient se sám nemůže dopravit do zdravotnického zařízení a je u něj nezbytné ošetření v místě mimořádné události s případnou přepravou do zdravotnického zařízení (155,112)
- pracovně-lékařské služby – preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu, tyto služby hradí zaměstnavatel
- dispenzární péče – dlouhodobé sledování zdravotního stavu, kdy lze předpokládat změnu zdravotního stavu
- lázeňská léčebně rehabilitační péče
- preventivní péče – primární péče (očkování, preventivní prohlídky)

poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků – síť lékárenské péče, zajišťující distribuci a dopravu léků, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků¹⁹

Volnočasové aktivity pro seniory - různé vzdělávací, pohybové i kreativní kurzy, programy, setkání nebo přednášky pro seniory nabízí zejména celá řada neziskových organizací. Někdy jsou také součástí nabídky služeb domovů nebo center pro seniory zřizovaných obcemi. Své programy mají i kluby důchodců, případně farnosti. Jejich cílem je aktivizovat seniory, udržovat je v dobrém psychickém a fyzickém stavu a také dát jim možnost setkat se s vrstevníky a smysluplně trávit svůj čas. Tyto volnočasové aktivity jsou určeny pro poměrně soběstačné seniory, kteří jsou schopni se sami nebo s pomocí svých blízkých dopravit na místo konání. Ceny za kurzy se pohybují v řádech stokorun.

Ambulantní pečovatelská a ošetřovatelská péče - pečovatelská služba je jednou z forem péče, která umožňuje lidem i přes určitou ohrožující situaci (např. demenci) zůstat v domácím prostředí. Pečovatelská služba spadá pod sociální služby a mohou ji zajišťovat pouze lidé, kteří prošli kvalifikačním

¹⁸ HROZENSKÁ, Martina a Dagmar, DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0

¹⁹ Druhy zdravotní péče. Webové stránky Ministerstva zdravotnictví. (online) 2015 [cit.24.11.2018] Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

kurzem. Pomáhají svým klientům s osobní hygienou, pohybem po domácnosti, zajištěním stravování i s drobnými nákupy.

Pečovatelé ale neprovádí zdravotnické úkony, jako je ošetřování proleženin nebo rehabilitace. To spadá do péče ošetrovatelské služby, kterou poskytují kvalifikované zdravotní sestry, přičemž je musí indikovat ošetřující lékař. Sestry pak zajišťují také aplikaci inzulínu, podávání léků, ošetřování ran nebo nácvik chůze s chodítkem či berlemi. Výhodou jejich kvalifikace je možnost poskytování intimní pomoci – cévkování, klyzmatu nebo odběru vzorků pro vyšetření. V místech s hustší sítí pečovatelských služeb potkáte jak specializované poskytovatele, tak i "univerzály". Může se pak stát, že za seniorem dochází jeden profesionální pečovatel, který se postará o všechno.

Na úhradu pečovatelských služeb je určen příspěvek na péči, zatímco ošetrovatelskou péči hradí zdravotní pojišťovny. Ceny služeb závisí na rozsahu domluvených úkonů a mohou být nejvýše 120 Kč na hodinu. V případě, že využijete služeb soukromé agentury, ale mohou být vyšší.

Terénní služby, pokud se nekombinují např. s rodinnou péčí, mohou i samy o sobě zajišťovat dva ze tří stupňů rodinné péče z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb:

Podpůrná péče (subsidiary care) - Jedná se o důležitou, avšak časově, fyzicky a psychicky méně náročnou péči. Sem patří finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů apod. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska uvažovali jako ne zcela soběstačného. Tento druh a stupeň pomoci může rodina svým babičkám a dědečkům zajišťovat třeba jen občas, nepravidelně, podle potřeby nebo může být zajišťována koupí terénní služby. Tato péče nevyžaduje společné bydlení ani přemíru vynaloženého času. Další uvažované stupně péče již v sobě zahrnují jako předpoklad poskytování alespoň některých aktivit podpůrné péče.

Neosobní péče (impersonal care) - Je druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci. Sem bývají zařazovány činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit, vyprat. Tato pomoc, zvláště pokud je častá, nebo dokonce pravidelná, každodenní, je časově náročnější a zpravidla vyžaduje cykličnost, nedá se odkládat a je pro opečovávanou osobu obtížněji postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku emocionální. Jedná se však stále ještě o pomoc, kterou by mohl zajišťovat někdo jiný než člen rodiny, například právě pečovatelská služba.²⁰

²⁰ JEŘÁBEK, Hýnek. a kol. 2005. Rodinná péče o staré lidi. 1.vyd. Praha: UK FSV CESES. ISBN 1801-1519, s.12

Denní centra a stacionáře - tyto služby jsou určeny seniorům, kteří chtějí zůstat ve svém domácím prostředí, ale zároveň už nejsou zcela soběstační a vyžadují dlouhodobější dohled. Také je mohou využívat senioři, kteří se cítí izolováni a rádi by měli svůj program, i když už nejsou schopni navštěvovat různé volnočasové aktivity. Denní stacionáře tak využívají rodiny, které chtějí o svého blízkého pečovat doma, ale současně nejsou schopny zajistit 24hodinovou péči. Podle svých možností ráno přiváží seniora do stacionáře, případně si centrum zajišťuje odvoz klientů samo. Stacionáře je možné využívat denně i pouze několik dní v týdnu. O seniory se zde starají sociální pracovníci. Program se liší podle toho, pro koho je stacionář určen. Existují například stacionáře a centra zaměřené na péči o osoby trpící Alzheimerovou chorobou nebo stařeckou demencí. Obvyklou součástí programu jsou různá rehabilitační a kondiční cvičení, trénování paměti, hraní společenských her, rukodělné práce nebo četba. Součástí stacionáře je také několik lůžek, kde si mohou senioři odpočinout. Ceny služeb se pohybují podle rozsahu péče, ne vždy je také zahrnuto stravování. Ceny za hodinu pobytu začínají okolo 100 Kč, případně se hradí paušál za celý pobyt. Na úhradu služeb stacionářů a denních center je určen příspěvek na péči.

Odlehčovací služby - jde o péči určenou dlouhodobě nemocným, lidem závislým na péči ostatních a také jejich blízkým. Může být poskytována jako pobytová, kdy je klient krátkodobě umístěn například v domově pro seniory, hospicu nebo jiném zařízení, které pečuje o klienta 24 hodin denně. Další možností je terénní odlehčovací služba, kdy pečovatelka přichází za klientem domů a tam se o něj stará. Odlehčovací služby umožňují rodině a dalším pečujícím seniora "odlehčit" v jejich namáhavé práci, nabrat síly, odpočinout si nebo vyřešit krátkodobé situace jako úpravu domova, dovolenou mimo domov nebo nemoc pečujícího. Stejně tak je mohou využít rodiny, které řeší náhlé zhoršení zdravotního stavu svého blízkého a potřebují čas na hledání dlouhodobější péče. Pobytové odlehčovací služby nabízejí některé domovy seniorů, domovy se zvláštním režimem a také hospice. Terénní odlehčovací služby bývají součástí nabídky agentur domácí péče, terénních služeb pečovatelské péče a domácích hospiců. Poskytují je zdravotní sestry, pečovatelky a ošetřovatelky, v případě domácích hospiců také lékaři.

Léčebny dlouhodobě nemocných - často fungují ve spojení s nemocnicemi, ty také mohou mít vlastní oddělení následné péče nebo oddělení dlouhodobě nemocných. Právě z nemocnic se sem pacienti dostávají nejčastěji. Jde o zdravotnická zařízení, ve kterých pracují lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky i další personál a také sociální pracovníci. Poskytují lůžkovou, ošetřovatelskou a rehabilitační péči pro chronicky nemocné pacienty, u kterých je nutný dlouhodobější pobyt a jsou špatně léčitelní. Například jde o pacienty po zlomenině krčku stehenní kosti nebo cévní mozkové příhodě. Tato péče je plně hrazená ze zdravotního pojištění, pacienti hradí pouze regulační poplatek ve výši 100 Kč na den. Starobní důchod jim zůstává v plné výši, pokud ale pobírají příspěvek na péči a hospitalizace trvá déle než měsíc, výplata tohoto příspěvku se pozastavuje. Délka pobytu se obvykle pohybuje od několika týdnů po několik měsíců. Horní hranice pobytu není stanovena. Jakmile je zdravotní stav nemocného stabilizován, je propuštěn do domácí péče, případně předán do péče domova pro seniory nebo jiného sociálního zařízení.

Hospice a domácí hospice - v ČR působí celkem 15 "kamenných" hospiců, kde jsou pacienti trvale ubytováni a mohou být doprovázeni i členy rodiny, a čtyři domácí neboli mobilní hospice, jejichž personál přijíždí kdykoliv během dne i noci za umírajícím do jeho domova a spolupracuje s jeho blízkými. Pro přijetí do hospice nehraje roli místo trvalého bydliště klienta. Hospice jsou určeny pro pacienty na konci života, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti léčby. Jde o zdravotnická zařízení, ve kterých pracují lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky a dobrovolníci, kteří poskytují paliativní péči a umožňují důstojné umírání. Hospice svým klientům zaručují, že nebudou trpět nesnesitelnými bolestmi, vždy bude respektována jejich důstojnost a v posledních chvílích nezůstanou sami. Hospice nabízejí nejen zdravotnickou péči, ale také psychologickou a duchovní útěchu. Náboženské vyznání ovšem při přijetí do hospice nehraje roli. Ceny služeb se odvíjejí od sociální situace pacienta a jeho rodiny, z ekonomických důvodů ale hospice své klienty neodmítají. Na úhradu je možné použít příspěvek na péči. Obdobné služby nabízejí také různé agentury domácí péče, jejich ceny ale mohou být vyšší a také stojí mimo odborné asociace hospicové péče.²¹

Pobytové služby pro seniory - v případě, že se rodina nechce nebo nemůže o svého seniora starat sama, přichází na řadu pobytové služby. I ty se od sebe navzájem liší rozsahem péče, zaměřením a také cenou. Zřizují je města, městské části, kraje i neziskové organizace. Domovy provozují také soukromé společnosti a fyzické osoby, jejich působení se ale jen obtížně kontroluje. Pokud takový domov není zařazen do Registru poskytovatelů sociálních služeb, není povinen dodržovat zákonem stanovené standardy služeb. To samozřejmě neznamená, že by většina z nich nenabízela kvalitní péči, také v nich působí pečovatelky a zdravotní sestry. Někdy tyto domovy používají status ubytovny, případně ubytování pro seniory. Nejsoběstačnějším seniorům jsou určeny domy s pečovatelskou službou, které mohou být označovány také jako domy s byty zvláštního určení. V nich žijí senioři ve svých bytech a podle dohody za nimi dochází pracovníci pečovatelské služby. Klasické domovy pro seniory poskytují komplexní péči o seniory, kteří ztrácejí svou soběstačnost. Zajišťují také nepřetržitou pečovatelskou a ošetřovatelskou službu, již poskytují profesionální pracovníci spolu s kvalifikovanými zdravotními sestrami. Pro seniory, kteří trpí demencí, Alzheimerovou chorobou nebo mají psychiatrické onemocnění ve stabilizovaném stadiu, jsou pak určeny domovy se zvláštním režimem, které poskytují kvalifikovanou péči zaměřenou na specifické potřeby takto nemocných. Na rozdíl od domovů pro seniory, ve kterých se mohou klienti zcela volně pohybovat, zde za předem a jasně definovaných okolností mohou pohyb klientů omezit tak, aby byla zajištěna jejich bezpečnost. Na úhradu péče je určený příspěvek na péči, případně si klienti hradí služby ze svého starobního důchodu. Ceny ve "státních" a neziskových domovech se odvíjí od sociální situace klienta, maximální cena za měsíční pobyt v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem je 10 800 Kč. U soukromých zařízení nejsou ceny regulovány a mohou být vyšší. Aby mohly být domovy pro seniory považovány za skutečný domov, jejich interiér i poskytované služby se dramaticky proměnily. Nyní jsou zpravidla pěkně

²¹ MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,. ISBN: 978-80-247-3148-3

vybaveny, řada seniorů bydlí v jedno až čtyřlůžkových pokojích. Nemohou si sice s sebou přivést vlastní nábytek, ale v mnoha zařízeních si mohou přivést alespoň osobité doplňky. Kromě klasických terapeutických služeb nabízí mnoho domovů také doprovodné služby holičů a kadeřníků. Obyvatelé domova si mohou zvolit také manikúru a pedikúru, nakoupit denní tisk či drobné zboží denní potřeby. Některé domovy disponují také vlastními kavárnami a samozřejmě je dnes zajištění kulturních programů, kterých se mohou zúčastnit také nerezidenti.²²

2.2 Domácí péče

Termínem domácí péče se označuje péče, kterou poskytují fyzické osoby, nejčastěji rodinní příslušníci, osobám, jejichž zdravotní stav a snížená soběstačnost vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato péče je, jak už vyplývá z názvu, prováděna v domácnosti, tedy v přirozeném prostředí člověka. Mnohdy je však péče blízkých nedostačující nebo ji z určitých důvodů nejsou schopni sami obstarat a musí pomoci odborníci, lidé, kteří jsou pro danou práci kvalifikováni. V současné době je pod pojmem domácí péče také označována zdravotní a sociální péče, kterou zajišťují různé organizace a agentury. Jejich snahou je zajištění zdravotní a sociální péče, kterou nemohoucí člověk potřebuje. Péče je poskytována v takovém rozsahu a kvalitě, aby lidé setrvali v přirozeném prostředí co nejdéle. Usilují o to, aby se o hospitalizaci či umístění do sociálního zařízení přemýšlelo, až jako o posledním možném řešení. Pro člověka je mnohdy vlastní domov to nejcennější, proto řada lidí považuje péči v domácnosti za příjemnější a především za dobře působící na psychický stav jedince.²³

„Domácí péče je propojenou formou zdravotní (mezinárodní termín Home Care) a sociální péče (mezinárodní termín Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním sociálním prostředí. Klientem pro účely domácí péče je občan, který z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu je plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby“. Cílovými skupinami, na které je domácí péče zaměřena, jsou klienti v pooperačním stavu, klienti v poúrazovém stavu, klienti s chronickým onemocněním, dále sem řadíme preventivní domácí péči a hospicovou péči, jež zahrnuje péči o umírající pacienty. „Jedním z hlavních pozitiv domácí péče je respektování integrity člověka s jeho vlastním sociálním prostředím. Každý klient je posuzován z bio-psycho-sociálního hlediska a kvalita jeho života je vnímána individuálně“²⁴

2.3 Úskalí péče o seniory

Péče o seniory je představuje velmi specifickou oblast pomáhajících profesí. Kvalita života seniorů je velmi proměnlivá, a průběh případných potíží je často nepředvídatelný. Každodenní péče o klienty, u

²² HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. Fenomén stáří. 2. vyd. HBT: Praha ISBN 978-80-87109-19-9, s. 237

²³ Domácí zdravotní péče. (Online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: www.domacipece.cz

²⁴ MÜHLPACHR, Pavel. 2006 Sociální práce jako životní pomoc. In MÜHLPACHR, P. Sociální práce jako životní pomoc. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. s. 7-15, 9 s. ISBN 80-86633-62-4.

kterých se projevují takovéto potíže, například poruchy chování způsobené onemocněním, je nesmírně náročná. Nejobtížnější v péči o seniory jsou následující faktory:²⁵

- Nemožnost domluvit se na spolupráci, hlavně při každodenních činnostech.
- Agresivita klientů vůči personálu, ale také vůči jiným klientům. Projevuje se od nadávek po fyzické napadení, to je naštěstí spíše výjimkou.
- Stálé opakování dotazů. Souvisí s poruchami aktuální paměti, personál však zatěžuje stálá potřeba jasně formulovat informace, které klient žádá.
- Závažné problémy v realizaci ošetrovatelské péče.
- Bloudění, bezcílné popocházení po domově je odrazem dezorientace a zároveň projevem psychomotorického neklidu, napětí je odventilováno pohybem.
- Noční neklid související s narušením spánkového režimu.

Snížená kvalita života, spojená s výše uvedenými potížemi, se odráží nejen ve vztahu k okolí, ale též ve vztahu k sobě. Prožitek kvality života lze hodnotit pomocí tzv. Indexu kvality života v šesti základních oblastech:²⁶

- sebepřijetí, kde dominuje souznění s vlastní minulostí
- pozitivní vztahy, s těmi, na kterých dotyčnému záleží, i s těmi, kteří o něj pečují
- autonomie ve smyslu práva na vlastní názor, včetně práva vyjadřovat se k závažným věcem
- zvládání životního prostředí, mít přehled a cítit se bezpečně v prostoru, ve kterém žije
- smysl života, který může pramenit z rekapitulace dosavadního života a hodnocení jeho pozitivních i negativních stránek
- osobní rozvoj či poslední úsek osobního zrání

Úskalí péče o seniory však spočívá také ve změně přístupu společnosti k seniorům. Zatímco dříve bylo jasné dáno, že senior v pečovatelském zařízení je pacient, dnes se povětšinou nazývá klient. Mezi těmito pojmy je však zásadní rozdíl. Jak uvádí Haškovcová, „klient či klientka je osoba, která užívá určitých služeb za úplaty. Klient rovná se zákazník.“ Tento termín tedy předpokládá, že daná osoba je schopna rozlišit rozdíly mezi službami, a zvolit si tu, která je vhodná právě pro ni.

Toto však právě mnoho seniorů nedokáže. Zejména ti v pokročilejším stádiu choroby jsou pacienti, tedy „trpící lidé, kteří potřebují odbornou pomoc, ale její konkrétní formu si neobjednávají a ani objednat nemůžou.“²⁷

Pacienti by za poskytnutou pomoc platit neměli, neboť ta je hrazena ze solidárního pojištění, na kterém by se všichni dospělí jedinci měli ze zákona podílet. Označení klient může vyjadřovat snahu o

²⁵ VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011 Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2, s. 38

²⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Praha. Fenomén stáří. 2. vyd. HBT: 2010 ISBN 978-80-87109-19-9, s. 255

²⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Praha. Fenomén stáří. 2. vyd. HBT: Praha ISBN 978-80-87109-19-9, s. 244

vyjádření úcty, neboť slovo pacient může mít spojitost s někým podřadným a nesamostatným, avšak zároveň umožňuje chápat péči o seniory jako službu zákazníkům, jejíž cenu určuje trh. Služba pro peníze však do jisté míry vylučuje lidskou spoluúčast, a nahrazuje ji spíše formální slušností. Častokrát se stane, že senior na podobnou péči nemá potřebné finance, ačkoliv by ji velmi potřeboval, a pokud si ji již může dovolit, nastavená pravidla mu umožňují, aby se mohl rozhodnout i pro ten typ péče, která mu v konečném důsledku škodí (například odmítne doporučenou dietní stravu apod.)²⁸

Shrnutí

Kvalita života seniorů je tak závislá na mnoha faktorech. Pokud ve výše uvedených oblastech nenajde senior uspokojení, může se rozvíjet nejen sílící nespokojenost s vlastním životem, ale též skrytá deprese. Právě kvůli psychickým potížím, které se mohou skrývat za fyzickými potížemi či zdánlivou nespokojeností s pečovatelskými službami, může být obtížné poskytnout těmto seniorům správnou péči. Psychickými problémy se zabývá poměrně nový obor gerontopsychologie a gerontopsychiatrie.

²⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010 Fenomén stáří. 2. vyd. HBT: Praha. ISBN 978-80-87109-19-9, s. 246

3 SYSTÉM PÉČE V DOMOVĚ SENIORŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Účelem této kapitoly je popsat jednu z nejvhodnějších pobytových služeb pro osoby s demencí, a to tzv. domov se zvláštním režimem. Typ služby je opět ukotven v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Domovy se zvláštním režimem představují, vedle běžných domovů pro seniory, další pobytovou službu s celoročním provozem. Tato služba je obdobná jako domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory. Odlišnost těchto zařízení spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňujících zvláštní potřeby osob s duševními nemocemi a osob závislých na návykových látkách. Řada pobytových sociálních zařízení má část lůžkové kapacity vyčleněnou pro domov pro seniory a část uzpůsobenou pro domov se zvláštním režimem. V jednom pobytovém zařízení jsou tak k dispozici dva druhy pobytových služeb.²⁹

Specifika ubytování v domově se zvláštním režimem spočívají především v opatřeních, která mají přispět k bezpečnému pohybu klientů v domově. Příkladem může být výrazné označení společných místností, barevnost a stálost prostředí, noční osvětlení (z důvodu orientace a prevence úrazů). Domov není uzavřen, ale zaměstnanci mají přehled o každém klientovi, který odchází mimo oddělení. Péči zde zajišťuje vyšší počet zaměstnanců, kteří jsou školeni ve zvláštnostech péče o klienty s demencí, ve způsobu komunikace s nimi, apod. Přístup zaměstnanců je velmi trpělivý a shovívavý. Jednotlivé úkony péče jsou s klientem sjednány při nástupu v individuálním plánu klienta a míra pomoci nebo podpory je rozpracována v Individuálním plánu.³⁰

Prostředí domova se zvláštním režimem by mělo z hlediska vybavení, umístění v lokalitě a zařízení interiéru působit spontánně a přirozeně. Mělo by navazovat na potřebu seniora být plně orientován ve svém prostoru, který je pro seniora přehledný, pochopitelný a předvídatelný. Prostředí by nemělo skýtat nic neočekávaného a vše potřebné by mělo být viditelné a jasně dostupné. Proto je nutné při vytváření prostředí pro seniory snížit nejistotu seniora v prostředí dostatečně velkými nadpisy, jasnými značkami a symboly barevně rozlišenými, které usnadňují pohyb po zařízení a pomáhají seniorovi zorientovat se v prostoru. Sociální zařízení má poskytovat bezpečný, ale neomezující pohodlný a podnětný prostor. Z toho důvodu je nutné přizpůsobit prostředí domova se zvláštním režimem s ohledem na kognitivní poruchy seniora s demencí a brát zřetel na jeho předchozí život. Životní pohoda a psychická stabilita seniora jsou výsledkem podpory prostředí a podpory jeho individuálních kompetencí.³¹

²⁹ MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3148-3, s. 46

³⁰ Domov pro seniory se zvláštním režimem Černožice. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.doduce.cz/index.php/dzr>

³¹ ZGOLA, Jitka. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0183-9 s. 141

Principem podpůrného prostředí je vytváření specifických podmínek pro kompenzaci a vyrovnávání omezených dovedností a schopností a pro usnadňování života seniora úpravou prostředí nebo předmětů, které senior při činnosti používá. Odpovídající podpůrné prostředí může pomoci seniorovi s demencí znovu začít používat paměťové vzorce, které se vyskytují v jeho okolí. Může se jednat například o klasické hodiny s ručičkami (místo digitálních), dřez s mýdlovou vodou (místo myčky na nádobí) nebo klasický telefon s číselníkem (místo telefonu s tónovou volbou).³²

Prostředí domova se zvláštním režimem je součástí každodenního života seniora, běžných činností, terapeutických programů a společenských akcí. V prostorách sociálního zařízení probíhá aktivizace seniora s demencí, konají se setkání s ostatními seniory, s rodinnými příslušníky, s přáteli a dalšími návštěvami. Proto vybavení a vzhled zařízení se má co nejvíce podobat domácímu a vlnnému prostředí se zabydlenými prostory. To znamená, že na chodbách jsou umístěné stolky a pohodlné sedačky a křesla. Výzdoba má odpovídat vkusu seniorů. Může se jednat např. o obrazy, fotografie, výrobky seniorů nebo autorů, kteří je oslovují a jejichž díla se jim líbí.

Dále to mohou být živé květiny a drobná zvířata (akvariální rybičky, papoušci, králík, želvy aj.). Neměl by ani chybět příjemný výhled z okna nebo balkonu na klidná místa parku, lesa nebo na rušná prostranství, která přitahují a udržují pozornost seniora. Principem přirozenosti prostředí je kromě vhodné úpravy prostředí možnost seniora vzít si do sociálního zařízení vlastní věci, jako drobný nábytek, dekorativní předměty, fotografie, suvenýry, hodiny, obraz, oblíbené křeslo, přehoz přes postel, skříňku, hrnek, květiny, podle možností zařízení i domácí zvíře a další.

3.1 Služby poskytované ze zákona klientům v Domovech pro seniory

Podobně jako všichni ostatní poskytovatelé sociálních služeb, také zaměstnanci Domova pro seniory se zvláštním režimem musí dodržovat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi základní služby patří tyto:

- **Poskytnutí ubytování** - klienti mají většinou v pokojích polohovací lůžko, noční stolek, šatní skříň, jídelní stůl, židle, signalizační zařízení. V dnešní době bývá většinou součástí pokoje i WC a sprcha. WC a prostorná koupelna musí být na každém patře, pro hygienu imobilních pacientů. Pokud si klienti přejí ubytování v jednolůžkovém pokoji, který není momentálně k dispozici, většinou se to řeší ubytováním klienta do pokoje dvoulůžkového a jakmile se uvolní místo, klient se přestěhuje. Každý nově příchozí klient musí být seznámen s návody jak obsluhovat veškeré vybavení na pokojích, musí být informován o bezpečnostních opatřeních, protipožárním režimu a seznámen s obsluhou výtahů.

³² ZGOLA, Jitka. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9.

- **Poskytnutí stravy** - klientům je strava podávána 5x a diabetikům 6x denně. Mobilní klienti dochází na jídlo do společné jídelny, klienti imobilní mohou být na invalidních vozících dopravováni do jídelny, nebo dostávají stravu na pokoj. Pokud senioři nejsou schopni se sami najíst, ošetrovatelský personál klientům pomáhá. Druh diety klientovi doporučuje praktický lékař a klient s navrženou dietou musí souhlasit. Skladbu jídelního lístku navrhuje nutriční terapeut a schvaluje praktický lékař. Vždy by se měli brát ohledy na stravovací návyky klienta. Důležitou součástí je i pitný režim.
- **Pomoc při osobní hygieně** - mobilní klienti si zajišťují osobní hygienu sami. Klientům se sníženou soběstačností, je s osobní hygienou pomáháno. Vždy je ale důležité zapojit klienty co nejvíce do péče o sebe sama a pamatovat na respektování jejich soukromí a studu. Je důležité zjistit, jaké měl klient hygienické návyky a podle toho se mu snažit přizpůsobit celou hygienickou péči. Dle požadavků a možností klienta hygienickou péči provádíme na pokojích, v koupelně nebo ve společné koupelně. Klientům by měla být poskytována hygienická péče 2x denně, při ranní a večerní hygieně. Minimálně jednou týdně se u imobilních klientů provádí celková koupel s mytím vlasů, péči o nehty na rukou i nohou.
- **Pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu** - ošetrovatelský personál dopomáhá klientovi při jeho běžných denních úkonech, nebo přebírá péči za klienta.
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** - je důležité, aby byli senioři ve společenském kontaktu s prostředím, proto ošetrovatelský personál dopravuje i imobilní klienty do společných prostor, nebo na zahradu za ostatními klienty. Zde jsou většinou pořádány společné akce, mezi které patří významná životní jubilea, oslavování svátků, společná posezení, promítání filmů i poslech hudby. Pro menší skupiny mobilních klientů jsou organizovány výlety, procházky a návštěva kulturních akcí.
- **Sociálně terapeutické činnosti** - prostřednictvím metod socioterapie, se snaží sociální pracovníci o rozvoj nebo udržení sociálních schopností a dovedností. Tyto činnosti podporují seberealizaci klienta a pocit vlastní užitečnosti.
- **Aktivizační činnosti** - velmi úzce souvisí a navazují na socioterapeutické činnosti. Jejich hlavním smyslem je nalezení vhodných stimulačních a aktivizačních podnětů. Tyto podmínky mají za úkol probudit zájem o sebe a uvědomit si svoje potřeby a aktivně se zapojit do sebeobsluhy.
- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** - tato pomoc se zabývá především komunikací, která vede k uplatňování práv a zájmů klienta.
- **Další služby** – mezi další služby patří rehabilitační ošetrování klientů, ergoterapie, duchovní péče.

Všechny výše uvedené služby by se měly vzájemně propojovat a doplňovat, neboť cílem všech těchto aktivit je zabezpečení psychické a fyzické pohody seniora, nezávisle na tom, zdali je schopen tuto péči náležitě ocenit. Nedostatek pozitivní (v některých případech dokonce jakékoliv) zpětné vazby, činí péči o ně mimořádně obtížnou. Musíme však vést v patrnosti fakt, že takovéto zpětné vazby již člověk s demencí

nemusí být schopen. Pracovník může být vystaven nepříjemným důsledkům Alzheimerovy choroby, jež se projevují například v nepřijatelném chování či v nespolupráci. Z těchto důvodů by měl mít personál i jisté osobní předpoklady, měl by být psychicky i fyzicky odolný a měl by dbát na své vlastní psychické zdraví.³³

3.2 Vybrané aktivizační programy při práci se seniorem

Tato kapitola je věnována vybraným aktivizačním programům, využívaným v prostředí domovů pro seniory, respektive domovů se zvláštním režimem. Popisuje jednotlivé terapie a přístupy, jež napomáhají seniorům v zařízeních vést aktivní život a rozvíjet jejich kognitivní schopnosti tak, aby co nejvíce docházelo ke zpomalení rozvoje demence. Aktivitou v rámci aktivizační činnosti se rozumí činnost spojená s vykonáváním běžných věcí v každodenním životě, kterou senioři vykonávají cíleně a za účelem rozvoje fyzických a duševních dovedností. Takováto aktivita posiluje lidskou důstojnost a sebeuvědomění, protože dává účel a smysl životu seniora a vytváří strukturu dne. Cílem aktivizační terapie je, „*aby se senioři cítili dobře při jakékoliv činnosti*“³⁴, prožívali potěšení ze samotné činnosti a z možnosti být nápomocný a produktivní. Účelem vytváření aktivizačních programů je zaměření se „*na aktivaci zbytkových schopností a dovedností a posilování sebeúcty, pozitivního přijímání, pocitu sounáležitosti a opory*.“³⁵ Zároveň aktivity představují prostor pro kvalitní interakci jedinců a prostor pro uplatňování vlastní vůle. Obzvláštní význam má pravidelnost aktivit, která představuje pro seniora s kognitivní poruchou zdroj bezpečí a stability svou předvídatelností a navazováním jedné činnosti na druhou. Rutinní pravidelně se opakující činnost poskytuje seniorovi jistotu, nabízí mu pocit kontroly a je také jedním z nejsilnějších prostředků orientace. Například senior už nepozná, kolik je hodin, ví ale, že po obědě přichází pošta nebo každou středu chodí návštěva. O volnočasové aktivity se v domovech pro seniory stará aktivizační pracovník. Činností aktivizačního pracovníka je základní výchovná nepedagogická činnost, spočívající v prohlubování a upevňování hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci. Může jít také o působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnost a pracovní aktivity. Dále může jít o provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů a znalostí, stejně tak jako tvořivých schopností, a to formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a v provádění asistenční služby a osobní asistence.³⁶

Rehabilitační cvičení - cvičení zaměřené na svalové dysbalance a správné držení těla, zejména na posílení fázických (rychlých) svalů, tzn. s tendencí k oslabení, a protahujeme posturální (tonické) svaly, které mají tendenci ke zkrácení.

³³ MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3148-3

³⁴ MATOUŠEK, Oldřich. 2008. Slovník sociální práce. 2.přepr.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0, s. 22

³⁵ KALVACH, Zdeněk. 1997. Psychoterapie a aktivizace ve stáří. In: KALVACH, Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-366-0

³⁶ MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3

K posilování svalů lze využít i pomůcky (např. činky, gumové tahy – therabandy atd.). Vhodné je posilování jak v otevřených, tak uzavřených pohybových řetězcích (punctum mobile – pohyblivý bod je v tomto případě v oblasti trupu), zejména v pozicích odpovídajících aktivitám denního života a přirozeným pohybům. Posilování v globálnějších pohybových vzorcích je důležitější než posilování izolované. Jednou z možností je využití tzv. S-E-T konceptu. S-E-T koncept (Sling Exercise Therapy) je systematická aplikace TerapiMaster systému, což je závěsný systém s různými rehabilitačními a tréninkovými cíli. Koncept byl vyvinut v Norsku, zahrnuje několik druhů terapie a tréninkové metody, které postupně zdůrazňují svalovou sílu, stabilitu a senzomotorickou funkci. Cílem tréninku u seniorů je získání pocitu bezpečí, motivace a úsilí k dalšímu cvičení. Začíná se od nejjednodušších cviků kondičního charakteru, které vedou ke zvýšení rozsahu pohybu v kloubech, zlepšují svalovou sílu, koordinaci, stabilitu a slouží jako prevence pádů. Pravidelné cvičení také přispívá k odbourávání stresu.³⁷

Trénink paměti je jedna z nejužívanějších aktivit v pobytových zařízeních pro seniory. Avšak aktivizační pracovník musí mít neustále v patrnosti, že kognitivní schopnosti účastníků - seniorů se mohou lišit jednak premorbidně a jednak nerovnoměrným stárnutím, poruchami senzorických funkcí a také možnou kognitivní poruchou, která zatím nemusí být diagnostikována. Proto by vždy pracovník měl přizpůsobit náročnost programu, tempo, úkoly a nakonec i hladinu zvuku konkrétní skupině.³⁸

Trénink paměti může posílit sebedůvěru seniorů, pomůže jim získat nové strategie učení se novým informacím, a tím zlepšit i jejich schopnost učení se, a tak je podpořit v odvaze a chuti zapojit se do kolektivu a života. Samostatně lze provádět další formy tréninku. Existují například herní konzole speciálně zaměřené na zlepšení paměti. Sice příliš nepomáhají při zlepšení úkonů spojených s běžným životem, avšak působí pozitivně na psychiku nemocného.³⁹

Trénované domény jsou následující:⁴⁰

- epizodická paměť - důraz na vlastní prožitek, situaci, pocit, asociaci atd.) kolečko zajímavých pozitivních zážitků z posledních dnů: 2 věty (Co se stalo? Jak to na vás působilo? Evokovalo to něco z Vašeho života?) Co bylo ve včerejších zprávách/televizních novinách? Jak probíhala poslední oslava narozenin (svatba, křtiny atd.) v rodině?
- sémantická paměť: vyjmenování položek z jedné kategorie synonyma, antonyma znalostní kvízy (pozor na různou úroveň vzdělání, senior by neměl být frustrován)

³⁷ UHLÍŘ, Petr. Pohybová cvičení seniorů. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z:

http://www.ftk.upol.cz/katedry/apa/esf_3_2/download/Uhlir_Pohybovacviceniseniou.pdf

³⁸ ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a kol. Trénování paměti-metodická příručka. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z:

http://www.nudz.cz/adcentrum/trenovani_pameti/dokumenty/metodika.pdf

³⁹ REGNAULT, Mathilde. 2011. Alzheimerova choroba. 1.vyd. Portál:Praha. ISBN 978-80-262-0010-9

⁴⁰ ŠTILEC, Miroslav, Václav BUNC. Pohybové aktivity jako prostředek aktivního způsobu života seniorů. Tělesná výchova a šport 2004; 14(2): s. 13–16

- učení mnemotechniky: nové recepty, pracovní postupy nové básničky, písničky, které se senioři učí přímo v lekci (fakta, postupy apod.)
- usuzování: logické úlohy, kvízy – chybějící nebo přebývající symboly v řadě (čísla, znaky, písmena, slova; podobnosti, opaky)
- ideomotorika (motorické úkony prováděné v představách):
popsat cestu z bodu A do bodu B (kde se odbočuje, co je po cestě za význačná místa...), představa a popis nějakého pracovního postupu, např. při tvorbě výtvarného díla, zahrady, stavby..., cvičení v představách
- grafomotorika: překreslit složitý geometrický útvar ozdobné písmo, „krasopis“
- vizuální představivost, vizuoprostorové cvičení: interpretace obrázků, obrazců, popisování epizodických výjevů se zaměřením na vizuální stránku, tangram
- vizuální diferenciaci, zpracování informací vyhledávání prvků na obrázku (chybějících, přebývajících): hledání párových obrazců, hledání cesty z bludiště, počítání prvků, pouze zrkovné, bez ukazování spojování prvků podle čísel, abecedy apod.
- krátkodobá vizuální paměť (po vizuální expozici): zapamatování 15 obrázků z jednominutové expozice, zapamatování 5 znaků patřících k číslům či písmenům, zapamatování obličejů, popis výjevu či obrázku
- zrková ostrost: relaxace očí (střídání představy tepla a chladu pro vazodilataci a vazokonstrikci)

Arteterapie - definice arteterapie zní: „Arteterapie v širším slova smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance, výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.“⁴¹

Mezi hlavní cíle arteterapie patří individuální a sociální cíle. Individuální cíle pomáhají k uvolnění, lepšímu sebezprožívání a sebevnímání, poznání vlastních možností, uspořádání svých zážitků, růstu osobní svobody a motivace, rozvoji osobnosti, rozvoji fantazie. Sociální cíle pomáhají k přijetí a uznání druhých lidí, pomoc k navázání kontaktů, pro lepší komunikaci, pomoc k společnému řešení problémů, získání zkušeností, pochopení, že i ostatní mají stejné problémy jako já.

Arteterapie se dělí na receptivní, produktivní, individuální, skupinovou.

a) Arteterapie receptivní - hlavním cílem je poznání nitra a pocitů jiných lidí. Vyžaduje potřebu vcítění do díla, díky kterému může objevit duchovnost, životní sílu vlastní emoce, smutek a naději.

b) Arteterapie produktivní - použití konkrétních tvůrčích činností, kam patří modelování, kresba, malba.

⁴¹ ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. 2002. Základy arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-616-0

c) Arteterapie individuální - klient má arteterapeuta pouze pro sebe, navazuje s ním úzký kontakt, díky tomu vzniká hlubší emocionální zážitek. Nejčastěji se tento typ arteterapie používá u lidí, kteří nemohou být pohromadě s jinými klienty. Jsou agresivní, nebo mají psychopatologické jevy.

d) Arteterapie skupinová – mezi výhody patří: sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji, slouží k podpoře lidí, kteří mají stejné problémy, je demokratičtější, je více ekonomická, za stejný čas se pomůže více lidem. Mezi nevýhody patří: hůře se dosahuje diskretnosti, u individuální se diskretnost dosáhne lépe, skupina se hůře organizačně dá zvládnout, je důležitá lepší pozornost a obratnost terapeuta, každému jednotlivci se v rámci celé skupiny věnuje méně času.⁴²

Mezi nejčastější metody, používané při arteterapii, patří například volný výtvarný projev, tematický výtvarný projev, výtvarný projev při hudbě, skupinové výtvarné činnosti a řízený výtvarný projev.⁴³

Muzikoterapie se začala rozvíjet po druhé světové válce do dnešní podoby. Dnešní muzikoterapie má podobu léčebně, speciálně, sociálně-pedagogické a psychoterapeutické muzikoterapie. Významnými osobnostmi jsou Christoph Schwabe a Julietty Alvin. Muzikoterapie je vhodná pro všechny věkové kategorie. Muzikoterapie má formu individuální a skupinovou. Individuální forma je založena na samostatné práci s terapeutem, klient si přináší svá životní témata, která jsou zpracovávána pomocí zvukové projekce. Skupinová forma je skupinové dění je přímo zařazeno do hudebního děje. Ve skupině je maximálně dvanáct lidí, terapeut se přímo s klientem rozhodne, která forma je pro něj nejvhodnější. Definice muzikoterapie zní: *„Muzikoterapie jako pragmaticky a empiricky orientovaná vědecká disciplína stojí v systému hudebních věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou a hudební teorií, filozofií a estetikou.“*⁴⁴

Mezi hlavní cíle muzikoterapie lze zahrnout, že slouží ke zmírnění psychických a fyzických problémů, pomáhá klientovi dosáhnout souladu se sebou samotným a se svým prožíváním. Podobně jako jiné terapie, také zde lze nalézt složku receptivní (vnímání hudby) a aktivní (vyvíjení hudební aktivity), přičemž obě složky mohou tvořit více méně propojený celek. Aktivní složka se většinou soustředí na práci s projevem vokálním a instrumentálním (ale také na projev řečový, pohybový a další), receptivní složka zase na poslech živé nebo reprodukováné hudby, což může směřovat ke společnému prožitku a následně k podpoře budování vztahu, k uvolnění emocí, k rozšíření vnímavosti apod.⁴⁵

⁴² ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. 2002. Základy arteterapie. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-616-0

⁴³ KOZÁKOVÁ, Zdeňka., Oldřich MÜLLER. 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1552-6

⁴⁴ ZELEIOVÁ, Jaroslava. 2007. Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 9788073672379

⁴⁵ KOZÁKOVÁ, Zdeňka., Oldřich MÜLLER. 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6

Taneční terapie pro seniory představuje aktivizačně-rehabilitační program. Tancem se cíleně procvičují jednotlivé partie těla, koordinace pohybů i paměť. Muzikoterapie a taneční terapie se ukazují jako velmi účinné pro zachování soběstačnosti, dobrého psychického i fyzického stavu seniorů i pacientů se středními a pokročilými formami demence. Jedinečnost terapie spočívá především v tom, že nevytváří žádné bariéry. Není problém účast vozíčkářů či lidí pohybujících se prostřednictvím chodítka. Pohybová aktivita sice nedokáže zastavit proces stárnutí, může ale příznivě ovlivnit jeho fyziologické aspekty, snížit riziko úrazů, zabránit poklesu svalové síly a vytrvalosti, preventivně působit při kardiovaskulárních a metabolických onemocněních. Prostě zlepšit náladu, vytrvalost, kondici, kvalitu zdraví a života.⁴⁶

Americká asociace pro taneční a pohybovou terapii vymezuje obsah tohoto přístupu definicí, popisující taneční terapii jako psychoterapeutické využití pohybu a tance v kreativním procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Tato definice zakotvuje taneční přístup pevně do rámce psychoterapeutických modalit, přestože psychoterapeutický proces byl dlouhou dobu vnímán čistě verbálně, jako terapie mluvením. Tanec je v rámci tohoto přístupu chápán jako terapeutický pohyb, při kterém jeho estetická stránka ustupuje do pozadí, a v centru pozornosti jsou faktory psychologické.⁴⁷

Tanečně pohybová terapie probíhá ve skupině nebo individuálně, a tato setkání mají určitou strukturu. Při skupinové práci je nutné napřed „zahřát“ tělo i mysl, a rozhýbat jednotlivé části těla. Během této fáze se terapeut ladí na skupinu, pozoruje rozpoložení jednotlivých klientů i celkovou atmosféru ve skupině. Dále je nutné uvolnit napětí, k čemuž často spontánně dochází v podobě zrychlení pohybu, dupání, poskoků, a zvukových projevů (práce s hlasem, hluboký nádech a výdech). Terapeut pak nabízí skupině určité téma, které se ve skupině objevuje, a které se dále rozpracovává v pohybu. V závěrečné fázi se pracuje opět v kruhu, nyní se nabízí prostor pro zklidnění a rekapitulaci setkání. To, že se o zkušenosti v pohybu hovoří, umožňuje klientům lépe si uvědomit, co zažili a jaký to pro ně mělo význam, případně co si ze setkání mohou odnést.⁴⁸

Reminiscence je proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné minulé události. Zgola vnímá jako nejdůležitější formu reminiscenční terapie přizpůsobení prostředí potřebám klienta, které podpoří potřebu bezpečí, jež je narušená příchodem klienta do organizace. Úprava fyzického prostředí tak může problematické chování zmírnit, nebo mu do určité míry zabránit.⁴⁹

⁴⁶ Taneční terapie pro seniory v DS Vratislavice. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z:

<http://www.domovprosenioryvratislavice.cz/documents/2016-Tanecniterapieproseniory.pdf>

⁴⁷ MEEKUMS, Bonnie. 2002. Dance Movement Therapy. A Creative Psychotherapeutic Approach. London: SAGE publications.

⁴⁸ Tanečně pohybová terapie. Centrum zdraví Roseta. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.roseta.cz/psychologie/nase-pristupy/tanecne-pohybova-terapie>

⁴⁹ ZGOLA, M. Jitka. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-

Podle počtu osob může být reminiscenční terapie dělena na:⁵⁰

- Individuální. Individuální reminiscenční terapie (jeden reminiscenční terapeut-jeden klient) má výhodu v tom, že se pracovník může cele věnovat klientovi, jedná se tedy o velmi dynamickou reminiscenci, při které může dojít k vytvoření hlubokého vztahu mezi terapeutem a klientem.
- Formální či neformální skupinovou. Výhodou skupinové reminiscenční terapie může být společný pozitivní prožitek v rámci skupiny. Při realizaci skupinové terapie může docházet k prolínání mezi její formální a neformální složkou, které ale nijak výrazně neovlivňuje průběh terapie.

Canisterapie je označení způsobu terapie, při které se využívá působení psa na zdraví člověka. Uplatňuje se zejména jako pomocná (podpůrná) psychoterapeutická metoda při řešení různých situací, kdy jiné metody selhávají či je nelze použít. V ČR je canisterapie praktikována převážně formou dobrovolnictví.

Felinoterapie označuje využití koček k léčebným účelům. V České republice je prováděna především metodou AAA a to návštěvní formou, které se organizovaně a cíleně věnuje pouze Nezávislý chovatelský klub pod vedením paní Daniely Hypšové. Ta formulovala kritéria, která by měla splňovat každá terapeutická kočka. Jedná se především o kriteria povahová - je preferováno vstřícné, komunikativní chování kočky bez známek agresivity či přílišného strachu z neznámého prostředí a neznámých osob. Důležitá jsou také kriteria hygienická a veterinární – kočky musí být chovány pouze v domácnosti chovatele, tedy nemohou mít volný, nekontrolovaný pohyb venku. Musí být pravidelně odčervovány a očkované (tamtéž).

Hiporehabilitaci lze definovat jako komplexní rehabilitační metodu při využití koně. Hiporehabilitace je z hlediska zooterapií nejvíce rozšířenou a nejlépe metodicky propracovanou metodou. První cílený popis léčebného využití koně v novověku je znám od 17. století, kdy německý lékař Thomas Sydehman předepisoval jízdu na koni z léčebných důvodů. V České republice má léčebné využití koní dlouhou tradici. Začátky se datují kolem roku 1947. V současné době je garantem hipoterapie Česká hiporehabilitační společnost (ČHS), která byla založena v roce 1991 a sdružuje lékaře, fyzioterapeuty, cvičitele jezdeckví, parasportovce, pacienty i rodiče dětí s handicapem.⁵¹

Pro seniory se nejčastěji využívá **hipoterapie**. Je využívána zejména jako fyzioterapeutická metoda, kterou indikuje odborný lékař (neurolog, ortoped) a provádí ji fyzioterapeut s kurzem hipoterapie. Do terapie jsou nejčastěji zařazováni lidé s DMO, roztroušenou sklerózou mozkomíšní, vadným držením těla. Při této metodě jsou důležité hlavně tělesné faktory mechanismu účinku jízdy na koni. Využívá se specifický pohyb koně – to je trojí pohyb hřbetu koně (zepředu dozadu, z boku na bok, nahoru dolů). Pohyb koně si vynucuje

⁵⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Barbora, BOLOMSKÁ. 2011. Reminiscenční terapie. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072627110, s. 28

⁵¹ NERANDŽIČ, Zoran. 2006. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. 1.vyd. Praha: Albatros. ISBN 8000018098, s. 159.

pohybovou kompenzací ze strany jezdce. Hippoterapie využívá i tělesné teploty koně, což je významný faktor pro ztuhlé svalstvo u tělesně postižených, dochází též k uvolnění duševnímu.⁵²

Poslední zmíněnou terapií je biblioterapie, při níž se využívá základních funkcí literatury – informační, výchovné, konfrontační, estetické, katarzní, identifikační, relaxační apod. Jejím obsahem je na jedné straně vlastní čtení a předčítání (přednes) daného literárního textu a na straně druhé dokončování či tvorba nového literárního textu. Účastníci z ní mají získat buď jistá přetrvávající východiska svých problémů, nebo prožitky možného osobního úspěchu.⁵³

Kruszewski dodává, že hlavní náplní biblioterapie je dosažení změny u klienta (čtenář, uživatel, pacient - dále jen klient), což zahrnuje vlastní pohled na sebe sama a získání nových dovedností, které mu pomáhají lépe zvládat životní problémy. K biblioterapii lze použít nejen knihu ve smyslu prózy, ale i mnohé jiné prostředky - příručky, vademeka, poezii, alternativní materiály - multimédia, film, rovněž také vlastní tvorbu klientů - jejich básně, vyprávění, nahrané dramatické scénky apod. Proto se v odborné literatuře objevují termíny, které souvisejí s touto problematikou, a to poezioterapie, pohádkoterapie, literaturoterapie, čtenářská terapie a jiné.⁵⁴

Shrnutí

Mezi aktivity, které jsou dále nabízeny ve vybraných domovech pro seniory, patří **činnosti na přání**, kdy si dva či více klientů domluví, co budou během daného časového rozmezí dělat, **venkovní aktivity**, například sportovní hry, či **Dílna plná nápadů**, kde mohou senioři tvořit dle vlastního uvážení z dodaných materiálů. Někdy je zde uplatněno stanovené ústřední téma, jindy senioři zcela uplatní vlastní nápaditost. Dále jsou pořádána **Herní odpoledne**, při němž se hrají různé stolní hry, například šachy, dáma či pexeso.

Zmíněné aktivity se vzájemně doplňují. Někteří senioři si předem určí, které aktivity by si přáli absolvovat, jiným jsou terapie psány ošetřujícím lékařem. Každý klient má jinou míru samostatnosti, proto jsou aktivity sestavovány také s ohledem na počet samostatných seniorů a těch, kteří při terapii vyžadují větší míru pomoci. Při sestavování skupin pro terapie musí být zohledněny také vzájemné vztahy mezi klienty daného zařízení, což nebývá vždy snadné.

⁵² NERANDŽIČ, Zoran. 2006. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. 1. vyd. Praha: Albatros. ISBN 8000018098, s. 159.

⁵³ KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Oldřich MÜLLER. 2006 Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6

⁵⁴ KRUSZEWSKI, Tomasz. 2008. Biblioterapie - léčba četbou. Čtenář. Ročník 60, č. 7/8, s. 219-223.

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření se zaměřuje na možnosti využití různých terapií u seniorů v domovech se zvláštním režimem. Bylo realizováno v Olomouckém kraji. Tento leží ve střední a severní části Moravy a člení se na pět okresů (Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk). Je zde 13 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 20 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem. Hraničí na severu s Polskou republikou, na jihu se Zlínským a Jihomoravským krajem, na východě s Moravskoslezským krajem a na západě s krajem Pardubickým. Celková výměra je 5271,46 km², počet obyvatel je cca 634 000 a krajským městem je statutární město Olomouc, kde žije cca 1/6 obyvatel z celkového počtu kraje.⁵⁵

Cílovou skupinu výzkumného šetření tvořilo 20 uživatelů, kteří jsou z domovů se zvláštním režimem a je u nich diagnostikována Alzheimerova choroba. V souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (2016/2009), neuvádíme domovy, kde bylo dotazníkové šetření realizováno. Pro tuto práci jsme označili tyto domovy jako domov č. 1 a domov č. 2.

Při výzkumu byly dodrženy etické zásady. Během praxe, kterou jsem v zařízení vykonávala, jsem respondenty oslovila s žádostí o rozhovor a informovala je o tématu a průběhu výzkumu. Před samotným zahájením interview byl od respondentů získán souhlas o účasti na studii a souhlas s nahráváním a případným zapisováním. Veškeré rozhovory proběhly na pokoji respondentů, což umožnilo navodit vhodnou atmosféru. Účastníci byli srozuměni s tím, že mohou kdykoliv ukončit rozhovor a neodpovídat, pokud jim dané otázky budou nepříjemné. Taktéž jim bylo sděleno, že dojde k zachování anonymity a mlčenlivosti.

V domově označeném pro účel této práce jako Domov 1 se výzkumu zúčastnilo deset respondentů. Skladba tohoto vzorku je vyjádřena v následující tabulce:

Tabulka č. 1: Údaje respondentů v Domově 1

	Pohlaví	Věk	Délka pobytu	Dosažené vzdělání
Respondent 1	Žena	73	Méně než 3 roky	vyučen
Respondent 2	Žena	77	3 – 8 let	vyučen
Respondent 3	Žena	69	Méně než 3 roky	vysokoškolské
Respondent 4	Žena	72	3 – 8 let	střední
Respondent 5	Žena	66	Méně než 3 roky	vyučen
Respondent 6	Žena	82	Déle než 8 let	vyučen
Respondent 7	Žena	78	Déle než 8 let	základní
Respondent 8	Muž	70	Méně než 3 roky	vysokoškolské
Respondent 9	Muž	72	Méně než 3 roky	střední
Respondent 10	Muž	75	3 – 8 let	základní

⁵⁵ Charakteristika kraje. ČSÚ v Olomouci. (online) 2018 [cit. 30.11.2018] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/xm/charakteristika_kraje

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že výzkumu se účastnilo sedm žen a tři muži. Průměrný věk respondentů je 73,5 let. Polovina respondentů je v Domově ubytována méně než tři roky, a pouze dva další déle než osm let. Nejvíce respondentů má výuční list, a dva dokončili vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 2: Skladba respondentů v Domově 2

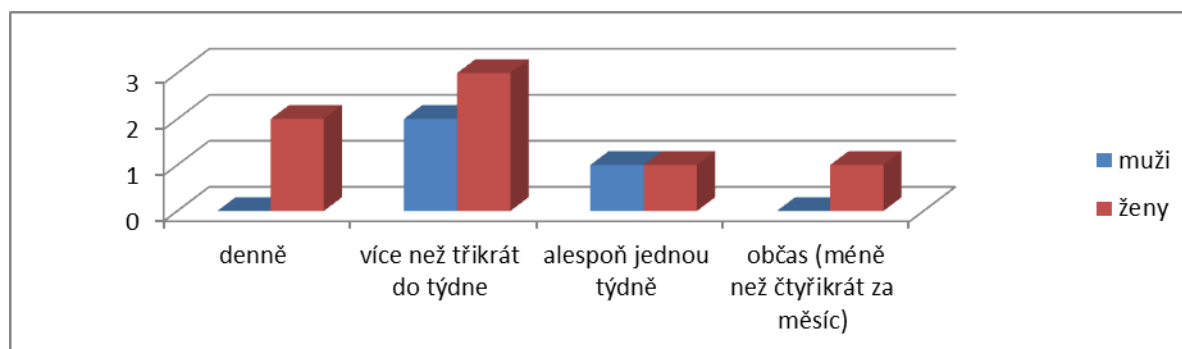
	Pohlaví	Věk	Délka pobytu	Dosažené vzdělání
Respondent 1	Žena	75	Méně než 3 roky	základní
Respondent 2	Žena	76	Méně než 3 roky	vyučen
Respondent 3	Žena	79	3 – 8 let	vyučen
Respondent 4	Žena	82	Déle než 8 let	vyučen
Respondent 5	Muž	70	Méně než 3 roky	střední
Respondent 6	Muž	72	3 – 8 let	střední
Respondent 7	Muž	77	Méně než 3 roky	vyučen
Respondent 8	Muž	78	3 – 8 let	základní
Respondent 9	Muž	81	3 – 8 let	vyučen
Respondent 10	Muž	84	Déle než 8 let	vyučen

Také v tomto zařízení, které je pro účely této práce označeno jako Domov 2, se zúčastnilo výzkumu deset respondentů. Skladba tohoto vzorku respondentů je vyjádřena v následující tabulce:

V tomto zařízení se výzkumu účastnily čtyři ženy a šest mužů. Průměrný věk respondentů je 77,5 let. Stejný počet respondentů zde pobývá méně než tři roky a tři až osm let. Nikdo z respondentů nemá vysokoškolské vzdělání, šest respondentů vlastní výuční list a dva mají pouze základní vzdělání.

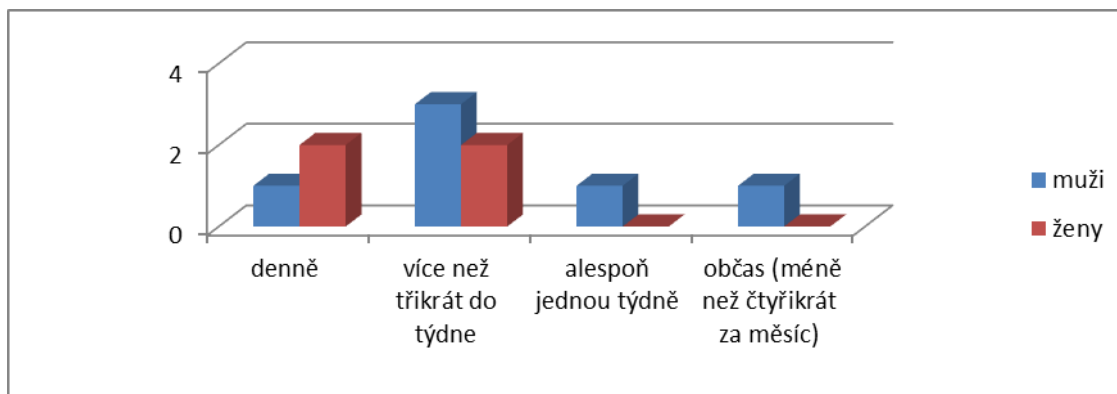
Vyhodnocení první otázky

Graf č. 1: Četnost účasti na aktivizačních programech v domově č. 1



Jak je patrné nejčastěji se senioři účastní aktivizačních programů více než třikrát týdně. Pouze jedna respondentka se účastní některé z aktivit každý den, a jedna méně než čtyřikrát do měsíce.

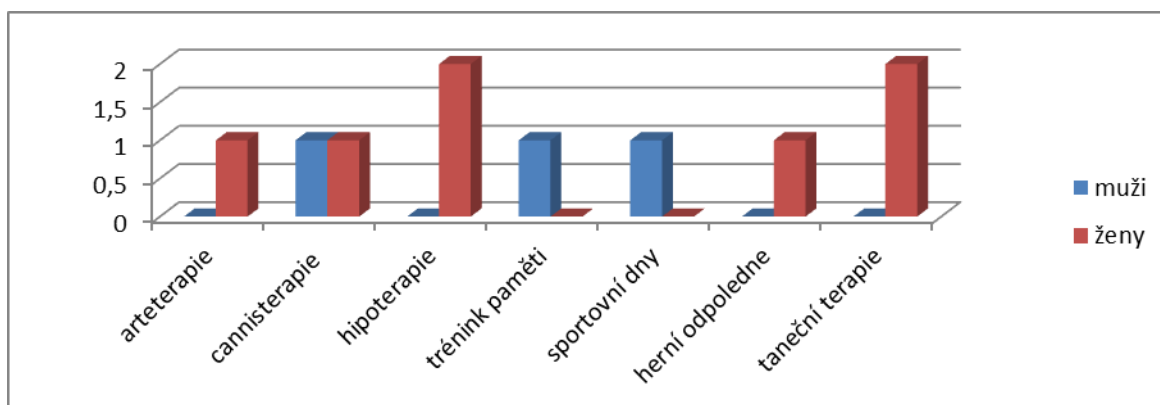
Graf č. 2: Četnost účasti na aktivizačních programech v domově č. 2



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že nejčastěji se senioři účastní aktivizačních programů více než třikrát týdně. Tři respondenti se účastní některé z aktivit každý den, jeden respondent alespoň jednou týdně a jeden méně než čtyřikrát do měsíce.

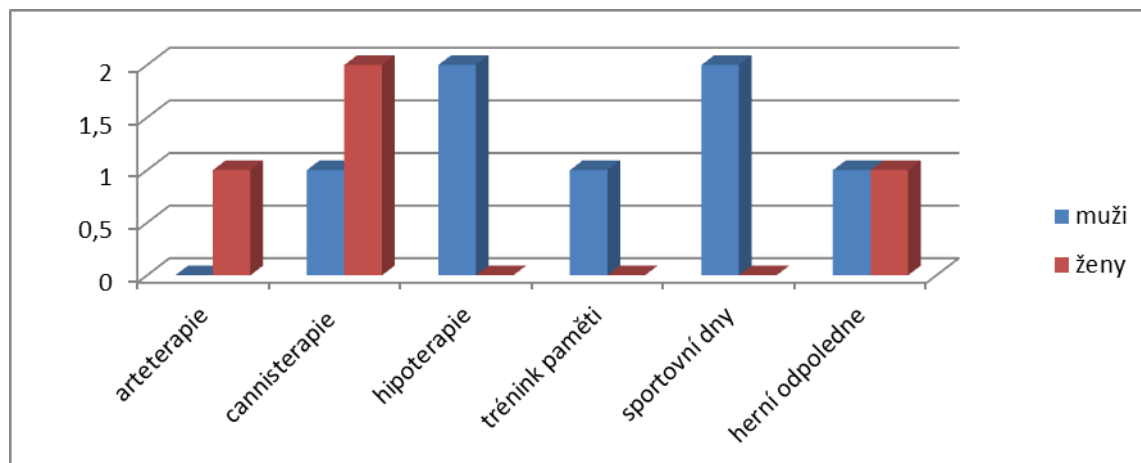
Vyhodnocení druhé otázky

Graf č. 3: Míra oblíbenosti jednotlivých aktivizačních terapií v domově č. 1



Zjišťování míry oblíbenosti jednotlivých aktivit ukazuje, že nejoblíbenější aktivizační terapií je hipoterapie a taneční terapie. Muži i ženy mají rádi cannisterapii a muži též rádi volí sportovní dny a trénink paměti. U žen je pak častou volbou arteterapie či herní odpoledne.

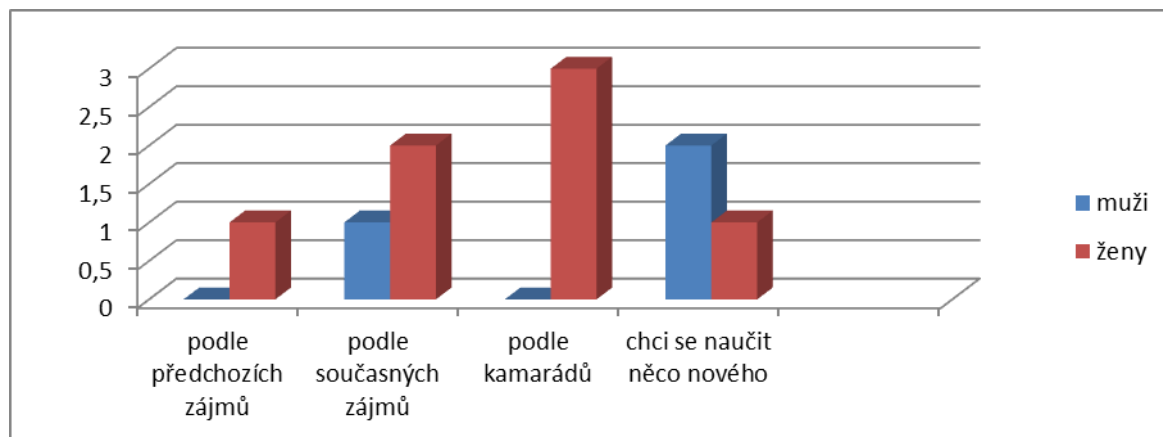
Graf č. 4: Míra oblíbenosti jednotlivých aktivizačních terapií v domově č. 2



Nejoblíbenější aktivizační terapií ve vybraném domově je hipoterapie, kterou preferují muži, a cannisterapie, oblíbená mezi ženami. Muži i ženy mají rádi herní odpoledne a muži též rádi volí sportovní dny a trénink paměti. U žen je pak častou volbou arteterapie.

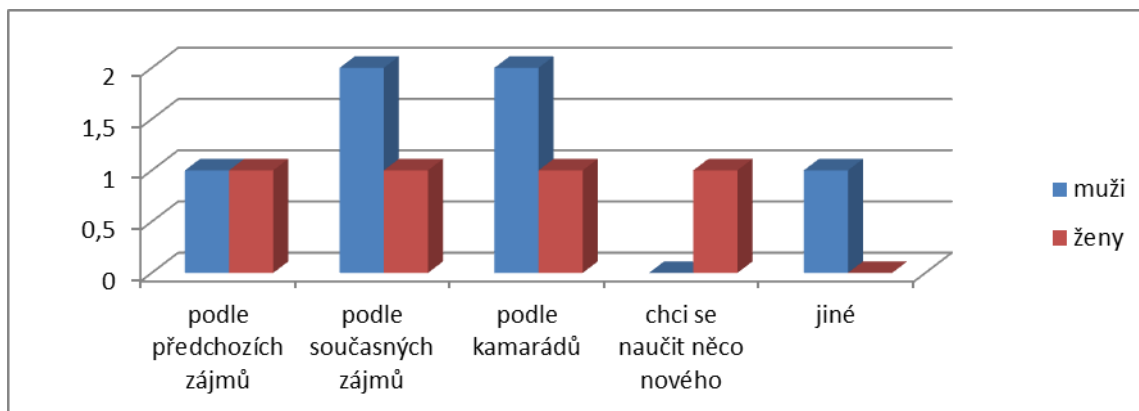
Vyhodnocení třetí otázky

Graf č. 5: Způsob výběru jednotlivých aktivizačních technik v domově č. 1



Ve výzkumné otázce směřující k motivaci k jednotlivým aktivitám je zjevné, že ženy nejčastěji vybírají aktivizační techniku dle názoru kamarádů či kamarádek, zatímco u mužů převažuje touha naučit se něco nového. Pouze jedna žena se rozhodovala dle předchozích zájmů, a dvě ženy a jeden muž podle současných zájmů.

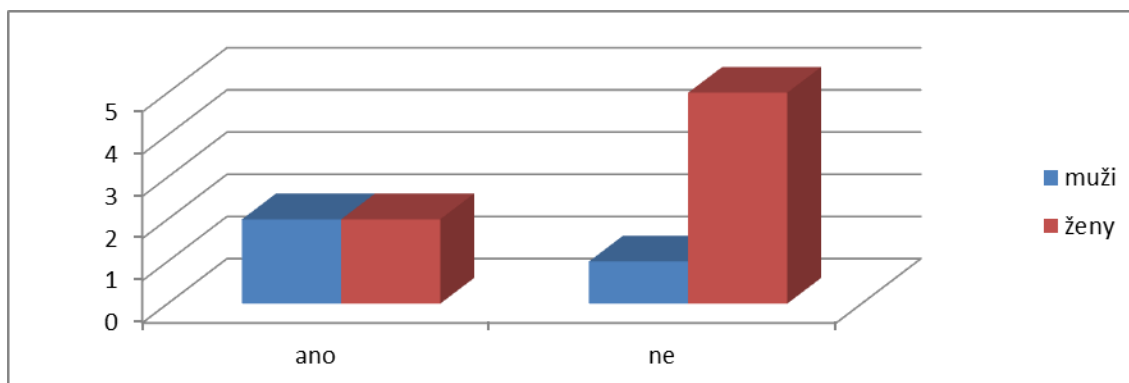
Graf č. 6: Způsob výběru jednotlivých aktivizačních technik v domově č. 2



Otázka výběru jednotlivých aktivizačních technik ukazuje, že respondentky v tomto Domově nemají jednotný způsob preferencí. Každá z respondentek zaškrtnula jednu z odpovědí. Muži se rozhodují dle názorů kamarádů či podle současných zájmů. Méně se již u nich projevuje touha naučit se něco nového, případně se rozhodují dle momentální nálady.

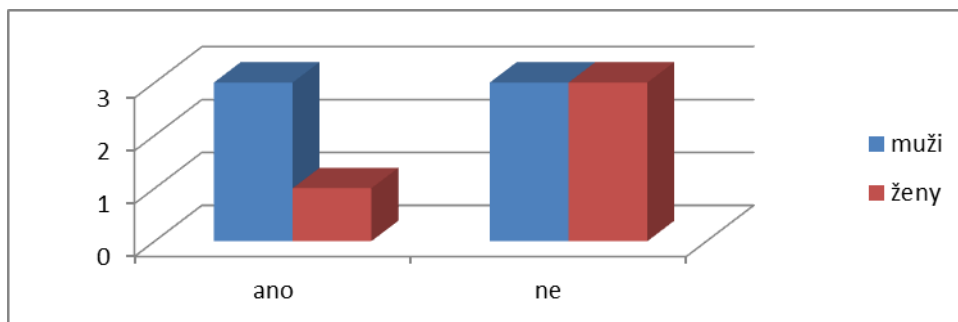
Vyhodnocení čtvrté otázky

Graf č. 7: Výběr jednotlivých aktivizačních technik dle odborných pracovníků v domově č. 1



Osobnost vedoucích pracovníků, čili terapeutů je důležitá pro dva muže a dvě ženy, zatímco pro většinu žen tato osoba nehrála rozhodující roli. Osoba, vedoucí danou aktivitu, byla důležitá spíše pro muže.

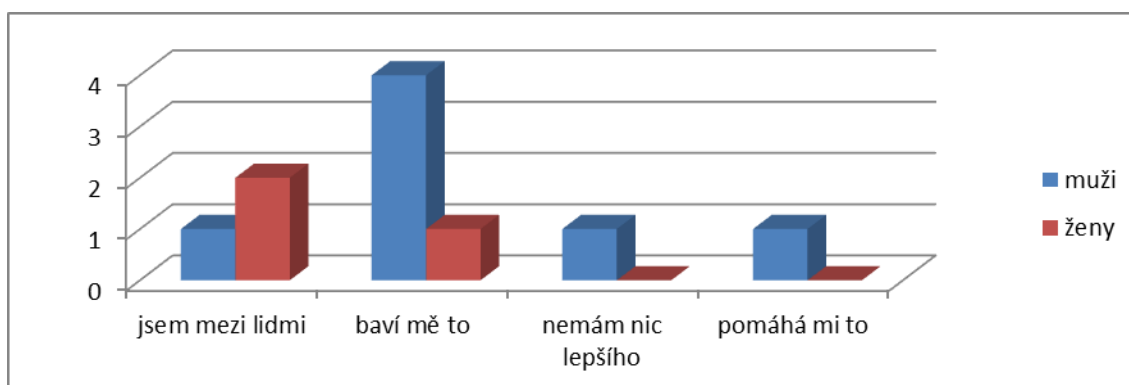
Graf č. 8: Výběr jednotlivých aktivizačních technik dle odborných pracovníků v domově č. 2



V této části výzkumu bylo sledováno, do jaké míry ovlivňuje rozhodovací procesy pro konkrétní terapii osobnost vedoucího pracovníka. Je patrné, že osoba vedoucího pracovníka je důležitá pro dva muže a dvě ženy, zatímco pro většinu žen tato osoba nehrála rozhodující roli. Osoba, vedoucí danou aktivitu, byla důležitá spíše pro muže.

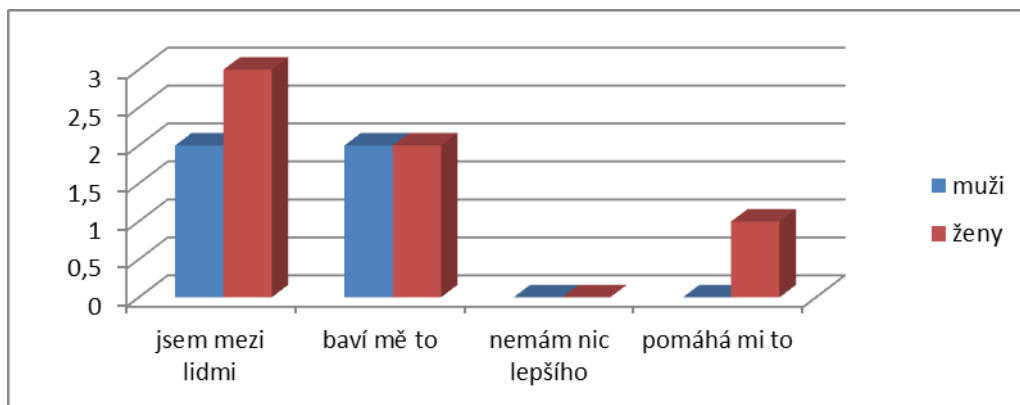
Vyhodnocení páté otázky

Graf č. 9: Důvod výběru jednotlivých aktivizačních terapií v domově č. 1



Pokud se zaměříme na motivaci jako takovou, totiž proč si daný klient zvolí právě tu konkrétní činnost, zjišťujeme, že nejvíce respondentů se dané aktivity účastní proto, že je to baví. Muži v ostatních variantách odpovídali vyrovnaně, zatímco pro ženy byl důležitý faktor setkání s dalšími lidmi.

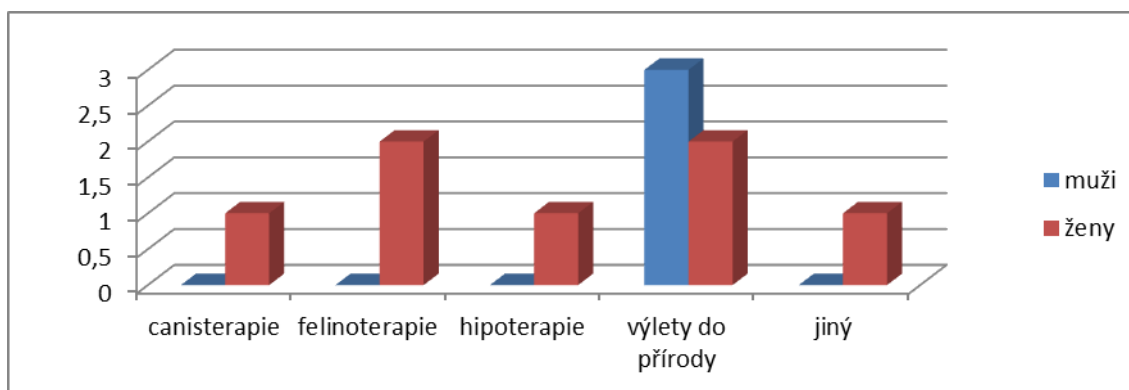
Graf č. 10: Důvod výběru jednotlivých aktivizačních terapií v domově č. 2



Na grafu vidíme, že nejvíce respondentů se dané aktivity účastní proto, že mají příležitost potkat se s ostatními lidmi. Dva muži a dvě ženy odpověděli, že na danou aktivitu chodí proto, že je baví, a pouze jedna žena přiznala, že se dané aktivity účastní proto, že jí to pomáhá.

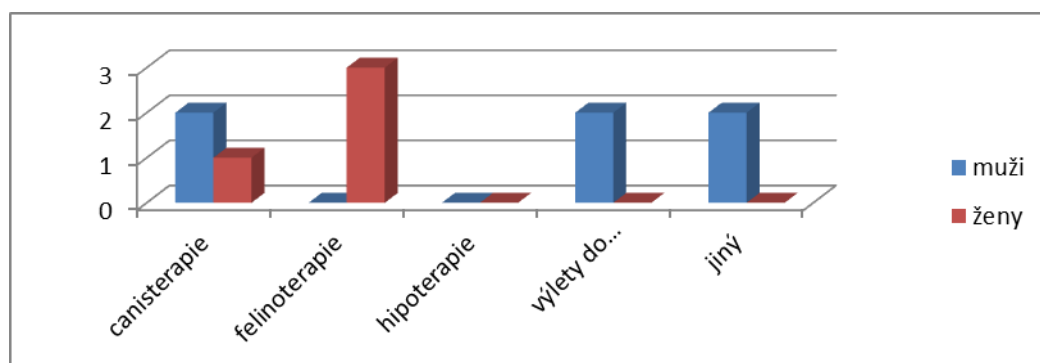
Vyhodnocení šesté otázky

Graf č. 11: Neoptimálnější aktivizační terapie pro zlepšení psychického prožívání v domově č. 1



V otázce zlepšení psychického prožívání byly nejčastěji zaškrtnuty výlety do přírody. Tuto aktivitu jednoznačně preferují muži. Mezi ženami je též oblíbená felinoterapie, tedy léčba přítomností koček, canisterapie a hipoterapie. Jedna žena odpověděla, že pro zlepšení psychického prožívání pravidelně cvičí.

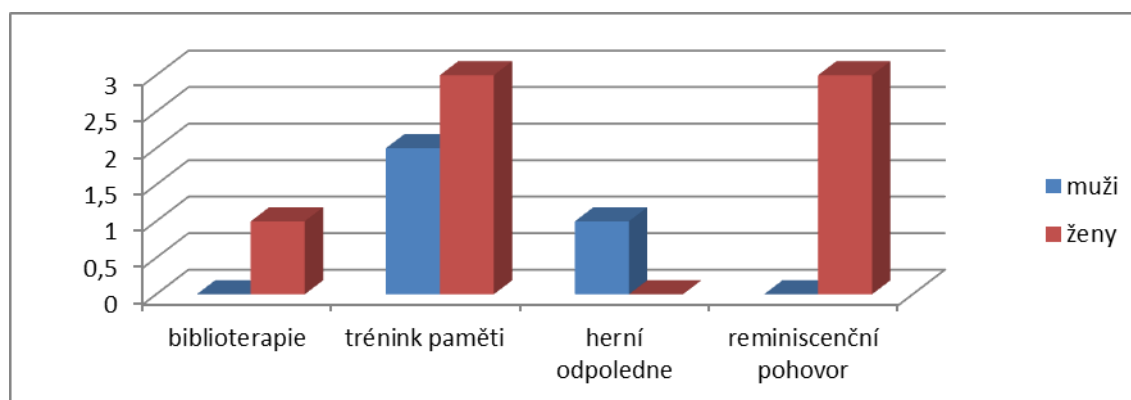
Graf č. 12: Neoptimálnější aktivizační terapie pro zlepšení psychického prožívání v domově č. 2



V otázce zlepšení psychického prožívání se mezi muži a ženami odpovědi lišily. Ženy jednoznačně preferují felinoterapii, zatímco mužům pomáhá canisterapie, hipoterapie či sportovní aktivity.

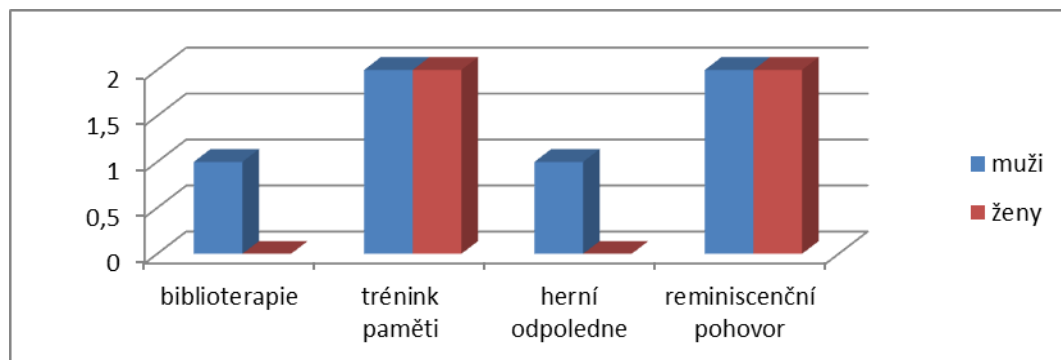
Vyhodnocení sedmé otázky

Graf č. 13: Neoptimálnější aktivizační technika pro zlepšení paměti v domově č. 1



Dle odpovědí respondentů jsou mezi ženami oblíbené aktivity přímo zaměřené na trénink paměti, a také reminiscenční pohovory, při nichž si dotázaní musí vzpomenout na zážitky blízké i vzdálené. Mezi muži je, kromě již zmíněných paměťových tréninků, oblíbené také herní odpoledne, kde mohou svou paměť potrápit při deskových hrách.

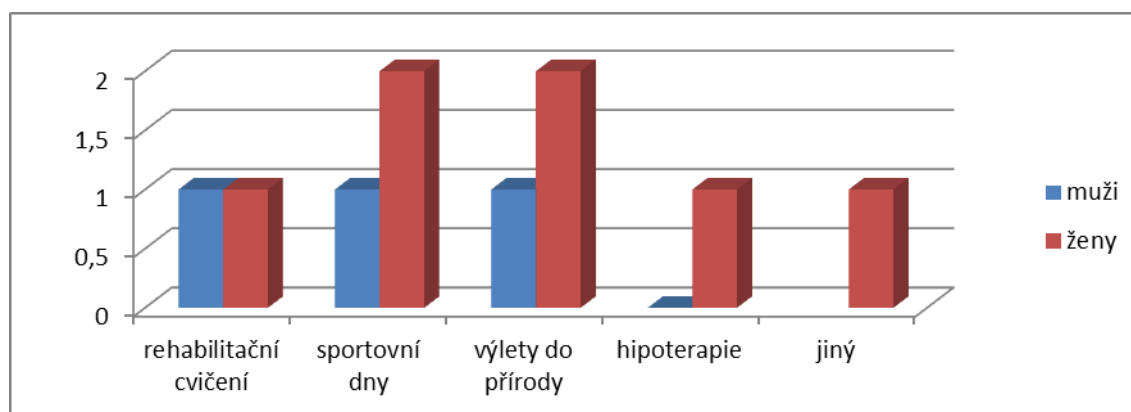
Graf č. 14: Nejoptimálnější aktivizační technika pro zlepšení paměti v domově č. 2



Dle odpovědí respondentů jsou mezi ženami oblíbené aktivity přímo zaměřené na trénink paměti, případně reminiscenční pohovory, při nichž si dotázaní musí vzpomenout na zážitky blízké i vzdálené. Mezi muži je, kromě již zmíněných paměťových tréninků, oblíbené také herní odpoledne, kde mohou svou paměť potrápit při deskových hrách, a také reminiscenční pohovory. Jednomu z respondentů pomáhá také biblioterapie.

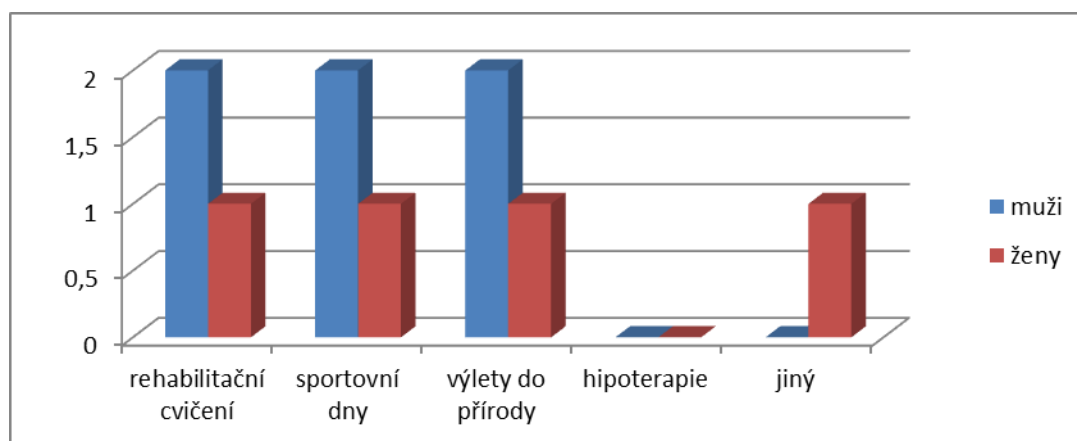
Vyhodnocení osmé otázky

Graf č. 15: Nejoptimálnější aktivizační technika pro zlepšení fyzické kondice v domově č. 1



Pro zlepšení a udržení fyzické kondice ženám – seniorkám nejvíce pomáhá účast na sportovních dnech a výlety do přírody. Jedné respondentce se zdá přínosnější hodina taneční terapie, a jedna uvádí i hipoterapii. Muži odpověděli rovnoměrně, že jim nejvíce pomáhá, kromě sportovních dnů a výletů do přírody, také rehabilitace, podobně jako poslední respondentce.

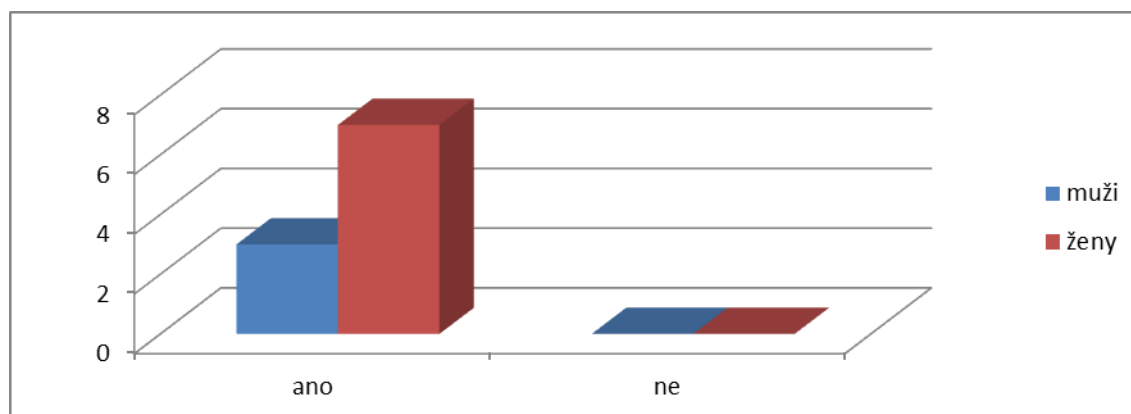
Graf č. 16: Neoptimálnější aktivizační technika pro zlepšení fyzické kondice v domově č. 2



Pro zlepšení a udržení fyzické kondice ženám – seniorkám nejvíce pomáhá účast na sportovních dnech a výlety do přírody, případně individuální cvičení bez terapeuta. Muži odpověděli rovnoměrně, že jim nejvíce pomáhá, kromě sportovních dnů a výletů do přírody, také rehabilitace, podobně jako poslední respondentce.

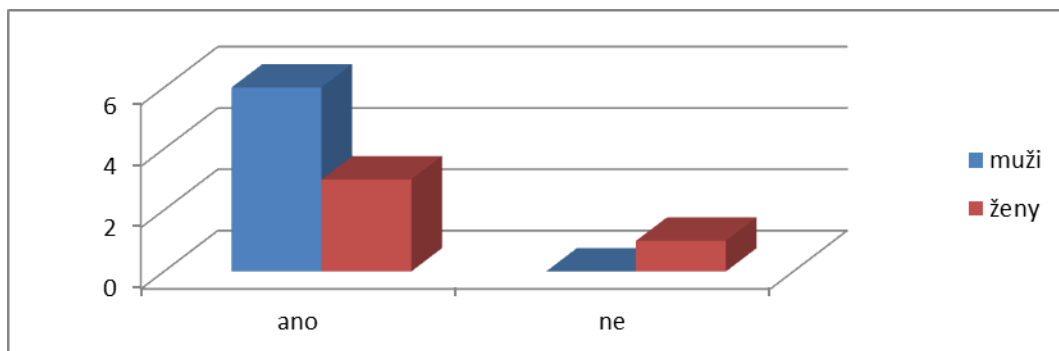
Vyhodnocení deváté otázky

Graf č. 17: Míra spokojenosti s nabídkou aktivizačních terapií domově č. 1



Vybraný vzorek respondentů v dotaznících sdělil, že všichni dotázaní respondenti jsou s nabídkou aktivizačních terapií v tomto domově pro seniory spokojeni.

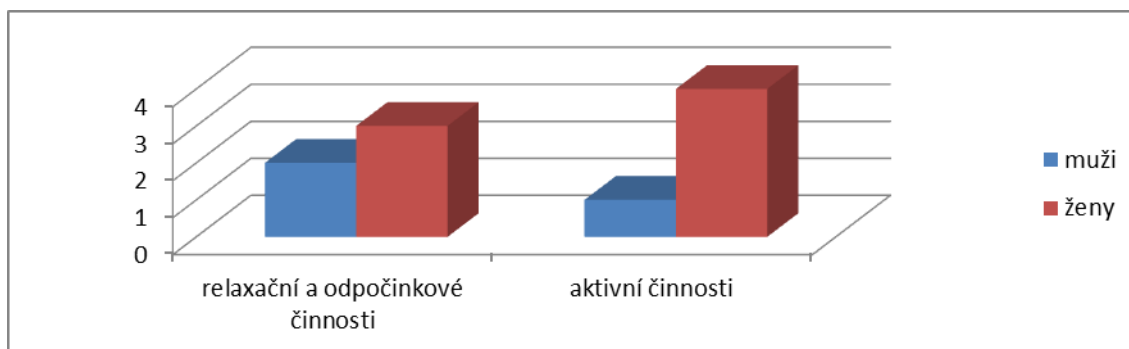
Graf č. 18: Míra spokojenosti s nabídkou aktivizačních terapií v domově č. 2



S nabídkou aktivizačních programů v tomto zařízení jsou spokojeni všichni muži a většina žen. Pouze jedna respondentka uvedla, že spokojená není, avšak neuvedla, co v nabídce postrádá.

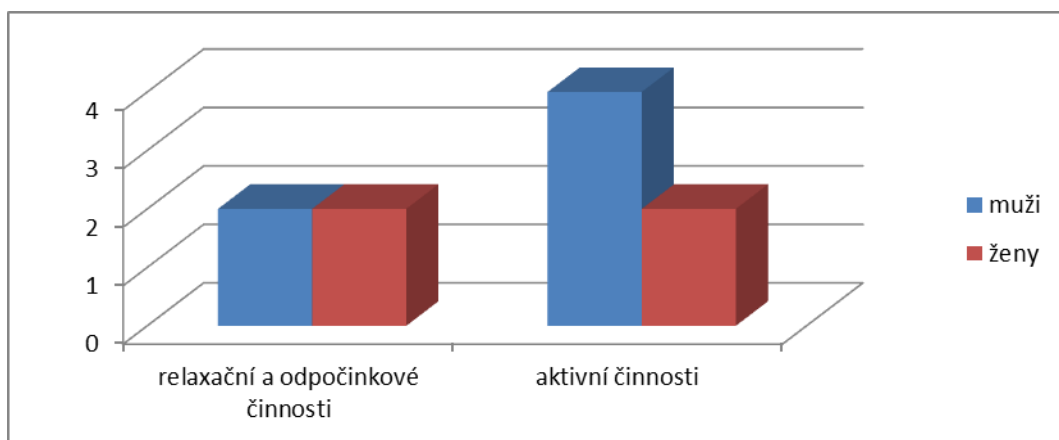
Vyhodnocení desáté otázky

Graf č. 19: Míra preference určitého typu aktivizační terapie v domově č. 1



Z výše uvedeného grafu je patrné, že muži spíše preferují relaxační aktivity, zatímco ženy se rády věnují aktivní činnosti.

Graf č. 20: Míra preference určitého typu aktivizační terapie v domově č. 2



Z uvedeného grafu je patrné, že dva respondenti a dvě respondentky preferují relaxační a odpočinkové činnosti, zatímco většina mužů a dvě ženy se rádi věnují aktivní činnosti.

4.1 Výzkumný závěr

Jako **nejúčinnější a nejvhodnější** aktivizační metoda pro seniora s Alzheimerovou chorobou se jeví následující:

V Domově 1 byly v otázce zlepšení psychického prožívání nejčastěji zaškrtnuty výlety do přírody, což může znamenat, že, alespoň mužským respondentům, tato aktivita pomáhá nejvíce. Obecně se osvědčily terapie se zvířaty. Mezi ženami z obou zařízení je jednoznačně nejvíce úspěšná felinoterapie, nejspíše proto, že mnoha respondentkám připomíná jejich domov, v němž byly kočky nedílnou součástí domácnosti. Cannisterapie a hipoterapie je hodnocena jen o málo lépe nežli sportovní aktivity.

Domov 1: Dle odpovědí respondentů jsou mezi ženami oblíbené aktivity přímo zaměřené na trénink paměti, a také reminiscenční pohovory, při nichž si dotázaní musí vzpomenout na zážitky blízké i vzdálené. Mezi muži je, kromě již zmíněných paměťových tréninků, oblíbené také herní odpoledne, kde mohou svou paměť potrápit při deskových hrách.

Na rozvoj paměti jsou nejúčinnější aktivity zaměřené přímo na rozvoj paměťových dovedností. Mezi ženami v Domově 1 jsou, dle jejich odpovědí, také úspěšné reminiscenční pohovory, mužům nejčastěji pomáhá hraní stolních her v rámci herního odpoledne. V domově 2 pomáhá jednomu z respondentů také biblioterapie.

Ženám – seniorkám pomáhá v udržení dobré fyzické kondice zejména účast na sportovních dnech a výlety do přírody. Jako další možnosti uvádí hodina taneční terapie či hipoterapie, mužům, kromě sportovních dnů a výletů do přírody, také rehabilitace. Podobné odpovědi byly získány také od respondentů a respondentek z Domova 2. Jedna respondentka z tohoto zařízení praktikuje individuální cvičení bez terapeuta.

Nejoblíbenější aktivizační metodou mezi seniory s Alzheimerovou chorobou je v Domově 1 hipoterapie a taneční terapie, v Domově 2 mají muži v oblibě také cannisterapii. Poměrně oblíbené jsou také sportovní dny, trénink paměti a herní odpoledne. Arteterapie či muzikoterapie nepatří mezi nejoblíbenější formy aktivizace, stejně jako taneční terapie. Možným vysvětlením může být skutečnost, že zvířata byla důležitou součástí života mnoha seniorů, a proto k nim mají blízko také v seniorském věku, zatímco k novějším formám terapií si budují důvěru velmi pomalu.

ZÁVĚR

Senioři s Alzheimerovou chorobou představují velmi ohroženou skupinu, která může být snadno ovlivnitelná nejen díky svému věku, ale též kvůli projevům této choroby. I přesto, že trvale žijí v domově pro seniory se zvláštním režimem, potřebují si udržet co nejlepší celkovou kondici. Nabídka aktivit nejrozumnějšího zaměření je v mnoha zařízeních široká, avšak ne vždy může seniorům vyhovovat.

Zjistili jsme, že nejoblíbenější formou aktivizačních programů je terapie se zvířaty. Uvedené terapie v sobě zahrnují důležitý, avšak často podceňovaný kontakt s živou bytostí, která byla pro mnoho seniorů součástí jejich života po mnoho dekad, avšak který jim je v zařízení domova odepřen. Felinoterapie, neboli terapie za přítomnosti koček, může v seniorech posilovat sociální vazby, zlepšovat paměť, komunikační dovednosti a mnoho dalších. Přítomnost psa pak nabízí možnost pohybových aktivit, kdy senioři mohou chodit se psem na procházky a naplnit tak potřebu pohybu a fyzické zdatnosti. Hipoterapie pak přináší jedinečný zážitek jízdy na koni i péče o něj, což opět umožňuje podpořit psychickou, paměťovou i fyzickou zdatnost.

Pouze menšina seniorů uvedla, že za svou oblíbenou činnost považuje arteterapii. Příčin může být několik. Mnoho starších lidí považuje tvořivou ruční práci za nedílnou součást života, někdy spojenou s pocitem povinnosti a nikoliv odpočinku, a proto se jim nyní nechce trávit tímto způsobem volný čas. Muzikoterapie a taneční terapie představují poměrně novou formu aktivizačních programů, k nimž si musí někteří senioři budovat postupnou důvěru. Při osobních návštěvách však mnoho jiných seniorů, kteří se mého výzkumu nezúčastnili, bylo těmto terapiím přítomno. Proto je možné, že data získaná od omezené skupiny respondentů nepodávají zcela objektivní výsledky.

Zjištěné výzkumné závěry, mohou posloužit jako doporučení ostatním Domovům pro seniory, aby do svých nabídek aktivizačních programů zahrnuly také terapii se zvířaty. Mnoho dobrovolných a neziskových spolků se některou z těchto forem terapií zabývá, proto není tolik finančně nákladné najít vhodného poskytovatele. Též je důležité mít vždy možnost kontaktu s přírodou, neboť právě tyto výlety představují důležitou podporu pro seniory. Nezbytné je též přistupovat k seniorům s porozuměním a trpělivostí, a věřit, že jim tyto programy pomáhají, i když to nedokážou dát dostatečně najevo.

Příloha

Dotazník

1.) Jak často se účastníte aktivizačních činností?

- a) denně
- b) více než třikrát do týdne
- c) alespoň jednou týdně
- d) občas (méně než čtyřikrát za měsíc)

2.) Jaké aktivizační činnosti se účastníte nejraději?

.....

3.) Podle čeho vybíráte konkrétní aktivizační činnosti?

- a) podle koníčků, kterým jsem se věnoval/a před vstupem do domova pro seniory
- b) daná činnost mě zajímá
- c) chci se naučit něco nového
- d) podle kamarádů
- e) jiný důvod. - Jaký?

4.) Vybíráte si aktivizační činnosti podle osob, které je vedou?

- a) ano
- b) ne

5.) Z jakého důvodu se účastníte aktivizačních činností?

- a) jsem mezi lidmi
- b) baví mě to
- c) nevím, co bych tu dělal/a jiného
- d) pomáhá mi to
- d) jiný důvod (prosím doplňte)

6.) Jaká aktivizační činnost Vám nejvíce pomáhá zlepšit psychické prožívání?

.....

7.) Jaká aktivizační činnost Vám nejvíce pomáhá zlepšit paměť?

.....

8.) Jaká aktivizační činnost Vám nejvíce pomáhá zlepšit oblast motoriky?

.....

9.) Vyhovuje Vám nabídka aktivizačních činností?

a) ano

b) ne - Jaké činnosti Vám zde chybí?

10.) Dáváte přednost relaxačním a odpočinkovým činnostem nebo činnostem, kde se aktivně zapojujete?

a) relaxační a odpočinkové činnosti

b) aktivní činnosti

11.) Jaké je Vaše pohlaví?

c) žena

d) muž

12.) Kolik je Vám let?

a) 55- 70 let

b) 71- 80 let

c) 81 a více let

13.) Jak dlouho jste v tomto Domově pro seniory?

a) méně než 3 roky

b) 3 – 8 let

c) více než 8 let

14.) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) vyučen/á

c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

Seznam použité literatury

- ČELEDOVÁ, Libuše. a kol. Úvod do gerontologie. 1.vyd. Praha : Karolinum 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3
- CHYTIL, Oldřich., Dana, SÝKOROVÁ, Autonomie ve stáří : strategie jejího zachování. Ostrava: Albert. 2004. 323s. ISBN 80-7326-026-3
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. 2. vyd. HBT:Praha 2010 355 s. ISBN 978-80-87109-19-9
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie. 1.vyd. Praha: Galén 2012. 180 s. ISBN 978-80-7262-900-8
- JERÁBEK, Hynek. a kol. Rodinná péče o staré lidi. 1.vyd. Praha: UK FSV CESES 2005. 98 s. ISBN 1801-1519
- JESENSKÝ, Ján. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. Praha: Karolinum, 2000. 354s. ISBN 80-7184-823-9
- KALVACH, Zdeněk. Psychoterapie a aktivizace ve stáří. In: KALVACH, Zdeněk. a kol. Úvod do gerontologie a geriatric. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
- KOZÁKOVÁ, Zdenka., Oldřich MÜLLER. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6
- KRUSZEWSKI, Tomasz. Biblioterapie - léčba četbou. Čtenář. 2008, ročník 60, č. 7/8, s. 219-223.
- MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN: 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 2.přepr.vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby. 1.vyd. Praha: Portál 2007. 184 s. ISBN 9788073673109
- MEEKUMS, Bonnie. Dance Movement Therapy. A Creative Psychotherapeutic Approach. London: SAGE publications 2002
- MÜHLPACHR, Pavel. Sociální práce jako životní pomoc. In MÜHLPACHR, P. Sociální práce jako životní pomoc. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. s. 7-15, 9 s. ISBN 80-86633-62-4.
- NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. Praha: Albatros, 2006.. ISBN 80-0001809-8
- PACOVSKÝ, Vladimír. Proti věku není léku? : úvahy o stárnutí a stáří . Praha: Karolinum. 1997. 124s.ISBN 80-7184-486-1
- REGNAULT, Mathilde. Alzheimerova choroba. 1.vyd. Portál:Praha 2011 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN: 80-7178-616-0
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Barbora, BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. 1.vyd. Praha: Galén 2011 112 s. ISBN 9788072627110
- ŠTILEC, Miroslav, Václav BUNC. Pohybové aktivity jako prostředek aktivního způsobu života seniorů. Tělesná výchova a sport 2004; 14(2): s. 13–16
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1.vyd. Praha: Grada 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2
- ZELEIOVÁ, Jaroslava. Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 254 s. ISBN: 9788073672379
- ZGOLA, Jitka, M. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

Seznam internetových zdrojů

- Tanečně pohybová terapie. Centrum zdraví Roseta. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.roseta.cz/psychologie/nase-pristupy/tanecne-pohybova-terapie>
- Kde hledat sociální službu na míru: průvodce nabídkou péče o seniory. Portál MPSV (online). 2013 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14910>
- BABOUČKOVÁ, Vendula. Věková období- jejich zvláštnosti. (online) 2009. [cit. 22.4.2017]. Dostupný z: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kat_tv/externi/kat_tv_7545/vekova_obdobi_a_jejich_zvlastnosti.ppt
- Alzheimerova nemoc. Webové stránky České Alzheimerovské společnosti. (online) 2015 [cit. 13.3.2017] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>
- Domov pro seniory Elišky. Purkyňové (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.dsepurkynove.cz/aktivizace.html>
- Domov pro seniory se zvláštním režimem Černožice. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.doduce.cz/index.php/dzr>
- Domácí zdravotní péče. (Online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: www.domacipece.cz
- UHLÍŘ, Petr. Pohybová cvičení seniorů. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: http://www.ftk.upol.cz/katedry/apa/esf_3_2/download/Uhlir_Pohybovacviceniseniuru.pdf
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana. a kol. Trénování paměti-metodická příručka. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/trenovani_pameti/dokumenty/metodika.pdf
- Taneční terapie pro seniory v DS Vratislavice. (online) 2017 [cit. 23.4.2017] Dostupné z: <http://www.domovprosenioryvratislavice.cz/documents/2016-Tanecniterapieproseniory.pdf>
- Charakteristika kraje. ČSÚ v Olomouci. (online) 2018 [cit. 30.11.2018] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/xm/charakteristika_kraje