

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Dorazilová Renáta

Aktivizační programy pro seniory s demencí a jejich vliv na
zvýšení kvality života

Olomouc 2014

vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

Poděkování

Děkuji MUDr. Miladě Bezděkové, Ph.D. za její podněty a rady, které mi jako vedoucí mé diplomové práce poskytovala při jejím zpracovávání.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucí občanského sdružení Akropolis, Mgr.Dagmar Mega, která mi společně s pracovnící Jitkou Králíkovou umožnila vykonat výzkum v zařízení a pomohla mi cennými radami v oblasti Snoezelenu.

Obsah

ÚVOD

1	CÍL PRÁCE.....	8
2	TEORETICKÉ POZNATKY.....	9
2.1	Stárnutí, stáří, senior	9
2.2	Stárnutí.....	9
2.2.1	Biologické změny.....	11
2.2.2	Sociální změny	11
2.2.3	Psychické změny.....	12
2.2.4	Kognitivní změny	12
2.2.5	Demografické stárnutí.....	13
2.3	Stáří.....	14
2.3.1	Ageismus	16
2.4	Senior.....	17
2.5	Demence.....	18
2.5.1	Definice, dělení	19
2.5.2	Projevy demence	21
2.5.3	Statistika	23
2.5.4	Demence Alzheimerova typu	24
2.5.4.1	Diagnostika	25
2.5.4.2	Stadia demence.....	26
2.5.4.3	Výzkum	27
2.5.4.4	Světový pohled na demenci	28
2.5.4.5	Léčba	31
2.6	Sociální služby pro seniory s demencí.....	32
2.7	Aktivizace seniorů postižených demencí.....	35
2.7.1	Aktivizační techniky pro první a druhé stadium demence.....	36
2.7.1.1	Trénink paměti	37

2.7.1.2	Arteterapie.....	38
2.7.1.3	Kinezioterapie	39
2.7.1.4	Taneční terapie.....	40
2.7.1.5	Canisterapie.....	41
2.7.1.6	Ergoterapie	43
2.7.1.7	Muzikoterapie	44
2.7.1.8	Validační techniky	45
2.7.1.8.1	Reminiscence.....	47
2.7.1.8.2	Smyslová aktivizace	48
2.7.2	Aktivizační techniky pro třetí stadium demence	50
2.7.2.1	Bazální stimulace	50
2.7.2.2	Snoezelen – vše je dovoleno	52
3	METODIKA PRÁCE	56
3.1	Cíl výzkumu	57
3.1.1	Hlavní cíl, dílčí cíle.....	57
3.2	Typ výzkumu, charakteristika respondentů	58
3.2.1	Strategie, metody zkoumání.....	58
3.3	Realizace výzkumu	60
3.3.1	Popis zařízení.....	60
3.3.1.1	Popis interakční místnosti	61
3.4	Průběh výzkumného šetření.....	62
3.5	Interpretace výsledků	63
	Pobyt v multismyslové místnosti Snoezelen.....	65
4	VÝSLEDKY	79
	ZÁVĚR.....	85
	SOUHRN, SUMMARY	87
	REFERENČNÍ SEZNAM	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ, PŘÍLOH	94

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá aktivizačními metodami určenými pro seniory s demencí a jejich vlivem na zvýšení kvality jejich života.

Pracuji v sociálních službách na různých pozicích téměř dvě desetiletí, posledních pět let pečuji o osoby postižené demencí v Domově pro seniory se zvláštním režimem. Proto volba tématu pro tuto práci nebyla pro mě jen velmi rychlou volbou, ale i výzvou.

Se stářím přicházejí nejrůznější nemoci. Jsou mezi nimi i takové, které si sami neuvědomujeme, ale naše okolí díky těmto nemocem zažívá těžké chvíle. Onemocnění, které komplikuje život nejen pacientovi, ale především jeho blízké rodině, se nazývá demence.

Z demografického hlediska toto onemocnění představuje závažný problém, kde stoupají počty starých lidí, tedy i podíl nemocných s demencí na celkové populaci. Je to onemocnění nevyléčitelné, představuje značný problém pro celou společnost.

Nevíme, koho z nás demence postihne, dosud neumíme jejímu vzniku zabránit a zatím ani nevíme, jak ji zcela vyléčit. Dokážeme pouze rozpoznat její projevy a její rozvoj brzdit a usměrňovat. Velmi záleží na způsobech, jak s člověkem postiženým demencí budeme zacházet, jak jej podporovat a pomáhat.

Jednou z nejničivějších fází demence je období, kdy si mnozí lidé uvědomují postupnou dezintegraci své mysli. Vědí, že zapomínají, cítí se trapně, vnímají svoji neschopnost a nedostatečnost, propadají beznaději. Osoba značně dementní, která si již neuvědomuje svůj stav, výše uvedenými traumaty již netrpí, i když strach a frustrace mohou být stále přítomny. Pro všechny tyto však existuje celá řada aktivizačních metod, programů, technik, které jim mohou pomoci **zvýšit kvalitu života**.

Diplomová práce je rozdělena na dvě základní části: teoretické poznatky a metodiku práce.

Teoretická část definuje základní pojmy, jako jsou: stárnutí (včetně všech aspektů, které jej doprovází), stáří a senior. Další velkou a významnou kapitolou je

problematika samotné demence, samostatně se věnuji demenci Alzheimerova typu, popisují zde její příznaky, projevy, diagnostiku, příčiny, stadia, výzkum, možnosti léčení a zmiňují zařízení, která svými službami pomáhají takto postiženým.

Jádrem teoretické části diplomové práce jsou aktivizační techniky pro osoby postižené demencí. Zde jsem se snažila na základě svých zkušeností rozdělit dané techniky s ohledem na stadium postižení. Jednou z nových aktivizačních metod, která se v poslední době začíná prosazovat, je **Snoezelen – multismyslová funkční terapie**, která je realizována v příjemném a upraveném prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní a hudby, s cílem vyvolat určité smyslové podněty. O této metodě jsem se dozvěděla náhodou, začala jsem se o ni blíže zajímat, hledat zdroje, podněty, kontakty a natolik mě zaujala, že jsem se rozhodla formou výzkumu v praktické části zjistit a na vlastní oči vidět, jak Snoezelen na dementní osoby působí.

Praktická část diplomové práce tedy obsahuje stanovení cíle, typ výzkumu a metody šetření. Průběh šetření probíhal v zařízení Akropolis Uherské Hradiště. Vzorkem šetření byla skupinka seniorů s demencí Alzheimerova typu, na které byly aplikovány multismyslové podněty v místnostech pracoviště Snoezelen. Výsledky výzkumu byly analyzovány dle dílčích výsledků výzkumu a následně vyhodnoceny. V závěru svého zkoumání se zamýšlím nad výsledky svého bádání a jejich praktickým využitím.

V závěru celé diplomové práce hodnotím získané teoretické i praktické poznatky a to v návaznosti na jejich využití a v návaznosti na trvalé zlepšování kvality života seniorů s demencí.

1 CÍL PRÁCE

Dnešní vyspělá společnost si stále více uvědomuje, že funkce mozku sehraává významnou roli v celkovém zdravotním stavu každého člověka. S přibývajícím věkem se může naše zdraví značně zhoršit a to vlivem patologických změn na mozku, které mohou způsobit, kromě jiného, demenci člověka.

V současné době jsou např. v USA i v EU vyčleněny značné finanční prostředky na výzkum mozku. První výsledky tohoto výzkumu by mohly být známy již v následujících letech, kdy tyto poznatky bude možné aplikovat v praxi. Dnešní společnost se chce dozvědět více o těchto patologických procesech tak, aby bylo možné do nich zasahovat, léčit je, popřípadě je řešit.

Hlavní cíl diplomové práce:

Seznámit veřejnost se současným stavem možností aktivizačních metod určených pro seniory postižené demencí, s využitím stávajících a nových metod a jejich vliv na zlepšení kvality života starých nemocných lidí.

Dílčí cíle diplomové práce:

1. Ověřit si teoretické poznatky získané vlastním studiem odborných dokumentů.
2. Ověřit poznatky z jiných odborných pracovišť s praktickým nácvikem (Snoezelen) v rámci výzkumného úkolu.
3. Popularizovat a prezentovat zjištěné výsledky mého výzkumu, seznámit s výsledky výzkumu širokou veřejnost.
4. Pokusit se postupně prostřednictvím odpovědných osob, odborných týmů a politiků, prosadit zařazení aktivizačních metod, zmíněných v této diplomové práci do úhrad, úkonů, pojištění veřejného zdraví tak, aby byly tyto metody dostupné všem potřebným nemocným lidem.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Kapitola vymezuje základní pojmy dané problematiky, zmiňuje výčet sociálních zařízení pro seniory postižených demencí a popisuje aktivizační techniky v jednotlivých fázích postižení.

2.1 Stárnutí, stáří, senior

„Nikdo nemiluje život tak jako starý člověk.“

Sofokles

Gerontologie je multidisciplinárního souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Její název je odvozen z řeckého gerón – stařec a logos – slovo. Zabývá se procesem stárnutí a stáří s komplexním a interdisciplinárním přístupem. Zkoumá hlavně příčiny, mechanismy, zákonitosti a projevy stárnutí (Diderot, 1999).

S nárůstem demografického stárnutí nastává potřeba komplexní péče o seniora. Pochopit stárnoucího člověka vyžaduje kromě jisté odbornosti i smysl a cit pro seniora. Stáří přináší pokles zdraví, sociální role, postavení v rodině, ve společnosti. V tomto období se však setkáváme i s vykořisťováním, týráním, zneužíváním, jak rodinnými příslušníky, tak ze strany společnosti.

Tři slova, tři pojmy, týkající se nás všech. Všichni víme, co znamenají a přesto přístup každého je jiný. Pojďme si trochu blíže připomenout tyto atributy pozdního života člověka.

2.2 Stárnutí

Neoddělitelná součást života, proces, který není možno zastavit ani změnit. Je to jediná spravedlnost na světě, která postihne každého.

Problém stárnutí zajímal lékaře i filozofy všech dob. Od pradávna lidé hledali prostředky, léky ke zpomalení nebo zastavení stárnutí. Např. starořecký filozof Hippokrates (460-370 př. n. l.) doporučoval střídmost, pohyb, víno a horké koupele.

Filozof Platón (427-347 př. n. l.) zmiňoval, jak kvalitu života ovlivňuje schopnost adaptace ve středním věku. Seneca (3 př. n. l. - 66n.l.) zdůrazňoval, že způsob života je důležitější než počet prožitých let. Cicero (106-43 př. n. l.) doporučoval, aby se lidé ve stáří co nejvíce učili, což podporuje duševní svěžest (Gregor, 1983).

Všeobecná encyklopedie (1999) definuje pojem stárnutí jako zákonitý biologický celoživotní proces, nápadný po 30. roce věku. Jako příčiny uvádí genetické opotřebování a poruchy biologických struktur organismu.

Austad (1999) vidí tento proces jako postupné zhoršování úplně všech tělesných funkcí v čase. Ve své knize si klade otázky, jako např. proč ke stárnutí dochází, zda lze stárnutí měřit, věnuje se zde souvislostem s genetikou, prodlužování věku, změnám v organismu.

„Nic by nezměnilo lidský život natolik, jako kdybychom se naučili zpomalovat stárnutí. Kdyby náš aktivní pracovní život trval sto let, kdybychom mohli žít se šesti nebo osmi generacemi své rodiny...“ (Austad, 1999, s.8).

Dessaintová (1999) definuje stárnutí jako přirozený proces, při kterém jsou ohroženy některé faktory. Jestliže víme které, pak lze nalézt nejvhodnější prostředky k tomu, jak stárnutí když ne zastavit, tak alespoň zpomalit, pozitivně ho využít, zaměřit se na jeho lepší součásti a přizpůsobit se mu.

Člověk je tak starý, jak staře myslí. Stárnutí není jen o počtu let života, je to také o změnách duševního a tělesného stavu. Je důležité zachovat si svěžest mysli a těla, žít v naprostém souladu s přírodou. Člověk si může zachovat mladost, pokud je schopen se učit, přijímat nové jiné názory, získávat nové zkušenosti (Tvaroh, 1983).

Ve stárnutí se vidí hlavně úpadek, ztráta tělesných a duševních sil a schopností, ztráta půvabu, svěžesti mládí. Stárnutí je cesta a na této cestě se sice některé možnosti, úkoly a příležitosti vytrácejí, ale objevují se i nové (Říčan, 1989).

Soudím, že všichni živí tvorové stárnou, organismus se opotřebovává, klesá schopnost jeho regenerace. Na rychlosti opotřebování se podílí celá řada vnitřních a vnějších činitelů. Mezi ty vnitřní řadíme především genetické dispozice, rozumná životospráva, pohyb, aktivity a psychika. Vnější činitelé jsou fyzikální, popřípadě chemické (smog, znečištěné vodní toky, záření, geologické podloží). Důležitým aspektem v ovlivňování stárnutí jsou činitelé sociální (sociální politika, rodina, mezilidské vztahy, získané informace a jejich aplikace pro sebe sama s účelem

zlepšení kvality života). Důležitá je životní harmonie, vyváženost, soulad mezi potřebami, protože v případě disharmonií nastávají zkratové a stresové situace, které mohou výrazným způsobem způsobovat urychlení stárnutí a tak zapříčinit vznik nemocí a zhoršení jejich průběhu.

2.2.1 Biologické změny

Biologické změny probíhají individuálně u každého jedince. Jsou to veškeré změny organismu člověka, které probíhají na organické úrovni a jsou vlivem stárnutí nejvíce znatelné.

Mění se vzhled člověka, dochází k poklesu výšky, hmotnosti, snižuje se pohyblivost, koordinace pohybů. Kosti jsou křehčí (osteoporóza), dochází k poškození tepen (ateroskleróza), kůže ztrácí pružnost, objevují se první vrásky. Vlasy šediví, vypadávají. Tělo je celkově více náchylné na různé infekce, klesá imunita a objevují se zhoubná onemocnění (Tvaroh, 1983).

Dalšími příznaky jsou: poruchy spánku, atrofie mozku (demence), hypertenze, snížení vitality plic, poruchy funkcí vnitřních orgánů, postupná ztráta chrupu. Dále potom poruchy ve smyslovém vnímání (nedoslýchavost, zhoršení zraku, rozpoznávání vůní a chutí).

Význam definic podle Velkého lékařského slovníku (2004):

Atrofie - zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jeho velikosti. Může jít o fyziologický proces (stárnutí).

Hypertenze – onemocnění charakteristické zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu. Jedno z nejčastějších onemocnění, jehož příčina většinou není známa. V malém počtu případů je vysoký krevní tlak způsoben jinou chorobou, zejména onemocněním ledvin či nadledvin.

2.2.2 Sociální změny

Velkou sociální změnou je podle mě především změna v oblasti pracovní, rodičovské role, změny ve vztazích manželských, ztráta blízkých, postavení ve společnosti.

Mění se životní způsob a ekonomické zajištění. Tímto životním mezníkem je např. nástup do penze.

Další zásadním zásahem do života seniora je odchod do domova pro seniory, nemocnice nebo jiného sociálního zařízení. Tím ztrácí stárnoucí člověk své soukromí a mnohdy vlastní domov.

2.2.3 Psychické změny

Psychika stárnoucího člověka se ve většině případů odvíjí od vlivů, které na něj působily již od dětství, utvářely se a vzájemně na sebe působily.

Podle Tvaroha (1983) se duševní činnost stárnoucího člověka v mnohém podobá psychice člověka mladého, ale unaveného nebo zahloubaného do intenzivní a tvůrčí činnosti a nestačícího pak na to, aby věnoval pozornost věcem důležitějším a potřebnějším.

Největším nepřítelem stárnutí jsou obavy před stárnutím. To činí trvalou frustraci, osudovou zábranu v aktivitě a produktivitě starších lidí (Pondělíček, 1987).

Nejčastějšími změnami jsou: pokles a postupná ztráta vnímání, schopnosti rozhodování, vyjadřování, zapomínání, výskyt depresí, úzkostí, zpomalení psychomotorického tempa.

Pozitivními změnami mohou být: větší trpělivost, vytrvalost, větší pochopení, stálost ve svých názorech, opatrnost.

2.2.4 Kognitivní změny

„Kognitivní, poznávací, hodnotící, vnímající procesy, psychické procesy a operace, pomocí nichž jedinec poznává svět a sebe sama.“ (Diderot, 1999, s.128)

Kognitivní funkce nám pomáhají poznávat svět kolem sebe, orientovat se v něm, vnímat sám sebe. Patří sem především vnímání prostřednictvím smyslů, paměť, pozornost, představy, fantazie, myšlení, řeč, úsudek.

Po 60. roce se však toto vnímání prudce zhoršuje, klesá výkon. Zhoršuje se především krátkodobá paměť, naopak zážitky např. z dětství si stárnoucí vybaví lépe, ač trochu zkresleně.

Paměť je schopnost udržet informace, doba udržení je závislá na počtu jejich opakování, paměť se dá ovlivňovat celý život (Kleветová, Dlabačová, 2008).

Klesá také inteligence, která se dá vhodnými testy měřit, ve skutečnosti se mění kognitivní schopnosti velice rozdílně, proto není podobné hodnocení stárnoucích lidí vhodné. Sociální inteligence a schopnost morálního usuzování jsou zachovány na téměř stejné úrovni. Vše je ale odlišné u různých jedinců, ve vysokém věku dochází také k závěrečnému úpadku sil a schopností (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Kognitivním změnám v myšlení, paměti a pozornosti, se budu zabývat specificky, v souvislosti s demencí, v jiné kapitole této práce.

2.2.5 Demografické stárnutí

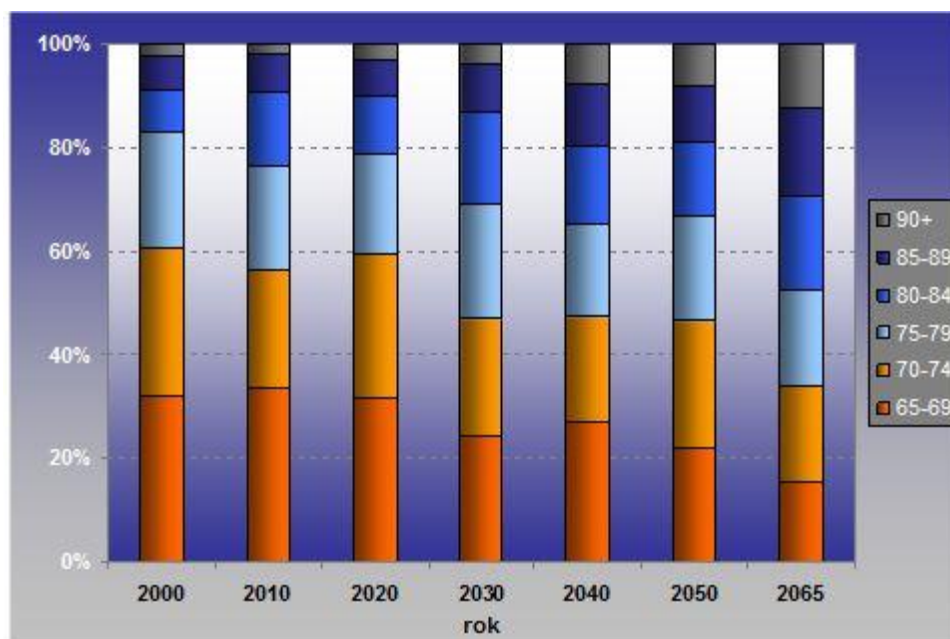
Proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva tak, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. V současné době jedna z nejzávažnějších a nejdiskutovanějších společenských otázek.

Podle prognózy populačního vývoje České republiky, kterou sestavili Burcuj, Kučera (2004) s pomocí klasického kohortě komponentního modelu populačního vývoje, bude počet obyvatel v naší zemi v budoucnu pravděpodobně klesat pod současnou úroveň a jako celek bude obyvatelstvo stárnout. Oba následně uvádějí, že průměrný věk, který byl v roce 2010 takřka 41,1 roku by se měl postupně zvýšit v roce 2065 až na **47,7** roku.

Průměrný věk v roce 2010 u mužů byl 74,1 roku, do roku 2065 by mělo dojít k nárůstu na **84,0** roku. U žen byl průměr v roce 2010 zhruba 80,3 roku, v roce 2065 číslo vzroste na **88,3** roku (Burcuj, Kučera, 2004).

Výsledky prognózy, které oba pánové zpracovali, potvrzují, že v příštích letech bude základním rysem vývoje obyvatelstva jeho další **stárnutí**.

Graf 1: Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v %)



Zdroj: ČSÚ, 2012

Z grafu č.1 je patrné, že zatímco v roce 2010 tvořily třetinu všech seniorů osoby ve věku 65-69 let, v roce 2065 bude tato věková skupina zaujímat pouze 15%.

Absolutně i relativně se tak zvýší zastoupení seniorů ve věku **70 a více let**. Věková skupina 70-79 let by měla ve srovnání s rokem 2010 vzrůst téměř dvojnásobně a skupina osob ve věku 80 a více dokonce více než čtyřnásobně. Z výsledků vyplývá, že samotná seniorská populace **stárne**.

Růst počtu osob ve věku 80 a více let však má mnoho důležitých důsledků pro společnost, jelikož právě osoby v tomto věku již mají většinou horší zdravotní stav, proto vyžadují častější sociální a zdravotní péči než mladší osoby důchodového věku.

2.3 Stáří

„Stáří (senium, aetas) – ontogenetická fáze biologicky i sociálně odlišná od středního věku, za počátek kalendářního stárnutí člověka je považován věk 60 nebo 65 let.” (Diderot, 1999, s. 269)

Všeobecně se za znak počátku stáří považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. Tímto je utvořena zvláštní sociální kategorie - kategorie starých osob, definovaných jako závislá skupina, jejíž členové by neměli pracovat, ale naopak potřebují ekonomickou a společenskou asistenci, kterou mají poskytovat mladší členové společnosti.

Světová zdravotnická organizace WHO člení stáří na:

-Rané stáří (60-65let)

-Vlastní stáří (75-90)

-Vysoký věk (90 - více let)

Stáří je přirozenou fází lidského života. Poeticky vyjádřeno bývá jeho podzimem. Je to naprosto normální proces, který můžeme v přírodě pozorovat u všech živých organismů. Někdy bývá rychlejší, jindy zase pomalejší. Stárne ale všechno a stárneme všichni. Každá živá buňka je naprogramována tak, že jednoho dne zestárne a zpomalí své procesy.

Staří lidé, kteří našli pozitivní postoj k této etapě svého věku a uchovají si osobnost, bývají někdy vyhledávání mladší generací. Nebývají osamoceni, prožívají plně a kvalitně své stáří. Snaží se být co nejdéle aktivní, soběstační, aby nebyli přítěží (Gregor, 1983).

Dnešní člověk chápe stáří jako nutné zlo. Naše doba oslavuje hlavně mládí, krásu, zdatnost, výkon. Nevidíme ve stáří zkušenost, moudrost, vyrovnanost jako naši předkové (Štilec, 2004).

„Času si musí člověk ve stáří vážit víc než v mládí, kdy ho má dostatek....já mám už karty v rukou, vím, co jsem dostala do hry, co se mi podařilo vyložit, uhrát, sehrát či získat. Nové karty nedostanu, eso si nevytáhnu, na další rundu tu už nebudu. Musím hrát proto co nejlépe, ...a nepromarnit žádnou příležitost ještě něco hezkého prožít a udělat.“ (Šiklová, 2010, s.60)

Citované zdroje pocházejí svým vznikem z různých etap vývoje lidské společnosti, kdy se postupně měnilo poznání jednotlivých prvků a získávání nových vědeckotechnických poznatků, které ovlivnily názory i závěry jednotlivých autorů děl.

2.3.1 Ageismus

Existující kult mládí a k němu opačný extrém. Původem z anglického slova age – věk, stáří. Problém, o kterém se moc nemluví, to však neznamená, že neexistuje. Pojem je obecně chápán jako předsudek vůči stáří nebo jako diskriminace na základě věku. Je to sociálně patologický jev.

„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestované skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.“
(Vidovičová, 2008, s.113)

A jak definuje pojmy předsudek a diskriminace Encyklopedie Diderot (1999)?

Předsudek – kriticky nezhodnocený úsudek silně ovlivněný emocemi a z něj plynoucí postoj, názor přijatý jedincem (skupinou).

Tošnerová (2002) ve své knize uvádí nejznámější předsudky dle Palmora a patří mezi ně: nemoc, impotence, ošklivost, pokles duševních schopností, zbytečnost, duševní nemoci, izolace, chudoba, deprese.

Diskriminace – nerovné, nespravedlivé zacházení s částí obyvatelstva na základě rasové, kulturní a náboženské odlišnosti.

Příkladem mohou být různé pracovní inzeráty, kdy mladý kolektiv hledá mladé spolupracovníky, o starší už není zájem.

Podle mých zkušeností mohou mít důsledky této diskriminace řadu podob, vystěhování se, alkohol, sebevraždy. Postoj však může být i aktivní, kdy senior rozpozná pokus o jeho vyloučení a sám se dokáže bránit.

Jak se tedy s problémem vyrovnat? Všeobecně je doporučována a zdůrazňována nutnost většího porozumění mezi generacemi. Je potřeba udržovat kontakty s lidmi různého stáří, snažit se pochopit specifika jednotlivých životních období, lépe vnímat rozdílnost lidí patřících ke stejné generaci.

Podle mého názoru jsou starší lidé v dnešní společnosti stavěni spíše na okraj každodenního života, ať už proto, že na ně blízcí nemají dostatek času, nebo „aby měli konečně klid“. Izolace a pocit zbytečnosti jsou však nejčastějším důvodem ztráty kontaktu se světem a ochabování schopnosti vhodně se rozhodovat a postarat se o sebe.

2.4 Senior

„Senioři jsou skupinou populace, která obohacuje společnost mj. i svou psychickou a sociální zralostí a zkušenostmi plynoucími z autentických prožitků minulých dějů.“
(Diderot, 1999, s.91)

Janečková (in Matoušek, 2005) zmiňuje, že senior bývá veřejností spojován se sociálním statutem důchodce, je neaktivní, neproduktivní, spojen se zdravotními problémy, ztrátou funkčnosti, soběstačnosti. Je pro společnost spíše zátěží, protože odčerpává velkou část zdrojů na důchody, zdravotní a sociální péči.

Kubalčíková (2006) definuje seniora jako jedince, který dosáhl věku nad 60 let, a automaticky získává od společnosti ekonomický status „osoba v postproduktivním věku“, který se ztotožňuje s pojmem „senior“. Je to pouze takzvaná „administrativní hranice“, která je odvozená od věku, který je určený jako věk odchodu do penze. Tvrdí, že u seniora dochází k poklesu funkčnosti souvislosti se zvyšujícím se věkem a že tato úroveň zásadním způsobem ovlivňuje jeho individuální kompetence uspokojovat své potřeby.

Rabušic (2008) uvádí jako tři hlavní fenomény potřeb seniora: zdraví, sociální kontakt a finanční zdroje. Zdraví je předpokladem toho, že budou mít senioři před sebou ještě dlouhé období života, budou moci vykonávat takové aktivity, z nichž vyplyne pocit spokojenosti a seberealizace. Finance zase vytvářejí podmínky k tomu,

aby se tyto aktivity mohly uskutečnit. Sociální kontakt, rodina, přátelé, bez nich je lidský život podle autora nemyslitelný.

Senioři jsou skupina lidí, která je společnosti mnohdy neprávem opomíjená a to i přesto, že je této společnosti v mnohém prospěšná a to především v oblasti ekonomické, tak i intelektuální. Vyspělé společnosti si tuto skutečnost uvědomují a potenciál seniorů ve značném rozsahu dokáží využít v projektech a programech, které jsou zaměřeny především na tuto cílovou skupinu.

Jde o pohled postrádající snahu najít pozitivní hodnoty stáří, zachytit významnou roli významného vysokého počtu seniorů, kteří jsou společnosti prospěšní a stále mohou naplňovat svůj čas smysluplnou aktivitou.

2.5 Demence

„Vzpomínky nám zkrášlují život, ale jen zapomínání ho činí snesitelným.“

Honoré de Balzac

„Demence je získaná povšechná porucha kognitivních a intelektových funkcí spojená se změnami osobnosti, přičemž tato porucha je trvalá a natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem a sociálnímu zapojení postiženého jedince.“

(Halová, 2010, s.22)

Dle mého názoru žádná nemoc ani postižení - včetně demence - nikterak nesnižuje cenu a hodnotu lidského života, jeho jedinečnost, vzácnost a neopakovatelnost. Nesmí tedy nikdy vést k degradaci lidské důstojnosti či porušování práv a svobod člověka.

Demence se může dostavit kdykoliv v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost postihnutí demencí. Některé formy se vyskytují již před začátkem stárnutí.

Z demografického hlediska toto onemocnění představuje závažnou výzvu především pro rozvinuté země, kde stoupají počty starých lidí, tedy i podíl nemocných s demencí na celkové populaci. Je to onemocnění nevyléčitelné, představuje palčivý problém pro celou společnost.

Nevíme, koho z nás demence postihne, dosud neumíme jejímu vzniku zabránit a nevíme ani, jak ji zcela vyléčit. Dokážeme pouze rozpoznat její projevy a její rozvoj brzdít a usměrňovat. Velmi záleží na tom, jak s člověkem s demencí budeme zacházet, podporovat jej a pomáhat mu.

2.5.1 Definice, dělení

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve spolupráci s organizací Alzheimer's Disease International vydala koncem roku 2012 zprávu s názvem „*Demence: priorita pro systém zdravotnictví*“. Definuje demenci jako syndrom způsobený onemocněním mozku, většinou chronické a progresivní povahy, kdy dochází k porušení vyšších mozkových funkcí (paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, učení, jazyka a úsudku). Vědomí přitom nebývá ovlivněno. Snížení kognitivních funkcí bývá obvykle doprovázeno zhoršením emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace, které mohou v některých případech zhoršení kognitivních funkcí předcházet. (ÚZIS, Aktuální informace, č.63)

Halová (2010) definuje demenci jako poruchu kognitivních a intelektových funkcí spojenou se změnami osobnosti, přičemž tato porucha je trvalá a natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem a sociálnímu zapojení postiženého jedince.

Demence je specifická tím, že dochází postupně k souběžné dysfunkci v rovině psychické, fyzické i sociální a to zejména v intermediální a terminální fázi (Stuart-Hamilton, 1999).

„Dementia je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení paměti, myšlení, orientace, chápání, řeči, úsudku...zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“ (Hort, in Rektorová, 2007, s.10)

Podle Halové (2010) se na vzniku demencí se může podílet celá řada faktorů:

- Vyšší věk
- Genetická zátěž
- Nízká úroveň vzdělání
- Kouření
- Konzumace alkoholu
- Úrazy hlavy
- Prodělaná CMP

Dělení demencí (podle ČAS, informace dostupné z: alzheimer.cz):

- **Alzheimerova choroba** je nejčastějším typem demence. Její příčina je neznámá.

Víme jen, že dochází k zániku mozkových buněk a k ubývání acetylcholinu, což je látka, která zajišťuje přenos informací mezi mozkovými buňkami. Vzniká pomalu a nenápadně a plynule se rozvíjí. K rizikovým faktorům jejího vzniku patří:

dědičnost (výskyt choroby v rodině) a vysoký věk. Některé zdroje zmiňují též ženské pohlaví, malou duševní aktivitu a nízké vzdělání.

-Onemocnění tohoto typu bude podrobně popsáno v jiné kapitole-

- **Vaskulární demence** je druhá nejčastější. Příčinou bývá mozkový infarkt a krvácení do mozku. Nejčastější formou je „multiinfarktová demence“. Postihuje častěji muže. Projevy začnou náhle a pokračují ve skocích prudkého zhoršování.

- **Smíšená demence** vzniká kombinací např. Alzheimerovy choroby s vaskulární demencí.

- **Další typy demence** se vyskytují méně: např. fronto-temporální demence - včetně Pickovy choroby, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova nemoc atd.

- **Pseudodemence** (nepravá demence) - se projevuje např. při těžké depresi (tedy při nejčastějším psychiatrickém onemocnění seniorů), kdy se dají sledovat podobné příznaky jako při demenci.

Příčiny demence v procentech (zdroj: materiály ČAS, 2013, dostupné z: alzheimer.cz, u jiných zdrojů se čísla nepatrně liší):

56 % Alzheimerova choroba

14 % vaskulární demence

12 % smíšené demence

8 % Parkinsonova nemoc

6 % ostatní vzácnější příčiny

4 % jiné degenerativní onemocnění mozku

Halová (2010) rozlišuje demenci podle intenzity zasažení:

- mírná: pokles paměti, soběstačnost zachována
- středně těžká: omezení soběstačnosti, postižení paměti, dezorientace
- těžká: nesoběstačnost, nepoznává blízké, neschopnost zapamatovat si nové informace

2.5.2 Projevy demence

- **Kognitivní funkce** - definovány již v předešlé kapitole. V souvislosti s demencí představují postupnou ztrátu paměti (zpočátku hlavně krátkodobou), ale i celkovou poruchu ostatních intelektových činností, jako jsou myšlení, paměť, pozornost (roztržitost, koncentrace na objekty, které pro ně nejsou důležité), řeč, schopnost

vyjádřit se. Člověk si často nevzpomene, co dělal před hodinou, ale vybavuje si události a osoby z let dávných. Je zmatený. Postupně klesá slovní zásoba, chápavost, soustředění. Později se ztrácí schopnost číst i psát, počítat, slovním projevům, pochopení nových a neznámých situací. Neudrží pozornost, nedokončí započatou větu, obtížně se rozhoduje, může ztratit smysl pro humor, nepoznává ani své blízké.

„Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti, dovednosti. “ (Jiráček, 2009, s. 13)

Jiráček (2009) dále tvrdí, že čím vyšší intelekt před propuknutím demence, tím pomaleji se dostává do těžších stadií.

- **Funkční schopnosti** - tzv. aktivity každodenního života. Je narušeno poznávání a používání předmětů a patří jí zmatenost a dezorientace v čase a prostoru. Člověk se stává nepraktickým, nedokáže si zařídit záležitosti, které běžně vykonával. Někdy se ztrácí a bloudí, a to i v místech, které znal. Může se i zmateně a nepřiměřeně oblékat, někdy se může objevit i polosvlečený nebo nahý. Zanedbává svou výživu a pitný režim. Nedokáže samostatně dodržovat hygienu. Jestliže je člověk s pokročilou demencí trvale sám v bytě, může se stát sobě i ostatním nebezpečný. Je zde riziko, že zapomene puštěnou vodu, plyn, otevřený byt, pustí do bytu cizí lidi, nechá se oklamat při placení, nedokáže uhasit oheň apod. Časem potřebuje nepřetržitý dohled a pomoc, osobní asistenci.

- **Chování** - např.: náladovost, urážlivost a hádavost, ztráta zájmu o osoby, věci a dřívější záliby, neklid a roztěkanost, jindy ustrašenost, apatie a deprese, celková změna charakteru i osobnosti. Nedokáže situaci objektivně zhodnotit, stává se nespolehlivým a může na ostatní působit, že i lže. Také může konstatovat, že např. vůbec nejedl, nebo že se o něj nikdo nestará - přestože jedl a je o něj dobře postaráno.)

To, že se stále méně orientuje a méně věcem kolem sebe rozumí, jej může i rozzlobit, domnívá se, že mu lidé dělají naschvály a může být až agresivní.

Může být také urážlivý, vztahovačný, podezíravý, projevovat se egocentricky, uzavírat se do sebe a být tichý nebo až negativistický.

Dalším známým projevem je porucha spánku (nespavost), přes den spí, v noci bdí.

V této podkapitole vycházím především ze svých dlouholetých zkušeností v Domově pro seniory, kde dlouhodobě pracuji na oddělení se zvláštním režimem, zde se skoro každodenně s těmito průvodními jevy demence setkávám.

2.5.3 Statistika

Světová zpráva o Alzheimerově chorobě z roku 2012, která vycházela z výzkumu, jehož se zúčastnilo více než 150 lidí s demencí a více než 2000 pečujících z 54 zemí se počet lidí s demencí na světě odhaduje na 38 miliónů. Toto číslo se podle prognóz v roce 2030 zdvojnásobí, do roku 2050 dokonce ztrojnásobí. V České republice překročil počet lidí s demencí 120 000.

Cílem tohoto výzkumu bylo zaznamenat zkušenosti lidí s demencí a jejich rodinných pečujících (alzheimer.cz).

Dalšími velmi zajímavými fakty, vyplývajícími ze zprávy jsou např.:

- 40 % lidí s demencí uvádí, že se jim lidé vyhýbají, anebo se k nim kvůli jejich diagnóze chovají jinak.
- 75 % lidí s demencí a 64 % jejich rodinných pečujících se domnívá, že lidé s demencí jsou vnímáni v jejich zemích negativně.
- Téměř dva ze tří lidí s demencí si myslí, že v jejich zemi lidé demenci nerozumí.

„Dementia bez ohledu na hloubku zvyšuje mortalitu ve všech věkových skupinách u obou pohlaví. Čím je demence hlubší, tím je mortalita vyšší s rozptylem 1,7-3,4krát u mužů a 2,0-3,1krát u žen.“ (Koukolník, 2004, s.21)

Zajímavost: Podle výzkumu, který v Cooperově institutu v texaském Dalasu provedl tým Laury de Finové, je ve Spojených státech okolo 5,3 miliónu nemocných, z nichž

84 tisíc na následky demence každoročně umírá. Z toho 67 procent těch, kteří byli ve středním věku málo fyzicky aktivní (novinky.cz).

Z uvedeného vyplývá, že situace syndrom demence je závažným problémem a to především sociálním, neméně však zdravotním a ekonomickým. Do budoucna zůstává fenomén demence naléhavou výzvou - jak si s ní lidstvo, věda a pokrok poradí. Říká se, že úroveň a vyspělost kultury společnosti se pozná podle toho, jaký postoj zaujímá ke svým nejslabším jedincům. Lidé postižení demencí potřebují speciální přístup, porozumění, velkou pomoc a respekt společnosti.

2.5.4 Demence Alzheimerova typu

Tento typ demence popsal poprvé Alois Alzheimer jako neurodegenerativní onemocnění mozku. Halová (2010) dále uvádí, že nejnovějšími studiemi bylo zjištěno, že příčinou mohou být tvořící se patologické proteiny, které způsobují amyloidové plaky, jež mají vliv na postupný rozpad nervových buněk a vláken. Tím dochází k poruchám výměny informací mezi vlákny a k produkci acetylcholinu.

Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence. Postupné prodlužování délky života přináší i zvyšování počtu pacientů trpících touto nemocí, která je v současné době čtvrtou až pátou příčinou úmrtí. Při onemocnění se objevují v mozcích nemocných histopatologické změny důležité pro jistou diagnózu (Rektorová, 2007).

Na pomoc občanům postiženým demencí vznikla v roce 1997 Česká Alzheimerovská společnost. Cílem organizace je pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které se řadí jak samotní nemocní, tak jejich rodinní příslušníci, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny. Společnost vydává brožury, letáky zejména pro laickou veřejnost, s cílem lépe informovat o onemocnění. Přednáší, vzdělává pomocí akreditovaných programů, poskytuje dvě registrované sociální služby – poradenství a realitní péči v domácnosti (Holmerová, 2009).

2.5.4.1 Diagnostika

Diagnostika demencí je mnohdy složitý proces. Provádí se řada vyšetření, z nichž některá jsou běžná a může je provádět i praktický lékař, některá naopak velice specializovaná. Zcela specifické postavení má neuropsychologická diagnostika. Základem je podrobná anamnéza, základní neurologické a interní vyšetření, provedení laboratorních testů. Každý pacient by měl s kognitivním deficitem by měl absolvovat alespoň Mini-Mental State Examination test (MMSE) a dále potom CT mozku (Koukolník, Jiráček, 1998).

Test MMSE (Folstein, 1975), který je velice orientační, není vhodný k diagnostice demence každého typu. Jde o nejpoužívanější test kognitivních funkcí na světě.

MMSE testuje: - orientaci osobou, místem, časem

- zapamatování 3 slov
- počítání-odečítání od stovky sedmičku
- poznávání-pojmenování předmětu
- splnění úkolu
- překreslení obrázku
- opakování věty

Aby lékař mohl diagnostikovat demenci, je nutné, aby se alespoň po dobu šesti měsíců u postiženého vyskytovaly následující příznaky:

- Úbytek paměti - tj. především snížená schopnost zapamatovat si nové věci, ale též nepřesné a zpomalené vybavování starších vzpomínek. Objektivně lze posoudit pomocí sady psychologických testů.
- Zhoršení úsudku, orientace v prostoru, logického uvažování a představivosti.
- Výskyt poruch emocí, motivace a sociálního chování. Projevy emoční lability, podrážděnosti, apatie a hrubosti ve společenském vystupování (ordinace.cz).

Dalšími vyšetřovacími metodami jsou podle Holmerové (2009):

- Wechslerova škála paměti-poskytuje informace o zrakové a slovní paměti.

- WAB-test řečových funkcí.
- Test řečové plynulosti-nemocný musí vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání.
- Test vizuospeciálních funkcí – schopnost obkreslit obrazec.
- Test kreslení dráhy-hodnotí schopnosti plánování, schopnost přizpůsobit se.
- Stroopův test- vhodný k posouzení míry pozornosti, míry deprese.
- Zobrazovací metody: computerová tomografie, magnetická rezonance.

Zajímavost: AD centrum v Praze je seskupení osob se zájmem o výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci. Vzniklo v roce 2005 propojením Psychiatrického centra s klinickou částí na půdě UK3.LF a FNKV. Používá tyto typy testů nebo dotazníků:

- Addenbrookský kognitivní test 2010 – časný záchyt kognitivních změn, velmi přesná diagnostika.
- Montrealský kognitivní test 2012 – zjišťování lehkých kognitivních deficitů.
- Bristolská škála denních aktivit 2010 – pro mírnou až velmi těžkou demenci.
- Dotazník soběstačnosti 2009 – všechna stadia demence, především Alzheimerova demence.
- Dotazník funkčního stavu 2008 – k rychlému a strukturovanému zhodnocení instrumentálních aktivit (cuni.cz).

2.5.4.2 Stadia demence

Jiráček (2009) rozdělil demenci do tří stadií:

- **Lehká** – poruchy paměti (krátkodobé, střednědobé), poruchy aktivit denního života, počínající poruchy orientace, poruchy nálady.
- **Střední** – výrazné zhoršování paměti, časté dezorientace.

- **Těžká** – těžké poruchy paměti, postižení nepoznávají blízké, prostředí, ve kterém se nacházejí, dezorientace časem i místem.

Halová (2010) rozlišuje demenci na formu časnou a pozdní:

- **Časná** (presenilní) – objevuje se zpravidla před dosažením 65let, trvá asi 8 let, zhoršující se paměť, depresivní nálady, apraxie (neschopnost provádět kombinované pohyby), neschopnost číst, počítat, svalová ztuhlost, vyhaslé emoce. Nemocní zpravidla umírají na selhání centrální nervové soustavy.
- **Pozdní** (senilní) – silná degenerace osobnosti, výrazná porucha paměti, vymizení hygienických, estetických návyků, neklid, zmatenost. Kratší postup k terminálnímu stavu vzhledem k pokročilosti věku.

Nelze přesně rozdělit stadia demencí, protože tyto poruchy jsou různě vyjádřeny v průběhu choroby od jejího počátku až do konce. Poruchy chování se postupně zhoršují s progresí demence. Změny osobnosti, deprese jsou častější v počátcích, agresivita a psychomotorické poruchy a apatie spíše v pozdních fázích.

2.5.4.3 Výzkum

Alzheimerova choroba je jedním z nejzávažnějších onemocnění. Výzkumu je věnována značná pozornost, jsou zde investovány velké finanční prostředky.

Každý den se lidé s demencí, pečovatelé a zdravotníci v celé Evropě účastní výzkumných projektů zaměřených na zlepšení způsobu života s demencí. Cíle jednotlivých projektů se liší. Některé mohou být zaměřeny na nalezení léku, lepší způsob, jak zacházet s příznaky nemoci nebo identifikaci rizikových nebo preventivních faktorů, zatímco jiné mohou být více zaměřeny na zlepšení kvality života lidí s demencí.

Je zkoumána celá řada mechanismů, které se účastní poškození mozkové tkáně. Jsou sledovány přenašeče vzruchů mezi nervovými buňkami. Naděje jsou vkládány do použití kmenových buněk z lidských embryí. Dále je ve hře očkování proti beta-

amyloidu. Jsou vyvíjena léčiva, která zamezují tvorbu a srážení beta-amyloidu i degeneraci jiných mozkových bílkovin (Jiráček, 2009).

Zajímavosti:

1. Výsledky studie Hebrejské univerzity v Jeruzalémě ukazují, že nepsychoaktivní části konopí, marihuany, mohou zvýšit šanci na zpomalení postupu Alzheimerovy nemoci. Výzkum, který je stále ještě v úvodní fázi, naznačuje, že ztráta paměti, první a primární symptom Alzheimerovy nemoci, může být významně zpomalena cannabidiolem (CBD).

Cannabidiol je cannabinoid nacházející se v konopí, který tvoří až 40 % výtažku z rostliny. Alzheimerova choroba, nejznámější forma demence, postihuje na světě odhadem 24,3 milionu lidí (blisty.cz).

2. Vědci, zabývající se výzkumem genetických příčin vzniku Alzheimerovy nemoci, identifikovali dalších pět dalších genů. Informují o tom agentury Reuters a AFP s odvoláním na studii zveřejněnou v neděli v časopise Nature Genetics. Nové výzkumy umožní vědcům odhalit, u kterých osob se tato komplexní a neléčitelná nemoc může projevit. V průběhu nemoci nežádoucí bílkoviny zamořují oblasti mozku a způsobují jeho nevratné poškození. Následkem je pak ztráta paměti, nevyzpytatelné chování a nakonec celková demence končící smrtí (mediafax.cz).

2.5.4.4 Světový pohled na demenci

Považuji za nutné se zmínit o vizích a budoucnosti problematiky postižených lidí demencí a přístupu odpovědných politiků k výše uvedené problematice s ohledem na aktuální situaci v ČR, Evropě i ve světě.

Vzhledem k tomu, že legislativa v ČR, která řeší problematiku stárnutí, byla vládními činiteli ukončena prováděcím dokumentem „Příprava na stárnutí“ (dokument neřešil samostatně národní plán boje s demencí tak, aby byl zajištěn národní systém zdravotní a sociální péče se zajištěním dostateku finančních prostředků tak, aby mohla odborná pracoviště na území ČR poskytovat vysoce

kvalitní a dlouhodobou péči pro postižené demencí), nebylo možné navázat na předcházející písemné dokumenty, které by koncepčně a dlouhodobě řešily tuto problematiku. Bohužel, od roku 2012, vzniká legislativně-právní vakuum, kdy v ČR není jasné, jaká koncepce boje proti demenci bude zpracována a realizována v Národním plánu proti demenci.

Naše politiky, na rozdíl od politiků vyspělých států světa, včetně USA, problematika lidí postižených demencí zřejmě nezajímá. Mají zřejmě jiné zájmy a starosti než pečovat o lidi.

Lze konstatovat, že v současné době v ČR neexistuje žádný strategický dokument, který by tuto problematiku řešil. (zdraví e15.cz)

Na rozdíl od ČR vyspělé státy světa zkoumají nejnovější světové a regionální trendy v potřebě péče o lidi s demencí, hledají nové systémy a metody dlouhodobé péče o takto postižené lidi. Přistupují k této problematice zodpovědněji a ve svých přijatých dokumentech, které tento problém řeší, jasně definují získané informace a jejich využití při zpracování svých národních plánů a právních norem (např. Francie, Německo, ale i USA). Současně s přijatými plány se řeší i způsob financování.

Mezinárodní alzheimerovská asociace (ADI) zveřejnila ve své zprávě (Londýn, Praha, září 2013) kromě jiného, že stárnutím světové populace přestane být tradiční systém neformální péče poskytované rodinou, přáteli a komunitou udržitelný. Ve své zprávě ADI uvádí, že se v příštích přibližně 40 letech počet závislých postižených demencí, starších lidí se ve světě téměř ztrojnásobí. Téměř polovina starších závislých lidí přitom trpí Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence.

Pozn. V březnu 2014 se bude konat mezinárodní konference v Ženevě ve Švýcarsku, kde budou přední vědci diskutovat o nových cílech a nových přístupech v současné léčbě Alzheimerovy choroby. (alzheimer-europe.org)

Alzheimer Europe, nezisková organizace sídlící v Luxembourg, která zastřešuje 36 organizací s Alzheimerovou chorobou v 31 zemích Evropy. Usiluje o zlepšení péče a léčbu pacientů prostřednictvím intenzivnější spolupráce mezi členskými asociacemi, snaží se realizovat své priority, např. v politických dokumentech, jako je Pařížská deklarace, dále lobováním v Evropském parlamentu a v Evropské komisi, dále

iniciuje vývoj a výrobu léků proti demenci nebo se podílí na výzkumu kmenových buněk, sestavuje národních plány demence jednotlivých států EU apod. (alzheimer-europe.org)

Nedávnou a zatím poslední aktivitou této organizace byla výroční konference v St. Julian, Malta, v říjnu 2013. Zkoumala, jaký má demence dopad na životy takto postižených lidí a jejich pečovateli. Prezentovala příklady z praxe s ohledem na zapojení lidí s demencí do aktivit a projektů a vytváření komunit přátelské demence. Konference se zabývala rovněž významem etických otázek a práv, poskytla užitečné rady. (alzheimer-europe.org)

Pozn. V rámci dalších aktivit této organizace se bude v květnu 2014 konat 29. Mezinárodní konference v San Juanu ve Španělsku. (alz.co.uk)

Jak jsem se již zmínila v textu diplomové práce, vyspělé státy světa věnují značné finanční prostředky na výzkum mozku, především však výzkum kmenových buněk, který by měl odhalit příčiny demence a najít efektivní a účinnou léčbu, popřípadě zastavit progresi onemocnění.

V září 2013 Evropská rada přidělila na tento výzkum přes 660 miliónů EUR. Výzkum bude prováděn v 18 různých zemích v celém Evropském výzkumném prostoru. Rovněž Evropská komise (2013) zveřejnila výzvu na podporu rozvoje strategií aktivního stárnutí. Cílem je poskytnout finanční podporu pro národní orgány veřejné správy, které jsou ochotny se zapojit do rozvoje a provádění komplexních strategií aktivního stárnutí. (szpcr.cz)

I na americkém kontinentu, především však v USA berou tuto problematiku velmi vážně, v roce 2013 podepsal prezident Obama zákon, který řeší příslušný výzkum demence a způsob jeho financování.

Globální problém demence lze řešit pouze zapojením světového společenství do oblasti výzkumu mozku a kmenových buněk tak, aby bylo možné na základě nových poznatků vědy odstranit nebo potlačit příčiny demence.

Věřím, že světovým společenstvím vynaložené finanční prostředky na výzkum, napomohou k řešení tohoto celosvětového problému tak, aby se demence nestala novodobou metlou lidstva.

2.5.4.5 Léčba

Terapii lze rozdělit na kauzální (příčiny nemoci) nebo symptomatickou (příznaky nemoci).

Kauzální léčba využívá kognitivní farmakoterapie, která ovlivňuje především porušené poznávací funkce. Symptomatická léčba je postavena na nekognitivní farmakoterapii, která ovlivňuje poruchy nálad, afektů, chování a spánku (Holmerová, 2009).

Doposud neexistují žádné konkrétní léky, které by bránily rozvoji nemoci. Na trhu však máme prostředky k povzbuzení mozkové činnosti (vitamíny, Gingko biloba).

Pokud se u nemocného objeví vyšší neklid, doporučují se zklidňující léky, neuroleptika, antipsychotika (Halová, 2010).

V současné době je prováděna celá řada výzkumů, na trhu se objevují nové léky, ale o úplném vyléčení zatím nemůže být řeč. Vhodnost použití léků určuje lékař.

Podle Jiráka (1998) dalším možným způsobem, jak pomoci v léčbě (terapii) Alzheimerovy choroby je nebiologický přístup – psychosocioterapie. Přístup, který vyžaduje naprostou trpělivost, oddanost své práci a ochotu pomoci těmto nemocným. Jde hlavně o uchování běžných denních aktivit, návyků, práci v terapeutických skupinách nebo i individuálně, kde se procvičuje paměť, orientace, motorika, kde probíhá komunikace.

Z praxe i z vlastní zkušenosti vím, jak je velice důležité, aby nemocný setrval v přirozeném domácím prostředí. Důležitou roli sehrává i pomoc rodiny. V posledních letech vznikají alzheimerovské společnosti, které velkou měrou těmto lidem pomáhají v edukaci, zajišťují pečovatelskou službu, spolupracují se zdravotnickými zařízeními, sociálními institucemi.

V určité fázi však ani rodina, ani docházející pomáhající instituce nemohou zcela zajistit odbornou péči a pomoc nemocnému, demence dosahuje nebezpečného stupně, kdy je nutno umístit pacienta do zařízení, které je vybaveno a připraveno na hrozící úskalí nemoci.

Těmito zařízeními u nás jsou především Domovy pro seniory a pro klienty postižené demencí jsou to oddělení se zvláštním režimem.

Jde vždy o závažné životní rozhodnutí, o změnu, která mu trvale změní celý jeho dosavadní způsob života. Toto rozhodnutí by se mělo uskutečnit z vůle samotného seniora a neměl by na něj být činěn nátlak. Vždy zde hraje svou roli úroveň etiky a rovněž zde probíhají hluboké emoce. Mělo by být samozřejmé, že příbuzní a osoby blízké budou i nadále se seniorem udržovat pravidelný kontakt a emocionální vazby.

2.6 Sociální služby pro seniory s demencí

Výskyt demence, Alzheimerovy choroby je pro rodinu vždy náročným, dlouhodobým problémem.

Nabídka služeb pro takto postižené občany je v současné době poměrně dobrá, ale ne zcela uspokojující. Významnou roli zde sehrává především Česká Alzheimerovská společnost (ČALS), která má v naší zemi okolo 30 poboček, které působí jako poradenská a informační centra, poskytuje také různé materiály k dané problematice. Společnost vznikala v průběhu roku 1996 a byla zaregistrována jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie - lékařů, sester, sociálních pracovníků (alzheimer.cz).

Sociální zařízení zpravidla nemohou vyhovět specifickým potřebám pacientů s demencí. V současné době platí legislativa v oblasti sociálních služeb, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška 505/2006. Tato legislativa přinesla také definování standardů kvality sociálních služeb a zavádí inspekce kvality sociálních služeb.

Nejvýznamnější pomoc, péči nabízejí denní centra, hospice a rezidenční služby.

Denní stacionáře

Poskytují úlevnou péči rodinám. Člověk s demencí žije v domácím, rodinném a především přirozeném prostředí, ale přes den dochází do centra, kde mu péči poskytují speciálně vyškolení pracovníci, sestry, ergoterapeuti.

Služby: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně

terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (charita.cz).

Hospice

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci.

V principu to znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospice, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Před tím, než se nemocný dostane do hospice, měl by být o svém stavu informován. Bohužel, to se tak někdy nestává, což pak ztěžuje situaci jak pacientu samotnému, jeho rodině, tak i odbornému týmu v hospici.

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomni sociální pracovník, psycholog, teolog. Přijímání jsou ovšem všichni nemocní bez ohledu na vyznání. Podobně je to i s personálem. V Čechách i na Slovensku jsou zakladateli hospiců církve nebo řády (hospice.cz).

Domovy pro seniory

Nabízejí významnou pomoc a péči. Pro seniory s demencí jsou na většině domovech zřízena tzv. oddělení se zvláštním režimem.

Na takto zřízených patrech je zapotřebí vytvořit taková oddělení, aby respektovala požadavky a potřeby postižených demencí – zejména zajištění bezpečnosti, odborně kvalifikovaný zdravotní personál, vyškolené pečovatelky, sociální pracovnice a instruktorky sociální péče, které se starají o aktivizační činnosti uživatelů.

Úroveň služeb v těchto zařízeních se liší podle jejich vedení a personálu, jejich lidských a odborných kvalit, podle vnitřních pravidel i objektivních kritérií, která se tam uplatňují. Platí, že skutečná kvalita péče nespočívá např. v luxusní budově, zahradě, v nákladném vybavení, ale vždy především v lidech, v jejich morálním i odborném vybavení a přístupu. Zmíněné materiální podmínky jsou dobré a potřebné, ale jsou až na druhém místě. Na to je nutné pamatovat, jestliže pro svého blízkého hledáme vhodné zařízení. Uživatelé služeb potřebují pociťovat kvalitní, bezpečnou a odbornou péči, upřímný zájem o řešení svých problémů. Potřebují se cítit svobodně, se všemi svými lidskými právy, která jim nesmějí být upírána např. jen proto, že je nedokážou prosazovat z důvodů stáří a závažného handicapu, jakým je demence.

Moje poznatky vycházejí z dlouholeté praxe, pracuji na oddělení se zvláštním režimem v Domově pro seniory.

Jako příklad vhodné prosperující a potřebné sociální služby pro osoby postižené demencí bych chtěla zmínit občanské sdružení Pamatováček v Olomouci, které vzniklo v roce 2004 jako kontaktní místo České alzheimerovské společnosti. Sdružení je zaměřeno na informační, poradenskou a podpůrnou činnost nejen postiženým demencí, ale i rodinným příslušníkům. Součástí poskytovaných služeb je také neurologicko-psychiatrická ambulance, testy paměti, odpolední čaje. Existující denní stacionář nabízí pobyt, kde je v rámci volnočasových aktivit kladen důraz na trénink paměti (pamatovacek.cz).

2.7 Aktivizace seniorů postižených demencí

„Nečinnost tělo oslabuje, práce posiluje; první urychluje stáří, druhá prodlužuje mládí. “

Aulus Cornelius Celsus

Obecně lze říci, že aktivizační činnosti pomáhají lidem nastartovat jejich aktivitu, udržovat a zlepšovat fyzický a psychický stav i společenský život. Dle těchto slov se nám může zdát, že aktivně můžeme pracovat pouze s lidmi s lehčím typem postižení. Zákon však neříká, že by některá skupina osob byla z aktivizačních činností vyloučena. Rozdíl je pouze v přístupu a výběru aktivit. Uživatel trvale připoutaný na lůžko lze například aktivizovat pomocí jedné z ošetrovatelských a léčebných metod - tzv. „bazální stimulace.“ Ta umožňuje lidem s poruchami vnímání a hybnosti zlepšit jejich zdravotní stav prostřednictvím cílené stimulace smyslových orgánů.

Aktivizace bývá spojena s novými podněty. Úkolem ergoterapeutů nebo pracovníků, kteří aktivizaci provádějí, je tyto podněty uživatelům nabídnout a zprostředkovat - samozřejmě s citlivým přístupem k jejich stavu a možnostem. Fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici a tím ovlivňuje i duševní zdraví. Psychická aktivizace má vycházet z přání a možností jedince.

Každému je zapotřebí poskytnout individuální péči tak, aby se cítil spokojený a klidný a aby byla zachována jeho lidská důstojnost. Jak jsem již výše zmínila, aktivizace provádí většinou vyškolení ergoterapeuti, v domovech instruktorky sociální péče. Důležitou roli sehrává také pomoc dobrovolníků, kteří jsou proškoleni, jsou seznámeni s problematikou stárnutí a demence.

Podle funkčního stupně v oblasti fyzické, kognitivní a společenské by měly být vytvořeny činnosti tak, aby vyhovovaly těmto zájmům a potřebám. Programy probíhají ve skupinkách nebo s jednotlivci zvlášť. Místnosti (klubovny, pokoje, jídelna, hala), kde se aktivity konají, by měly být prostorné, světlé, vzdušné, jednoduché, vybaveny podněcujícími obrázky (reminiscenční koutky, tabule s datem, kdo dnes slaví narozeniny, kdo má dnes svátek, dnešní program, co máme dnes k

obědu), bezpečné, vytvářející příjemný a pohodový pocit. Terapie lze ovšem provádět i na zahradě v altánu nebo na terase.

Lidé postižení demencí vyžadují specifický způsob komunikace (v určitém stadiu demence komunikace nonverbální) a každý, kdo pracuje s těmito lidmi, by měl znát tato základní pravidla této problematiky a mít značnou dávku vlastního citu zaznamenávat reakce postiženého: vhodné oslovení, srozumitelnost, krátké věty, využití nonverbální komunikace, vyhýbání se odborným názvům, omezení rušivých vlivů, omezení prudkých pohybů, udržování očního kontaktu, ochrana důstojnosti, ponížování, zklidňování při lékařském vyšetření

Neméně důležitým aspektem pro radostné, smysluplné aktivizace je nadšení motivovaného personálu, který s postiženými demencí pracuje. Motivovaný personál však nutně potřebuje motivovat uživatele zařízení. Toto je však mnohde velkým problémem. Uživatelé mají malý zájem o aktivizační programy, polehávají, posedávají po chodbách a zcela se podrobují pouze organizačnímu řádu zařízení. Vše se koná určitou hodinu, aktivity jsou dobrovolné, obyvatelé mají nechuť účastnit se něčeho nového, radši jsou v osamění, programy odmítají. Vyškolený terapeut by měl zmapovat příčiny nezájmu, nastavit programy tak, aby vyhovovaly schopnostem a přáním, měl by správně informovat, popsat danou aktivitu a také časem obměňovat.

Program musí obsahovat trochu zábavy, trochu terapie. Musí dávat lidem příležitost uplatňovat všechny své schopnosti a funkce. Každá činnost musí vycházet z potřeb a zájmů jednotlivce (Rheinwaldová, 1999).

2.7.1 Aktivizační techniky pro první a druhé stadium demence

Rané stadium demence je charakteristické především útlumem krátkodobé paměti, je potřeba si vytvářet seznamy věcí, plánovat dopředu, mít náhradní klíče, označovat věci. Zhoršuje se vyjadřování slovy, proto hovoříme pomalu, srozumitelně, pozitivně, díváme se do očí, klademe jednoduché otázky, chválíme, posloucháme, používáme jména. Starý člověk začíná zapomínat, ztrácí jistotu, pocit bezpečí, pojem o čase a přestává poznávat lidi i prostředí, ve kterém se pohybuje. Takto postižení

senioři se nacházejí většinou v rodinném prostředí nebo docházejí do denních center. Aktivita v domácím přirozeném prostředí v této fázi onemocnění jsou skutečně různorodé, může jít o četbu, zpívání, sledování televize, vycházky do přírody, práce na zahrádce, luštění křížovek, pečení cukroví, šití. Někteří už však bydlí v rezidenčních zařízeních, které zpravidla poskytuje a nabízí celou řadu aktivizačních programů vždy s individuálním přístupem a zohledněním zdravotního stavu.

V následujících kapitolách se budu blíže zabývat jednotlivými nejvíce vhodnými aktivizačními technikami pro osoby postižené demencí v tomto stadiu onemocnění. Většinu těchto technik ovládám a pracuji s nimi, budu tedy mnohde vycházet ze svých zkušeností.,

2.7.1.1 Trénink paměti

Tento trénink vede k procvičení, aktivizaci, v naprosté většině však nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí, neboť toto onemocnění je svým tempem velice rychlé, proto jej považujeme za formu aktivizace, zábavy, nikoliv za terapeutickou aktivitu (Štilec, 2004).

Je jedním ze způsobů udržování duševní i fyzické svěžesti. Trénink paměti, stejně jako ostatní práce s uživateli, je značně individuální. Způsob vypracovávání jednotlivých cvičení je odlišný a přizpůsobuje se možnostem konkrétního uživatele. Někdo je schopen zaznamenat odpověď písemně, někdo odpovídá slovně. Jinou formu má trénink paměti s uživateli se zhoršeným zrakem. V takovém případě nám jako výborný pomocník slouží počítač, který díky své velké obrazové ploše a možnosti zvětšení písmen napsaných v textovém editoru na vyhovující velikost, umožňuje práci se psaným slovem - tvoříme-li například přesmyčky slov. Uživatelé doplňují přísloví a rčení do vět, spojují shodné číselné řady, hledají shodné symboly v řadě, tvoří věty ze zadaných slov nebo si zkoušejí zapamatovat co nejvíce slov z uvedených patnácti, či jednotlivé položky nákupu. Pracuje se také se sadou pro kognitivní trénink, která obsahuje puzzle a obrázky rozdělené na různé velké části. Jednotlivé díly do sebe však nezapadají, přikládají se k sobě, což podporuje větší soustředěnost na sestavovaný obrázek.

Může se zdát, že tak jednoduchá věc jako je povídání o průběhu předchozího dne přináší pouze potěšení z rozhovoru s druhým člověkem. Je to však také neodmyslitelná součást tréninku paměti. Občas vyvolají některá slova či věty, se kterými pracujeme, vzpomínky. Uživatelé si náhle rozpomenou na události, jež pouhá zmínka, někdy jediné slovo, vytáhne z mysli. Jsou to konkrétní zážitky z dětství, z různých akcí, příběhy o rodině, přátelích.

Samotným přemýšlením nad zadanými úkoly v rámci trénování paměti, a tím, jak se uživatelé snaží vybavit si různé věci, dochází k zapojení a aktivizaci mozkových buněk.

2.7.1.2 Arteterapie

Arteterapie jako léčebná metoda má ve světě již svou dlouholetou tradici, u nás jsme v jistém slova smyslu stále průkopníky, stále jsme na začátku především v oblasti vzdělávání.

Obecně řečeno jde o léčbu výtvarným uměním, v užším slova smyslu lze hovořit o užití výtvarných technik při individuální či skupinové práci s klienty. Výtvarnými technikami se zde rozumí především kreslení, malování, práce s koláží, keramickou hlinou či jinými materiály (Štilec, 2004).

„Arteterapie je léčba využívající výtvarného umění, malování, modelování aj. Součástí psychoterapie některých duševních chorob.“ (Velký lékařský slovník, 2004, s. 73)

Výtvarný projev je přirozeným prostředkem vyjadřování vlastních pocitů, postojů ke světu i k sobě samým, je to způsob sebepoznávání. Důležitou roli zde sehrává fantazie, odvaha projevit se. Tvořit může každý, i ten, kdo není manuálně zručný či nadaný.

Dalším významným aspektem komunikace, kdy svým dílem, které vytvoříme, sdělujeme druhým jistou myšlenku, svoje momentální rozpoložení, pocity, náladu, svůj vztah k okolí, ke světu. Toto je velice důležité i pro ergoterapeuta nebo sociálního pracovníka, který sleduje práci uživatelů, neboť tímto lépe pozná jejich nitro, způsob vyjadřování a lépe jim porozumí.

V rámci postižení demencí v mírné formě je tato forma aktivizace pro uživatele zařízení vcelku příjemným zpestřením, je pravda, že většinou ženy raději malují, muži spíše odmítají. Ve své dlouholeté praxi jsem se však setkala i s muži, kteří malovali obrázky, většinou tématicky zaměřené na přírodu a byly hodny uměleckému výtvoru.

2.7.1.3 Kinezioterapie

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s jeho psychikou a sociálními vztahy (Hátlová, 2002).

Podle Holmerové (2009) přispívá k udržení svalové síly a stability, je dobrou prevencí problémového chování. Zařazujeme různá cvičení, zejména vsedě v kruhu na židlích, dále vycházky. Důležité je, aby jednotlivá cvičení odpovídala možnostem nemocných.

Česká republika je od roku 2007 členem evropské asociace "Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health", a převzala pro Kinezioterapii název Psychomotorická terapie.

Psychomotorická terapie se snaží pohybem získat přístup k pacientovi, ovlivnit jeho psychiku. Smyslem je přivést jedince k práci na sobě samém, pomoci mu objevit způsoby, jak přistupovat ke svým problémům. Tím je podněcována aktivita jedince. Zdůrazňovány jsou neverbální prvky, postupně vzniká potřeba komunikace verbální (Hátlová, 2002).

Pohyb je nutný k udržení života. Člověk je pohybovými schopnostmi vybaven pro přežití nedostatečně, a proto se musí těmto dovednostem neustále učit a zdokonalovat jejich úroveň, přizpůsobovat je podmínkám života.

S pohybem jsou spojeny příjemné pocity, uvolnění, ale i ty nepříjemné, kdy musí člověk zvládat a překonávat určitou zátěž. Veškerá tělesná cvičení mohou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví (Müller, 2007).

U lehčích forem demence lze využít aktivně relaxujících programů, s použitím gymnastiky a tanečních prvků. Příkladem jsou oblíbené ranní rozcvičky při hudbě před snídaní v jídelnách. Vhodné jsou i šlapací trenažéry, práce s balóny, oblíbené procházky do přírody nebo na zahradě. Leckde v zařízeních mají dokonce malé posilovny, kde se uživatelé s touto lehčí formou demence mohou tzv. protáhnout.

Obr.č.1 – Cvičení ve skupince při hudbě



Zdroj: autorka, 2011

Do pohybového režimu lze s úspěchem zařadit i taneční terapii. Tato terapie má silný emoční náboj, je prostředkem neverbální komunikace. Samotný poslech hudby evokuje pozitivní pocity, je proto vhodné spojit jej s mírnými opatrnými pohyby. Toto vše může vést k atmosféře klidu, uvolnění, radosti, pozornějšímu vnímání, získávání sebedůvěry.

2.7.1.4 Taneční terapie

Podle encyklopedie Diderot (1999) je tanec pohybová aktivita vyjadřující rytmickými pohyby subjektivní pocity tanečníka. Je zpravidla doprovázený hudbou či zpěvem.

Pro využití této oblíbené aktivity není cílem léčba taková, jde především o uvolnění, vyjádření emocí, sebepoznání, odbourání stresu, zlepšení vztahů či dovedností.

Demence v raném stadiu často o nemocných vykazuje problémy s verbální komunikací a proto tanec je velice vhodnou aktivizací, protože pohybem lze přece tolik vyjádřit.

Tančit lze kdekoliv, na chodbě, v jídelně, na pokoji. Není vhodné k tanci pustit hudbu rychlou, příliš moderní. Jde o to, aby nemocní hudbu v klidu vnímali a mohli v rámci svých pohybových schopností přizpůsobit pohyb – taneční kroky.

Největší odměnou je úsměv a výraz ve tváři tančících seniorů.

Obr.č.2 – Taneční odpoledne



Zdroj: autorka, 2012

2.7.1.5 Canisterapie

Nerandžič (2006) ve své knize tvrdí, že zvířata mohou starým a opuštěným lidem nabídnout nejen přátelství, lásku, pocit vzájemné potřeby, ale i respektování. Pozitivní úloha zvířete spočívá nejen ve schopnosti zastoupit chybějící úzké mezilidské vztahy, ale i v popudu k pravidelnému pohybu a nabídce prožívání slasti v zanedbávané hmatové stimulaci.

Pejsek dává také svému pánovi určitou jistotu a věrnost ve vztahu k němu, zvyšuje pocit bezpečí a napomáhá ke zmírnění pocitu osamění, žalu a bolesti při ztrátě životního partnera. Je dobrým prostředníkem k lepší komunikaci a navazování kontaktu s okolím. Pes nerozlišuje podle onemocnění, ale podle vnitřních hodnot.

Canisterapie se snaží o maximálně možný rozvoj klienta ve všech jeho oblastech. Jde o oblast kognitivní, somatickou, psychickou i sociální.

Canisterapii lze aplikovat na řadu rozdílných nemocí – poruchy srdečního rytmu, vysoký krevní tlak, lidé trpící depresemi, úzkostmi. Psi zlepšují komunikaci, jemnou

a hrubou motoriku. Využívá se jich u neurologických pacientů po mozkové mrtvici, úrazech mozku, infarktu myokardu, při Parkinsonově nemoci, u gerontopsychiatrických pacientů (především **Alzheimerova choroba, stařecké demence**) (Nerandžič, 2006).

Canisterapie může probíhat v různých formách, mezi nejužívanější patří mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. Vrbová dále dělí tuto terapii na:

individuální – více u imobilních klientů, kde stěžejním prvkem je relaxace

skupinová – je uspokojeno více klientů najednou, úkolem je aktivita (Vrbová, in Miller, 2007).

Pes by měl být dostatečně klidný a vyrovnaný, neměl by být agresivní, bázlivý. Testuje se i jeho ovladatelnost. Nesmí mu vadit ani tahání za různé části těla či srst. Jako nejvíce podle zkušeností je vhodný: bígl, labradorský retrívr a zlatý retrívr.

Terapie většinou probíhá v zařízeních, kdy dobrovolníci docházejí se svým pejskem alespoň dvakrát týdně a navštěvují osoby postižené demencí, jak na pokojích (forma polohování) nebo v místnostech k tomu určených.

Polohování u těžkých ležících stavů je velmi významnou a úspěšnou metodou, kdy pes nahrazuje polštáře, které uživatele podpírají, díky své teplotě působí velmi příjemně a díky dýchání psa se většinou zklidní i dech postiženého (Nerandžič, 2006).

Pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci, toto partnerství je dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn.

Obr.č.3 – Návštěva pejska



Zdroj: autorka, 2012

2.7.1.6 Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým nebo intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost (Dočkal, in Müller, 2007).

Využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, které pomáhají k obnově postižených funkcí. Cílem je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti a **zvýšení kvality života**.

Uplatňuje se především u dlouhodobě nemocných pacientů, cílem je smysluplně naplnit volný čas, hledají se aktivity a techniky, které by mohly klienta zabavit, zlepšit náladu, oprostit se od každodennosti.

V rámci postižení demencí je cílem především udržet nemocného v samostatnosti, zvýšit psychickou i fyzickou kondici, zachovat povědomí o své osobě, upravit negativní projevy chování, prohloubit zájem o současné dění.

V roce 1994 byla v Ostravě založena Česká asociace ergoterapeutů (ČAE), která je dobrovolnou profesní organizací ergoterapeutů České republiky. Byla založena v roce 1994 v Ostravě a je registrována Ministerstvem vnitra ČR. Je aktivním členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC). Úkolem asociace je hájit profesní práva a zájmy kvalifikovaných ergoterapeutů, podílet se na rozvoji oboru ergoterapie, informovat širokou veřejnost o přínosu a uplatnění ergoterapie v rámci komplexní rehabilitace osob každého věku s různým zdravotním postižením v rámci zdravotnických a sociálních služeb (ergoterapie.cz).

Obr.č.4 – Stříháme, lepíme



Zdroj: autorka, 2012

stavu harmonizace, k celkovému uvolnění a relaxaci. U těchto osob je zcela znát pocit uvolnění, sedí, poslouchají, usmívají se, cítí se bezpečně.

Při společné tvorbě živé hudby (aktivní muzikoterapie) dochází k propojení všech účastníků, k hlubokému prožitku z vlastního projevu, k intenzivnímu kontaktu se sebou samým, k získávání důvěry. Osoby postižené demencí zpívají většinou písně tradiční, lidové, prostě ty, co zpívaly v mládí. Pokud zpěv doprovázejí hudebními nástroji, efekt je větší, nástroje mají pozitivní vliv na motorický rozvoj (muzikoterapie.cz).

Muzikoterapeutické cíle podle Kantora (2009):

- Vnímání a pozornost
- Motorika a senzomotorika – rozvoj schopnosti pohybovat celým tělem
- Emoce
- Sociální interakce
- Chování
- Komunikace
- Relaxace, zábava
- **Zvýšení kvality života**

Muzikoterapii lze považovat za perspektivní aktivizační techniku osob postižených demencí v lehčím a mírném stadiu a to i proto, že nová technika nástrojová forma umožní i v budoucnu další práci s těmito lidmi.

2.7.1.8 Validační techniky

Validační technika je technika sociální pracovnice N. Feilové, která metodu vypracovala na základě zkušeností z praxe. Filozofií je, že každé chování osoby s demencí má nějakou příčinu, je doprovázeno emocemi v návaznosti se vzpomínkami z minulosti, každý je osobnost. Mnoho osob nemá vyřešené dřívější emoční zážitky a vztahy, úkolem terapeuta je objevit tato traumata a hledat jeho vzpomínky (Klevetová, Dlabalová, 2008).

„Validace znamená respektování dezorientovaných lidí, kteří mají za sebou dlouhý běh života. Je pokorným uznáním jejich moudrosti.“ (Rheinwaldová, 1999, s.48)

Podle Matouška (2005) jde o přístup vycházející z humanistické psychologie, opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání. Uplatňuje se především v práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. Pomocí validace lze zlepšit kvalitu života.

Validační techniky podle Feil, in Janečková, 2010:

- centrování – soustředění před samotnou terapií
- empatie
- užívání neohrožujících otázek: Co? Kdo?
- parafrázování, opakování slov
- představa protikladu: Jak jste to zvládla?
- reminiscence
- oční kontakt
- hluboký, zřetelný, příjemný hlas
- zrcadlení, navození empatie, pozorování a opakování pohybů
- projevování zájmu
- dotek, blízkost
- používání hudby

Rheinwaldová (1999) uvádí, že lidé postižení demencí a těžkou dezorientací reagují na validační techniky velice pozitivně – vracejí se do reality, zlepší se jim řeč, hlas, kontakt očí, usmívají se, pomáhají druhým, jsou více empatičtí.

Autorka dále popisuje, že validace znamená, že pečovatelé akceptují projevy, jednání i způsob nazírání člověka s demencí. Uznávají jejich platnost, nevystavují je konfrontaci s běžnou realitou ani je nikterak nekritizují. Nemocného berou vážně a ten by se měl cítit akceptován a vážen. Metoda validace vychází u demence z toho, že pocity dementního pacienta jsou na bázi světa, jak jej vnímá a zažívá, jeho vlastní realitě přiměřené a logické.

2.7.1.8.1 Reminiscence

Validace a reminiscence mají mnoho společného, vycházejí z principu, že člověk se po celý svůj život rozvíjí a také jej hodnotí.

V literatuře je nejčastěji citována definice britského geriatra Roberta Woodse. Reminiscenci vnímá jako hlasité nebo tiché vybavování událostí ze života člověka, uskutečňováno buď v samotě nebo s jinou osobou (Janečková, 2010).

Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem o jeho životě, aktivitách, událostech. Jako pomůcky zde slouží např. staré fotky, předměty, staré nádobí, pracovní nářadí, filmy, stará hudba, oblečení.

Základním terapeutickým prvkem musí být vytvoření pohody, uspokojení, radosti. Terapeut musí být připraven i na stav, kdy se starý člověk může vyrovnávat se starými traumaty.

Jsou zde přece i jiné, zábavnější aktivity. Ne každý chce vyprávět, vracet se do minulosti, mnohdy to moc bolí a někdy člověk v sobě ani sám nenajde odvahu a chuť o sobě hovořit.

„Vzpomínání pomáhá starším lidem se přizpůsobit nové životní zkušenosti spojené se ztrátou společenské role, pocitem životní prázdnoty, hledáním smyslu své osobní existence.“ (Janečková, 2010, s.19)

Reminiscence respektuje prožívání zážitků z dětství, z manželství či z práce. Vhodnou pomůckou pro osoby s demencí jsou rodinné fotky, vzpomínání na jména osob, společné zážitky (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Obr. č. 6 – Vzpomínání nad kávou



Zdroj: autorka, 2013

Vzpomínky a vzpomínání jsou přirozenou duševní činností člověka. Život provázejí neustálé změny a ve stáří zejména četné ztráty. To, co drží identitu člověka pohromadě, jsou právě jeho vzpomínky.

Každý z nás potřebuje neustále, někdy bezděčně, někdy záměrně potvrzovat svoji identitu. Potřebujeme být však v kontaktu s blízkými, s přáteli, potřebujeme určitý vztah.

Reminiscence může mít vliv jak povzbuzující, uspokojující, tak i rušivý, vyvolávající obavy.

Jsou zde přece i jiné, zábavnější aktivity. Ne každý chce vyprávět, vracet se do minulosti, mnohdy to moc bolí a někdy člověk v sobě ani sám nenajde odvahu a chuť o sobě hovořit.

„Jde o významnou psychosociální nefarmakologickou intervenci, která může výrazně přispět ke zlepšení kvality života těchto lidí především tím, že oslabuje sociální důsledky demence...a navrácí jejich ztracenou lidskou důstojnost...” (Janečková, 2010, s.36)

Vzpomínky významně ovlivňují **kvalitu našeho života**. Pomocí nich se vyrovnáváme s tím, co jsme prožili, s problémy, krizemi, konflikty. Bilancujeme a smiřujeme se, abychom dosáhli uspokojení a naplnění.

2.7.1.8.2 Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace je nenásilná, přirozená komunikace prostřednictvím barev, zvuků, dotyků, chutí a vůní mezi pečovaným a pečujícím. Vede k pochopení vlastní hodnoty každého člověka, jeho potřeb a zájmů, protože pokud známe potřeby, můžeme probudit zájem, pomoci stárnout a doprovázet (smyslovaaktivizace.cz).

Novodobý koncept Smyslová aktivizace © podle Lore Wehner je cílená, na potřeby orientovaná, biografická aktivizace a podpora seniorů, velmi starých a **demencí postižených osob**.

Smyslová aktivizace osloví smysly člověka, které jsou klíčem k jejich schopnostem a zdrojům. Mohou to být důvěrně známé obrázky, slova, vůně, zvuky, hmatem poznávané předměty všedního dne, vůně bylinek, obvyklé pohybové činnosti

nebo známé texty písní. Prostřednictvím těchto podnětů znovu vyvoláme vzpomínky, probudíme paměť a umožníme verbální i neverbální komunikaci.

Součástí aktivizace a možnosti zapojení jsou v prohlubujících modulech také integrovaný tanec, rytmika, hudba a práce se zvukem-resonancí. Zvláště při ztrátě slov – např. při demenci je velmi účinný smysly podpořený trénink paměti. Prostorové vnímání a umělecká terapie, nauka o tváření životního prostoru, umění doprovázet a nenásilná komunikace jsou dalšími podpůrnými metodami přirozeně propojenými do uceleného konceptu Smyslové aktivizace.

Hlavní cíle Smyslové aktivizace © podle Lore Werner:

- Zachování nebo zlepšení orientace v čase a místě.
- Trénink slovní zásoby - hledání slov, trénink verbálních a neverbálních vyjadřovacích schopností.
- Aktivizace vlastní osoby a s tím spojený pocit radosti ze života.
- Udržení nebo obnovení schopností, vlastní síly.
- Zlepšení jemné a hrubé motoriky, schopnosti koordinace.
- Celoživotní učení, otevírání se novým věcem i ve stáří (smyslovaaktivizace.cz).

Zajímavost: V roce 2011 vznikl Institut vzdělávání jako doplňková činnost Domova seniorů Mistra Křišťana Prachatice, založila jej Hana Vojtová, ředitelka domova seniorů. Náplní institutu vzdělávání je lektorská a vzdělávací činnost, svým obsahem jediná v ČR, na základě kooperace mezi Lore Werner (Rakousko) a Hanou Vojtovou. Obsahem konceptu je orientace na aktivizaci a péči o uživatele sociálních služeb (smyslovaaktivizace.cz).

2.7.2 Aktivizační techniky pro třetí stadium demence

V posledním stadiu, které trvá ze všech nejméně dlouho, je nemocný celkově apatický, nekomunikuje s okolím, nevnímá ani mluvenou řeč a nepoznává nejen své blízké, ale ani například sám sebe v zrcadle. Schopnost vykonávat něco složitějšího se zcela vytrácí a nemocný je zcela odkázán na pomoc pečující osoby nebo rodinných příslušníků (Jiráček, 2004).

Těmto lidem naprosto selhává paměť, nedokáží vykonávat hygienu, mnohdy jsou inkontinentní, nechodí, sami se nenají, více spí, v noci bloumají. logický úsudek a myšlení zcela vymizí, vyskytují se tendence vyčlenit se ze společnosti. takto nemocní jsou většinou umístěni v ústavní péči, např. v Domovech se zvláštním režimem.

Všechny tyto omezující faktory nikterak nesnižují lidskou důstojnost a potřebu pomoci, zájmu, ohledu a tolerance.

V následujících kapitolkách bych ráda představila dva způsoby aktivizace pro osoby postižené demencí v tomto stadiu a to jsou: bazální stimulace a snoezelen.

2.7.2.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace vznikla v Německu v 70. letech a poprvé byla uplatňována profesorem Frölichem u psychosomaticky postižených dětí.

Bazální stimulace je koncept, který dává ošetřovatelství zcela jiný rozměr, má terapeutický účinek. Umožňuje lidem s těžkým zdravotním nebo duševním postižením integraci do současného života. Využívá vlastní techniky a programy, kterými dosahuje u pacienta stimulace somatické, taktilně – haptické, vibrační, orální, optické či auditivní (Friedlová, 2009).

Podle Vítkové (2007) je Bazální stimulace pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout osobám s mentálním postižením nebo více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojmem stimulace se rozumí nabídka podnětů tam, kde se těžce postižený člověk není schopen sám postarat o přísun podnětů potřebných pro svůj život.

Stimulace poskytuje pedagogickou podporu v aktivitách všedního dne, nepoužívá nadstandardní pomůcky ani přístroje, nevyžaduje finanční zatížení pro zařízení, potřebuje pouze vyškolený personál.

Základními prvky bazální stimulace jsou: pohyb, komunikace, vnímání

Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk s těžkou formou vnímání je schopen vnímat v každé situaci alespoň některým ze svých smyslů.

Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání vlastních organismů mu umožní vnímat okolní svět.

Bazální stimulace umožňuje pacientovi, aby vnímal hranice svého těla, měl zážitek ze sebe sama sebe, vnímal okolní svět a přítomnost jiného člověka.

Koupele: zklidňující, osvěžující, rozvíjející, neurofyzilogická, diametrální

Iniciální doteky: rameno, paže, ruka

Podpora dýchání: masáže kontaktní, kontaktní vibrační, masáž stimulující dýchání

Poloha: mumie, hnízdo (Friedlová, 2009)

Nejnáročnějším úkolem člověka vykonávajícího bazální stimulaci je pochopit potřeby nemocného, porozumět stylu jeho komunikace, důležitou roli zde sehrává i intuice. Obecně platí pravidlo, vnímám tak dlouho, dokud dýchám. Každý pacient vnímá. Je jen na nás, jak vhodnou komunikační formu zvolíme. Konkrétně to znamená, že musíme rozlišit jakoukoliv, sebemenší reakci pacienta a dát jí náležitý význam.

Pravdou je, že v České republice je tento koncept zaváděn velice ojediněle a to na několika málo odděleních akutní medicíny anesteziologicko-resuscitační. U starých a dlouhodobě nemocných pacientů je zaváděna poprvé v Prácheňském sanatoriu o.p.s., jako v prvním zařízení v ČR. V zahraničí se jedná o koncept poměrně běžný a je součástí ošetrovatelské péče. Bazální stimulace se u nás zatím běžně na zdravotních školách nevyučuje. Bazální stimulace vstupuje svým obsahem i do Domovů se zvláštním režimem, kde pomáhá osobám s demencí v nejtěžším stadiu **zvyšovat kvalitu života** (bazalni-stimulace.cz).

Zajímavost: Teoretické vědomosti a praktické dovednosti pro aplikaci konceptu Bazální stimulace® lze získat v akreditovaných vzdělávacích programech, které uskutečňuje INSTITUT Bazální stimulace® s. r. o. Jednatelkou je PhDr. Karolína Friedlová.

„Koncept Bazální stimulace® by měl být samozřejmostí u všech poskytovatelů služeb sociální péče, kteří chtějí poskytovat své služby kvalitně a vytvářet také podmínky pro kvalitní život svých uživatelů. Zejména u osob se zdravotním postižením a seniorů trpících demencí je Bazální stimulace® nejen zásadním předpokladem kvalitní péče.“

Ing. Jiří Horecký, MBA, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

2.7.2.2 Snoezelen – vše je dovoleno

Kouzelné slůvko, které vzniklo v 70letech spojením dvou nizozemských slov snuffelen (čichat, slídit) a doezelen (dřímát).

Snoezelen je multifunkční metoda, která se realizuje v obzvlášť příjemném a upraveném prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní a hudby, přičemž jejím cílem je vyvolání smyslových pocitů. Je určena hlavně pro osoby s vývojovými poruchami, s mentálním, tělesným postižením, s poruchou autistického spektra, s psychickými poruchami, poraněním mozku, u osob s **demencí** (snoezelen.sk).

„Multisensory rooms are artificially engineered environments consisting of pieces of multisensory equipment that are used to set up a specific mood in the room where activities and experiences of a sensory nature can take place. When used in a controlled way, they can help people with profound and multiple disabilities make the most of the skills they have by eliminating distractions and providing an environment that helps them interact with specific objects and people.“
(Fowler, 2008, s.13)

(Vlastní překlad - Multisenzorické místnosti jsou uměle zkonstruované prostředí sestávající z částí senzorických zařízení, které se využívají k nastavení konkrétní nálady v místnosti, kde probíhají činnosti a zkušenosti senzorické povahy. Při použití kontrolovaným způsobem, mohou pomoci lidem s hlubším zájmem a kombinovaným postižením k tomu, aby odstraněním rušivého prostředí mohli lépe komunikovat s konkrétními předměty a lidmi.)

Dnes je tento pojem rozšířen po celém světě a jeho blahodárné působení zažívají nejen tělesně a duševně postižení lidé, ale slouží celé řadě potřebných jako metoda multismyslové stimulace v prostředí důvěry, radosti a setkávání ke **zkvalitnění** jejich života.

Každý z nás zažívá denně obrovské množství jevů a podnětů. Dáváme je i přijímáme především prostřednictvím našich smyslů. Bez toho, co vidíme, slyšíme, cítíme i jíme, bychom nebyli tím, čím jsme. Bez adekvátního prožívání bychom nemohli kvalitně poznávat a obohacovat náš život.

Snoezelen je místo pro radost a setkávání, uspořádané prostředí, ve kterém jsou osloveny selektivně nebo najednou všechny smysly, místo odpočinku, relaxace, ale i aktivity, oslovení našich smyslů, klid, uspořádanost, útek od okolních, často stresujících podnětů, uvolnění, kontakt, sounáležitost, potěšení (Orieščíková, 2010).

Největší a nespornou výhodou Snoezelenu je jeho multifunkčnost. Místnosti Snoezelen je možné využívat jako pozitivně laděné prostředí k relaxaci, poznávání a vytváření zkušeností, interakci a dalším cílům podle individuálních potřeb a přání uživatele (Filatová, 2011).

V současné době je Snoezelen využíván především na základních školách, v mateřských školách, denních stacionářích, hospicích, nemocnicích, rehabilitačních zařízeních, zařízeních pro krizovou a včasnou intervenci, centrech pro osoby se zdravotním, mentálním nebo kombinovaným postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem.

Podle Filatové (2011) se od počátku 70. let 20. století ukazuje, že v práci s onemocněním, jakým je Alzheimerova choroba může napomoci i neinvazivní a nefarmakologické přístup. Jednou z nejvýznamnějších metod je právě metoda Snoezelen, která se stále častěji vyskytuje v Domovech se zvláštním režimem (v

místnostech k tomu určených a vybavených), jako metoda vhodná pro osoby s demencí.

Autorka dále uvádí, že u pacientů s demencí dochází ke ztrátě základních komunikačních a sociálních dovedností. Ztrácejí nejen nabyté kognitivní schopnosti, ale i zájem o okolí. Klesá jejich nálada, stávají se depresivními. Častokrát v jejich chování převládají prvky agresivity. Snoezelen terapie nabízí pacientům s demencí vhodné alternativní řešení s možností uvědomění si svého okolí. Umožňuje jim lépe reagovat na prostředí, jehož jsou součástí. Stimulující prostředí snižuje agresivitu a zlepšuje náladu prostřednictvím uklidnění těla a mysli, Snoezelen tak může navodit vnitřní klid a klid.

Cílem těchto místností je snížit agresivitu a apatii klientů pomocí multisenzorické prostředí, které tyto místnosti nabízejí. Prostřednictvím podnětů jako jsou světelné a zvukové efekty, dotykové plochy, relaxační hudba, zda příjemnou vůni éterického oleje dochází ke stimulaci vnějších smyslů, jako jsou zrak, sluch, hmat, čich či chuť. Vytváří se prostředí, které vyvolává pěkné a příjemné vzpomínky.

Je prokázáno, že smyslová stimulace u lidí s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence snižuje rozrušení a neklid, zlepšuje spánek. Tyto symptomy jsou velmi běžné u většiny typů demence a také u lidí s Alzheimerovou chorobou, z tohoto důvodu smyslová stimulace znamená **zvýšení kvality života** pro pacienta (www.snoezelen.sk).

Zajímavost: V roce 2002 byla založena Mezinárodní Snoezelen Association" (ISNA) Ad Verheul a Prof Dr. Krista Mertens (100 členů z 32 zemí) s představou společně zkoumat a podporovat účinky Snoezelen. Cílem je mezinárodní spolupráce, publikace odborné literatury na internetu, v časopisech a knihách a výzkum účinků Snoezelenu na hyperaktivní chování, podporu tělesného uvědomění, odpočinek a pohodu (isna.de).

V roce 2011 byla v České republice založena Asociace konceptu Snoezelen, se sídlem v Ostravě. Posláním je prosazovat a podporovat práci, činnosti a péči, která vychází z úcty ke člověku jako k jedinečné a neopakovatelné lidské bytosti.

Metoda Snoezelenu, jako pomoci dementním osobám **zvýšit kvalitu života** mě natolik oslovila, že bych chtěla v praktické části této práce zkoumat konkrétní osoby v reálném prostředí, které je vybaveno speciálními prostředky a podněty.

-Snoezelen – maximálně se uvolněte, snoezelen, vše je dovoleno.-

3 METODIKA PRÁCE

„Není důležité, jak dlouho žijeme, ale jak šťastně.“

Epikúros

Snoezelen – mnozí z nás neví, co toto kouzelné slovo znamená. Poprvé jsem jej zaznamenala asi před dvěma lety, začala se zajímat, hledala jsem na internetu, v literatuře, sháněla videa, navštěvovala knihovnu. Těžko popsat pocity, nadšení a zájem, který ve mně tato metoda vzbudila.

Protože pracuji v sociálních službách se seniory postiženými demencí (převážně Alzheimerova typu), začínám stále více chápat jejich potřeby a cítím, že snoezelen by mohla být ta správná cesta ke **zvýšení kvality života** těchto lidí.

Dementní, popletený člověk neumí třídit okolní podněty, nerozumí jim. Přítomnost je někdy bolavá a minulost...znamená útěchu, místo, kde mohl být šťastný, užitečný. Takový člověk se více a více uzavírá do sebe, je nedostupný. Pro pečující osobu je často velmi těžké pochopit a přijmout jej takového, jaký je.

Již v teoretické části této diplomové práce jsme nastínila, že snoezelen je multifunkční metodou která probíhá ve speciálně upraveném multisenzorickém prostředí. Toto prostředí vyvolává určité smyslové podněty, nabízí pocit uvolnění, snížení stresu, agresivity, pohodu a klid. Mnoho zařízení (základní školy, mateřské školky, hospice, nemocnice, rehabilitační zařízení, centra pro osoby se zdravotním, mentálním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem) u nás má s touto metodou již své zkušenosti a dle zjištěných informací jenom pozitivní. Snoezelen je určen pro děti autistické, s ADHD, s různým handycapem, ale také pro seniory a seniory s demencí.

Mohu tedy tuto metodu doporučit a nabídnout uživatelům v zařízení, ve kterém pracuji a opravdu tato metoda takto působí a pomáhá? Jak se budou chovat a jak reagovat v blikající, voňavé, pohodlné, bezpečné a hudbou protkané místnosti? V místnosti, která nabízí různé dotekové podněty, vibrace, atd.?

Abych mohla odpovědět na dané otázky, oslovila jsem zařízení Akropolis v Uherském Hradišti, které v rámci svých mnoha aktivit tuto metodu nabízí.

Několikrát jsem jej osobně navštívila, byly mi zde podány zásadní informace o této metodě, mohla jsem si místnosti Snoezelen projít a ochotně mi byla přislíbena pomoc v mém výzkumu. S lektorkou Snoezelenu jsem si domluvila dvě „terapie“ v srpnu 2013 s odstupem jednoho týdne. Průběh a výsledky výzkumu jsou prezentovány v dalších kapitolách této diplomové práce.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce je především zjistit, zda metoda Snoezelen může dementním lidem – seniorům, pomoci zvyšovat kvalitu jejich života, jakým způsobem a jakými prostředky. Na základě toho jsem stanovila hlavní a dílčí cíle této diplomové práce.

3.1.1 Hlavní cíl, dílčí cíle

Hlavní cíl:

Jakým způsobem pomáhá Snoezelen zvyšovat kvalitu života seniorů postižených demencí?

Dílčí cíle:

1. Co respondenty v multismyslové místnosti nejvíce zaujalo?
2. Čeho se respondenti dotýkali nejčastěji?
3. Postřehli respondenti zvuk nebo zvukovou změnu?
4. Postřehl respondent změnu barev v místnosti?
5. Jak reagovali respondenti na vůni?
6. Byli respondenti v místnosti v interakci s ostatními?
7. Jak dlouho vydrželi respondenti v místnosti?
8. V jaké poloze v místnosti se respondenti nacházeli?
9. Projevovali respondenti v místnosti z něčeho strach?
10. Chtěli by respondenti terapii zopakovat?

3.2 Typ výzkumu, charakteristika respondentů

Pro svůj výzkum jsme zvolila kvalitativní přístup ve způsobu analýzy dat.

„...je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.” (Švaříček, 2007, s. 33)

Autor dále uvádí, že podstatou přístupu je sběr maximálního množství informací, poté pátrání po pravidelnosti a formulace předběžného závěru – nové hypotézy, teorie. Hypotézy nelze zobecňovat, jsou platné pouze pro daný zkoumaný vzorek.

Výběr respondentů byl záměrný, zaměřený na seniory trpící Alzheimerovou chorobou. Zkoumaný vzorek tedy tvořilo 5 respondentů, 3 z Domova pro seniory z oddělení se zvláštním režimem (2 ženy, 1 muž) a 2 respondenti v domácí péči, o které pečují rodinní příslušníci.

Senioři byli vybráni s ohledem na jejich zdravotní stav, mobilitu, bylo vždy zohledněno jejich postižení. Se všemi (někdy s opatrovníkem) byly řádně sepsány Dohody o výzkumu, se souhlasem provedení daného výzkumu, se souhlasem zveřejnění výsledků výzkumu a jejich následné prezentace.

3.2.1 Strategie, metody zkoumání

Pro tento výzkum byla zvolena **případová studie**.

Podle Švaříčka (2007) je to empirický design, výzkumník usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Jádrem je vždy samotný případ.

Autor dále uvádí např. tyto přednosti případových studií:

- Srozumitelnost výsledků širokému spektru lidí.
- Zachycení unikátních vlastností zkoumaných problémů.
- Výsledky jsou zakotveny v realitě.
- Vykonává samotný výzkumník, nemusí to být tým.

- Není to technika, ale skutečná výzkumná strategie, kdy je používáno všech dostupných metod sběru dat.

Podle Švaříčka (2007) jsou metody zkoumání specifické postupy poznávání jevů, které výzkumník používá s cílem rozkrýt a prezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu.

Základními metodami kvalitativního výzkumu jsou **rozhovor, pozorování a analýzy dokumentů**. Pro tento výzkum byly použity všechny tyto metody s důrazem na zúčastněné pozorování seniorů v reálném prostředí.

Švaříček (2007) definuje **zúčastněné pozorování** jako dlouhodobé a systematické sledování aktivit v terénu. Pozorovatel je účastníkem interakcí a pozorovatelem, který se účastní aktivit, je přítelem, laikem.

V kvalitativním výzkumu jde podle Hendla (2005) o promyšlené používání, nejde jen o vizuální, ale i o sluchové, čichové a pocitové vjemy. Pozorování nám pomáhá doplnit zprávu o popis prostředí.

Ve svém výzkumu jsem se stala aktivním pozorovatelem chování respondentů (emoce, řeč, mimika, gestikulace, vztah k sobě i k ostatním), jejich sociálního i fyzického prostředí, ve kterém se nacházejí. Respondenti byli předem o tomto záměru informováni a souhlasili. Během pozorování jsem si dělala poznámky na poznámkový papír – záznamový arch (viz **příloha č.2**).

Rozhovor (**hloubkový rozhovor**) je nejčastěji používanou metodou v kvalitativním výzkumu, používá nestandardizované dotazování účastníka výzkumu pomocí několika otevřených otázek (Švaříček, 2007).

Rozhovory byly vedeny následně, co nejdříve po terapii, s ohledem na soustředěnost a danou situaci respondentů a specifické onemocnění. Otázky musely být mnohdy několikrát opakovány, zřetelně a nahlas vyslovovány. Vesměs byly otázky pro všechny stejné, pouze s malými obměnami, vždy pro daného respondenta.

Rozhovory byly konány i v následujících dnech, abych se ujistila, zjistila, zda si respondenti událost pamatují i po určité době. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, poté přepsány do textové podoby.

Další technikou sběru dat, použitá v tomto výzkumu byla **analýza dokumentů**. Je to metoda, která pracuje s různými dokumenty, které nebyly vytvořeny pro účely daného výzkumu (Disman, 2002). Může být použita: osobní dokumentace, zdravotní dokumentace, internet, literatura, brožury...

V tomto výzkumu byly použity především informace ze zdravotních dokumentací, plány péče a individuální plány, dále informace od rodinných příslušníků. Bylo nutné prostudovat různé zdroje zabývající se danou tematikou (literatura, internet, média), seznámit se s výzkumným prostředím.

3.3 Realizace výzkumu

V této kapitole bude popsáno zařízení, kde výzkum probíhal a také průběh samotného zkoumání respondentů.

3.3.1 Popis zařízení

Výzkum byl proveden ve vzdělávacím, rodinném a dobrovolnickém centru Akropolis v Uherském Hradišti, na Staré Tenici 1195. Akropolis je občanské sdružení, nestátní neziskovou organizaci, jejímž posláním je poskytnout rodičům s malými dětmi a lidem pečujícím o osobu blízkou možnost aktivního využití volného času a možnost dalšího vzdělání, které by usnadnilo mimo jiné návrat do práce po rodičovské dovolené.

Zařízení nabízí širokou nabídku kurzů pro děti a pro dospělé se službou hlídání dětí, aktivity rodičů s dětmi, divadlo, aerobic, jazykové a vzdělávací kurzy.

Důležitou součástí práce nadšených pracovníků-lektorů je práce se seniory.

S přibývajícím věkem dochází v organismu postupně k mnoha změnám, které jsou příznakem tělesného i psychického opotřebení. Tento proces stárnutí lze významně ovlivnit - především přiměřenou psychickou a fyzickou aktivitou, životním stylem.

Centrum nabízí pro seniory programy rehabilitačního a rekondičního cvičení na jedné straně, kdy hlavním úkolem je zapojit seniory do **aktivního a plnohodnotného života** rozvíjením a prodloužením mobility. Na straně druhé – pobyt, relaxace v multisenzorické místnosti Snoezelen.

Snoezelen je zde prezentován bezbariérově od roku 2009 ve třech místnostech:

- Místnost bílá – dále rozdělena na část relaxační, vzdělávací a aktivní.
- Místnost interaktivní, měkká.
- Místnost tmavá, černá (černá molitanová sedací souprava, zrcadla, stropní světla, reflektory, bublinkový válec. (viz **příloha č. 4**)

3.3.1.1 Popis interakční místnosti

Měkká, hravá místnost na bezpečné hraní. Motivuje a stimuluje k aktivitě. Slouží k rozvoji zraku, sluchu, hmatu. V místnosti je převážně měkké vybavení, které umožňuje např. lezení, kutálení. Nachází se zde pohankové futony, polštáře, dále několik bubnů djembé (džembé), různá šterkadla, plastové misky s kartáči různých velikostí, masážní nafukovací balónky, šátky, činelky, tibetské misky s dřevěnými paličkami (hladítkami). Na bocích jsou připevněna dvě velká zrcadla, na stropě jsou zavěšená světla, která vytvářejí kouzelné světelné efekty, reflektory, na stěnách jsou police, na kterých jsou položeny další možné prvky stimulace (kostky, skládanky, zvonečky, obrázky, barevné kuličky, malé nevšední hudební nástroje).

Atmosféru zde vždy dokresluje nádherné relaxační uklidňující skladby (írské, keltské). Vždy zde hoří svíčka, voní aroma lampa s příjemnou vůní.

Uskutečňují se zde aktivity jako:

- kartáčování (vzájemné poznávání se, uvědomování si svého těla)
- tělo ve větru (posilování sebedůvěry, zmírnění napětí)
- rytmické hry (bubnování, relaxace v pohybu, pohybové improvizace na hudbu)
- hry na zklidnění (malování na hudbu, práce s úžasnými tibetskými miskami)

V této místnosti si každý najde tu svoji polohu, to správné místo a dělá právě to, co on sám chce. Naprosto zde panuje pocit klidu, pohody, uvolnění, jakoby to každého táhlo k zemi, chce si sednout, lehnout, zavřít oči nebo otevřít a dívat se, poslouchat, cítit... vnímat.

3.4 Průběh výzkumného šetření

Jak jsem již výše uvedla, výzkumný vzorek obsahoval celkem 5 respondentů (3 ženy a dva muži, 3 z domova pro seniory se zvláštním režimem, 2 setrvávající v domácí péči).

Výzkum probíhal ve dvou terapiích, řádně předem domluvených, v termínu červenec až srpen 2013, vždy ve stejném složení. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal v Uherském Hradišti v určený čas, byla jsem nucena k převozu použít vlastní velkokapacitní auto, v rámci zajištění bezpečnosti respondentů jela s námi i moje kolegyně z práce. Výzkum probíhal převážně v měkké interaktivní místnosti, chvíli v černé místnosti. Bílá místnost byla v rekonstrukci.

První terapie:

Po krátkém seznámení se s příjemnou lektorkou jsme všichni vstoupili do interaktivní místnosti. Hrála zde relaxační hudba, na stěnách se odrážely světelné efekty vytvořené barevnými reflektory. Voněl zde jasmín, hořela malá svíčka. Respondentům bylo sděleno, aby si každý našel místo, které mu vyhovuje. Většina si sedla na polštářky na zem, jeden respondent seděl na židli (bolavé koleno).

Ještě jednou jsme se uvítali, byly nám nabídnuty do rukou tibetské misky. Lektorka nám vysvětlila, jak s nimi pracovat: držet na dlani a hladítkem kroužit po misce. Miska krásně vibrovala a vyluzovala hladké tóny. Poté lektorka jednoho po druhém masírovala pomocí malých kartáčů (kartáčování), zvlášť ruce, potom nohy, nakonec záda. Po chvíli totéž prováděla malým masážním balónkem.

Všichni si potom lehli na měkké peřiny vycpané pohankou, měli za úkol se maximálně uvolnit. Za příjemné hudby a za pomoci tibetské misky lektorka vyluzovala tóny nad každým zvlášť, ovívala každého šátkem a pavím pérem, aby vytvořila iluzi vánku.

Následovala práce s optickými světelnými kabely, které měnily barvu. Lektorka jimi respondenty hladila, ti si je osahávali.

Opět jsme si sedli do kruhu, každý si vzal tibetskou misku, krouživým pohybem pomocí hladítka ji rozezvučel. Upřeným pohledem do očí, gongem do misky jsme terapii v této místnosti ukončili.

Po chvíli jsme se ještě přesunuli do tmavé, černé místnosti. Hrála zde příjemná relaxační hudba (Enya), na stropě svítila malá diodová světýlka (nebe), nacházel se tu také vibrační vodní válec, který měnil barvy. Byla zde skoro tma, chvíli jsme zde seděli a vnímali.

Na závěr jsme si ještě povídali o tom, co jsme v místnostech zažili, co se nám líbilo, co nám bylo příjemné a co ne. Terapie trvala 1 hodinu.

Druhá terapie:

Probíhala hodně podobně, měli jsme však možnost pracovat zase s jinou lektorkou. Po krátkém úvodu jsme rozezněli tibetské misky. Hladili jsme si svítící kouli, která na dotek vytvořila obraz elektrického výboje, koule lehce vibrovala a vydávala teplo. Potom jsme si každý vzali před sebe buben (džembé). Lektorka bubnovala a my všichni do rytmu podle ní. Jedem z respondentů býval bubeník ve veliké kapele, proto nám zahrál sólo, bylo to úchvatné.

Všichni jsme si potom lehli, probíhala masáž žlutými balónky, vlnění šátků, kartáčování, zvonění na zvonečky, vypouštění bublinek z bublifuku, přesypávání písku v bambusové duté tyči (iluze tekoucí vody), vše dotvářelo krásnou atmosféru.

Na závěr jsem ještě vstoupila s respondenty na chvíli do černé místnosti. Terapie trvala 1 hodinu.

Během těchto terapií jsem pozorně sledovala chování respondentů, ptala jsem se jich na pocity a vše zaznamenávala do poznámkového bloku. Během terapie jsem také fotila. (viz **příloha č. 4**)

3.5 Interpretace výsledků

V této kapitole budou prezentovány výsledky pozorování a rozhovorů s respondenty během výzkumu.

Aby výsledky působily komplexně, individuálně, popisuji u každého respondenta nejprve kazuistiku, potom pozorování a odpovědi na otázky po terapii.

Paní A

Kazuistika – informace byly získány rozhovorem s dcerou respondenty, na základě pozorování a z dokumentace osobní karty záznamů vedené v sociálním zařízení.

Pohlaví: žena

Věk: 79 let

- Osobní anamnéza: matka dvou dětí (dcery), bydlela v rodinném domě, práce na poli, hospodářství, pracovitá, ochotná, společenská, neměla ráda ruční práce, zpívala, ráda pekla buchty, televize ji nebavila, nesportovala, nechodila tancovat, bála se psů, domácích zvířat ne, všichni ji měli rádi, hodná, v manželství velmi spokojená, katolík. Pracovala v cihelně, ve Svitě v továrně, v důchodu jako pokojská v lázeňském zařízení. Asi před 5 lety: začala opakovat slova, při placení v obchodě nechtěla vrátit peníze, pořád se oblékala do kostela, myslela si, že je neděle, bloudila, v noci nespala, pomočování (stud). Dcera už nezvládala péči, proto byla umístěna do Domova pro seniory se zvláštním režimem (demence Alzheimerova typu).

- Komunikace: není schopna se porozumět mluvenou řečí ani písmem a jen velice málo rozumí, co se po ní chce, nerozumí všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům. Na zavolání však většinou přijde, neustále opakuje stejná slova, odpovídá víceméně jednoslovně „ano“ nebo „ne“.

- Mobilita: je schopna zvládat vstávání a usedání, stojí, zaujímat polohy, jít krok za krokem, popřípadě i s přestávkami, a to i po nerovném povrchu, zvládá chůzi po schodech, nejraději chodí bosky.

- Orientace: je schopna pouze částečně poznávat zrakem a sluchem, nemá přiměřené duševní kompetence, neorientuje se časem, místem, osobou částečně (pamatuje si známé tváře, reaguje úsměvem a kontaktem). V obvyklém prostředí nebo situaci reaguje přiměřeně.

- Oblékání, obouvání: není schopna si vybrat oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se nebo obouvat, svlékat se nebo zouvat, manipulovat s oblečením v souvislostech s denním režimem.

- Stravování: není schopna si vybrat nápoj ani jídlo ke konzumaci, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, sama se však nají a napije, jí lžící. Nutno připomínat pitný režim.
- Tělesná hygiena: používá inkontinentní pomůcky, není schopna včas nahlásit potřebu, není schopna sama provést celkovou hygienu, koupání probíhá za pomoci personálu.
- Osobní aktivity: je schopna jen částečně vstupovat do vztahů s jinými osobami, vykonávat aktivity danému věku a prostředí, je nekompliktní, pohodová, zpívá (jednu skladbu pořád dokola).

Příspěvek na péči: IV. stupeň

Stupeň demence: těžká

Celkově: pohodová, klidná, špatně komunikující, dezorientovaná časem, situací, porucha krátkodobé paměti, neusedí na jednom místě, stále chodí, nechápe, co se po ní chce, mobilní, úplně závislá na pomoci personálu nebo rodinných příslušníků.

Pobyt v multismyslové místnosti Snoezelen.

Pozorování: respondentka po vstupu do interaktivní místnosti jakoby plynule a bez povšimnutí přešla z jednoho prostředí do jiného, žádná viditelná změna. Vypadala klidně, pořád si zpívala nebo povídala a opakovala to stejné („tak tady, pan Valášek, farář...“). Držela se v mé blízkosti, neuseděla na jednom místě, nebyla s ostatními v interakci. Efektů si nevšíkala, tibetskou misku položila na zem bez zájmu, na bubny nechtěla bubnovat. Nechtěla si ani lehnout a zůstat na chvíli v klidu. Neměla tendenci z místnosti odcházet, bylo však patrné, že se cítí bezpečně, pohodově a vyrovnaně. Strávila zde s námi skoro 1 hodinu.

V tmavé, černé místnosti jsem s respondentkou byla sama, nejevila známky strachu, vodní vibrační válec ji zaujal, dotýkala se jej a usmívala se při tom. Sednout si do pohodlného křesla nechtěla. Strávily jsme zde asi 15 minut.

Rozhovor: nemohla jsem s respondentkou vykonat, neboť není schopna souvisle hovořit ani adekvátně jednoslovně odpovědět na danou otázku. Její jednoslovné odpovědi nemají vypovídající schopnost.

Paní B

Kazuistika – informace byly získány rozhovorem se synem a vnučkou respondenty, na základě pozorování a z dokumentace osobní karty záznamů vedené v sociálním zařízení.

Pohlaví: žena

Věk: 81 let

- Osobní anamnéza: matka dvou synů, bydlela v rodinném domě, práce na poli, hospodářství, pracovitá, ochotná, společenská, měla ráda ruční práce, ráda pekla buchty, bavilo ji sledování televize, nesportovala, chodila tancovat, měla ráda všechny zvířata (především domácí), všichni ji měli rádi, hodná, v manželství spokojená. Pracovala jako prodavačka v potravinách. Asi před 6 lety: začala zapomínat, byla zmatená, bloudila, nepoznávala blízké osoby, nedokázala se již sama o sebe postarat, proto umístěna do Domova pro seniory se zvláštním režimem (demence Alzheimerova typu).

- Komunikace: je schopna se dobře porozumět mluvenou řečí, písmem už ne, rozumí všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům. Dokáže souvisle hovořit, na kladené otázky většinou smysluplně odpovídá. Je komunikativní.

- Mobilita: je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, jít krok za krokem, popřípadě i s přestávkami, a to i po nerovném povrchu, zvládá chůzi po schodech, občas používá na chození hůlku.

- Orientace: je schopna poznávat zrakem a sluchem, má přiměřené duševní kompetence, neorientuje se však časem, místem, osobou částečně (pamatuje si známé tváře, reaguje úsměvem a kontaktem). V obvyklém prostředí nebo situaci reaguje přiměřeně.

- Oblékání, obouvání: není schopna si vybrat oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékání a obouvání s dopomocí, svlékat se nebo zouvat také. Dokáže však rozpoznat, že má na sobě pěkné, slušivé oblečení, ve kterém se cítí dobře.

- Stravování: je schopna si vybrat nápoj nebo jídlo ke konzumaci, sama se nají a napije. Používá lžíci, příbor už nedokáže udržet. Má ráda sladké, jí velice málo, pitný režim dodržuje.
- Tělesná hygiena: používá inkontinentní pomůcky, není schopna včas nahlásit potřebu, není schopna sama provést celkovou hygienu, koupání probíhá za pomoci personálu.
- Osobní aktivity: je komunikativní, ráda se zúčastňuje aktivizačních programů, je společenská, bez problémů vstupuje do vztahů s jinými osobami, vykonává aktivity danému věku a prostředí, je nekompliktní, pohodová, má ráda přírodu a procházky na zahradě.

Příspěvek na péči: III. stupeň

Stupeň demence: střední

Celkově: usměvavá, ochotná, málo komunikativní, porucha krátkodobé paměti, mobilní, někdy dezorientovaná situací a časem, dokáže vnímat podněty kolem sebe. Je částečně závislá na pomoci druhé osoby.

Pobyt v multismyslové místnosti Snoezelen.

Pozorování: respondentka se od prvního okamžiku vstupu do místnosti tvářila překvapeně. Pozorně se rozhlížela po celé místnosti, usmívala se, působila klidným a spokojeným dojmem. Byla vyzvána, aby si našla pohodlné místo, které ona sama chce. Sedla si na malý látkový bobek vycpaný malými relaxačními kuličkami. Pokyny, které udávala lektorka, okamžitě chápala, tibetské misky ji evidentně zaujaly, líbilo se jí, jak se rozezvučely. Poloha vleže ji vyhovovala, lektorka respondentku kartáčkovala, masírovala masážními balónkami. Žádný odpor, žádné napětí, bylo vidět, jak je naprosto uvolněná, oči jí zářily a zcela odevzdaná dané situaci. Při první terapii dokonce na chvíli usnula ukolébávaná relaxační hudbou. Optických svítících kabelů se dotýkala s naprostou samozřejmostí, beze strachu. Bubnování na bubínky (djembé) ji zaujalo, nedokázala však držet rytmus, který určila lektorka, přesto se snažila a bylo vidět, že se jí to líbí. Pobyt v tmavé, černé místnosti se jí velice líbil, sedla si okamžitě do pohodlného křesla, sledovala vibrační vodní válec, líbilo se jí, jak se v něm mění barvy, poslouchala relaxační hudbu. Při

druhé terapii si dokonce k vodnímu válci lehla a dotýkala se jej. V místnosti však nechtěla být sama.

Rozhovor: uskutečnila jsem jej s respondentkou ihned po terapii, kdy jsou ještě informace uchovány v paměti. Otázky vznikly spontánně v závislosti na tom, co se v místnosti událo, musela jsem vyslovovat zřetelně, někdy jsem otázku musela opakovat a obsahově přizpůsobit chápání respondentky.

1. Jak jste v místnosti cítila?

„Dobře, dobře jsem se cítila, pěkné to bylo.”

2. Jak se Vám líbily ty misečky, které jste hladila dřevěnou paličkou, které zvonily?

„No, to bylo fajn, krásné, to se mi líbilo, no.”

3. Slyšela jste tu hudbu, která hrála?

„Slyšela, slyšela, pěkná, příjemné.”

4. Jak jste vnímala tu masáž těmi kartáčky? Bylo Vám to příjemné?

„Bylo, bylo mi to příjemné.”

5. Už jste někdy takto bubnovala na bubny, líbilo se Vám to?

„Ne, nikdy, bylo to pěkné.”

6. Cítila jste, jak to v místnosti vonělo, co jste cítila?

„No, cítila, nějaká kytička, asi, vonělo to pěkně.”

7. Všimla jste si, jak na stěnách blikaly světýlka?

„Všimla, to bylo pěkné, žluté...i nahoře.”

8. Když jste ležela, chtělo se Vám spát?

„Chtělo...chtělo se mi spát.”

9. Jak jste se cítila v té místnosti, kde je tma a je tam ten barevný válec?

„No, to bylo moc pěkné, to se mi líbilo, to bylo pěkné. Půjdeme tam zase?”

10. Jak na Vás působila ta paní, co s Vámi pracovala?

„Dobře, hodná, hodná paní.”

11. Bylo něco, co se Vám nelíbilo, z čeho jste měla strach?

„Nee, nebylo, z ničeho jsem neměla strach.“

12. Chtěla byste zopakovat tento výlet a podívat se do této místnosti?

„Chtěla, mě se to líbilo, pojedeme zase.“

Paní C

Kazuistika – informace byly získány rozhovorem s respondentkou, s její dcerou a na základě pozorování.

Pohlaví: žena

Věk: 86 let

- Osobní anamnéza: matka tří dětí (2 dcery, 1 syn), bydlela v rodinném domečku v Provodově blízko Zlína, práce na poli, ráda pečovala o hospodářská zvířata, pracovitá, ochotná, společenská, měla ráda ruční práce (pletení, háčkování), ráda pekla buchty, sledovala televizi, chodila na zábavy, tančila, měla ráda všechna zvířata (především domácí), oblíbená, hodná, v manželství ne moc spokojená. Pracovala jako švadlena. Před rokem začala hodně zapomínat, v domácnosti měla značný nepořádek, schovávala jídlo do různých skrýší, kde se kazilo, ztrácela orientaci v čase, postupně se stávala nesamostatnou, občas bloudila, nepoznávala blízké osoby, nyní v péči své dcery, která o maminku celodenně pečuje.

- Komunikace: hovoří plynule, srozumitelně, občas však zadržává a déle jí trvá, než se vyjádří. Občas nechápe smysl požadavku, je zapotřebí opakovat a nově vysvětlit. Je evidentní, že se její komunikační stav zhoršuje.

- Mobilita: je mobilní, k chůzi však využívá hůl, chodí pomalu, do schodů s obtížemi. Při změně počasí si stěžuje na bolesti kloubů.

- Orientace: občas dezorientovaná, ptá se na den, hodinu. V určitých situacích reaguje neadekvátně a zkratkovitě, panikaří. K lékaři doprovází vždy dcera.

- Oblékání, obouvání: dokáže si vhodně zvolit pro danou situaci pěkné oblečení, převléká se však několikrát denně (i 10x). Obouvání i zouvání provádí bez dopomoci.

- Stravování: je schopna si vybrat nápoj nebo jídlo ke konzumaci, sama se nají a napije. Používá lžíci, příbor už nedokáže udržet. Má ráda sladké, jí velice málo, pitný režim dodržuje.
- Tělesná hygiena: přes den i v noci jde sama na toaletu, kde je schopna sama potřebu vykonat. S koupáním pomáhá dcera.
- Osobní aktivity: ráda sleduje televizi, někdy vydrží i celý den, zpívá, dokáže vykonávat drobné práce (vykrajování těsta na vánoce, vystřihování obrázků z papíru, ráda ještě plete).

Příspěvek na péči: II. stupeň

Stupeň demence: střední

Celkově: klidná, málo komunikativní, spíše samotářská, na položenou otázku dokáže smysluplně odpovědět, mobilní (s holí), usměvavá, porucha krátkodobé paměti, není schopna se o sebe postarat, je závislá na pomoci své dcery.

Pobyt v multismyslové místnosti Snoezelen.

Pozorování: respondentka už od první chvíle vykazovala lehkou nervozitu, cestou do Uherského Hradiště mlčela, na dotaz, zda ji něco trápí, odpověděla, že má trochu strach z neznámého prostředí a neví, co se bude dít. Snažila jsem se ji uklidnit.

Po vstupu do interaktivní místnosti se její tvář jakoby rozjasnila, dokonce se usmála, podívala se na strop, kde se míhaly odrazy barevných světél. Potom si všimla polštářků na zemi, potom její oči stanuly na zem, kde byly na zemi rozmístěny tibetské misky, každá jinak veliká. Mlčela, ale usmívala se. Potom se na vyzvání posadila na veliký polštář, vzala si misku, prohlédla si ji a dle pokynů lektorky s ní pracovala velice zaujatě. Byla překvapena, jak se miska rozezvučela. Poloha vleže jí dělala trochu problém, jakoby se stále bála. Nakonec si přece jenom lehla, nechala se jemně kartáčovat, dívala se přitom lektorce do očí. Stále mlčela.

Naprosto ji však uchvátily bubny (djembé), jakoby ožila, bubnovala do rytmu, dokonce si něco broukala. Věřila jsem, že v tu chvíli u ní nastal zlom. Pokukovala po mě, po ostatních, usmívala se. Ostatní aktivity v místnosti prožívala respondentka naprosto v klidu, mluvila sice málo, ale spolupracovala.

Byla jsem s respondentkou asi na 15 minut v černé místnosti, bylo vidět, jak se ze začátku rozhlíží, jakoby se zase bála, ale předem jsme ji uklidňovala, že je to bezpečné, klidné místo. Sama si sedla si k vibračnímu válci a sledovala bublinky uvnitř. Dotýkat válce se však odmítla. Vnímala i hudbu.

Rozhovor: vzhledem k tomu, že respondentka si ještě dokáže po nějakou dobu udržet údaje v paměti, rozhovor jsem uskutečnila ihned jejím příjezdu domů (tzn. asi po 2 hodinách). Rozhovoru se zúčastnila i dcera respondentky, která se o maminku stará.

1. Jak jste v místnosti cítila?

„Já jsem se trochu bála, co bude, ale dobré...pak už jsem se nebála...jenom trochu.”

2. Jak se Vám líbily misečky, které jste hladila dřevěnou paličkou, které zvonily?

„Jé, tak to je pěkné, to zvonilo, musela jsem to držet, líbilo se mi to.”

3. Slyšela jste v místnosti hudbu, která hrála?

„Akorát v té místnosti, jak byla ta tma, tam hrála, pěkná byla, hezká.”

4. Jak jste vnímala tu masáž těmi kartáčky? Bylo Vám to příjemné?

„Já jsem nevěděla, co ta paní dělá, ale nechala jsem, nebolelo to, prima.”

5. Všimla jsem si, že se Vám líbilo bubnování na bubny. Líbilo se Vám to?

„Já mám ráda tu hudbu, my jsme chodili tančit a tam taky byly ty bubny, já jsem tančila...moc to ale neumím, nikdy jsem nebubnovala.”

6. Cítila jste, jak to v místnosti vonělo, co jste cítila?

„Ne, to ne...já jsem nic necítila.”

7. Všimla jste si, jak na stěnách blikaly světýlka?

„Všimla, mě se to líbilo, to je divné, to jsme neviděla, hezké, červené, nevím.”

8. Když jste ležela, chtělo se Vám spát?

„Ne, ne...já jsem spala doma, v pokoji. Já spím málo, doma...ne, nechce se mi.”

9. Jak jste se cítila v místnosti, kde je tma a je tam ten barevný válec?

„Která? Aha...byla tam tma, asi bych se bála sama, blikalo to tam a tekla tam voda, barevná. To já neznám, ale nebála jsem se.”

10. Jak na Vás působila paní, co s Vámi pracovala?

„ Ta paní...já ji neznám, ale hodná byla.”

11. Bylo něco, co se Vám nelíbilo, z čeho jste měla strach?

„ Mě se to líbilo, ta hudba byla pěkná a ty světla, bubny, paní hodná, všichni. Potom už jsem se nebála.”

12. Chtěla byste zopakovat tento výlet a podívat se do této místnosti?

„ Ale ano, pojedu, stejně pořád sedím doma, pojedu, ty pány a paní neznám, ale to nevadí...pojedu příště.”

Pan D

Kazuistika – informace byly získány převážně z rozhovoru se synem a na základě pozorování.

Pohlaví: muž

Věk: 93 let

- Osobní anamnéza: otec 2 synů, nyní vdovec více jak 20 let. Bydlel s rodinou v rodinném půldomku, pracoval jako dělník v gumárenské továrně ve Zlíně, společenský, hudba, tanec, zpěv, láska ke zvířatům, sportoval, cestování, v mládí hrál v orchestru na trumpetu. Sečtělý, televize, denní tisk. Rodinný typ, pracovitý, komunikativní, nesamostatný, nechal se rád vést. Před 3 lety začal zapomínat, nezvládal se sám o sebe postarat, byl závislý na pomoci rodinných příslušníků, přestal vycházet ven na procházky, na které byl zvyklý, přestal navštěvovat blízký obchod, kde dříve sám nakupoval. Lékař diagnostikoval poruchu krátkodobé paměti a počátek demence Alzheimerova typu. Nyní bydlí se synem v činžovním domě, je v péči svého syna v domácím přirozeném prostředí.

- Komunikace: je schopen se dorozumět mluvenou řečí a písmem, rozumí, co se po něm chce, rozumí všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům. Jeho verbální projev je velmi dobrý vzhledem k jeho věku, z jeho projevů je zřejmé, že se občas pohybuje mezi lidmi, kteří mezi sebou vzájemně komunikují. Jeho písemný projev je zpomalený, ale stále funkční.

- Mobilita: je schopen zvládat vstávání a usedání, zaujímat polohy, jít krok za krokem, popřípadě i s přestávkami, a to i po nerovném povrchu, zvládá i chůzi po schodech.
- Orientace: je schopen poznávat zrakem a sluchem (na pravé ucho slyší hůř), má přiměřené duševní kompetence, orientuje se časem, místem, osobou. V obvyklém prostředí nebo situaci reaguje přiměřeně. Zřejmé projevy zapomínání.
- Oblékání, obouvání: je schopen si vybrat oblečení a obutí přiměřené okolnostem pouze s dohledem.
- Stravování: je schopen si vybrat nápoj nebo potravinu ke konzumaci, nápoj nalít, stravu naporcovat, sám se nají a napije. Příborem se dokáže najíst, dává však přednost lžící. Má rád sladké, pitný režim dodržuje.
- Tělesná hygiena: osobní hygienu provádí sám, není inkontinentní. Koupání probíhá za pomoci syna.
- Osobní aktivity: občasné procházky s doprovodem, četba denního tisku, poslouchání rozhlasu, dříve rád pracoval na zahrádce a chodil do lesa, nyní už jen posezení na lavičce v zahradě. Nekompliktní, komunikativní, pohodový, rád zpívá, rád sleduje televizi, rád si povídá o přírodě, hudbě, politice. Nebaví jej ruční práce. Rád spí.

Příspěvek na péči: II.stupeň

Stupeň demence: střední

Celkově: mobilní, není inkontinentní, klidný, komunikativní, podle syna zvědavý, zjevné prvky zapomínání, částečně závislý na pomoci svého syna.

Pobyt v multismyslové místnosti Snoezelen

Pozorování: respondent působil cestou do zařízení nejistě, ale dle svých slov se těšil. Vstoupil do interaktivní místnosti jako první, bylo vidět, že je překvapený, rozhlížel se. Jako první ho zaujaly tibetské misky, které ležely rozložené na zemi. Po úvodním rozhovoru a představení se si respondent sedl na malý bobek vycpaný pohankou, trochu jsme se lekla, že bude mít posléze problém s vstáváním, ale později se toto ukázalo jako zbytečné. Skvěle spolupracoval, dokonce se vyptával, co má dělat, jestli drží nástroje dobře, odkud ty bubínky jsou, jak to, že to tam tak bliká. Všiml si i CD hrajícího přehrávače, neušla mu ani hořící svíčka vedle něj. V místnosti se pohyboval

zřetelně, jistě, evidentně se mu tam líbilo, snažil se o komunikaci s ostatními. Kartáčování i masáž gumovými balonky snášel velmi dobře, neustále se kolem sebe rozhlížel a mluvil na lektorku.

V tmavé místnosti byl pouze na chvíli, prohlídl si ji, podíval se na vodní blikající válec, ale jakoby mu to stačilo, chtěl se vrátit do místnosti interaktivní.

Rozhovor: uskutečnil se asi 3 hodiny po návratu ze zařízení. Respondent byl rád, že si může s někým o výletu popovídat a sdělit své dojmy, bylo na něm vidět, jak je plný zážitků. Mluvil docela souvisle a smysluplně. Rozhovoru se zúčastnil syn respondenta.

1. Jak jste v místnosti cítil?

„Tož, líbilo, to muselo stát peněz, my jsme na vojně měli kapelu a taky bubny. Byl tam klid a vy jste byli hodní, hrála písnička, nějaká světla, tu paní jsem neznal, ale byla hodná. Mohl jsem si sednout i lehnout dokonce.”

2. Jak se Vám líbily misečky, které jste hladil dřevěnou paličkou, které zvonily?

„Tož to jsem ještě neviděl, pěkně to zvonilo, já mám dobrý sluch, hrál jsme na vojně na trubku a jak jsem hrál...ale byla dost těžká na ruce.”

3. Slyšel jste v místnosti hudbu?

„Slyšel, já jsem hrál na trubku, ale jiné písničky, to vy nemůžete pamatovat...a jak jsem hrál, však to hrálo z toho přístroje, ale jo, pěkně to hrálo, slyšel jsem to.”

4. Jak jste vnímal masáž těmi kartáčky? Bylo Vám to příjemné?

„Tož, syn mě občas masíruje ruce i nohy, když mě bolí, já už jsem starý, taky mě tak hladí, mě to nevadí, je to lepší.”

5. Všimla jsem si, že Vám šlo bubnování na bubny. Líbilo se Vám to?

„Tož, já jsem hrál v kapele, tam byl taky buben i bubeník, já jsem hrál na tu trubku, kdysi dávno jsem zkoušel bubnovat. Chodil jsem i tančit. Takové bubny jsem ještě neviděl, ale jak zněly!”

6. Cítil jste místnosti nějakou vůni?

„Ne, tam jsem nic necítil, tož, ale už mám aj hlad.”

7. Všiml jste si, jak na stěnách blikaly světýlka?

„ Tož, všiml, blikaly. A proč to tak blikalo? Já jsem myslel, že je to pokažené, ale ta paní řekla, že je to pěkné a barevné. Mě to nevadí.”

8. Když jste ležel, chtělo se Vám spát?

„ Ne, já chodím spát po obědě, syn mi uvaří tu kávu.”

9. Jak jste se cítil v místnosti, kde je tma a je tam ten barevný válec?

„ Tož, tam jsem byl, já vím, ale chvilku, oni na mě čekali. Byla tam skoro tma a takový vysoký sloup, ve kterém prý byla voda, byl zelený, tož to jsem ještě neviděl.”

10. Jak na Vás působila paní, co s Vámi pracovala?

„ Tož, nevím, hodná a mluvila s námi, povídala, já ji neznám.”

11. Bylo něco, co se Vám nelíbilo, z čeho jste měl strach?

„ Nee, mě se to líbilo, já jsem se těšil, že něco bude, syn mi to říkal, že se nemám bát, já to znám, tož, jo, jsem spokojený. Stihl jsem oběd.”

12. Chtěl byste zopakovat tento výlet a podívat se zase do té místnosti?

„ Tož, aby to věděl syn, jel bych, mě to nevadí, když mě vezmete, budu se těšit.”

Pan E

Kazuistika – informace byly získány rozhovorem s respondentem, na základě pozorování a z dokumentace osobní karty záznamů vedené v sociálním zařízení.

Pohlaví: muž

Věk: 84 let

- Osobní anamnéza: otec tří dětí (2 dcery, jeden syn), pracovitý, rozvedený, bydlel po ubytovnách, pracoval jako stavební inženýr, jezdil po stavbách, společenský, hudba, tanec, zpěv, láska ke zvířatům, nesportoval, cestování, hrál ve velikém orchestru na bubny. Sečtělý, křížovky, televize, soutěže. Před 10 lety začal zapomínat, bloudil, inkontinence, nezvládal se sám o sebe postarat, proto umístěn v Domově pro seniory se zvláštním režimem.

- Komunikace: je schopen se dorozumět mluvenou řečí a písmem, rozumí, co se po něm chce, rozumí všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům.
- Mobilita: je schopen zvládat vstávání a usedání (někdy však s dopomocí, chodí o holi a bolí ho kolena), zaujímat polohy, jít krok za krokem, popřípadě i s přestávkami, a to i po nerovném povrchu, zvládá pomalu chůzi po schodech.
- Orientace: je schopen poznávat zrakem a sluchem, má přiměřené duševní kompetence, orientuje se časem, místem, osobou částečně (pamatuje si známé tváře, reaguje úsměvem a kontaktem). V obvyklém prostředí nebo situaci reaguje přiměřeně. Zřejmé projevy zapomínání.
- Oblékání, obouvání: není schopen si vybrat oblečení a obutí přiměřené okolnostem, obléká se nebo obouvá s dopomocí, svléká se nebo zouvá s dopomocí.
- Stravování: je schopen si vybrat nápoj nebo potravinu ke konzumaci, nápoj nalít, stravu naporcovat, sám se nají a napije. Příborem se dokáže najíst, dává však přednost lžici. Má rád sladké, pitný režim dodržuje.
- Tělesná hygiena: používá inkontinentní pomůcky, není schopen včas nahlásit potřebu, ale na pokyn a s dopomocí a doprovodem na toaletu potřebu vykoná sám. Koupání probíhá za pomoci personálu.
- Osobní aktivity: je schopen jen částečně vstupovat do vztahů s jinými osobami, vykonávat aktivity danému věku a prostředí, je nekompliktní, komunikativní, pohodový, rád zpívá, luští křížovky, chodí na procházky na zahradu, rád sleduje televizi, rád si povídá o přírodě, hudbě, politice. Nebaví jej ruční práce.

Příspěvek na péči: IV.stupeň

Stupeň demence: střední

Celkově: respondent je mobilní (s holí), komunikující, občas uzavřený, má výčitky z minulosti, nechce se svěřit, z toho někdy je rád, že si popovídá. Dokonce někdy laškuje a používá ironii. Někdy agresivní, náladový, rád sleduje televizi, poslouchá hudbu, luští křížovky. Je částečně závislý na pomoci jiné osoby.

Pobyt v multismyslové místnosti Snoezelen

Pozorování: respondent byl předem seznámen s návštěvou zařízení, bylo mu řečeno, co se bude dít v multismyslových místnostech, co uvidí a na co se má těšit.

V interaktivní místnosti seděl na židli, protože chodí o holi a měl by problém sedět na zemi. Tibetské misky respondenta zaujaly, pozorně vnímal vibrace na dlani a pevný zvonivý zvuk, který vyluzovaly, když je hladítkem aktivoval. Masáž kartáči a masážními balónky mu byla příjemná, lehce přitom laškoval s lektorkou a usmíval se. Spolu s lektorkou jsme respondenta opatrně položily na zem na pohodlné a měkké, vycpané polštáře. Tvářil se klidně, sledoval pohybující se světla po stěnách, vnímal, co se kolem něj děje, vše bedlivě sledoval.

Bubnování na djembé bylo zjevně jeho parketou, jako bývalý bubeník si to užíval, do rytmu skvěle bubnoval. Požádala jsem jej, aby nám něco krátkého zabubnoval sám, svolil a my všichni v místnosti jsme zažili skvělé sólo. Respondent se usmíval a měl radost, že se to všem líbilo. V této místnosti vydržel skoro 1 hodinu.

V tmavé místnosti jsem byla s respondentem asi 15 minut, pozorně se rozhlížel, vnímal světla na stropě, seděl v křesle a poslouchal hudbu, sledoval vodní válec, který měnil barvu. Byl klidný, nechala jsem jej odpočívat, protože na mě působil trochu unaveně, což později sám potvrdil.

Rozhovor: byl vykonán ihned po terapii. Respondenta jsem musela požádat, ať odpovídá tak, jak to skutečně cítí, protože občas hovoří ironicky a zkresluje.

1. Jak jste v místnosti cítil?

„Tož, jak...bylo to fajn, chtěla jste, ať se tam jedu podívat...tož, viděl jsem to, nebylo to špatné, aspoň jsem se někde podíval, jenom najest nám tam nedali, ale...bylo to fajn, no.”

2. Jak se Vám líbily misečky, které jste hladil dřevěnou paličkou, které zvonily?

„To bylo pěkné, ještě jsem to neviděl, pěkně to zvonilo, no, to bylo prima.”

3. Slyšel jste v místnosti hudbu?

„No tak... slyšel, samozřejmě, že slyšel, to znělo, pěkně, abych to neslyšel, no, bylo to příjemné.”

4. Jak jste vnímal masáž těmi kartáčky? Bylo Vám to příjemné?

„ Tak jistě, když mě taková mladá dáma hladila, jo...bylo to příjemné.”

5. Co to bubnování, to se Vám líbilo, vidíte?

„ No, ty bubny, to se mi moc líbilo, však to znám, jsem tolik roků hrál v kapele...ale nebylo to zase tak super, dřív to šlo líp, ale bylo to hezké.”

6. Cítil jste místnosti nějakou vůni?

„ Voněl tam asi řízek...nebo ptáček? Ne, něco tam vonělo, ale nevím, co to bylo.”

7. Všiml jste si, jak na stěnách blikaly světlíka?

„ Ale jo, všiml, pořád to tam blikalo i na stěnách, mě to nevadilo, ale moc to nemusím vidět.”

8. Když jste ležel, chtělo se Vám spát?

„ No, chtělo...nějak to na mě šlo, asi bych brzy usnul, ale radši až večer, po večeři.”

9. Jak jste se cítil v místnosti, kde je tma a je tam ten barevný válec?

„ Tak, to bylo pěkné, jsem to nikdy neviděl, to působilo příjemně, ale já bych tam spal, asi určitě, ale tu skladbu jsem znal.”

10. Jak na Vás působila paní, co s Vámi pracovala?

„Tak...mě masírovala, mluvila pomalu, usmívala se, byla mladá, jo...co nadělám.”

11. Bylo něco, co se Vám nelíbilo, z čeho jste měl strach?

„ Ne, neměl jsem strach, nevadilo mi prosím pěkně vůbec nic.”

12. Chtěl byste zopakovat tento výlet a podívat se zase do té místnosti?

„ Ale jo, když mě vezmete, pojedu, ale vemte taky někoho jiného. Ale jo, stejně nic nedělám, aspoň se někam podívám, tady je nuda.”

4 VÝSLEDKY

Na základě níže vytvořené tabulky budou v této kapitole shrnuty a vyhodnoceny veškeré poznatky a informace o každém respondentovi zvlášť. Dále zde bude zodpovězeno na dílčí otázky a na jejich základě bude definována odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

Tabulka č. 1 – Výsledky aktivit všech respondentů

	Paní A	Paní B	Paní C	Pan D	Pan E
poloha	vsedě	vleže, vsedě	vleže, vsedě	vsedě, vleže	vsedě, vleže
tibetské mísy	ne	ano	ano	ano	ano
kartáčování	ne	ano	ano	ano	ano
vodní válec	ano	ano	ano	ano	ano
světelné efekty	ne	ano	ano	ano	ano
vůně	ne	ano	ne	ne	ano
hudba	ne	ano	ano	ano	ano
interakce	ne	ano	ne	ano	ano
lektorka	ano	ano	ano	ano	ano
interaktivní místnost	ne	ano	ano	ano	ano
tmavá místnost	ne	ano	ano	ano	ano
únava	ne	ano	ne	ne	ano
spokojenost	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: autorka, 2013

Paní A

Jak vyplývá z tabulky, respondentka skoro vůbec nevnímala žádnou aktivitu v interaktivní místnosti, seděla na zemi, spíše bokem, povídala si sama pro sebe neustále to samé, zpívala si. Zaujal ji pouze vodní barevný válec v tmavé místnosti, ale jen na malou chvilku. Neprojevovala však žádné známky strachu, byla usměvavá, klidná a vydržela po celou dobu terapie, aniž by z místnosti chtěla odejít. Lektorku vnímala velice dobře, dokonce ji v jednu chvíli pohladila. Nevykazovala známky únavy, ospalosti. Při druhé terapii se respondentka chovala naprosto stejně, beze změn.

Respondentka má diagnózu demence ve třetím, nejtěžším stadiu. Nelze však s určitostí vyhodnotit tuto terapii jako zbytečnou, pokud se respondentka cítila naprosto v klidu a uvolněná, beze strachu. Celkové vyhodnocení terapie je však pro takto postiženou respondentku **negativní**.

Paní B

Lze říci, že respondentka si tuto terapii opravdu užila. Od prvního okamžiku, při vstupu do interaktivní místnosti bylo možné pozorovat údiv, potěšení, radost, lesk v očích. Uchvátily ji tibetské misky, líbilo se jí kartáčování, bubnování (nikdy předtím to nezkoušela). Všimla si světelných efektů, cítila vůni. V poloze vleže si krásně odpočinula, na chvíli dokonce usnula. Nezapomenutelná pro ni byla tmavá místnost, kde se nacházel vodní barevný válec, hrála zde příjemná relaxační hudba. Ležela u válce, hladila jej a poslouchala. Byla skvěle uvolněná a usmívala se. Z rozhovoru vyplynulo, že byla velice spokojená, moc se jí to líbilo, chtěla by terapie zopakovat. Lektorku hodnotila jako příjemnou paní.

S respondentkou jsem učinila rozhovot ještě několikrát, abych zjistila, zda si i po určité době něco z terapie pamatuje. Ptala jsem se jí vždy po jednom týdnu a zjistila jsem, že i po jednom měsíci si přesně vybavovala události v místnostech, dokonce se mě ptala, zda ještě pojedeme. Vysvětlovala to tím, že se tam „cítila dobře a že to pro ni byla velická změna, někam se podívala a tam to bylo pěkné a viděla kus světa”.

Respondentka je ve druhém lehčím stadiu demence a i přes viditelné projevy této nemoci si tuto terapii užila, byla s ní velice spokojená, chtěla by si ji zopakovat,

zjevně si pamatuje průběh terapie. Proto pobyt v těchto místnostech pro tuto respondentku hodnocen jako velice **pozitivní**.

Paní C

Respondentka žije ve společné domácnosti s dcerou, není moc zvyklá někam jezdit, ocitnout se v neznámém prostředí s cizími lidmi. Tato skutečnost se trochu projevila hned při první terapii. Ze začátku se projevovala trochu odtazité, jakoby měla strach, po chvíli však příjemné a klidné prostředí zapůsobilo. Tibetské misky a bubnování ji velice zaujaly, zpívala si dokonce do rytmu, usmívala se. Masáž pomocí kartáčů vnímala v první chvíli s nedůvěrou, po chvíli se zcela uvolnila. Vůni nevnímala, hudbu však ano. Ostatní respondenty vnímala, do hovoru se však nepouštěla. V tmavé místnosti měla ze začátku trochu strach, zaujal ji však vodní válec, velice se jí líbil, dotýkat se jej však nechtěla. Při druhé terapii se respondentka chovala velice podobně, byla však viditelně klidnější a uvolněnější.

Rozhovor s respondentkou jasně prokázal, že byla spokojená, v místnostech se cítila uvolněná, klidná a že by tuto terapii ráda ještě absolvovala. Díky těmto výsledkům hodnotím terapii u této respondentky jako **pozitivní**.

Pan D

Respondent je v domácí péči, pečuje o něj syn. Pobyt v interaktivní místnosti prožíval docela intenzivně, téměř okamžitě si všiml, že hraje hudba, hoří svíčka, zaujaly jej tibetské misky, bubnování na bubny, neustále zdůrazňoval, že hrával na trubku. Masáž byla dle jeho slov příjemná. Blikajících světel si také všiml. Vůni však necítil. Po celou dobu byl upovídaný, zvědavý, snažil se o komunikaci téměř se všemi. V tmavé místnosti dlouho nevydržel, cítil se tam sám, chtěl se vrátit, kde je světlo a kde jsou ostatní. Vodní válec se mu líbil.

Po celou dobu terapie byl respondent klidný, uvolněný, snažil se neustále na sebe upozorňovat, mluvit. Únava se u něj neprojevovala. Druhá terapie byla obdobná, pamatoval si prostředí. Dle jeho slov se mu terapie líbila, chtěl by se tam vrátit a znovu si vše vyzkoušet.

Hodnocení: **pozitivní**

Pan E

Respondent se na terapii těšil, i když na něm bylo ze začátku vidět lehká nervozita. V interaktivní místnosti většinou seděl na židli, protože používá na chůzi hůl a bylo by pro něj těžké vstát. Tibetské misky nikdy předtím nedržel, bylo to pro něj překvapení, neustále hladítkem misku rozezníval. Nejvíce radosti mu však udělalo bubnování na bubny, dokonce měl sólo. Hudbu vnímal, světél si všiml a pozoroval je. Masáž, která probíhala vleže, mu byla dle jeho slov velice příjemná. Během ní působil klidně, nemluvil, užíval si to. Vůni vnímal. V tmavé místnosti dlouho nevydržel, vodní válec se mu líbil, nikdy předtím jej neviděl. Během terapií moc nemluvil, ostatní respondenty však vnímal, sledoval je.

Celkově lze říci, že respondent vnímal terapii ne moc intenzivně, působil trochu odevzdaně. Dle jeho vyjádření byl však spokojený, vše se mu líbilo, působil však unaveně. Na dotaz, zda by chtěl terapii opakovat, nebyl ze začátku moc rád, po chvíli však vyjádřil přání se do zařízení ještě podívat.

Krátký rozhovor uskutečněný asi po jednom měsíci prokázal jednoznačně, že respondent na většinu aktivit při terapii zapomněl, pamatoval si jen, že někde byl a byl tam autem. Pamatoval si i bubnování.

Hodnocení: **pozitivní**

Odpovědi na dílčí cíle: vycházím z informací o této skupině respondentů a z četnosti daných jevů.

1. Co respondenty v multismyslové místnosti nejvíce zaujalo?

Tibetské misky, vodní válec, masáž – kartáčování, bubnování.

2. Čeho se respondenti dotýkali nejčastěji?

Tibetské misky, bubny.

3. Postřehli respondenti zvuk nebo zvukovou změnu?

Ano, všichni, vyjma 1 respondentky, postřehli, že hraje příjemná hudba.

4. Postřehli respondenti změnu barev v místnosti?

Ano, všichni, kromě 1 respondentky, viděli světelné efekty a vnímali změny barev v místnosti.

5. Jak reagovali respondenti na vůni?

Dva respondenti ano, dva necítili nic. Jeden nedokázal odpovědět.

6. Byli respondenti v místnosti v interakci s ostatními?

Většina respondentů byla v interakci.

7. Jak dlouho vydrželi respondenti v místnosti?

Všichni vydrželi bez problémů skoro 1 hodinu, v tmavé místnosti asi 15 minut.

8. V jaké poloze v místnosti se respondenti nacházeli?

Většinou vsedě na zemi, při masáži vleže.

9. Projevovali respondenti v místnosti z něčeho strach?

Ne, žádný z nich nevykazoval známky strachu.

10. Chtěli by respondenti terapii zopakovat?

Ano, chtěli, až na respondentku, která neuměla odpovědět na danou otázku.

Na základě získaných informací formou pozorování, rozhovoru a na základě vyhodnocení odpovědí na dílčí cíle, odpovídám na hlavní cíl:

Jakým způsobem pomáhá Snoezelen zvyšovat kvalitu života seniorů postižených demencí?

1. Zvolenými metodami se podařilo prokázat pozitivní vliv na myšlenkové procesy zvolené metody respondentů. Především v interaktivní místnosti, která byla součástí výzkumu se jednoznačně potvrdilo, že i těžce dementní senioři reagovali na smyslové podněty úsměvem, očním kontaktem, pohybem rukou, kýváním hlavou apod., Z jejich chování byla patrná zvýšená forma komunikace a ochota se více otevřít.
2. Rozhovorem s respondenty samotnými bylo zjištěno, že si někteří z nich předcházející pobyt v zařízení pamatovali, při opakované návštěvě se na tento pobyt těšili a pamatovali si příjemné prožitky, které vytvářely technické

pomůcky Snoezelen, umístěné v místnostech zařízení Akropolis v Uherském Hradišti.

Hodnocení jednotlivých aktivit je seřazeno a zpracováno v tab. výše uvedené. Z této tabulky a v ní uvedených údajů také vyplývá, že ne všichni respondenti dosahovali stejné emoční prožitky. Např. respondentka Paní A vykazovala téměř při všech aktivitách nezájem, působila však klidně, beze strachu. Tento stav lze přičítat těžkému stupni postižení demencí. V závěru zkoumání byl však na její tváři patrný úsměv, pohoda, dokonce si pozpěvovala. Vykazovala klidné chování.

3. Analýza odpovědí na dílčí cíle je blíže uvedená v předcházejícím textu této práce, na základě mého zjištění je zřejmé, že respondenty nejvíce zaujaly zkoumané prvky, obsažené v odpovědích 1, 4 a 6. Z této skutečnosti usuzují, že metoda Snoezelen působila na respondenty pozitivně a vyvolávala u nich, dle mého zjištění, příjemné pocity, pocity štěstí.
4. Účastí na výzkumném úkolu, kdy se respondenti dostali mimo obvyklé prostředí, kde tráví převážnou část svého seniorského života, nastala změna, která pro ně byla značným zpestřením z jejich stereotypu. Již samotná jízda dopravním prostředkem byla pro ně zážitkem. Po seznámení s vybavením zařízení Snoezelen, předvedením jednotlivých efektů, personální obsazení, ale především profesionální přístup, klidný výklad a vytvoření prostoru pro jejich vlastní poznání umožnilo navázat kontakt s respondenty nutný pro průběh vlastního zkoumání a splnění stanovených cílů.
5. Svým výzkumem jsem jednoznačně prokázala, že jedna z metod bazální stimulace – Snoezelen, velmi pozitivně působí na jednání a chování mnou zkoumaných respondentů – seniorů s demencí. Zvyšuje jejich intelektuální a pohybovou aktivitu, podněcuje je k myšlenkovým projevům, které ovlivňují dle mého zjištění jejich duševní a tělesný stav. A tím může **zvyšovat kvalitu jejich života.**

ZÁVĚR

Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, zda může metoda Snoezelen pomoci dementním seniorům zvýšit kvalitu jejich života.

Pro tento výzkum jsem, dle mého názoru, pečlivě a vhodně vybrala 5 respondentů, 3 z Domova pro seniory se zvláštním režimem, 2 z domácího přirozeného prostředí. Snažila jsem výběr provádět tak, aby s většinou respondentů bylo možné komunikovat a tak získat objektivní data. Záměrně byla vybrána jedna respondentka s postižením těžké demence.

Organizace výzkumu, materiální zabezpečení, stanovení výše rozpočtu, byly nutné a potřebné úkony k zabezpečení úspěšného průběhu výzkumu (šetření). Rozpočet byl stanoven do výše 2.000,-Kč, skutečně vynaložené náklady výzkumu (šetření) činily 1.800,-Kč a hradila jsem je ze svých peněžních prostředků. S každým respondentem a v případě potřeby s opatrovníkem byla řádně sepsána a podepsána dohoda o výzkumu. Návštěvy daného zařízení byly předem osobně dohodnuty na určité datum, hodinu, byla učiněna rezervace. V týmu mi pomáhala jako doprovod kolegyně Helena z práce. Služba (terapie) v zařízení Akropolis byla zpoplatněna předem dohodnutou částkou. Moje předpokládané obavy z cesty, průběhu šetření, s ohledem na zdravotní postižení seniorů se nepotvrdily. Během cesty, ani během terapie nedošlo k žádným komplikacím ani mimořádným událostem, respondenti se v pořádku vrátili domů.

K výzkumu samotnému: zvolený typ výzkumu a mnou vybraný výzkumný vzorek odpovídal, dle mého názoru, zvoleným výzkumným kritériím a potřebám. Strategií výzkumu byla zvolena případová studie. Výsledky výzkumu jsou, dle mého názoru, srozumitelné širokému spektru lidí, jsou zde zachyceny unikátní vlastnosti zkoumaného problému a jsou zakotveny v textové části výzkumu a v přílohových částech výzkumné práce.

Prostředí, kde samotný výzkum probíhal, působilo klidným, příjemným dojmem, nabízelo však, s ohledem na finanční možnosti zřizovatele poněkud chudší a skromnější vybavení vhodné pro tuto terapii. Respondenti se zde cítili viditelně velmi dobře.

Jak jsem se již zmínila výše v tomto textu, během terapií nenastaly žádné komplikace, ani překvapení.

Cílem diplomové práce bylo kromě jiného i seznámit širokou veřejnost se současným stavem a možnostmi aktivizačních metod určených jednak pro seniory postižených demencí, ale i pro širokou veřejnost v rámci relaxace a regenerace organismu.

Cílem bylo rovněž ověřit mnou získané teoretické informace a poznatky a porovnat je s výsledky získaných šetření na odborném pracovišti v rámci plnění výzkumného úkolu – šetření a následné prezentace a popularizace těchto výsledků široké veřejnosti.

V diplomové práci jsem uvedla mnohá zjištění a výsledky šetření, která jsou přehledně zpracována pomocí grafů, tabulek a fotografií. Byly zde využity dostupné prameny a zdroje, které řeší danou problematiku, jedná se především o listinné podklady, odbornou literaturu, internet, veřejná média, verbální informace, ale také vlastní zkušenosti z výkonu mé práce.

V teoretické části diplomové práce je popsána problematika stárnutí, stáří a demence seniorů, především Alzheimerova typu (projevy, diagnostika, příčiny, stadia, výzkum, možnosti léčení). Dále jsou zde zmíněna zařízení, která svými službami pomáhají takto postiženým nemocným lidem. Jádrem teoretické části je komparace a analýza teoretických podkladů zaměřených na aktivizační techniky pro osoby postižené demencí.

Na základě získaných teoretických a praktických poznatků lze dovodit, že aktivizační a terapeutické metody uvedené v diplomové práci jsou pro seniory postižené demencí přínosné a dle mého názoru **zvyšují kvalitu jejich života.**

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá aktivizačními metodami určenými pro seniory postižené demencí.

Teoretická část se zabývá problematikou stárnutí, stáří a demencí seniorů, především Alzheimerova typu, jsou zde popsány její projevy, diagnostika, příčiny, stadia, výzkum, možnosti léčení a zařízení, která svými službami pomáhají takto postiženým. Jádrem teoretické části je popis aktivizačních technik pro osoby postižené demencí. Jednou z nových metod, která se v poslední době začíná prosazovat, je Snoezelen – multismyslová funkční terapie, která je realizována v příjemném a upraveném prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní a hudby, s cílem vyvolat určité smyslové podněty. Této metodě byla věnována praktická část a to formou výzkumu v samotném prostředí. Použité metody působily na respondenty pozitivně, byli uvolnění, usměvaví a šťastní. Výsledky výzkumu byly analyzovány dle výsledků výzkumu a následně vyhodnoceny.

SUMMARY

This thesis deals with activity methods designed for seniors with dementia.

The theoretical part deals with aging , old age and dementia elderly, particularly Alzheimer's type, describes its symptoms , diagnosis , causes , stages , research, treatment options and devices that provides services to help those affected . The core of the theoretical part describes activation techniques for people with dementia. One of the new methods that are recently starting to take off , the Snoezelen - multisensory functional therapy , which is implemented in a comfortable and refined environment using light and sound elements , scents and music, in order to trigger certain sensory stimuli . This method was the practical part of the form of research in the medium itself . The methods used positively influenced the respondents , they were relaxed , smiling and happy .Research were analyzed according to the results of research and subsequently evaluated.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. Austad, S.N., 1999, Proč stárneme, Praha: edice Kolumbus, vydala MF, 208 s., ISBN 80-204-0804-5
2. Desaintová, M. P., 1999, Nezačínajte stárnout, Praha: Portál, 231 s. ISBN 80-7178-255-6
3. Disman, M., 2002, Jak se vyrábí sociologická znalost, Praha: Karolinum, vyd. 3., 374 s., ISBN 80-246-0139-7
4. Filatova, R., Janků, K., Snoezelen, Ostrava: Tisk-Kleinwächter, 111 s. ISBN 978-20-260-0115-7
5. Fowler, S., Multisensory Rooms and Environments, London: Jessica Kingsley publishers, 2008, 256 s., ISBN 978-1-85310-9
6. Friedlová, K., 2009, Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetrovatelství, 1. a 2. díl, Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace s.r.o., vyd. 3., 200 s., ISBN 80-239-6132-2
7. Gregor, O., 1983, Stárnout je kumšt, Praha: Olympia, 136 s., ISBN 27-005-83
8. Halová, M., Nemocný v domácí péči II, Demence a demence Alzheimerova typu, Olomouc: Pavel Hala-VEF ENTERPRICES, 2010, s. 156 ISBN 978-80-904-6110-9
9. Hátlová, B., Kinezioterapie, 2002, Praha: Karolinum, 120 s., ISBN 80-246-0420-5
10. Hendl, J., Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace, 2005, Praha: Portál, 408 s., ISBN 80-7367-040-2
11. Janečková, H., Vacková, M., 2010, Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory, Praha: Portál, 152 s., ISBN 978-80-7367-581-3

12. Jiráček, R., Koukolník, F., 2004, Demence-neurologie, klinický obraz, terapie, Praha: Galén, 335 s., ISBN 80-7262-268-4
13. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol., 2009, Demence a jiné poruchy paměti, Praha: Grada, 176 s., ISBN 978-80-247-2454-6
14. Kantor, J., Vymezení muzikoterapie, in Základy muzikoterapie, Lipský, M., Weber, J. a kol., 2009, Praha: Grada Publishing, 296 s., ISBN 978-80-247-2846-9
15. Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008, Motivační prvky při práci se seniory, Praha: Grada Publishing, 208s., ISBN 978-80-247-2169-9
16. Koukolník, F., Jiráček, R., Alzheimerova nemoc a další demence, 1998, Praha: Grada, 232 s., ISBN 80-7169-615-3
17. Langmeier, J., Krejčířová, D., Vývojová psychologie 2, 2006, Praha: Grada Publishing, 368 s., ISBN 80-247-1284-9
18. Matoušek, O. a kol., Sociální práce v praxi, specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005, Praha: Portál, 352 s., ISBN 80-7367-002-X
19. Müller, O., Terapie ve speciální pedagogice, Olomouc: UP Olomouc, 2007, 295 s., ISBN 80-2441075-3
20. Nerandžić, Z., Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí, 2006, Praha: Albatros, 156s., ISBN 80-0001809-8
21. Oriščiková, H., Hřčová, J., Snoezelen, Ružomberok: Verbum, 2004, 88 s., ISBN 978-8084-639-8
22. Pondělíček, I., Stárnutí: osobnost a sexualita, 1987, Praha: Avicenum, vyd. 2., 264 s., ISBN 08-070-87
23. Rabušicová, M., Rabušic, L., Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice, Masarykova univerzita, 2008, ISBN 978-80-210-4779-2
24. Rektorová, I. a kol., Kognitivní poruchy a demence, 2007, Praha: Triton, 190 s., ISBN 978-80-7 387-017-1
25. Rheinwaldová, E., Novodobá péče o seniory, 1999, Praha: Grada, 88 s., ISBN 80-7169-828-8

26. Říčan, P., Cesta životem, 2004, Praha:Portál, vyd.2., 390 s., ISBN 80-7178-829-5
27. Stuart-Hamilton, I., Psychologie stárnutí, 1999, Praha: Portál, 320 s.,
ISBN 8071782742
28. Šiklová, J., Deník staré dámy, 2010, Praha: Kalich, vyd.2.,183 s.,
ISBN 978-80-7017-082-3
29. Štilec, M., Program aktivního stylu života pro seniory, 2004, Praha: Portál,
136 s., ISBN 80-7178-920-8
30. Švaříček,R.,Šed'ová a kol.,K., 2007, Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha:Portál, 384 s., ISBN 978-80-7367-313-0
31. Tošnerová, T., Ageizmus, Průvodce stereotypy a mýty o stáří, 2002, Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 40 s., ISBN 80-238-9506-0
32. Tvaroh, F., Všichni stárneme, 1983, Praha: Avicenum, vyd.2., 252 s.,
ISBN 08-070-83
33. Vidovičová, L., Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti, 2008, Brno: Masarykova univerzita, 236 s., ISBN 978-80-210-4627-6
34. Všeobecná encyklopedie, 7.svazek, 1999, Praha: Diderot, 428 s.,
ISBN 80-902555-9-0

Internetové zdroje

1. Alzheimers Disease International [on line]. 2014 [2014-19-01].
Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/>
2. Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce [on line]. 2012 [cit.2013-03-30]. Dostupné z : <http://www.demografie.info/?czdetailclanku&artc1ID=824>
3. Evropská komise – aktivní stárnutí [on line]. 2014 [cit.2013-05-20]
Dostupné z: http://szpcr.cz/aktuality/aim_flash_n112_april_2013cz.pdf

4. Co je to ISNA? [on line] 2013 [cit.2013-03-08].
Dostupné z: <http://www.isna.de/en/isna-engl/what-is-isna.html>
5. Co je bazální stimulace [on line]. 2013 [cit. 2013-06-20].
Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
6. Česká Asociace Ergoterapeutů [on line]. 2008 [cit. 2016-02-26].
Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
7. Demence[on line]. 2012 [cit. 2013-02-25].
Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/demence/?chapter=4>
8. Demence-palčivý problém i výzva dnešní doby, Tlustá, K.,[on line] 2013
[cit. 2006-10-25]. Dostupné z: <http://www.haj-tl.wz.cz/htm/DEMENCE.htm>
9. Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO), Mgr.Wija, P., [on line] 2013 [cit. 2012-12-31] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>
10. Expertíza pro cílovou skupinu „Senior, Kubalčíková, K., [on line] 2013 [cit. srpen 2006]. Dostupné z: http://www.socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expertiza_-_senioři.doc
11. Hospice-slovník pojmů [on line]. 2013 [cit. 2010-06-10].
Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>
12. Kdo jsme [on line]. 2014 [cit.2013-14-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Who-we-are>
13. Konference [on line]. 2014 [cit.2013-13-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2013-St-Julian-s-Malta>
14. Mezinárodní konference [on line]. 2014 [cit.2013-5-12].
Dostupné z: <http://www.siumed.edu/cme/alzheimer/>
15. Národní plány Alzheimer [on line]. 2014 [cit.2011-02-11] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alzheimerova-choroba-jako-evropska-priorita-447834>

16. Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky 2003-2065, Burcuj, B., Kučera, T., Demografie 2004, roč.46, č.2, str.100-111,[on line] 2013 [cit.2013-04-29]. Dostupné z: (www.demografie.info/?_czprognozyprognozacr)
17. Občanské sdružení pamatováček [on line]. 2013 [cit. 2013-02-28]
Dostupné z: <http://www.pamatovacek.cz/rubriky/sluzby/>
18. Pacientů s demencí bude třikrát víc, lidé se málo hýbou [on line]. 2013 [cit.2013-02-07] Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zahranicni/292518-pacientu-s-demenci-bude-trikrat-vic-lide-se-malo-hybou.html>
19. Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065, Demografický vývoj, Burcuj, B., Kučera, T., [on line] 2013 [cit.2008-03-16]
20. Smyslová aktivizace [on line]. 2013 [cit 2013-02-5].
Dostupné <http://www.smyslovaaktivizace.cz/file.php?nid=10683&oid=2842873>
21. Střediska Charity Zlín. Charita Zlín [on line]. 2013 [cit 2013-02-07].
Dostupné z: <http://www.charitazlin.cz/cds/>
22. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě 2012 [on line]. 2013 [cit. 2012-09-21]
Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba-ve-svete/svetova-zprava-o-alzheimerove-chorobe-2012/>
23. Testy a dotazníky. [on line] 2013 [cit. 2012-02-28]
Dostupné z: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/dotazniky.html>
24. Účinná látka z konopí může zpomalit Alzheimerovu nemoc [on line]. 2013 [cit. 2009-04-09]. Dostupné z: <http://blisty.cz/art/39570.html>
25. Vědci objevili pět nových genů spojených s hrozbou Alzheimerovy nemoci [on line]. 2013 [cit. 2011-03-04]
Dostupné z: <http://www.mediafax.cz/zahranici/3198962-Vedci-objevili-pet-novych-genu-spojenych-s-hrozbou-Alzheimerovy-nemoci>

Související internetové odkazy

www.alzheimer.cz

www.alzheimercentrum.cz

www.pamatovacek.cz/

www.ergoterapie.cz

www.tanter.cz/tpt/definice/

www.bazalni-stimulace.cz

www.muzikoterapie.net/index.php/lubomir-holzer

www.snoezelen.sk/sensa-shop/

www.smyslovaaktivizace.cz

www.mneme.cz

www.terapie.info

www.muzikoterapie.net

www.isna.de/en/

www.worldwidesnoezelen.nl/en/

www.rompa.com/

www.multisensoryenvironments.com/

www.snoezelen-online.de/

www.snoezelen-koncept.cz

www.maxim-zdr.cz/vybaveni-a-interiery-pro-smyslovou-terapii-snoezelen/

www.akropolis-uh.cz

www.sensa-shop.cz/lang-cs/vicezmyslove-prostred

www.snoezelen.sk/1-medzinarodna-konferencia/

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

Obr. č. 1: Cvičení ve skupince při hudbě (s. 40)

Obr. č. 2: Taneční odpoledne (s.41)

Obr. č. 3: Návštěva pejska (s.42)

Obr. č. 4: Stříháme, lepíme (s.43)

Obr. č. 5: Vybrané hudební nástroje (s.44)

Obr. č. 6: Vzpomínání nad kávou (s.47)

Tabulka č.1: Výsledky aktivit všech respondentů (s.79)

Graf č.1: Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v %) (s.14)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Test MMSE (s.95)

Příloha č.2 – Záznamový arch pozorování (s.98)

Příloha č.3 – Obrázky mozku zasaženého Alzheimerovou chorobou (s.99)

Obr. č.1: obrázky zdravého a postiženého mozku demenci

Obr. č.2: počítačová vizualizace mozku zasaženého Alzheimerovou chorobou

Příloha č. 4 – Fotodokumentace (zdroj:autorka) (s.100)
(uveřejněna se souhlasem dotčených osob)

Příloha č. 1

TEST MMSE

A. Orientace

(Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.)

► Který je teď rok?

► Které je nyní roční období?

(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnot'te jako správnou odpověď obě období.)

► Můžete mi říci dnešní datum?

► Který je den v týdnu?

► Který je teď měsíc?

(V prvním dnu měsíce hodnot'te jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)

► Ve kterém jsme státě?

► Ve kterém jsme okrese (krají)?

► Ve kterém jsme městě?

► Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)?

(Název nemusí být přesný a úplný.)

► Na kterém jsme poschodí?

B. Zapamatování

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a).

Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut.

Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy.

► lopata

► šátek

► váza

Prosím, opakujte tato slova.

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".

1.1 C. Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech.

Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

► 93

► 86

► 79

► 72

► 65

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

Hláskujte nazpět slovo POKRM.

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

1.2 D. Výbavnost

Ted', prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

1.3 E. Pojmenování předmětu

- ▶ Jak se to jmenuje?
(Ukažte náramkové hodinky).
- ▶ Co je to?
(Ukažte tužku).

1.4 F. Opakování

Opakujte po mně větu:

- ▶ "Žádná kdyby nebo ale."

(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).

1.5 G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

- ▶ Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).

1. stupeň: pravá ruka
2. stupeň: složení na polovinu
3. stupeň: položení na podlahu

1.6 H. Čtení a vyhovění příkazu

1.7 Ukažte nemocnému kartu s nápisem: "Zavřete oči".

- ▶ Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).

1.8 I. Psaní

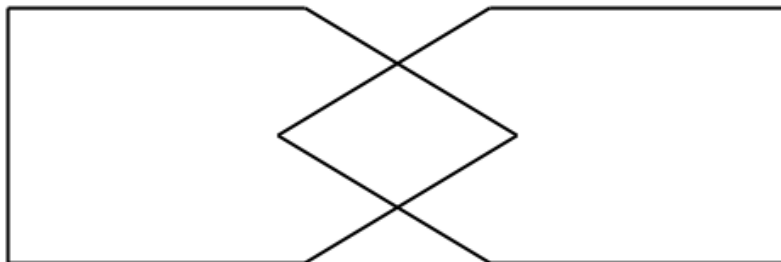
Dejte nemocnému tužku a papír.

- ▶ Napište jakoukoli větu.

(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).

1.9 J. Opisování

► Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty.



(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)

2 Hodnocení

30-27 bodů (Normální stav)

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakujte MMSE!

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

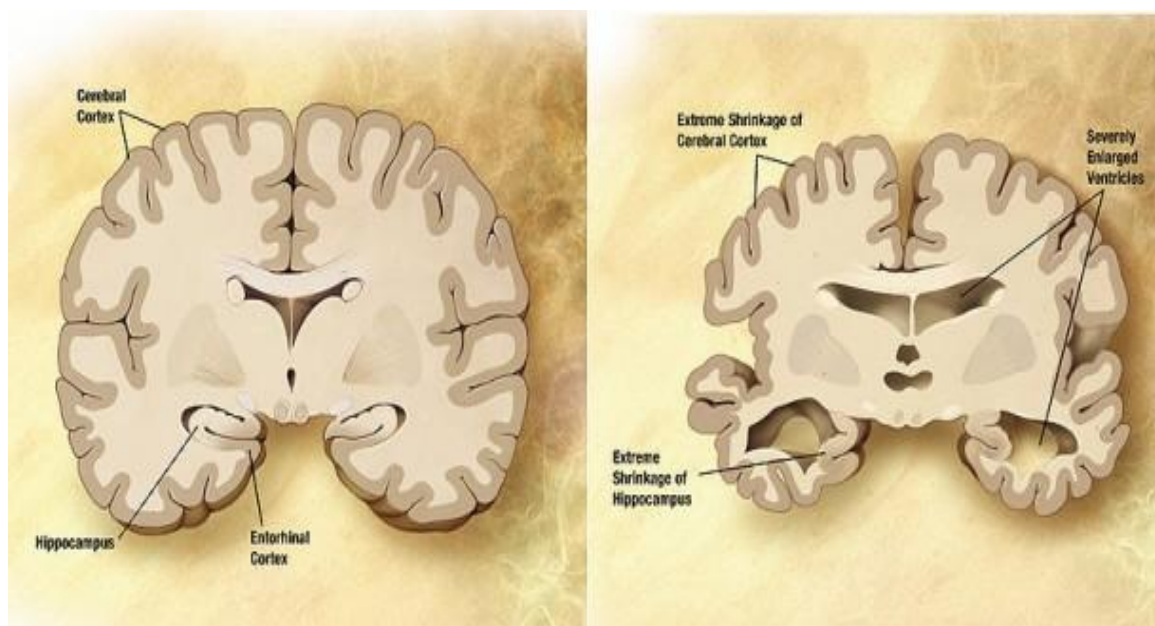
Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

Záznamový arch pozorování

Zdroj: vlastní, 2013

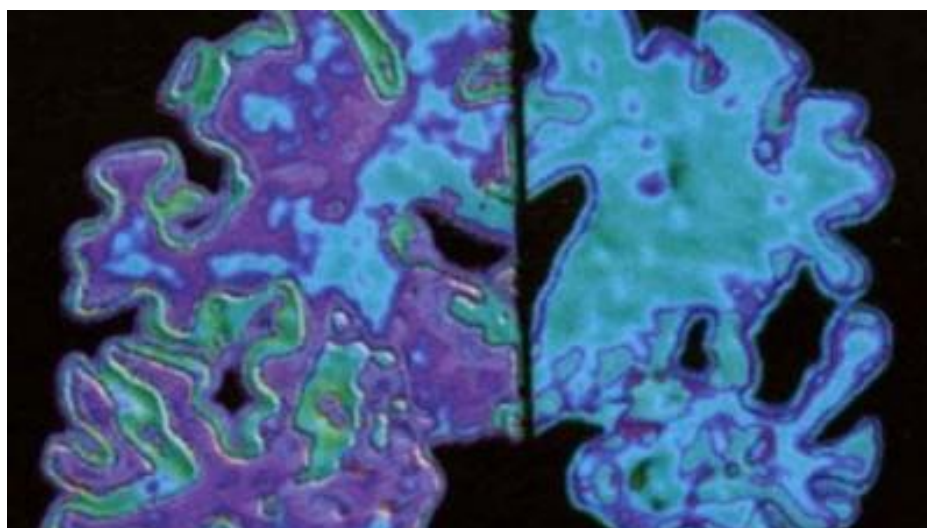
Příloha č.3

Obrázky mozku zasaženého Alzheimerovou chorobou



Obr.č.1: Vlevo je obrázek mozku zdravého člověka, napravo mozek člověka s Alzheimerovou chorobou

Zdroj: Wikipedia.cz, 2013



Obr.č.2: Počítačová vizualizace mozku zasaženého Alzheimerovou chorobou.

Zdroj: phys.uni.torun.pl, 2013

Příloha č.4 – Fotodokumentace



Foto č.1 – Interaktivní místnost, 2013

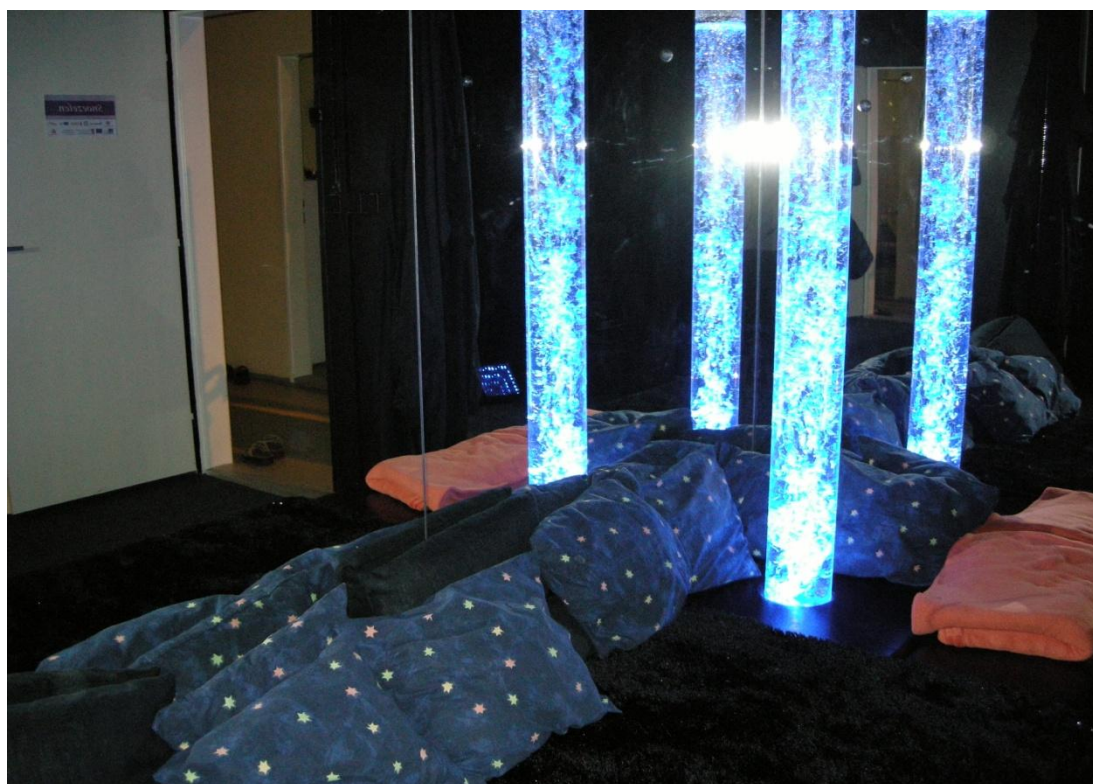


Foto č.2 – Tmavá místnost, 2013



Foto č.3 – Bílá místnost, 2013



Foto č.4 – Tibetské misky, 2013



Foto č.5. – Iluze vánku, 2013



Foto č.6. – Svítící optické kabely, 2013



Foto č.7. – Tibetskéisky, 2013



Foto č.8. – Tibetskéisky, svítící koule s výboji, 2013



Foto č.9. – Bubnování na djembé, 2013



Foto č.10. – Kartáčování, 2013



Foto č.11. – Práce s bublifukem, 2013



Foto č.12. – Masáž balonky, 2013

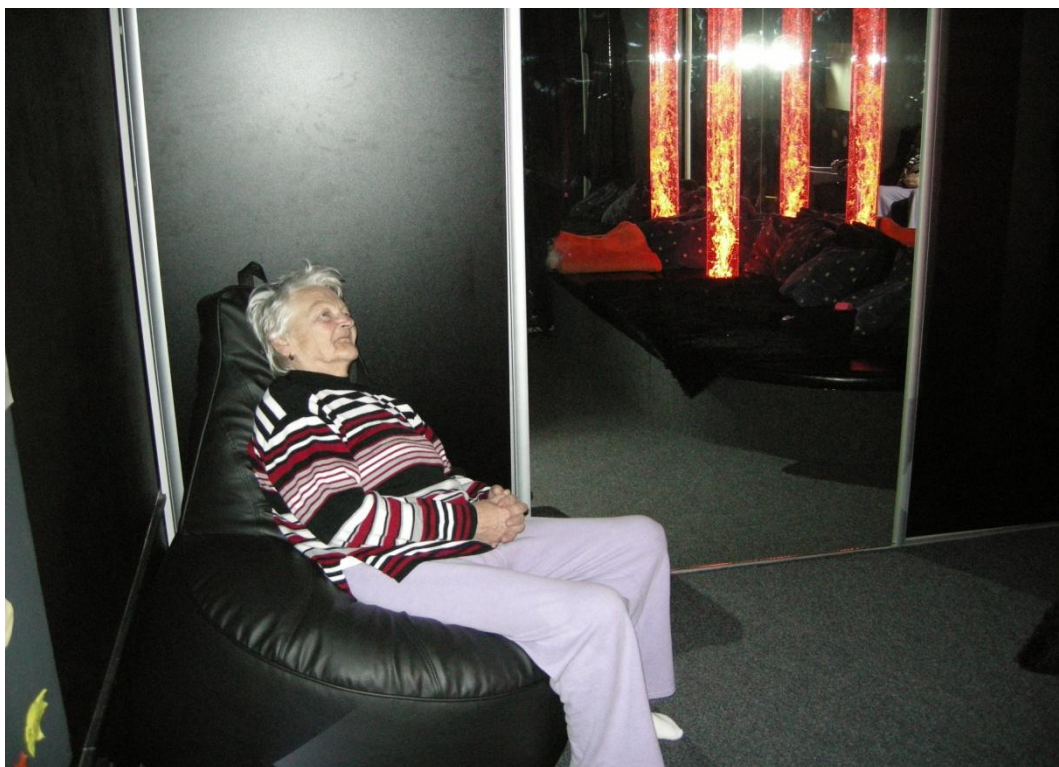


Foto č. 13. – Odpočinek v tmavé místnosti, 2013



Foto č. 14. – Vodní vibrační válce, 2013

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Renáta Dorazilová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Aktivizační programy pro seniory s demencí a jejich vliv na zvýšení kvality života
Název v angličtině:	Activation programs for seniors with dementia and their influence on the quality of life
Anotace práce:	Tato diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá problematikou stárnutí, stáří a demencí seniorů, především Alzheimerova typu, popisují zde její projevy, diagnostiku, příčiny, stadia, výzkum, možnosti léčení a zmiňují zařízení, která svými službami pomáhají takto postiženým. Jádrem teoretické části je popis aktivizačních technik pro osoby postižené demencí. Jednou z nových metod, která se v poslední době začíná prosazovat, je Snoezelen – multismyslová funkční terapie, která je realizována v příjemném a upraveném prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní a hudby, s cílem vyvolat určité smyslové podněty. Této metodě jsem věnovala svoji praktickou část a to formou výzkumu v samotném prostředí. Výsledky výzkumu byly analyzovány dle výsledků výzkumu a následně vyhodnoceny. V závěru svého zkoumání se zamýšlím nad výsledky svého bádání.
Klíčová slova:	Senior, demence, aktivizace, vnímání, komunikace, kvalita života.

Anotace v angličtině:	This thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part deals with aging , old age and dementia elderly, especially Alzheimer's type, I describe its symptoms , diagnosis , causes , stages , research, treatment options , and mention device which provides services to help those affected . The core of the theoretical part describes activation techniques for people with dementia. One of the new methods that have recently been gaining ground , the Snoezelen - multisensory functional therapy, which is implemented in a pleasant landscaped environment with lighting and sound elements , aromas and music to evoke certain sensory stimuli. This method I gave her a practical part in the form of research in the medium itself . The results were analyzed according to the results of research and subsequently evaluated. At the end of my investigation I consider the results of his research.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, dementia, activation, perception, communication, quality of life.
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	106 stran
Jazyk práce:	Český