

# **Aktivizace osob s demencí v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě**

Bc. Alena Řezáčová

---

Diplomová práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Řezáčová**  
Osobní číslo: **H14752**  
Studijní program: **N7501 Pedagogika**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Aktivizace osob s demencí v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice osob s demencí a jejich aktivizace.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, London, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.**

**JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.**

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

**VÁGNEROVÁ, Marie a Marie VÁGNEROVÁ. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.**

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

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**20. listopadu 2015**

Termín odevzdání diplomové práce:

**15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 20. listopadu 2015

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



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 4.4.2016

  
.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá aktivizací osob s demencí ve vybraném zařízení. Zaměřuje se na demenci jako na závažné neurokognitivní onemocnění a popisuje její příčiny, příznaky a typy. Věnuje se také aktivizaci, jejímu významu při rehabilitaci osob s demencí a druhy aktivizačních metod, které jsou při tomto onemocnění aplikovány. V neposlední řadě se zabývá samotným vybraným zařízením - Domovem se zvláštním režimem Znojmo, kde pečují o osoby s demencí a byl zde realizován kvalitativní výzkum. Cílem této diplomové práce je zjistit, jak proces aktivizace vnímají poskytující aktivizační pracovníci a sami klienti, kterým je určena a také jaký je její celkový přínos pro osoby s demencí.

Klíčová slova: demence, osoba s demencí, aktivizace osob s demencí, aktivizační metoda, domov se zvláštním režimem

## **ABSTRACT**

The thesis deals with the activation of people with dementia in the selected facility. It focuses on dementia as a serious neurocognitive disorder and describes its causes, symptoms and types. It also focuses on activation and its importance in the rehabilitation of people with dementia and further focuses on the types of stimulation methods that are applied in this disorder. Last but not least the thesis concentrates on the selected facility – Special regime home in Znojmo, where people with dementia are cared and where the qualitative research was done. The aim of this thesis is to find out how the activation process is perceived by both groups of staff and clients and more over it aims at the total contribution to people with dementia.

Keywords: dementia, person with dementia, activation of people with dementia, activation method, special regime home

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, Ph. D. za ochotu a cenné rady, které mi poskytovala po dobu zpracovávání práce.

Poděkování také patří Domovu se zvláštním režimem ve Znojmě za umožnění výzkumu a především aktivizačním pracovnícím a klientkám, které se mnou spolupracovaly.

Děkuji také své rodině a příteli za jejich podporu a povzbuzení.

*„Jsme tím, co si pamatujeme. Bez paměti mizíme, přestáváme existovat, naše minulost je vymazána a přece věnujeme paměti jen málo pozornosti, kromě případů kdy nás opustí. Děláme strašně málo k jejímu procvičení, živení, posilování a ochraně.“*

*Mark Twain*

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 DEMENCE</b> .....	<b>13</b>
1.1 PŘÍČINY VZNIKU DEMENCE.....	14
1.2 PŘÍZNAKY DEMENCE .....	15
1.3 VÝSKYT DEMENCE .....	16
1.4 STÁDIA DEMENCE.....	18
1.5 ZPŮSOBY LÉČBY .....	19
<b>2 TYPY DEMENCE</b> .....	<b>22</b>
2.1 DEMENCE ATROFICKO-DEGENERATIVNÍHO PŮVODU .....	23
2.1.1 Alzheimerova choroba .....	23
2.1.2 Demence při Parkinsonově chorobě.....	24
2.1.3 Demence s Lewyho tělísky .....	25
2.1.4 Demence u Huntingtonovy choroby .....	25
2.2 DEMENCE ISCHEMICKO-VASKULÁRNÍ ETIOLOGIE .....	26
2.2.1 Multiinfarktová demence .....	27
2.3 OSTATNÍ SEKUNDÁRNÍ DEMENCE .....	27
<b>3 AKTIVIZACE OSOB S DEMENCÍ</b> .....	<b>29</b>
3.1 PŘÍSTUP K OSOBÁM S DEMENCÍ.....	30
3.2 VÝZNAM AKTIVIZACE U OSOB S DEMENCÍ .....	32
3.3 DRUHY AKTIVIZACE .....	33
3.3.1 Ergoterapie osob s demencí .....	33
3.3.2 Kognitivní rehabilitace osob s demencí .....	34
3.3.3 Reminiscenční terapie osob s demencí .....	36
3.3.4 Kinezioterapie, pohybové a taneční terapie osob s demencí.....	37
3.3.5 Muzikoterapie osob s demencí.....	38
3.3.6 Arteterapie osob s demencí .....	39
3.3.7 Pet-terapie osob s demencí.....	40
3.3.8 Terapeutické panenky u osob s demencí.....	41
<b>4 DOMOV SE ZVLÁŠTÍM REŽIMEM VE ZNOJMĚ</b> .....	<b>43</b>
4.1 CÍLE ZAŘÍZENÍ .....	45
4.2 ZÁSADY ZAŘÍZENÍ .....	45
4.3 POSKYTOVANÉ SLUŽBY .....	46
4.4 AKTIVIZACE V DANÉM ZAŘÍZENÍ .....	47
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>49</b>
<b>5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM</b> .....	<b>50</b>
5.1 KONCEPTUÁLNÍ RÁMEC .....	50
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	51
5.3 POJETÍ VÝZKUMU .....	51
<b>6 VÝZKUMNÝ SOUBOR</b> .....	<b>52</b>
<b>7 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ</b> .....	<b>54</b>



7.1	ROZHOVORY S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNICEMI.....	54
7.2	ROZHOVORY S KLIENTY S DEMENCÍ .....	55
<b>8</b>	<b>ZPRACOVÁNÍ DAT .....</b>	<b>56</b>
<b>9</b>	<b>FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA ROZHOVORŮ S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNICEMI .....</b>	<b>58</b>
9.1	AKTIVIZAČNÍ PRACOVNICE Č. 1 .....	58
9.2	AKTIVIZAČNÍ PRACOVNICE Č. 2 .....	62
9.3	AKTIVIZAČNÍ PRACOVNICE Č. 3 .....	65
9.4	SPOLEČNÉ ZNAKY .....	69
<b>10</b>	<b>FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA ROZHOVORŮ S KLIENTY S DEMENCÍ .....</b>	<b>71</b>
10.1	KLIENTKA Č. 1 .....	71
10.2	KLIENTKA Č. 2 .....	73
10.3	KLIENTKA Č. 3 .....	75
10.4	SPOLEČNÉ ZNAKY .....	77
<b>11</b>	<b>INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>79</b>
<b>12</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>91</b>

## ÚVOD

Bylo by chybou domnívat se, že demence je pouze poruchou paměti. Demence představuje závažné duševní onemocnění, které výrazně snižuje kvalitu života takto znevýhodněným lidem.

V dnešní době patří demence k nejčastěji se vyskytujícím poruchám ve stáří, ale stále jí veřejnost a mnohdy i lékaři nevěnují dostatečnou pozornost a bývá tedy často přehlížena či mylně diagnostikována.

Mnoho lidí si myslí, že ve stáří je „normální“ zapomínat, ale není to pravdou, jelikož v mnoha případech se může skutečně jednat o první příznaky demence a je proto velice důležité je nezanedbat. Jakmile jedince začne zapomínání omezovat při každodenních aktivitách, je nezbytné vyhledat lékaře.

Společnost používá výraz „dementní“ jako urážlivé slovo a neuvědomuje si, jak závažné toto onemocnění je a jaké překážky takto postiženým jedincům klade. Toto považujeme za důsledek malé informovanosti veřejnosti o těchto poruchách.

Demence znesnadňuje komunikaci a celkové fungování jedince ve společnosti. Omezuje člověka téměř ve všech sférách lidského života. Také narušuje kognitivní funkce, které jsou nezbytné pro plnohodnotný život. Vzhledem k tomu, že se kvalita života neustále zvyšuje, zvyšuje se i věk, kterého se lidé dožívají. V naší společnosti tak roste zastoupení seniorů v populaci a s tím se zvyšuje i riziko rozvoje demencí. Jedním z mýtů je, že demence ke stáří patří. Ale není to pravda, normální je fyzické i duševní zdraví ve stáří, demence je vždy důsledkem onemocnění.

Tato diplomová práce by se chtěla podílet na větší informovanosti o těchto poruchách a tím přispět k lepšímu vnímání osob, které jsou demencí zasaženi.

Pozitivní je, že v současné době již existují specializovaná zařízení, která jsou určena výhradně osobám s demencí či s jiným degenerativním onemocněním mozku. Jedná se o Alzheimercentra a o domovy se zvláštním režimem, ve kterých je osobám s demencí poskytována správná a potřebná péče. Jednou z nezbytně nutných složek péče o osoby s demencí v těchto zařízeních je aktivizace. Právě aktivizace nabízí velice pestrou škálu činností, které umožňují osobám s demencí zapojit se do společenského života a zlepšit psychické i fyzické funkce.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jak je proces aktivizace vnímán klienty s demencí a také samotnými aktivizačními pracovníky vybraného Domova se zvláštním režimem ve Znojmě, který spadá pod Centrum sociálních služeb Znojmo. Také si klademe za cíl zjistit, jaký má v tomto zařízení aktivizace pro osoby s demencí přínos a jak při ní osoby s demencí dokáží spolupracovat.

Získané poznatky mohou sloužit jako reflexe pro samotné zařízení, které je může využít pro zkvalitnění a rozšíření svých aktivizačních služeb, ale také jako rozšíření poznatků o aktivizačních činnostech při práci s osobami s demencí a podílet se na větší informovanosti o těchto onemocněních. Tato diplomová práce může také sloužit studentům oboru Sociální pedagogika, jelikož práce s osobami s demencí může být jednou z oblastí jejich budoucího uplatnění.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DEMENCE

Demence je závažné duševní onemocnění, které vzniká v důsledku onemocnění mozku a ve většině případů je chronického charakteru.

Základní definici demence uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (2000, str. 59): „Demence je syndrom způsobený chorobou mozku většinou chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází ke zhoršení rozličných vyšších kortikálních funkcí.“

Jako první použil termín demence Aurelius Corlenilus Celsus v knize „De medicina“ již v prvním století našeho letopočtu. Výraz demence pochází z latiny. Je složen ze slova „mens“ neboli mysl a předpony „de“, která znamená „od“ (Kučerová, 2009, str. 9). Můžeme tedy říci, že termín demence označuje odchylku od mozku nebo od rozumu.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Americká psychiatrická společnost, 2013, str. 591) řadí demenci do takzvaných neurokognitivních poruch. Patří sem také například delirium, amnestické poruchy a další poruchy kognitivních funkcí.

Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 146) uvádí, že demence je vážné onemocnění, které ovšem vzniká až po ukončení vývoje kognitivních funkcí.

Kognitivní funkce, z nichž pro demenci je nejvýznamnější funkcí paměť, se vyvíjejí do druhého roku života jedince. Pokud není vývoj kognitivních funkcí dokončen, nejedná se o onemocnění demencí, ale o mentální retardaci dítěte a velice důležité je tuto skutečnost rozlišovat. Nejedná se tedy o vrozenou, nýbrž o získanou poruchu kognitivních funkcí.

U demence nedochází pouze k postižení poznávacích funkcí, ale důležitá jsou i další omezení, která popisují Jiráček, Holmerová a Borzová (et al., 2009, str. 11). Jedná se o omezení aktivit každodenního života, o poruchy emocí a chování či spánku. Především omezení aktivit každodenního života je pro osoby s demencí velmi nepříjemnou skutečností, protože si v raných stádiích nemoci svůj deficit uvědomují, stydí se za něj, a proto se často stahují ze společnosti.

Právě tato omezení, která jsou nedílnou součástí demence, způsobují nesoběstačnost jedinců, kteří jsou demencí zasaženi. I jednoduché každodenní činnosti se pro takto postižené jedince stávají nepřekonatelnými a začínají si tak uvědomovat úbytek svých kompetencí a dovedností. Proto je toto onemocnění také velmi emocionálně náročné.

Dle Vágnerové (2014, str. 249) je velmi důležitým faktem to, že demence je porucha, která má chronický charakter. Nemůže se tedy zásadním způsobem zlepšit či upravit. Na tuto

skutečnost navazuje Kučerová (2009, str. 9), která zdůrazňuje, že průběh této poruchy je často ovlivňován vnějšími vlivy a událostmi. Může se jednat jak o záležitosti tělesného (například jakékoliv banální onemocnění), tak psychického charakteru. Jakákoliv nepříjemná situace v rodině či v zaměstnání tedy může významně přispět ke zhoršení demence.

## 1.1 Příčiny vzniku demence

Demence má mnoho příčin a rizikových faktorů, které se mnohdy u různých osob významně liší. Důležité je však říci, že demence vzniká na základě poškození centrální nervové soustavy.

Vágnerová (2014, str. 250) uvádí, že ke vzniku demence mohou přispět genetické dispozice, například se může jednat o poškození funkce určitých genů. Je také důležité říci, že v rodinách, ve kterých se demence již vyskytla, je riziko onemocnění dalších členů rodiny výrazně vyšší.

V jiných případech může mít demence biologický základ. Znamená to, že může vzniknout za pomoci různých metabolických či degenerativních změn. Rizikovými faktory mohou být například hypertenze, cévní mozková onemocnění, cukrovka, deprese nebo také různá infekční či onkologická onemocnění, v jejichž důsledku může demence propuknout.

Důležitým faktorem je také nedostatek živin jak v dětství, tak v dospělosti, jelikož může urychlit vznik a průběh onemocnění a zvýšit náchylnost jedince. Řadíme sem také špatnou funkci jater či žlučníku, poruchy žláz s vnitřní sekrecí či sklon k některým dalším poruchám. (Alzheimercentrum, 2014)

Některé zdroje také udávají jako rizikový faktor pro vznik demence stres. Ovšem Cayton, Graham a Warner (2002, str. 5) zmiňují, že neexistují žádné důkazy o tom, že by stres či smutek souvisely se vznikem demence. Faktem ale je, že významná míra stresu může způsobovat zmatenost či zapomnětlivost, což může být mylně diagnostikováno jako počáteční stádium demence.

Za rizikové faktory vzniku demence jsou považovány také věk a pohlaví. Je dokázáno, že u žen je větší výskyt onemocnění demencí než u mužů. Kučerová (2009, str. 10) však uvádí, že zatím nejsou známy důvody tohoto jevu.

Významným rizikovým faktorem pro vznik demence je také kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Na druhou stranu se spekuluje o tom, zda malé množství alkoholu naopak není jakousi prevencí demence. Jelikož je dokázáno, že alkohol roztahuje cévy. Může

se tak například předcházet demencím ischemicko-vaskulárního typu. (Alzheimercentrum, 2014)

Důležité je říci, že některé ze zmíněných rizikových faktorů bohužel ovlivnit nelze. Ale jsou i takové (například zmíněný nedostatek živin či kouření), které jedinec dokáže významně snížit či odstranit a naopak se může snažit posilovat faktory ochranné.

## 1.2 Příznaky demence

Pro demenci je typické velké množství příznaků, které ji doprovází.

Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 147) rozdělují příznaky demence do tří základních kategorií:

- poruchy poznávacích funkcí,
- behaviorální a psychologické příznaky,
- poruchy aktivit každodenního života.

Lužný (2012, str. 37) udává, že primárním příznakem, který určuje **porušené poznávací funkce**, je zapomnětlivost. Vágnerová (2014, str. 250) dodává, že v prvních stádiích nemoci nejprve dochází k poškození krátkodobé či střednědobé paměti. Postižený tedy nejprve ztrácí schopnost pamatovat si nové skutečnosti a učit se novým věcem. Postupně u těžkých forem demence ovšem dochází i k problémům při vybavování si starších vědomostí a skutečností či vzpomínek. Smolík (2002, str. 69) ovšem zdůrazňuje, že většina jedinců s demencí si není schopna vybavit uplynulých pár minut, ale dokážou naprosto bezchybně popsat jejich dětství a minulost. Je tedy zřejmé, že krátkodobá paměť je narušena nejvíce.

Velice zajímavou informací je fakt, že v počátečních stádiích demence se jedinci snaží nedat zhoršení paměti najevo. Velmi často tedy používají různé konfabulace, nesprávné a vymyšlené údaje, které často nedávají žádný smysl. (Vágnerová, 2014, str. 251)

Dalšími poruchami kognitivních funkcí, které se u demence vyskytují, jsou dle Kučerové (2009, str. 10) poruchy úsudku a poruchy logického myšlení. Velmi významnou poruchou, která je spojena s pamětí, je právě porucha učení se novým věcem. Smolík (2002, str. 69) dále přidává také značné zhoršení abstraktního myšlení.

Diagnostický a statický manuál duševních poruch (Americká psychiatrická společnost, 2013, str. 593) zdůrazňuje také poruchy pozornosti a soustředění. Jedincům s demencí trvá déle dokončení různých činností a také se snadno rozptýlí.

Dle Vágnerové (2014, str. 253) dochází při onemocnění demencí k výraznému narušení exekutivních funkcí. Jedinci tedy nejsou schopni sami se rozhodovat, plánovat a organizovat činnosti. Pro tyto jedince je velmi složité zvládat různé životní situace. V těžších stádiích demence nejsou schopni se rozhodnout i u banálních věcí, jako je například volba oblečení.

Za další významné příznaky demence považuje Lužný (2012, str. 37) **behaviorální a psychologické příznaky**. Řadí sem poruchy emotivity, poruchy chování či spánku.

Právě poruchy emotivity jsou u demencí velmi časté. Jiráček, Holmerová a Borzová (2009, str. 5) udávají, že poruchy emotivity jsou většinou přechodného charakteru a často kolísají. Jedinec, který trpí demencí, může mít velmi časté výkyvy nálad. To potvrzuje Vágnerová (2014, str. 253), která uvádí, že se jedná především o stavy neadekvátní euforie, které se střídají s lítostí, depresí a úzkostí. Je tedy zřejmé, že jedinec je emočně labilní, nestálý a neklidný. V pozdějších stádiích demence může dojít až k úplné citové oploštělosti a plné ztrátě motivace a zájmů.

S poruchami emotivity úzce souvisí také poruchy chování, které bývají většinou nepřiměřené nastalé situaci. Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 146) uvádí, že právě poruchy chování bývají jedním z nejnápadnějších příznaků demence. Jiráček, Holmerová a Borzová (2009, str. 23) tento fakt potvrzují a dodávají, že jsou také jedním z nejobtížnějších příznaků demence, jak pro postiženého, tak i pro jeho okolí. Často se jedná o neklidné chování spojené s výraznou agresivitou, jindy se jedná pouze o klidné jednání, které ovšem nedává smysl.

Kučerová (2009, str. 10) také uvádí, že u demencí se velmi často vyskytují různé přidružené psychotické příznaky. Mohou se vyskytovat poruchy vnímání či bludy.

Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 146) zdůrazňují, že všechny tyto příznaky značně interferují s **problémy v každodenních aktivitách jedince**. Osoby, které trpí demencí, mají tedy značné problémy v běžných aktivitách jako například provádění hygieny, stravování se či oblékání.

### 1.3 Výskyt demence

Onemocnění demencí je v dnešní době globálním problémem. Lidstvo stárne a prodlužuje se střední délka života. Pidrman (2007, str. 14) udává, že mezi lety 1980 až 2000 se zvýšil počet seniorů o celých 60 %.



Stárnutí s sebou nese jak zdravotní, tak i sociální či ekonomické problémy. Jedním ze závažných zdravotních problémů je právě demence, která bývá často označována jako „nemoc stáří“. Jirák, Holmerová, Borzová (et al., 2009, str. 21) uvádějí, že demence se v poslední době stává jedním z nejčastějších onemocnění ve stáří. Dokonce již převyšuje i výskyt cukrovky či cévních mozkových příhod.

„Zvyšující se střední délka života v posledních letech má za následek prudký nárůst počtu pacientů s demencí a tento vzrůstající trend zřejmě v dohledné budoucnosti neskončí. Demence se v západním světě již stala jednou z pěti hlavních příčin smrti, a proto se o ní někdy mluví jako o nemoci století.“ (Buijssen, 2006, str. 17)

V České republice se tedy počet pacientů s demencí neustále zvyšuje. Hort a Bojar (2004 podle Kučerová, 2009, str. 10) udávají, že je zde okolo 100 000 osob, které jsou zasaženy touto chorobou. Jirák (et al., 2013, str. 71) udává počet ještě o 50 000 vyšší. Můžeme tedy říci, že se jedná přibližně o 1 % naší populace.

V populaci osob, které jsou starší 65 let, trpí demencí asi 5 % všech jedinců (Kučerová, 2009, str. 10). Jirák (et al., 2013, str. 71) ovšem udává, že v populaci osob starších 65 let je počet případů s demencí odhadován na 2 – 2,5 %. Tento rozdíl si můžeme vysvětlovat tak, že často v některých údajích nejsou započítány počínající a lehké formy demence.

U osob starších 75 let se již počet jedinců trpících demencí zvyšuje na 10 %, u osmdesátiletých osob se dostáváme na hranici 20 %. U osob nad devadesát let nalezneme téměř 50 % osob trpících demencí. (Pidrman, 2007, str. 15)

Co se týče výskytu dle typů demence, nejčastěji se vyskytuje Alzheimerova nemoc, která představuje až 50 % všech demencí v seniorském věku. Hort a Rusina (et al., 2007, str. 157) upřesňují, že v současné době na celém světě trpí Alzheimerovou chorobou 17 – 25 milionů lidí. V České republice se v současné době počet osob trpících Alzheimerovou chorobou odhaduje na 70 – 90 000.

Další velmi časté typy demence jsou vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky či demence spjaté s jinými onemocněními či poruchami hybnosti (např. demence při Parkinsonově nemoci).

S problematikou zvyšujícího se výskytu demence v populaci významně rostou také náklady na její léčbu. Pidrman (2007, str. 15) odhaduje, že na jednoho pacienta, který trpí demencí v zemích západní Evropy, se vydá okolo 15 000 – 25 000 Eur za rok. Největší po-

ložkou je přitom především ošetrovatelská či sociální péče. Ekonomická náročnost je samozřejmě dána i stádiem demence, kdy náklady rostou s progresí této nemoci.

#### 1.4 Stádia demence

V dnešní době se diagnóza demence stále podceňuje. Velmi často lékaři hodnotí počínající příznaky demence jako běžné příznaky stáří a nevěnují této chorobě více pozornosti. Proto je demence často diagnostikována až v těžších stádiích nemoci.

Jedním z důvodů může být také fakt, že v **první fázi – mírném stádiu demence** není obvykle snadné demenci rozpoznat, jelikož příznaky nejsou zatím příliš výrazné a ani omezující. Jak zmiňuje Smolík (2002, str. 65), v mírném stádiu je již značný pokles paměti, který může být na překážku každodenním činnostem. Důležitý je ovšem fakt, že tento pokles stále neznemožňuje soběstačnost jedince.

V mírném stádiu začínají mít jedinci problémy s učením se nových věcí, obtíže s vybavováním si základních součástí života, zapomínají na různé informace. Glenner (et al., 2012, str. 16) uvádí, že nejtypičtějšími příznaky mírného stádia demence jsou „zhoršení krátkodobé paměti a mírné zhoršení řečových schopností (afázie), zmatenost, snížený rozsah pozornosti, narušená schopnost racionálního uvažování a úsudku, úzkost, deprese a uzavřenost, zjevné potíže při obsluze přístrojů a pomůcek.“

V prvním stádiu nemoci si většina jedinců příznaků nevšimá a snaží se je ignorovat či je přisuzovat věku nebo aktuální situaci.

Co se týče **druhé fáze – středně těžké demence**, jsou zde podobné příznaky jako u fáze první, ovšem značně výraznější. Dle Lužného (2012, str. 38) v tomto stádiu již pokles paměti výrazně ovlivňuje soběstačnost jedince a dochází k velmi výrazným poruchám krátkodobé paměti. Jedinci ve druhé fázi demence nejsou schopni fungovat bez pomoci druhých osob, nedokáží si sami nakoupit či manipulovat s penězi.

Glenner (et al., 2012, str. 16) zmiňuje další příznaky, které jsou typické pro středně těžké stádium, jako například neklid, dezorientace i na známých místech, problémy s motorikou, ztuhlost těla či problémy s kontinencí.

**Poslední fázi je těžká demence**, kdy pokles paměti dosahuje kritického stupně. Jedinec si není schopen zapamatovat nové věci, ovšem ani si nedokáže vybavit informace, které jsou v paměti uloženy již dlouhou dobu. Jedinec si často není schopný vybavit ani jména svých nejbližších či předmětů, které jsou používány v každodenním životě. (Lužný, 2012, str. 38)

Dle Glennera (et al., 2012, str. 16) k příznakům třetí fáze patří i bludy, halucinace a úplná neschopnost reagovat na jakékoliv podněty z okolí. Nemocný si neuvědomuje okolní dění, zcela selhává jeho úsudek, myšlení i zpracovávání informací.

V poslední fázi je více než nutný nepřetržitý dohled nad nemocným, neustálá asistence při každodenních situacích a kontrola.

## 1.5 Způsoby léčby

Na začátek této kapitoly je nutné říci, že demenci se dá určitými způsoby předcházet pomocí zodpovědného chování a **preventivních opatření**.

Základním opatřením, které by měl dodržovat každý člověk, jsou pravidelné návštěvy lékaře a dodržování preventivních prohlídek, které mohou mnohé problémy zavčas odhalit.

Jak uvádí Kučerová (2006, str. 97), nejlepší prevencí je dodržování zdravého životního stylu. Zdravý životní styl představuje především dostatek spánku, tekutin, dostatek zdravého pohybu a pobytu v přírodě, ale také sem můžeme zařadit snahu vyhýbat se stresovým a zátěžovým situacím.

Důležitou roli v prevenci hraje i správné stravování a přísun živin a vitamínů z potravy, především vitamínů B, C, D a E.

Kučerová (2006, str. 97) dále vyzdvihuje skutečnost, že důležitým preventivním faktorem je léčba somatických chorob, které nás v průběhu života potkávají, ať už se jedná o nemoci dýchacích cest či poruchy imunity, diabetes a další.

V rámci prevence jsou také důležité sociální vazby člověka. Lidé, kteří se pohybují ve společnosti a navazují dostatek sociálních vztahů, mají větší prostor pro uspokojování svých potřeb a zájmů a jsou psychicky vyrovnanější a odolnější.

Jelikož stále nejsou známy přesné příčiny vzniku demence, není zaručeno, že se člověku demence vyhne i přes dodržování preventivních opatření a zdravého životního stylu.

Dalším krokem je tedy **léčba a terapie demence**.

Pro co nejúspěšnější léčbu je nutná především včasná diagnostika. Právě toto je ovšem velký problém, jelikož v počátečních stádiích demence člověka příliš neomezuje a proto je těžké ji rozpoznat. Často si nemocný také nechce přiznat, že trpí poruchou paměti a lékaře nenavštíví.

Dalším problémem, který znesnadňuje léčbu demence, je její přehlížení samotnými lékaři. Stává se velmi často, že lékaři či jiný zdravotnický personál považují zhoršení paměti a další kognitivní poruchy za běžný příznak stáří a demenci nediodagnostikují. Přitom Jiráček, Holmerová, Borzová (et al., 2009, str. 88) uvádějí, že v současné době jsou některé druhy demence léčitelné a vyléčitelné bez následků. Většina demencí sice léčitelná není, ale i tak je možné s pomocí vhodné léčby zpomalit průběh demence a zlepšit kvalitu života takto postiženým jedincům.

Léčbu demence lze rozdělit na biologickou (především farmakoterapie) a nebiologickou. Pro úspěšné zlepšení je nutné oba přístupy léčby kombinovat.

### **Biologická léčba**

Biologickou léčbou demence myslíme především farmakologickou léčbu. Ta z velké části závisí na příčině demence.

Farmakologická léčba je dle Vágnerové (2014, str. 270) zaměřena především na redukování dílčích potíží a příznaků. S touto informací souhlasí i Smolík (2002, str. 73), který upřesňuje, že farmakologická léčba může například zlepšovat depresivní stavy, snižovat nespavost či úzkost nemocného a pomáhá zmírňovat i poruchy chování. Je tedy zřejmé, že farmakologická léčba ulehčuje osobám s demencí život.

Mezi základní farmakologickou léčbu poruch kognitivních funkcí patří inhibitory acetylcholinesteráz. Glenner (et al., 2012, et al., str. 25) uvádí, že využívání těchto inhibitorů je v současné době nejlepším způsobem léčby demence. Tento lék je velmi důležitý především při léčbě Alzheimerovy choroby či u demence s Lewyho tělísky. Právě acetylcholin má stěžejní význam pro paměť a jeho tvorba je při demenci významně omezena, je tedy velmi důležité jej do těla dodávat pomocí léků. (Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, str. 88)

Další látkou, která bývá užívána k léčbě demence, je memantin. Ten především chrání nervové buňky před škodlivými látkami. Jiráček, Holmerová, Borzová (2009, et al., str. 89) uvádí také látky likvidující volné kyslíkové radikály. U zdravého člověka je jejich vznik a zánik v těle v rovnováze, ovšem při demenci jsou volné kyslíkové radikály v nadbytečném množství a lidský organismus je tak nestačí odbourávat.

Mezi biologickou léčbu řadíme také farmakologickou léčbu nekognitivní. Jedná se především o snahu ovlivnit poruchy chování, nespavost a psychotické stavy osob s demencí.

Smolík (2002, str. 73) sem řadí benzodiazepiny, které se užívají především ke zmírňování úzkostí a neuroleptika, která se používají ke zlepšování psychotických projevů.

Mezi nejznámější nekognitivní farmakologickou léčbu patří antidepresiva, která se rovněž užívají u demence, jelikož jedním z příznaků mohou být také deprese.

### **Psychoterapeutická léčba**

Psychoterapeutická léčba je také nezbytnou součástí léčby a rehabilitace u osob s demencí. Cílem psychoterapeutické léčby je především zlepšení psychického stavu nemocného a jeho podpora. Velmi důležitá je pro pacienta s demencí také informovanost o jeho chorobě.

V rámci psychoterapeutické léčby uvádí Pidrman (2007, str. 94) i smysluplné vyplnění volného času, dodržování zdravého životního stylu a zdravého stravování. Důležitá je také přiměřená fyzická a psychická aktivita jedince s demencí.

Mezi psychoterapeutickou léčbu demence řadíme kognitivní trénink, který je obzvlášť u neurokognitivních onemocnění důležitou složkou terapie. Velice zajímavá a moderní je také reminiscenční terapie, která pracuje se vzpomínkami a jejím cílem je tak posílení jedincovi identity a paměti. Dále sem můžeme zařadit veškeré aktivizační činnosti, například muzikoterapii, ergoterapii, canisterapii či kinezioterapii.

Všemi těmito aktivizačními technikami se budeme zabývat v kapitole č. 3 - Aktivizace, kde je podrobně popíšeme a uvedeme jejich možné působení na osoby s demencí.

## 2 TYPY DEMENCE

Když se řekne „demence“, většinou si každý vybaví Alzheimerovu chorobu. Je pravdou, že tato choroba je nejčastěji zastoupeným typem demence v lidské populaci, Pidrman (2007, str. 31) například uvádí, že se jedná až o 60% všech demencí.

V současné době je podle většiny autorů možné diagnostikovat až 60 různých druhů demence, které jsou už lidem méně známé. Ovšem Cayton, Graham a Warner (2002, str. 2) ve své knize uvádějí, že existuje až 100 typů demence, z nichž nejznámější je kromě Alzheimerovy choroby také vaskulární demence nebo demence s Lewyho tělísky.

Rozdělení demencí se autor od autora výrazně liší. Například Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 147) rozdělují demence do dvou stěžejních skupin:

- **demence atroficko – degenerativního původu** – sem řadíme především Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky, demenci při Parkinsonově chorobě nebo také při Huntingtonově chorobě;
- **demence sekundární symptomatické** – dále je dělíme na demence ischemicko – vaskulární a na ostatní sekundární demence.

Jiné rozdělení uvádí Pidrman (2007, str. 31), který dělí demence na tři skupiny:

- **primárně degenerativní demence** – sem řadí pouze Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci;
- **sekundární a smíšené demence** – sem řadí demence vaskulárního typu, demence přidružené k jiným nemocem a také smíšené demence.

Důležité je také zmínit rozdělení, které uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (2000, str. 56), a které se také liší od předchozích dvou:

- **demence u Alzheimerovy nemoci;**
- **vaskulární demence;**
- **demence u jiných nemocí zařazených jinde** – sem MKN řadí demenci u Parkinsonovy nemoci, Pickovy choroby či například demenci u onemocnění virem lidské imunodeficiencie HIV;
- **neurčená demence.**

Pro bližší zpracování jednotlivých typů demencí jsme zvolili rozdělení dle Rabocha a Zvolského.

## 2.1 Demence atroficko-degenerativního původu

Na úvod těchto typů demence je nezbytné vysvětlit pojem atroficko – degenerativní procesy. Lužný (2012, str. 39) uvádí, že se jedná o procesy, které vedou k atrofii – tedy k úbytku počtu nervových buněk. Jiráček, Holmerová, Borzová (et al., 2009, str. 19) dále doplňují, že zde také odchází ke snížení počtu spojů nervových buněk a k celkové poruše nervových buněk a ukládání patologických bílkovin.

V důsledku těchto jevů tedy dochází k porušení funkcí mozku, které vede právě ke vzniku demence atroficko – degenerativního původu.

Na následujících řádcích si popíšeme nejznámější z tohoto typu demencí, jako jsou Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, demence s Lewyho tělísky a demence při Huntingtonově chorobě. Mezi další demence atroficko – degenerativního původu ovšem patří také frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby a dalších.

### 2.1.1 Alzheimerova choroba

Jak již bylo výše řečeno, nejčastěji se vyskytujícím typem demence je Alzheimerova choroba, která tvoří více než polovinu všech demencí. Především ve vyspělých zemích je Alzheimerova choroba nejčastějším typem demence a právě s prodlužujícím se věkem a zvyšujícím se počtem starších osob v populaci se její výskyt rapidně zvyšuje.

Název Alzheimerova demence vznikl podle autora jejího prvního popisu – německého psychiatra Aloise Alzheimer, který jako první popsal Alzheimerovu chorobu jako onemocnění šedé kůry mozkové a dnešní autoři a psychiatři s tímto tvrzením stále souhlasí.

Vágnerová (2014, str. 256) definuje Alzheimerovu chorobu jako progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje právě úbytkem mozkové kůry. S touto definicí se shoduje i Lužný (2012, str. 43), který udává, že Alzheimerova choroba je chronické onemocnění „jehož podkladem jsou kortikosubkortikální atrofické a degenerativní změny neuronů mozku.“

Alzheimerova choroba začíná většinou velmi nenápadně a její rozvoj je pomalý. Přesto však lze již ze začátku pozorovat určité **znaky**. Ze začátku se objeví lehká zapomnětlivost, která postupně sílí. Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 149) popisuje, že poměrně brzy se k zapomnětlivosti přidávají také poruchy prostorové orientace, dezorientace a bloudění či poruchy logického uvažování. Velmi často se k těmto znakům přidruží i poruchy

v chování, agresivita a poruchy emocí či spánku. Také je zde značná afázie, apraxie či agnózie.

**Prevalence** Alzheimerovy choroby se dle Lužného (2012, str. 44) odhaduje na 5 % české populace starší 65 let. Je však podstatné říci, že skutečný počet osob, které touto poruchou trpí, je vyšší, neboť zejména počáteční stádia jsou těžko diagnostikovatelná. Diagnostický a statistický manuál (Americká psychiatrická společnost, 2013, str. 612) udává informaci, že ve Spojených státech amerických je více než 7 % osob trpících Alzheimerovou chorobou.

Demenci u Alzheimerovy choroby dále dělíme podle Smolíka (2002, str. 75 – 76) na tři formy:

- demenci u Alzheimerovy choroby s časným začátkem;
- demenci u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem;
- demenci u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ.

Alzheimerova choroba se také může vyskytnout ve familiární formě. Tato forma je velmi vzácná a postihuje jedince již okolo padesátého roku věku.

### 2.1.2 Demence při Parkinsonově chorobě

Dalším typem atroficko – degenerativní demence je demence při Parkinsonově chorobě. Tento typ demence se objevuje u jedinců s Parkinsonovou chorobou, většinou v těžké fázi.

Jiráková, Holmerová a Borzová (et al., 2009, str. 40) udávají, že **prevalence** Parkinsonovy nemoci je asi 0, 2 % české populace kolem 58 – 60 let. Toto onemocnění způsobuje poruchy hybnosti, svalovou ztuhlost a třes. Demence bývá přítomna u 20 – 40 % nemocných. S tímto faktem ovšem nesouhlasí Lužný (2012, str. 55), který udává, že demence se vyskytuje asi u 10 – 20 % pacientů s Parkinsonovou chorobou. Tento rozdíl můžeme chápat tak, že mnoho pacientů trpí pouze lehkou poruchou poznávacích funkcí či lehkým stádiem demence, kterým některé studie a statistiky nevěnují pozornost.

Demence při Parkinsonově chorobě má velmi podobné **znaky** jako u Alzheimerovy choroby, ale dle Rabocha a Zvolského (et al., 2001, str. 155) se zde nevyskytují korové projevy typu afází či apraxií.

Lužný (2012, str. 55) také zmiňuje existenci vzácného typu demence při Parkinsonově chorobě a to demenci typu Parkinson Plus, kde hlavním znakem této choroby je obrna.



Je také důležité zmínit, že demence u Parkinsonovy choroby je často přehlížena, neboť se léčba většinou soustředí pouze na léčbu samotného onemocnění Parkinsonovou chorobou.

### 2.1.3 Demence s Lewyho tělísky

Poměrně rozšířeným typem atroficko – degenerativní demence je také demence s Lewyho tělísky neboli LBD.

Dle Hoschla, Libingera a Švestky (2004, str. 478 – 479) se jedná o druhou nejčastější demenci atroficko – degenerativního původu a postihuje zpravidla osoby velmi vysoké věku. S tímto souhlasí i Hort a Rusina (et al., 2007, str. 169), kteří udávají údaje o **prevalenci**: „S odhadovanou četností 10 – 15 % (podle některých autorů až 22 % ve věkové skupině nad 85 let) je demence s Lewyho tělísky (...) druhou nejčastější degenerativní demencí po Alzheimerově chorobě.“

Tento typ demence, nazývaný také korová demence, se vyznačuje klasickými **znaky** Alzheimerovy choroby, které jsou doplněny postižením neuronů tzv. Lewyho tělísky. Bývá tedy poměrně obtížné tento typ demence od Alzheimerovy choroby odlišit a správně jej diagnostikovat. Lužný (2012, str. 53) navíc udává, že demence s Lewyho tělísky není vůbec klasifikována Mezinárodní klasifikací nemocí, tento typ demence je tam uváděn jako „atypická Alzheimerova nemoc“.

Nově se zde dle Jiráka, Holmerové a Borzové (et al., 2009, str. 36) objevují zrakové halucinace, zhoršená kvalita vědomí a zvýšená citlivost na některé léky. Je zde také větší riziko pádů či úrazů, jelikož dochází ke snížené aktivitě až stuporu. Kognitivní výkon u této demence je značně kolísavý.

### 2.1.4 Demence u Huntingtonovy choroby

Huntingtonova choroba je velmi zajímavé a vzácné onemocnění. Jak uvádí Höschl, Libinger a Švestka (2004, str. 479 – 480), tato neurogenerativní nemoc je geneticky přenosná. Potomci osob trpících touto chorobou jí onemocní na 50 % také. Bohužel v současné době stále nejsme schopni tuto chorobu vyléčit.

Důležité je říci, že tato choroba propuká již v poměrně mladém „presenilním“ věku. Její klasická forma se vyskytuje u osob ve věku 35 – 50 let. Typ s pozdním začátkem se může objevit u osob po 60. roce věku. Zajímavostí je juvenilní forma této nemoci, která propuká u osob do 20. roku života. (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009, str. 50)

Demence se zde vyskytuje jako součást rozsáhlé degenerace mozku, která u této vzácné nemoci nastává. Příčinou onemocnění je chybná genetická informace.

Ze **znaků** této demence je důležité zdůraznit celkovou zpomalenost, poruchy chůze a řeči, nedostatek energie, halucinace a především depresivní nálady, úzkosti.

## 2.2 Demence ischemicko-vaskulární etiologie

Demence ischemicko – vaskulární etiologie řadí Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 147, 156) do skupiny sekundárních symptomatických demencí. Znamená to, že tyto demence jsou způsobeny onemocněními, o kterých je známo, že sekundárně poškozují mozek.

Ischemicko – vaskulární typy demencí představují podle Höschla, Libingera a Švestky (2004, str. 480) 15 – 30 % všech demencí. Můžeme tedy konstatovat, že jsou hned na druhém místě po Alzheimerově chorobě.

Jak udávají Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 156), na vzniku tohoto typu demencí má důležitý podíl především poškození mozku mnohačetnými infarkty: „ Je odhadováno, že ke vzniku demence musí být infarzací poškozeno alespoň 100 ml mozkové tkáně.“

Jiráková, Holmerová, Borzová (et al., 2009, str. 54 – 55) uvádějí, že tento typ demence vzniká častěji u kuřáků, u obézních lidí, u osob s cukrovkou, srdečním onemocněním či anemií, nebo také u osob s akutním či chronickým onemocněním dýchacích cest a s opakovaným traumatem hlavy (riziko je tedy podstatné například u boxerů či jiných sportovců). Hort a Rusina (et al., 2004, str. 184 – 185) zmiňují, že jedinci, kteří byli hospitalizováni pro první ischemický záchvat, mají 5x vyšší riziko vzniku demence.

**Znaky** tohoto typu demencí jsou opět velmi podobné, rozdílem je, že vznikají poměrně rychleji než u jiných typů demencí. Hlavními příznaky jsou celková zpomalenost a zmatečnost, ale také depresivní nálada, nedostatek energie a nespavost. Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 156) udávají, že poměrně dlouhou dobu bývá relativně dobře zachována osobnost člověka. S tímto souvisejí také sebevražedné sklony a deprese, jelikož uvědomění choroby přetrvává poměrně dlouhou dobu.

Důležité je zdůraznit **prevenci**, jelikož těmto typům demence lze zabránit. Je důležité dodržovat zdravý životní styl plný pohybu a vyvážené stravy a tím snižovat riziko vzniku infarktů a dalších stavů, které způsobují tento typ demence. Nabízí se zde otázka, jak je tedy možné, že vaskulární demence je druhou nejčastěji se vyskytovanou demencí. Odpo-

věd' je velmi jednoduchá: většina lidí nedbá zdravého životního stylu a zdravotní problémy si uvědomuje a řeší velmi pozdě nebo vůbec.

V této práci se budeme podrobněji zabývat demencí multiinfarktovou. Mezi další typy dále řadíme vaskulární demenci s akutním začátkem (vzniká po jednom nebo více rozsáhlých infarktech), převážně podkorovou vaskulární demenci neboli Binswangerovu chorobu, smíšenou korovou a podkorovou vaskulární demenci a další typy.

### 2.2.1 Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence je nejčastějším typem vaskulárních demencí. Vzniká na základě častých mozkových infarktů, které jsou způsobeny chronickým poškozením cévního zásobení mozku. Jak uvádí Lužný (2012, str. 63 – 64), při dosažení kritického objemu zaniklé mozkové tkáně se již projevuje demence.

Raboch a Zvolský (et al., 2001, str. 157) udávají, že velmi často se tento typ demence projevuje u osob s hypertenzní poruchou, u silných kuřáků a u osob s onemocněním srdce.

U osob postižených multiinfarktovou demencí je významné zapomínání recentních paměťových obsahů, ale starší obsah si jedinci vybavují sice pomalu, ale poměrně dobře. Podstatně déle je u multiinfarktové demence zachována schopnost logického uvažování a soudnosti. (Höschl, Libinger, Švestka, 2004, str. 481)

### 2.3 Ostatní sekundární demence

Druhým podtypem sekundárních symptomatických demencí jsou kromě demencí ischemicko – vaskulární etiologie také ostatní sekundární demence.

Tyto demence tvoří jen malou část z celkového počtu všech demencí. Lužný (2012, str. 66) udává, že se jedná asi o 10 % demencí. Je ovšem důležité říci, že právě v této skupině demencí nalezneme nejvíce druhů a odlišností. Hlavním společným rysem sekundárních demencí je přítomnost příčin, u kterých se demence vyvíjí jako sekundární důsledek.

Bohužel právě skutečnost, že demence je až sekundárním důsledkem těchto nemocí, zapříčiňuje, že tyto demence, bývají často nerozpoznány a nedignostikovány. Přitom včasným a správným odhalením je možné dosáhnout pozitivních výsledků léčby.

Jak již bylo řečeno, ostatních sekundárních demencí existuje velké množství. Většina autorů se shoduje na následujícím rozdělení:

- demence prionové etiologie - především se jedná o Creutzfeldtovu – Jakobovu chorobu;
- demence infekční etiologie – sem řadíme demenci u AIDS, progresivní paralýzu či demenci při lymeské borelióze;
- demence intoxikační etiologie – patří sem alkoholová demence či farmakogenní demence;
- demence metabolické – například demence při jaterní encefalopatii, Wilsonova choroba;
- demence na podkladě tumorů;
- ostatní sekundární demence jako je například demence při epilepsii.

Jako zajímavé se jeví **demence intoxikační**, což jsou demence, které provázejí působení toxických látek v centrální nervové soustavě jedince. Je zřejmé, že otravy některými látkami postihují CNS i fungování mozku. Můžeme sem zařadit otravy oxidem uhelnatým, olovem či rtutí nebo také farmakogenní demenci, která je způsobena nesprávně podávanými léky.

Významnou pozici zde má především demence alkoholová. Zajímavou informaci zmiňuje Pidrman (2007, str. 56), který udává, že právě alkoholová demence je výrazně opomíjena. Přitom se odhaduje, že touto demencí trpí 1 z 10 osob závislých na alkoholu a jsou to v naší populaci jedny z nejčastěji se vyskytujících demencí intoxikačního charakteru. K léčbě této demence je nutná především trvalá abstinence.

### 3 AKTIVIZACE OSOB S DEMENCÍ

V této kapitole se budeme blíže zabývat aktivizačními metodami, které je možné uplatnit při rehabilitaci osob s demencí.

Na úvod je nezbytné vymezit si pojem aktivizace tak, jak jej chápeme pro potřeby této diplomové práce. Dle Wehnera a Schwinghammera (2013, str. 11) je slovo aktivizace v širším smyslu odvozeno od „aktivizovat“, což znamená přimět něco nebo někoho k činnosti. Dvořáčková (in Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 34) ovšem definuje užší pojetí aktivizace a udává, že „aktivizace v užším slova smyslu zahrnuje problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností. Jde tedy o prevenci imobilizačního syndromu, ergoterapii s nácvikem všedních činností a obnovu soběstačností.“

Holmerová, Jarolímová a Suchá (et al., str. 139 – 140) také definují pojem aktivity jako věci, které konáme. Udávají, že klienti se mohou jak aktivně účastnit, tak jen pasivně tyto aktivity pozorovat. Aktivity posilují u člověka jeho sebeuvědomění, můžeme říci, že dávají smysl životu. Právě tento fakt je důležitý především u osob s demencí.

Jak uvádí Suchá (in Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 13 – 14), aktivizace by měla tvořit v zařízeních „pečovatelského“ typu podstatnou část péče. Jedním z hlavních důvodů je, že právě aktivita neboli činnost snižuje i ve vysokém věku negativní důsledky stárnutí.

Aktivizace a aktivizační programy v zařízeních mají za úkol splnit několik cílů. Ty vymezuje například Holmerová, Jarolímová a Suchá (et al., 2009, str. 140):

- udržení či zlepšení stávajících dovedností, do kterých můžeme řadit například motoriku, soběstačnost, chůzi či kognitivní dovednosti;
- smysluplné vyplnění volného času a také prevence proti hospitalismu;
- pozitivní vliv na psychický stav klienta;
- minimalizace nežádoucích poruch, agresivity či depresí;
- pravidelnost režimu a pocit řádu a s ním spojené stability;
- verbální i neverbální komunikace klientů.

Aby aktivizace dosáhla všech těchto cílů, musí být ovšem poskytována správně a především by měla brát na vědomí individuální odlišnosti klientů. Dvořáčková (in Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 35) také uvádí, že aby byla aktivizace smysluplná, musí splňovat určitá kritéria. Každá z aktivit musí být dělána dobrovolně, musí být klientům příjemná, zachovávat jejich důstojnost a snažit se působit na všechny složky osobnosti.

Aktivity můžeme také rozdělit dle různých hledisek, která uvádí Suchá (in Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 17 - 18). První rozdělení je na aktivity individuální a skupinové. Individuální aktivity mají výhodu v tom, že působí cíleně, tedy přesně tak, jak daný klient potřebuje. Naopak u skupinových aktivit můžeme považovat se velké plus skutečnost, že podporují komunikaci a spolupráci, nejsou ovšem vhodné pro každého.

Aktivity dále dělíme na pasivní a aktivní. Pasivní aktivity jsou takové, kde se od jedince nevyžaduje přílišná aktivita. Řadíme sem především relaxační techniky či poslech hudby. Naopak aktivní typ aktivit je takový, který plně zapojuje klienta do činnosti. Sem patří například kognitivní trénink či různé druhy cvičení a další pohybové aktivity.

Suchá, Jindrová a Hátlová (2013, str. 18) vymezují, co aktivity přinášejí pozitivního. Řadí sem především možnosti seberealizace, smysluplnost aktivit, potěšení a radost, ale také kontakt s druhými lidmi a s ním spojené zlepšování komunikace. Také můžeme říci, že jedním z pozitiv aktivizace je skutečnost, že aktivizace klientům organizuje volný čas a strukturuje den do určitých časových úseků.

### **3.1 Přístup k osobám s demencí**

Péče o osoby s demencí je velice náročná především psychicky. K osobám s demencí je velmi důležité přistupovat trpělivě, empaticky a respektovat jejich lidskou důstojnost.

Obecné zásady při péči o osoby s demencí uvádí například Roth, Sekyrová a Růžička (et al., 2009, str. 128):

- podpora soběstačnosti osob s demencí;
- přizpůsobení denního režimu možnostem osoby s demencí;
- nevyřazovat osoby s demencí ze společenského života;
- pomáhat jen tehdy, když osoba s demencí není sama schopna činnost vykonat;
- respektovat potřebu více času na jednotlivé aktivity;
- důležitá je podpora fyzických aktivit ve formě cvičení či procházek;
- neznevažovat obtíže osoby s demencí, ale zároveň s ním nadměrně nesoucíť.

S tímto souhlasí i Jiráček, Holmerová a Borzová (et al., 2009, str. 110 - 113), kteří dále uvádějí, že pro osoby s demencí je velice důležité také ocenění. Je proto vhodné se snažit k těmto lidem přistupovat (i přes nemoc) stále stejně a nadměrně je nelitovat.

Jednou ze zásad přístupu k osobám s demencí je zajisté také zdvořilost. Není vhodné tyto osoby nadměrně kritizovat či poukazovat na jejich nedostatky. Je důležité být k nim laskavý a pozorný.

Jelikož demence do značné míry narušuje i schopnost komunikace, je důležité s nemocnými komunikovat jednoduše. Například není vhodné jim nabízet velké množství alternativ, jelikož je známo, že rozhodovací funkce jsou u demence poškozeny. Také je podstatné používat krátká slovní spojení doplněná o názorné ukázky (například ukázat předmět, o kterém právě hovoříme). Jirák, Holmerová a Borzová (et al., 2009, str. 110 - 113) také zdůrazňují nonverbální komunikaci a umění porozumět.

Další důležité zásady v přístupu k osobám s demencí uvádí Buijssen (2006, str. 101 - 108):

- posilování paměti;
- přizpůsobení se rytmu a držet s pacientem krok;
- brát vážně fantazie a úzkosti osob s demencí,
- neučit tyto osoby novým věcem, jelikož interval jejich paměti je příliš krátký;
- vyhýbat se konfrontacím;
- dodržovat řád, pravidelnost, ale i odpočinek;
- jednat s osobou s demencí jako s dospělým a brát jej vážně;
- nežádat po osobě s demencí příliš mnoho, ale ani příliš málo;
- nezapomínat na humor a snažit se dělat radost, což často uvolní situaci a potěší.

Probstová a Pěč (2014, str. 34) uvádějí, že cílem správného přístupu k osobám s demencí je snaha o maximální udržení kvality jejich života. Je důležité jim zajistit správnou bezpečnost, životní komfort a snažit se udržet jejich produktivitu.

Také musíme zdůraznit, že osobu, která trpí demencí, je podstatné přijímat jako důstojnou bytost a právě onu důstojnost a autonomii se snažit podporovat.

Je důležité vnímat osoby s demencí jako individuální bytosti, kteří mají minulost i budoucnost. Je potřebné se zajímat o jejich koníčky a záliby, znát jejich životní úspěchy a neúspěchy či významné události.

Právě dodržování správné přístupu je klíč k utvoření správného a pevného vztahu s osobami s demencí, který by měl být založen především na důvěře. Jelikož právě pocit důvěry, jistoty a bezpečí pomáhá pacientům s demencí zvyšovat kvalitu jejich života.

### 3.2 Význam aktivizace u osob s demencí

Aktivizace osob s demencí má svá specifika, ale pokud je prováděna správně, má pro osoby s demencí velký význam a dokáže podstatně zvýšit kvalitu jejich života.

Aktivizace je pro většinu osob s demencí v pobytovém zařízení jejich jedinou činností, která je dokáže vytrhnout z každodenního stereotypu. I hodina či dvě denně, kdy se klient s demencí věnuje nějaké aktivitě, je pro něj nesmírně důležitá. Především musíme zdůraznit, že právě aktivizace je nejdůležitějším prvkem pro udržení psychického stavu klientů a alespoň minimální aktivity. Jak uvádí Dvořáčková (in Holčerová, Dvořáčková, 2013, str. 35), slovní spojení „něco dělat“ znamená pro osoby s demencí v podstatě synonymum pro výraz „být naživu“.

Při aktivizaci osob s demencí či s jinou kognitivní poruchou je důležité brát v úvahu změny, které u těchto osob nastávají a těm přizpůsobovat dané aktivity. Holmerová a Suchá (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 140 - 141) uvádějí, že je důležité uvědomovat si při aktivizaci osob s demencí tyto příznaky:

- poruchy krátkodobé paměti;
- zhoršení orientace, prostorového a smyslového vnímání;
- celkové snížení psychomotorického tempa;
- změny emotivity, kdy se u osob s demencí mohou vyskytovat deprese, úzkosti či apatie;
- ochuzení fantazie a kreativity a s tím spojené obavy z nových věcí.

Aktivizační program představuje zejména pro osoby s demencí smysluplné naplnění dne, které se snaží aktivním způsobem vytlačit nežádoucí vzorce chování. U osob s demencí tím myslíme zejména neklid, agresivitu či hledání věcí. Právě zvolení vhodných aktivit může navozovat pocity bezpečí, stability a řádu (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 65). Je tedy důležité volit takové aktivity, které klienty s demencí těší a dávají jim smysl. Jak uvádí Lužný (2012, str. 138), díky těmto aktivitám je u osob s demencí posilováno vědomí vlastní užitečnosti a zlepšuje se jejich sebepojetí.



Suchá, Jindrová a Hátlová (2013, str. 22) uvádějí, že pro osoby s demencí bývají důležité takzvané „stereotypní rituály“, kdy mají rádi stále stejné místo na židli či u stolu. Především tam, kde jsou výrazně zasaženy kognitivní funkce je velmi důležitá předvídatelnost a stabilita, na klienty s demencí to působí pozitivně a cítí se lépe, když se orientují v prostoru.

U aktivizace osob s demencí je potřebné zdůraznit, že není důležitý výsledek, který klient v dané aktivizační metodě vytvoří. Podstatné je, že se klient aktivity účastní, zapojuje se do ní, má chuť něco tvořit, spolupracovat a komunikovat. Je tedy důležité mít s těmito klienty trpělivost, jelikož spousta z nich vyvíjí snahu nějakou činnost konat a zvládnout, a to by mělo být pro aktivizační pracovníky hlavním cílem.

### **3.3 Druhy aktivizace**

V této subkapitole si uvedeme jednotlivé druhy aktivizačních metod a seznámíme se s tím, jak pomáhají osobám s demencí.

Existuje velké množství aktivizačních metod a každá se zaměřuje na procvičování něčeho jiného. Jaké aktivity bude dané zařízení poskytovat je pouze jeho volba, která ovšem záleží na více faktorech, především na finančních zdrojích a na dovednostech a snaze poskytujících pracovníků.

Musíme ovšem říci, že pro co nejlepší péči o osoby s demencí je potřeba široká nabídka aktivizačních programů, kterých se mohou klienti účastnit.

V této diplomové práci se budeme zabývat těmi nejdůležitějšími aktivizačními metodami, které jsou určeny také pro osoby s demencí a které rozdělují Holmerová, Jarolímová a Suchá (et al., 2009, str. 6) na ergoterapii, kognitivní rehabilitaci, reminiscenční terapii, kinezioterapii, arteterapii, muzikoterapii, pet-terapii a taneční a pohybové programy pro klienty s demencí.

#### **3.3.1 Ergoterapie osob s demencí**

Nedílnou součástí aktivizační péče o osoby s demencí je ergoterapie.

Světová federace ergoterapeutů (podle Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2004, str. 13) definuje ergoterapii jako terapii, která je zaměřena na podporu zdraví a pohody jedince právě prostřednictvím „zaměstnávání“. Jelikož právě provádění nějaké činnosti zvyšuje jedincům možnosti začlenění.

Jak uvádí Česká asociace ergoterapeutů (2008), ergoterapie prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování schopností, které jsou potřebné pro běžné každodenní činnosti především u osob s nějakým typem postižení.

Zejména u osob s demencí může být díky ergoterapii posílena soběstačnost jedince, jelikož se mohou aktivně zapojit do nějaké tvořivé činnosti a může jim to pomoci k obnově postižených funkcí a k jejich procvičení.

Dvořáčková (in Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 36 - 37) udává, že v České republice byla ergoterapie dlouho dobu přehlížena a považována za zbytečnou. Teprve v roce 1995 vznikla Česká asociace ergoterapeutů. V dnešní době je ergoterapie již považována za plnohodnotnou a samostatnou disciplínu, která je potřebná k rehabilitaci jedinců s nějakým typem postižení či onemocněním.

Cíle ergoterapie vymezuje Česká asociace ergoterapeutů (2008) následovně:

- podpora zdraví a duševní pohody prostřednictvím smysluplných aktivit;
- pomoc ve zlepšení schopností, které jsou podstatné pro zvládnání každodenních činností;
- usilování o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich znevýhodnění;
- umožnění naplňování sociálních rolí;
- posilování osoby v udržení, obnovení či získání kompetencí pro realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím.

Hlavním terapeutickým prostředkem při aktivizaci osob a demencí je tedy smysluplná činnost. Při výběru dané činnosti je ovšem důležité zohlednit nejen zdravotní a psychický stav klienta, ale i jeho osobní potřeby, koníčky a zájmy, ale také například jejich bývalé povolání. Jako příklad činností zde můžeme uvést ruční práce, kurzy vaření, tvoření a tak dále.

### **3.3.2 Kognitivní rehabilitace osob s demencí**

Kognitivní rehabilitace neboli trénink kognitivních funkcí je pro osoby s demencí jedna z nejdůležitějších složek aktivizace. Jak jsme uvedli na předchozích stránkách, osoby s demencí mají ve velké míře postiženy právě kognitivní funkce, především paměť, ale také soustředění, myšlení, čtení. Pro tyto osoby je tedy velice podstatné poznávací funkce procvičovat, zejména pokud trpí mírnou či středně pokročilou demencí.

Kognitivní trénink je dle Suché a Holmerové (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 162) složen ze cvičení, která pomáhají zlepšovat jednotlivé kognitivní funkce. Cílem kognitivního tréninku je tedy zlepšení poznávacích funkcí nebo alespoň udržení na současné úrovni, aby nedocházelo k zhoršení.

Jak uvádí Suchá (in Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, str. 32), trénování paměti u osob s nějakou kognitivní poruchou má svá značná specifika v jednotlivých fázích nemoci. Ve fázi první by měla být pozornost věnována udržení recentní paměti v činnosti, aby se příliš rychle nezhoršovala. Je zde také důležité zapojovat i vizuální složku.

Ve druhé fázi se jedná již o výraznější poruchu paměti, pozornosti, ale i prostorového vnímání či slovní zásoby. Důležité je zde procvičovat koncentraci a komunikaci klienta, aby si stále udržoval přijatelnou slovní zásobu.

Ve třetí fázi již většinou osoby s demencí nejsou schopny komunikovat ani spolupracovat. Můžeme se zde tedy snažit alespoň podpořit mozkovou činnost v kombinaci s využitím jiných aktivizačních metod, například muzikoterapie či pet-terapie.

Suchá a Holmerová (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 162) uvádějí, že v rámci kognitivního tréninku je vhodné používat především tyto aktivity:

- pravidelné čtení;
- učení se něčemu novému;
- cvičit všechny druhy paměti;
- trénovat početní schopnosti;
- trénovat psaní a komunikaci s okolím;
- luštit hádanky, křížovky a další hry.

Právě procvičování paměti za pomoci her je velmi používanou aktivizační metodou, která je využívána u aktivizace osob s demencí. Důležité je ovšem zvolit jednoduché hry, které klienti dokážou pochopit a zvládnou spolupracovat. Často jsou tedy používána pexesa či kvarteta, jednoduché křížovky a hádanky, doplňování jednotlivých slov do známých českých přísloví či písní, ale také promítání starých filmů, jednoduchá puzzle či popis obrázků a fotek.

### 3.3.3 Reminiscenční terapie osob s demencí

Další aktivizační metodou, která je využívána při aktivizaci osob s demencí, je reminiscence neboli reminiscenční terapie. Tato terapie je poměrně moderní způsob aktivizace, která je v pobytových zařízeních pro osoby s demencí hojně využívána.

Pojem reminiscence dle Janečkové a Vackové (2010, str. 21) je používán jako synonymum k českému slovu vzpomínka či vzpomínání. Můžeme tedy říci, že reminiscence znamená vybavování si vzpomínek.

Špatenková, Bolomská (2011, str. 21) udávají, že nejčastěji je reminiscenční terapie definována jako proces, při kterém je procvičováno vzpomínání na příjemné události, které se staly v minulosti. Toto vzpomínání je podporováno takzvanými reminiscenčními pomůckami, kterými jsou staré fotografie klientů, filmy a hudební nahrávky. Tyto pomůcky ještě doplňuje Suchá (in Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 95), která dodává, že pomůckami pro vzpomínkové aktivity dále mohou být staré pohlednice, noviny či časopisy, reminiscenční pexeso, kousky látek, různé staré a sběratelské předměty z dřívějších dob. Můžeme sem zařadit ale také typické vůně, bylinky či tradiční jídla.

V rámci reminiscenční terapie je také možné ve skupinách zvolit téma, o kterém se bude diskutovat. Může to být například téma týkající se dětí, prvních lásek, svatby či vojny. Jak ovšem zdůrazňuje Jiráček, Holmerová a Borzová (et al., 2009, str. 98), je velice důležité znát klienty, kteří se reminiscenčních aktivit účastní. Znamená to, že aktivizační pracovník musí znát klientův život a významné události, které se v něm udály, aby se mohl vyhnout tématům, která by mohla být nepříjemná či bolestivá. Jelikož je cílem reminiscence především příjemný prožitek, je toto velice důležité.

Janečková a Vacková (2010, str. 31) uvádějí, že existují studie, které se zaměřují na hodnocení reminiscenční terapie u osob s demencí. Zlepšení se má projevit v oblastech kognice, komunikačních dovedností, zvýšením pocitu identity, zlepšením nálady a stimulováním vzpomínek.

Velmi důležitá je také tematizace prostoru. V dnešních pobytových zařízeních pro osoby s demencí jsou pro reminiscenční terapii určeny speciální místnosti – reminiscenční místnosti, které jsou vybaveny věcmi, které osoby s demencí mohou znát. Jedná se o starý dobový nábytek, různé sošky, knihy a časopisy a tak dále.

Jak uvádí Špatenková a Bolomská (2011, str. 66 - 68), osoby s demencí patří k těm nejvíce osamělým a přehlíženým klientům. Právě reminiscenční terapie jim může pomoci zlepšit kvalitu jejich života. Je nám známo, že ačkoliv je krátkodobá paměť těchto osob narušena, jejich schopnost vybavovat si vzpomínky ze vzdálené minulosti je stále značná. Právě proto je tato terapie pro osoby s demencí vhodná, neboť v ní využívají schopnost, která u nich není ve velké míře narušena.

### 3.3.4 Kinezioterapie, pohybové a taneční terapie osob s demencí

Dalšími nezbytnými aktivizačními metodami, které jsou důležité u osob s demencí, jsou pohybové či taneční aktivity, které podporují pohyb jedince.

V souvislosti s demencí je důležité zdůraznit, že psychika a motorika člověka jsou velmi úzce spjaty. Právě díky tomu můžeme pomocí pohybových cvičení působit na mozek. Jak uvádí Hátlová, Suchá (in Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 61), právě vzájemným vztahem mezi psychikou a motorikou a pohybovými programy pro různé psychiatrické diagnózy se zabývá kinezioterapie. Hátlová a Suchá (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 189) definují kinezioterapii jako podpůrnou psychomotorickou metodu, která využívá aktivně prováděný pohyb. Jedná se tedy o pohybové programy.

Kinezioterapie může mít velký přínos pro osoby s demencí. Jiráček, Holmerová, Borzová (et al., 2009, str. 100) uvádějí, že kinezioterapie přispívá k udržení svalové síly a stability. Hátlová a Suchá (in Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 53-54) doplňují, že pohyb působí blahodárně na fyzickou i psychickou stránku člověka. Zlepšuje u starších osob srdeční činnost, zlepšuje imunitu a vitalitu, ale také zlepšuje uvědomování si svého vlastního těla a napomáhá k uvolnění stresu.

Pohyb a tanec mají silný emoční náboj a jsou také prostředkem nonverbální komunikace. Holmerová (in Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, str. 100) uvádí, že právě tyto aspekty je při práci s osobami s demencí nutné zdůraznit.

Čížková (2005, str. 36) uvádí specifické cíle taneční a pohybové terapie, kterými jsou například:

- emoční a fyzická integrace jedince;
- vědomí vlastního těla;
- pomoc při kontrole agresivního či impulsivního chování.

Stejně jako jiné aktivity, i kinezioterapie a pohybová terapie u osob s demencí má svá určitá specifika. Suchá (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 190 - 191) zdůrazňuje, že je třeba vzít v úvahu především špatnou orientaci osob s demencí a omezenou schopnost vnímat signály vlastního těla. Dle Krajčíka (in Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, str. 190) je také důležité vzít v potaz apraxii, tedy zhoršení hrubé i jemné motoriky v důsledku onemocnění demencí a zhoršenou koordinaci pohybu. Také je zde problém, že osoby s demencí ztrácí schopnost učit se novým věcem.

U pohybových aktivit je tedy důležité vybírat jednoduchá cvičení, která osoby s demencí dokáží snadno napodobit a klást velmi jednoduché a srozumitelné pokyny doplněné o názorné ukázky. Délku samotných pohybových aktivit je třeba přizpůsobit individuálním potřebám osob trpících demencí.

### 3.3.5 Muzikoterapie osob s demencí

Využívanou metodou při aktivizaci osob s demencí je také muzikoterapie neboli terapie hudbou. Poslech hudby může nejen osobám s demencí, ale i zdravým jedincům pomoci uvolnit se, odreagovat a navodit člověku psychickou pohodu. Existují také různé studie, které dokazují, že hudba má schopnost tlumit bolest, muzikoterapie je tedy využívána i u různých chronických onemocnění.

Muzikoterapii definuje například Světová federace muzikoterapie (2008 - 2014) jako profesionální využití hudby a jejích dalších elementů jako intervencí ve zdravotnictví, vzdělávání, ale i v každodenním prostředí člověka. Usiluje o optimalizování kvality života a zlepšení psychického, sociálního, komunikačního a duševního zdraví a pohody.

Muzikoterapie ovšem není jen poslech hudby jako takové. Může se jednat i o tvorbu hudby, pohyb v rytmu hudby, různá hudební cvičení, využívání hudebních nástrojů a především zpěv.

Gerlichová (2014, str. 50) uvádí, že je dokázáno, že muzikoterapie zlepšuje kognitivní funkce u osob, které trpí neurokognitivními poruchami mozku, či utrpěli nějaké poranění mozku. Kantor a Weber (in Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, str. 63) také zmiňují, že muzikoterapie dokáže snižovat úzkosti, agresivitu a zmírňovat pocity nepohodlí a tím zlepšovat klientům náladu.

Muzikoterapii můžeme dělit na aktivní terapii, kdy se klient zapojuje a spolupracuje na programu. U osob s onemocněním demencí se jedná především o **zpěv**. Druhým typem

muzikoterapie jsou receptivní techniky, u kterých se od klientů očekává pasivní účast. Aktivizace osob s demencí využívá především **relaxační techniky** spojené s poslechem relaxační hudby a odpočinkem. Právě relaxační techniky jsou velmi častou a oblíbenou aktivizační metodou při práci s osobami s neurokognitivním onemocněním. Relaxační techniky mohou být také spojovány s jednoduchým dechovým a uvolňujícím cvičením.

Jindrová (in Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, str. 116 – 117) ovšem zdůrazňuje, že u osob s demencí má i muzikoterapie svá specifika. Aktivizační pracovníci nesmí zapomínat na následující problémy:

- problémy koncentrace osob s demencí – znamená to věnovat se hudební terapii menší časový úsek;
- úbytek kognitivních funkcí – musejí tedy dbát na jednoduchost zpívaných textů a dodržovat dané rituály a stereotypy;
- posílení sebevědomí – při demenci je důležité vybírat jednoduché činnosti, které jsou klientům známé;
- přirozená úcta k člověku – stejně jako u všech ostatních aktivit je i zde důležité dbát na smysluplnost a důstojnost.

### 3.3.6 Arteterapie osob s demencí

Velmi známou terapeutickou metodou je i arteterapie, která bývá také často využívána při aktivizaci osob s demencí. Arteterapie může i u jedinců s demencí podporovat jejich přirozenou kreativitu a tvůrčí činnost, ale také (stejně jako muzikoterapie) může navozovat pocity uvolnění, odreagování a relaxace.

Liebmann (2010, str. 14) udává, že arteterapie využívá umění jako prostředek k vyjádření se, spíše než esteticky dokonalé dílo. Také uvádí, že arteterapie si klade za cíl především budování důvěry, vyjádření svých pocitů a emocí, práci s fantazií a zvyšování osobní autonomie a motivace. Arteterapie pro seniory s demencí představuje podporu v poklesu jejich sil a ztrátě zdraví a snaží se využít jejich aktivitu a kreativitu, která jim ještě zůstala zachována.

Výtvarná a umělecká tvorba je vnímána především jako odpočinková metoda, která pomáhá především v překonávání psychických obtíží.

Arteterapie u osob s demencí má své specifické rysy. Veselovská (2002 podle Šicková – Fabrici, 2002, str. 67) se věnuje charakteristickým projevům arteterapie u osob

s Alzheimerovou chorobou. Uvádí, že pro jejich výtvarné projevy je typické chaotické uspořádání objektů a také značná ornamentalizace.

V rámci arteterapie je možné využít mnoho technik a metod. U osob s demencí se dle Holmerové, Jarolímové a Suché (et al., 2007, str. 212 – 223) využívají především výtvarné techniky. Můžeme sem zařadit malování na papír, na různé textilní látky či na přírodniny, ale také tvořivou činnost, vyrábění z různých materiálů, stříhání, obtiskování a různé zdobení.

Důležité je opět zvolit metody a techniky, které jsou přizpůsobené aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu klienta. Klient musí mít pocit, že danou aktivitu zvládá a že pro něj není příliš náročná. Podstatné je zdůraznit, že u osob s demencí je důležité, že se činností aktivně účastní, mají snahu se zapojit a něco tvořit. Samotný výsledek jejich tvorby v rámci arteterapie není důležitý a může aktivizačního pracovníka pouze příjemně překvapit.

### 3.3.7 Pet-terapie osob s demencí

Velmi oblíbenou terapeutickou metodou je pet-terapie, někdy označována také jako zootherapie. Znamená to tedy, že se jedná o terapii, která využívá zvířat. Je známo, že mezi člověkem a zvířaty existují vzájemné vztahy, které mohou jedince pozitivně ovlivňovat, a tohoto faktu je právě v pet-terapii využíváno.

Zvířata mají pozitivní účinky jak na fyzický, tak na psychický a emocionální stav klientů. Jak uvádí Holmerová, Jarolímová a Suchá (et al., 2007, str. 22), je dokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku a jedinec se celkově zklidní a uvolní. Zvířata mohou také zmírňovat úzkosti a deprese.

Pet-terapii je možné rozdělit podle toho, které zvíře je při ní využíváno. Například Dvořáčková (in Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 85 – 86) ji rozděluje na následující terapie:

- canisterapii – využívání psů v rámci terapie;
- felinoterapii – využívání koček;
- hipoterapii – využívání koní;
- delfinoterapii – využívání delfinů;
- ornitoterapie – využívání ptactva.

V českých podmínkách je nejznámějším a nejvyužívanějším typem pet-terapie canisterapie, tedy léčba pomocí psů. Galajdová (2011, str. 15) udává, že canisterapie zlepšuje jem-



nou a hrubou motoriku, zlepšuje verbální i neverbální komunikaci, orientaci v prostoru a také interakci klientů s ostatními. Bývá využívána při nácvičku koncentrace, sociálního cí-tění a například i ke snížení agresivního jednání.

Aronová (2008 podle Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 87) udává jaký má canisterapie význam:

- pes získává roli společníka a přítele,
- pro klienty je důležitý kontakt a dotyky,
- pes udržuje klienta v aktivitě,
- dává pocit bezpečí.

Pes, který je součástí canisterapie a má pro to správný výcvik, dokáže uvolnit atmosféru. Dokáže také navodit příjemné vzpomínky, což je pro klienty s demencí velice důležité. Je schopný odstranit pocity osamění a neužitečnosti, kterými mohou klienti pobytových zařízení trpět.

Je známým pořekadlem, že pes je nejlepší přítel člověka. Pes žádá pozornost, vyžaduje aktivitu, chce pohladit. A právě tělesný kontakt, dotek, dokáže mnohé. Například osobám s demencí může navodit pocit, že jsou pro někoho důležité, můžou si psa velice oblíbit a je to pro ně velké zpestření.

### **3.3.8 Terapeutické panenky u osob s demencí**

Speciální aktivizační metodou, která je využívána při práci s osobami s demencí, je terapie pomocí terapeutických panenek. Jedná se o poměrně novou a moderní metodu pocházející ze Švédska, kterou začínají mnohá sociální zařízení pro osoby s demencí či jinými neuro-kognitivními poruchami využívat.

Stráníková (2015) terapii pomocí panenek řadí do reminiscenčních metod, jiní autoři ji řadí do bazální stimulace. Pro potřeby této diplomové práce jsme se tedy rozhodli této velice zajímavé metodě věnovat samostatnou část práce.

Terapeutické panenky mají jisté speciální vlastnosti, které jsou potřeba pro úspěšnou terapii osob s demencí. Panenky jsou ušity z měkkých materiálů, které jsou příjemné na dotek a pozitivně stimulují smyslové vnímání. Svou velikostí a rozměry připomínají skutečné dítě a jednotlivé části těla jsou navrženy tak, aby je klienti mohli bez obtíží objímat a chovat. (Alzheimercentrum, 2014)

Stále se velmi diskutuje o možných pozitivních či negativních účincích terapie pomocí panenek. Higgins (2010) uvádí, že existuje stále více důkazů, které potvrzují pozitivní účinky této terapie. Řadí sem například zmírnění agresivity a navození klidného a uvolněného stavu. Naopak udává, že odpůrci panenek tvrdí, že tato metoda klienty s demencí infantilizuje.

Alzheimercentrum (2014) dále udává, že je z praxe odkázáno, že i klienti ve velmi pokročilém stádiu demence na panenku téměř ihned reagují a aktivují smyslové vnímání. Zdůrazňuje ovšem, že práce s terapeutickou panenkou vyžaduje od aktivizačního pracovníka trpělivost a dodržování zásad.

## 4 DOMOV SE ZVLÁŠTÍM REŽIMEM VE ZNOJMĚ

*„Pomoc je jedním ze střípků krásné mozaiky...“*

- motto Centra sociálních služeb Znojmo

Pro tuto diplomovou práci jsme zvolili jedno konkrétní zařízení, kterým se budeme zabývat a kde byl realizován výzkum. Tímto zařízením je Domov se zvláštním režimem ve Znojmě, který o osoby trpící demencí pečuje.

Domov se zvláštním režimem ve Znojmě spadá pod Centrum sociálních služeb, což je příspěvková organizace města Znojma.

Samotné Centrum sociálních služeb nabízí devět služeb sociální péče, které poskytuje ambulantní, terénní či pobytovou formou. Mezi tyto služby patří:

- azylový dům pro muže,
- noclehárna pro muže,
- centrum denních služeb,
- pečovatelská služba,
- ošetřovatelská služba,
- poradna pro rodinu a mezilidské vztahy,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- domov pro seniory,
- domov se zvláštním režimem. (Centrum sociálních služeb Znojmo, 2013)

Centrum sociálních služeb také plánuje různé akce, kterými nejen seznamuje veřejnost se sociálními službami, ale i podporuje osoby, které jsou nějakým způsobem znevýhodněny.

Tato diplomová práce se zaměřuje na jednu sociální službu CSS Znojmo a tou je **domov se zvláštním režimem**.

Zákon (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) uvádí, že v domovech se zvláštním režimem se poskytují „pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

Centrum sociálních služeb Znojmo (2013) dodává, že posláním domova se zvláštním režimem, je poskytovat potřebnou a nepostradatelnou péči především osobám se speciálními potřebami a umožnit jim žít důstojný život. Malíková (2011, str. 33) dodává, že domov se zvláštním režimem je pobytové zařízení, které má speciálně upravené podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cílené smysluplné aktivizace.

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro danou cílovou skupinu uživatelů. Cílovou skupinu vymezuje Centrum sociálních služeb (2013) následovně:

- osoby trpící Alzheimerovou chorobou,
- osoby se všemi typy stařeckých demencí,
- osoby po cévní mozkové příhodě,
- osoby s degenerativním onemocněním mozku.

Důležité je říci, že domov se zvláštním režimem je určen pro osoby, jejichž situace vyžaduje stálou pomoc a podporu.

Centrum sociálních služeb (2013) také přesně vymezuje, pro koho daná služba určena není, a to:

- osobám závislým na alkoholu a návykových omamných látkách;
- osobám s psychiatrickým onemocněním, při němž mohou ohrozit sebe i svoje okolí, jejichž chování znemožňuje soužití s kolektivem a jejich stav není ovlivnitelný léčbou;
- osobám, jejichž projevy chování mohou ohrozit jejich osobu a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc;
- osobám se středně těžkým a těžkým stupněm mentálního postižení;
- osobám ohrožující zdraví ostatních obyvatel a zaměstnanců infekční nemocí nebo s diagnózou bacilonosiče.

Služby domova se zvláštním režimem Znojmo jsou samozřejmě plně přizpůsobeny specifickým potřebám jeho uživatelů a směřují zejména k udržování sociálních návyků, které jsou potřebné k životu. Je také samozřejmostí, že tato služba respektuje lidskou důstojnost jejich klientů, dodržuje stanovená lidská práva a snaží se minimalizovat sociální izolaci, čímž již směřuje k cílům, které si dané zařízení klade.

## 4.1 Cíle zařízení

Cílem domova se zvláštním režimem je především spokojenost jeho uživatelů a správná péče o ně.

Samotné Centrum sociálních služeb (2013) definuje, že cílem domova se zvláštním režimem je uživatel:

- který je podporován prostřednictvím sociální služby v udržování kontaktu se svými blízkými a přáteli;
- u kterého pomocí správného a citlivého přístupu zaměstnanců a nabídkou služeb a rozmanitých aktivit dochází ke snížení četnosti nežádoucího chování, kterým může být například agrese či úzkost;
- kterému je umožněno uchovávat si svou soběstačnost a je podporován v takových činnostech, které dokáže on sám;
- který je motivován prostředím k prožívání aktivního života (například práce v dílnách, tréninky paměti, kulturní programy a výlety, skupinová cvičení či individuální rehabilitace).

## 4.2 Zásady zařízení

Každé zařízení má své zásady, které při práci s uživateli dodržuje, nebo které by dodržovány být měly.

První zásadou je **individuální přístup k uživatelům**, který je zvláště u osob s demencí velice důležitý. Centrum sociálních služeb (2013) uvádí, že právě na základě individuální péče je možné u uživatelů služby podporovat jejich samostatnost a rozvíjet či alespoň udržovat sebeobslužné dovednosti. Individuální práce s uživateli se řídí především stanoveným individuálním plánem, který zohledňuje aktuální somatický i psychický stav uživatele.

Druhou důležitou zásadou je **srozumitelnost**. V domovech se zvláštním režimem je tato zásada velice důležitá, neboť pro uživatele s degenerativním poškozením mozku, kteří mají poškozeny kognitivní funkce, je srozumitelnost velice podstatná. Zařízení se tedy snaží vytvářet jednoduchá pravidla, která jsou srozumitelná všem uživatelům. V rámci srozumitelnosti a jednoduchosti můžeme také hovořit o plánování a přesném řádu dne, který je pro osoby s demencí také velice důležitý. Jak uvádí Centrum sociálních služeb Znojmo (2013),

domov se zvláštním režimem se snaží plánovat dny uživatelů tak, aby vždy obsahovaly jak povinnosti, tak odpočinek, volný čas i zábavu.

Třetí zásada se zaměřuje na **důstojnost a práva svých uživatelů**. Jak uvádí Centrum sociálních služeb Znojmo (2013), zbavení uživatelů způsobilosti není důvodem pro to, aby byla omezována jejich práva a nerespektována jejich důstojnost.

Další zásadou Domova se zvláštním režimem Znojmo je **odborný a také odpovědný přístup zaměstnanců služby k uživatelům a snaha o odstranění sociální izolace**. Pro uživatele pobytových zařízení jsou sociální kontakty velmi podstatné. Je tedy dobré, pokud zařízení spolupracuje s rodinami a přáteli svých uživatelů, umožňuje jim návštěvy a také účast na různých akcích, které zařízení pořádá.

### 4.3 Poskytované služby

Vyhláška o sociálních službách (Vyhláška 505/2006 Sb.) vymezuje rozsah úkonů, které jsou poskytovány v rámci základních činností u jednotlivých služeb.

Domov se zvláštním režimem (Centrum sociálních služeb, 2013) poskytuje svým uživatelům dle této vyhlášky následující úkony.

Prvním z nich je **ubytování**. Domov se zvláštním režimem Znojmo poskytuje svým uživatelům ubytování v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích s celkovou kapacitou 111 lůžek. V rámci ubytování je uživatelům poskytováno také praní, žehlení či drobné úpravy prádla a ošacení.

Druhou základní poskytovanou službou je **poskytnutí stravy**. Jedná se o zajištění stravy na celý den, která odpovídá dietním potřebám a věku uživatele, splňuje normy racionální výživy a je poskytována minimálně třikrát denně.

Dalším úkonem je **pomoc při osobní hygieně** a také poskytnutí samotných podmínek pro osobní hygienu.

Důležitou základní činností domova se zvláštním režimem je také poskytnutí **pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu**. Znamená to, že pracovníci daného zařízení pomáhají uživatelům při oblékání a používání speciálních pomůcek, při vstávání nebo přesouvání na lůžko či na vozík, ale také pomoc při prostorové orientaci a samotném pohybu.

Uživatelé domova se zvláštním režimem také potřebují **zprostředkovat kontakty se sociálním prostředím**. Zaměstnanci zařízení se je snaží podporovat, pomáhat jim při udržování sociálních kontaktů a napomáhají začleňování.

Významnou schopností uživatelů je rozvoj a udržení sociálních i osobních dovedností a dovedností, které podporují jejich začlenění. Právě tomuto napomáhá další základní poskytovaná činnost a tou jsou **sociálně-terapeutické činnosti**. S tímto souvisí i **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí**.

Poslední základní činností, stěžejní pro naši diplomovou práci, která je uživatelům poskytována v domovech se zvláštním režimem, jsou **aktivizační činnosti**. Opět je zde cílem především pomoc při udržování sociálních kontaktů, ale také nácvik motorických, sociálních a psychických dovedností, které jsou pro kvalitní život uživatelů velice důležité.

#### 4.4 Aktivizace v daném zařízení

V Domově se zvláštním režimem ve Znojmě jsou uživatelům poskytovány všechny nejdůležitější aktivizační metody, které je podporují.

Aktivizace v daném zařízení probíhá každý den na všech odděleních. Důležitou součástí aktivizace je také každodenní plánování činností a jejich příprava, která je důležitá pro kvalitní aktivizaci.

Pravidelným aktivizačním programem jsou každodenní individuální činnosti. Tyto činnosti probíhají podle potřeb a přání uživatelů domova. Řadíme sem nácviky chůzí, procházky, individuální cvičení s uživateli, míčkování a také velmi důležitý trénink paměti.

Aktivizační činnost, která je u uživatelů velmi oblíbená, je tzv. klub. Zde probíhá program, který si připraví aktivizační pracovnice opět podle individuálních potřeb klientů. Příkladem klubových aktivit může být předčítání, vyprávění si s uživateli, činnosti na trénink paměti jako jsou různé jednoduché křížovky, pexesa a další paměťové hry. Musíme zdůraznit, že právě tyto aktivizační činnosti jsou podstatné při práci s osobami s demencí. (Centrum sociálních služeb Znojmo, 2013)

Další aktivizační činností je canisterapie, která probíhá dle možnosti canisterapeuta a zařízení nejčastěji jednou za čtrnáct dní, skupinová canisterapie probíhá zpravidla jednou za měsíc. Opět je důležité říci, že se četnost této terapie přizpůsobuje potřebám uživatelů.

V Domově se zvláštním režimem probíhá také ergoterapie neboli dílny. Tato aktivita pomáhá udržovat soběstačnost jedince, posiluje jeho schopnosti a jemnou motoriku. Ve vybraném zařízení je součástí ergoterapie vyrábění z různých materiálů, háčkování či vyšívání nebo také jednou měsíčně probíhá pečení či vaření s uživateli, které se váže na narozeninové oslavy uživatelů.

Další aktivitou, která je prospěšná pro uživatele s demencí a probíhá ve vybraném zařízení, jsou relaxační techniky, kam můžeme zařadit perličkové koupele a samotné relaxace. Relaxace probíhají buď formou aromaterapie, nebo muzikoterapie. Muzikoterapie je ještě doplněna o zpívání s dobrovolníky ve společenské místnosti zařízení spolu s ostatními uživateli Domova pro seniory Znojmo. (Centrum sociálních služeb Znojmo, 2013)

V zařízení také pravidelně probíhají bohoslužby a svaté zpovědi, různé společenské a kulturní akce jako je masopust, vystoupení dětí z mateřských škol a návštěvy jiných hostů.

Na závěr musíme také zmínit výlety, které se uskutečňují několikrát za rok dle domluvy pracovníků a jsou také jistě velice přínosné především jako rozptýlení.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Jako výzkumný problém této diplomové práce byla zvolena **Aktivizace osob s demencí v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě**.

Cílem této diplomové práce je prozkoumat, jak je vnímána aktivizace osob s demencí ve vybraném zařízení. Konkrétně nás zajímá, jak aktivizační program vnímají poskytující pracovníci i klienti, kterým je aktivizace určena. Dále je naším cílem odhalit, jaký má aktivizace osob s demencí pro ně samotné přínos a prozkoumat, jak klienti s demencí dokáží při aktivizačním programu spolupracovat.

Ve výzkumu se zaměřujeme na aktivizaci především z toho důvodu, že je vnímána jako důležitá součást péče o osoby s demencí. Chceme tedy poukázat na to, jak je tento proces v daném zařízení vnímán a také jaký má pro osoby s demencí hlavní přínos.

### 5.1 Konceptuální rámec

Pro porozumění výzkumnému problému tak, jak jej chápeme pro potřeby tohoto výzkumu, je důležité vymezit zde základní klíčové koncepty, kterými se budeme ve výzkumu zabývat. Vymežíme zde pojmy aktivizace, klient s demencí a také vybrané zařízení, kde je realizován výzkum.

**Aktivizaci** pro potřeby této diplomové práce chápeme podle Dvořáčkové (in Holczerová, Dvořáčková, 2013, str. 34) jako proces, který zahrnuje „problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností. Jde tedy o prevenci imobilizačního syndromu, ergoterapii s nácvikem všedních činností a obnovu soběstačností.“ Aktivizace tedy chápeme jako proces, který pomáhá jedincům zlepšovat jejich psychické i fyzické funkce pomocí nejrůznějších aktivizačních metod jako jsou například canisterapie, ergoterapie či kognitivní trénink.

Další pojem, který je důležité vymezit, je **klient s demencí**. Dle Mahrové a Venglářové (2008, str. 27) je klient v sociální oblasti „člověk, který užívá služeb sociálního pracovníka.“ Demenci definuje Pidrman (2007, str. 9) jako onemocnění mozku, které je chronického či progresivního charakteru a dochází při něm k narušení paměti, myšlení, řeči, úsudku, ale i ke zhoršení kontroly emocí a sociálního chování.

Posledním klíčovým pojmem je vybrané zařízení, tedy **Domov se zvláštním režimem ve Znojmě**. Nejpřesnější definici uvádí Zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006): „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníže-

nou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ Domov se zvláštním režimem ve Znojmě je tedy zařízení, které pečuje mimo jiné o osoby s demencí, kterým je věnována tato práce.

## 5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka naší diplomové práce zní: **Jak vnímají aktivizaci osob s demencí poskytující aktivizační pracovníci a samotní klienti s demencí?**

Pro potřeby tohoto výzkumu byly zvoleny také dvě dílčí otázky, které jsou následující:

1. Jaký celkový přínos má aktivizace pro osoby s demencí?
2. Jak osoby s demencí při aktivizačních programech spolupracují s aktivizačním pracovníkem a s ostatními klienty?

## 5.3 Pojetí výzkumu

Pro tuto diplomovou práci bylo zvoleno **kvalitativní pojetí výzkumu**.

Kvalitativní přístup nám umožňuje více proniknout do zkoumané problematiky. V našem případě nám umožňuje prozkoumat do hloubky, jak je vnímána aktivizace osob s demencí ve vybraném zařízení z pohledu jak aktivizačních pracovníků, tak i samotných klientů s demencí.

Zajímají nás konkrétní názory, prožitky, pocity a zkušenosti našich dotazovaných s procesem aktivizace a právě kvalitativní výzkum nám toto plně umožňuje.

## 6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor pro tento kvalitativní výzkum byl vybrán záměrně. Jedná se o dvě skupiny – klienti s demencí a pracovníci Domova se zvláštním režimem ve Znojmě. Je tedy zřejmé, že stěžejní kritérium pro tento výzkum bylo být klientem či pracovníkem tohoto vybraného zařízení.

První skupinu tvoří **klienti Domova se zvláštním režimem ve Znojmě**.

Důležitým kritériem u klientů byla jejich diagnóza lehké demence (musela být vyloučena těžká forma demence), aby byli schopni poskytnout nám rozhovor. Dalším kritériem bylo také to, aby klienti navštěvovali aktivizační program v daném zařízení. Tito respondenti byli vybráni za pomoci aktivizační pracovnice, která je seznámena s jejich zdravotním stavem, diagnózou a s jejich úrovní komunikace.

Celkem byli pro tento výzkum vybráni 3 klientky Domova se zvláštním režimem, které splňují požadovaná kritéria a byli ochotni rozhovor poskytnout.

V této diplomové práci je budeme dále označovat jako Klientka č. 1 – K1, Klientka č. 2 – K2 a Klientka č. 3 – K3.

Klientka č. 1	95 let
Klientka č. 2	86 let
Klientka č. 3	83 let

Tabulka I Dotazované klientky s demencí

Druhou skupinu tvoří **aktivizační pracovníci Domova se zvláštním režimem ve Znojmě**.

Druhá skupina je složena z pracovníků vybraného zařízení. Kritériem pro výběr těchto respondentů bylo, aby pracovali s osobami s demencí v Domově se zvláštním režimem a náplní jejich zaměstnání byla aktivizační činnost s těmito osobami.

Z druhé skupiny byly vybrány 3 pracovnice Domova: vedoucí aktivizačních pracovníc a další dvě aktivizační pracovnice, které pracují s osobami s demencí. Aktivizační pracovnice byly vybrány za pomoci vedoucí aktivizační pracovnice, která má přehled o tom, kdo vykonává aktivizační činnosti s klienty, kteří trpí demencí.

Pracovnice Domova se zvláštním režimem budeme dále označovat jako Aktivizační pracovníce č. 1 – AP 1, Aktivizační pracovníce č. 2 – AP 2 a Aktivizační pracovníce č. 3 – AP 3.

Opět pro větší přehlednost přikládáme tabulku:

Aktivizační pracovníce č. 1	26 let
Aktivizační pracovníce č. 2	33 let
Aktivizační pracovníce č. 3	44 let

Tabulka II Dotazované aktivizační pracovníce

## 7 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ

Pro tento kvalitativní výzkum byl jako výzkumný nástroj zvolen polostrukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru jsme zvolili z toho důvodu, abychom otázku v průběhu jednotlivých rozhovorů mohli podle potřeby pozměňovat či se doptávat. Toto bylo důležité především při rozhovorech s klienty s demencí.

**Polostrukturované rozhovory** byly uskutečněny s aktivizačními pracovníci a s klienty s demencí, kteří některé z aktivit navštěvují.

Všechny rozhovory probíhaly v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě. Rozhovory s aktivizačními pracovníci konkrétně v jejich pracovně a rozhovory s klienty na jejich pokojích a v jednom případě v reminiscenční místnosti, ve které se dané klientce velmi líbí, je tam klid a příjemné prostředí. Jelikož i prostředí je velmi důležitým faktorem, je také podstatné navodit uvolněnou a příjemnou atmosféru, aby z dotazovaných spadlo možné napětí.

Všichni dotazovaní také souhlasili s nahráním rozhovoru na diktafon. Byli samozřejmě předem seznámeni s tím, že rozhovor je anonymní a jejich skutečná jména se v této diplomové práci nebudou vyskytovat.

Následně jsme rozhovory co nejdříve od uskutečnění přepsali. Je velice důležité přepisům věnovat dostatek času a pozornosti. Nejen proto, aby nám neunikly některé informace, ale také proto, abychom dokázali zachytit například emocionální rozpoložení dotazovaných a jejich možné pocity.

### 7.1 Rozhovory s aktivizačními pracovníci

Součástí rozhovoru s aktivizačními pracovníci je celkem devatenáct otázek.

První skupinu tvoří otázky úvodní, které zjišťují skutečnosti, které nám poskytnou informace o samotných pracovnících. Zajímá nás, jakou pozici v daném zařízení zastávají a jak dlouhá je jejich praxe s osobami s demencí. Tyto otázky slouží také pro navození klidné atmosféry a motivaci dotazovaných na rozhovor.

Další skupinu otázek tvoří otázky, které se zabývají pohledem pracovníků na poskytovanou aktivizaci. Ptáme se zde, jak proces aktivizace vnímají a hodnotí, jaká shledávají specifika aktivizace u osob s demencí. Dotazujeme se také, jaké vnímají prožitky, které z aktivizace mají klienti s demencí a jaká shledávají úskalí a rizikové faktory aktivizace.

Třetí skupinu otázek tvoří otázky zaměřené na přínos aktivizace v oblasti jak fyzických dovedností, tak kognitivních funkcí, spolupráce a komunikace. Pomocí těchto otázek zjišťujeme, zda a jaký přínos má pro osoby s demencí aktivizační činnost. Právě tyto otázky jsou velice důležité pro pochopení důležitosti aktivizace v případě osob s demencí.

Dále jsou aktivizačním pracovnícím kladeny otázky, které zjišťují, jak je vnímána spolupráce klientů s demencí a jak hodnotí celkovou motivovanost, zapojení a prostředí, ve kterém aktivizace probíhá.

## **7.2 Rozhovory s klienty s demencí**

Jelikož jsme si vědomi skutečnosti, že klienti s demencí mohou mít omezené komunikační schopnosti, snažili jsme se otázky pro ně přizpůsobit jejich kognitivní úrovni a otázky jsme také zkonzultovali s vedoucí aktivizační pracovnící. Po celou dobu rozhovoru s klientem s demencí byla aktivizační pracovnice přítomna, podle potřeby klientům dovysvětlila danou otázku, či jim vypomohla s odpověďmi.

Stejně jako v případě aktivizačních pracovníc, i pro klienty s demencí jsou na začátek určeny dvě úvodní otázky. Zajímá nás, jak dlouho již pobývají v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě a zda navštěvují aktivizační programy v daném zařízení.

Další skupina otázek slouží k tomu, abychom zjistili, které činnosti klienti dělají rádi, které aktivity klienti navštěvují rádi, a které naopak navštěvovat nechtějí a z jakého důvodu. Také je zde cílem zjistit, jak klienti poskytovanou aktivizaci vnímají, jaký z ní mají prožitek a zda jsou s ní spokojeni.

Nechybí zde ani otázky, které zjišťují, jak klienti vnímají a hodnotí prostředí, ve kterém aktivity probíhají a také samotný přístup aktivizačních pracovníc.

## 8 ZPRACOVÁNÍ DAT

Uskutečněné polostrukturované rozhovory analyzujeme a zpracováváme pomocí tzv. IPA analýzy neboli interpretativní fenomenologické analýzy.

Fenomenologická analýza nám umožní porozumět danému fenoménu – jednotlivým událostem a procesům. V případě této diplomové práce se zaměřujeme na aktivizační proces, který aktivizační pracovníci poskytují klientům s demencí. Jedná se zde především o hledání individuálních zkušeností a názorů jedince na danou problematiku.

Jak uvádí Smith (2004 podle Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, str. 10), v tomto analytickém přístupu zpracování dat se jedná o prozkoumávání zkušeností konkrétního jedince z jeho osobní perspektivy. Důležité je si uvědomit, že významnou roli zde hraje jedincova zkušenost a vnímání daného fenoménu.

Fenomenologická analýza je pro tento výzkum zvolena také z důvodu, že výzkumné otázky této analýzy se ptají právě na to, jak určitý jedinec (v našem případě aktivizační pracovník a klient s demencí) vnímá a prožívá danou situaci a jaký jí připisuje význam a smysl. Právě subjektivita a subjektivní vnímání jsou v tomto typu analýzy vnímány jako přednost.

Smith, Flowers a Larkin (2009 podle Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, str. 16) zdůrazňují, že „neexistuje správný ani špatný způsob vedení analýzy.“ Tato analýza má podporovat kreativitu výzkumníka a nabízí dostatečný prostor pro vlastní postup. Tito autoři ovšem určili fáze této analýzy a doporučují se jich alespoň v základu držet.

Prvním krokem je dle Smithe, Flowerse a Larkina (2009 podle Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, str. 16) **opakované čtení jednotlivých přepsaných** rozhovorů. Tato část slouží především k tomu, abychom se jako výzkumníci co nejlépe seznámili s obsahem rozhovorů a co nejvíce se tak přiblížili vnímání jednotlivých dotazovaných. V této fázi je také velmi užitečné si znovu pustit nahrávky rozhovorů a tím se nechat ještě více vtáhnout do subjektivních názorů a zkušeností dotazovaných jedinců.

Další fází IPA je **tvorba poznámek a komentářů k přepsaným rozhovorům**. Tato část patří k hlavní části celé analýzy. Její podstatou je psaní všech zajímavých a významných informací na okraje přepsaných rozhovorů. Tyto poznámky a popisy záměrně píšeme rukou, abychom se ještě více dokázali ponořit do jednotlivých případů. Jak uvádí Smith a Osborn (2003 podle Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, str. 16), v podstatě neexistují žádná pravidla, která by určovala na co se v jednotlivých komentářích a popisech zaměřit.



V případě našeho výzkumu jsme zvolili nejprve podtrhávání důležitých a významných částí textu a až poté jsme pro tyto potvrzené informace hledali vhodný popis.

Třetí fáze se nazývá **rozvíjení vynořujících se témat**. Důležitá je zde práce s vlastními poznámkami a komentáři. Cílem této fáze je vytvořit z předchozích poznámek témata, která vystihují zkušenost a vnímání daného jevu dotazovaného. V našem případě se u každého jednotlivého rozhovoru jedná v průměru o 40 vzniklých témat.

Dalším krokem fenomenologické interpretativní analýzy je **hledání vztahů mezi vynořujícími se tématy**. Zde jsme se zaměřili na shlukování a logické zařazování témat z předchozího kroku k sobě. Tématům, která spadají do jedné oblasti, přiřazujeme nadřazený název. V naší analýze často při tvorbě názvu vycházíme z konkrétních citací našich dotazovaných a tím se opět snažíme zachovat subjektivitu a autenticitu výzkumu. V průměru u každého zanalyzovaného rozhovoru získáme 4 nadřazená témata.

Po dokončení těchto fází u prvního rozhovoru se dostáváme k přechodu k dalšímu rozhovoru, kde probíhají znovu předchozí fáze ve stejném pořadí. U této analýzy se rozhovory sice analyzují zvlášť z důvodu zkoumání především subjektivních názorů dotazovaných, ale jak uvádí Smith a Osborn (2003 podle Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, str. 21), nevyhneme se tomu, že nás předchozí data neovlivní.

Posledním krokem je **hledání vzorců napříč jednotlivými zanalyzovanými případy**. V této fázi se snažíme propojit jednotlivé analýzy. Zaměřujeme se zde na možné souvislosti mezi zkušenostmi s aktivizací našich dotazovaných, na shodu či rozdílnost v jejich názorech a vnímání tohoto procesu.

Na následujících stranách této práce se věnujeme analýzám jednotlivých rozhovorů postupně. Nejprve začneme skupinou aktivizačních pracovníků a poté se zaměříme na klientky s demencí.

## 9 FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA ROZHovorŮ S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNICEMI

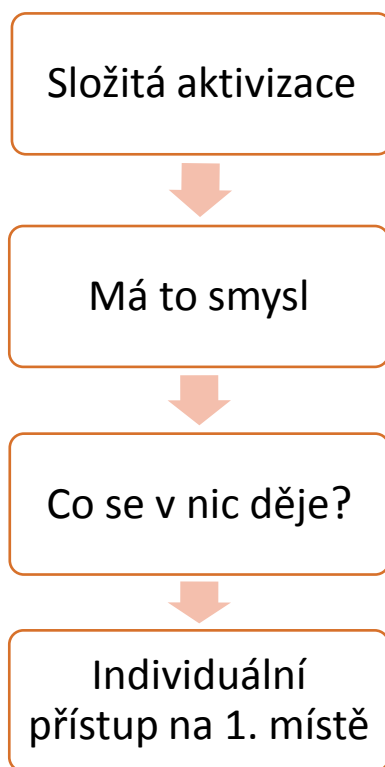
V této části diplomové práce se zaměřujeme na fenomenologickou analýzu rozhovorů s aktivizačními pracovníci Domova se zvláštním režimem ve Znojmě.

Na úvod každé analýzy se seznamujeme s jednotlivými aktivizačními pracovníci a poté rozebíráme jednotlivá vzniklá témata, která jsou pro větší přehlednost v analýze zobrazena v jednoduchém grafu.

### 9.1 Aktivizační pracovníce č. 1

První aktivizační pracovníce, která nám poskytla rozhovor, se jmenuje Monika. Monice je 26 let a v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě zastává funkci vedoucí aktivizační pracovníce. Jak sama vysvětlila, znamená to, že kromě přímé aktivizační péče o klienty, zastává ještě kancelářskou a organizační práci. Praxi s osobami s demencí má již od střední školy.

Z analýzy rozhovoru s Monikou nám vyvstala celkem 4 nadřazená témata, kterým se budeme postupně věnovat.



Obrázek I Nadřazená témata – Aktivizační pracovníce č. 1

Rozhovor s Monikou byl první rozhovor, který jsme dělali. Ačkoliv byla z počátku znát nervozita, Monika se brzy uvolnila a sdělila nám spoustu zajímavých informací.

### **Složitá aktivizace**

Aktivizační pracovnice Monika odpověď na otázku, jak vnímá proces aktivizace osob s demencí, dlouho hledala. Její vyjádření: „no... *je to s nima poměrně těžký*“, jistě reflektuje složitost aktivizace osob s demencí jen z části. Při rozhovoru na toto téma byly znát určité rozpaky a hledání slov, která ale vždy nakonec narazila na to, že aktivizace osob s demencí je velmi složitý proces.

*„ Složitost...je to těžký ta aktivizace... je to to složitější s nima.“*

Faktem je, že velká část osob s demencí nejeví o aktivizaci příliš velký zájem, mnozí z nich nejeví zájem ani o samotný život. A právě toto je nelehký úděl aktivizačních pracovníků, které jak uvádí Monika, musí z těchto faktů vycházet.

Jak již víme, demence je závažné onemocnění, které významně napadá především kognitivní funkce člověka. S touto skutečností se Monika těžko smíruje: „... *kolikrát jak jsou zmatení...snažíme se s nima něco dělat, ale... z ničeho nic vybuchnou, teď nevíme proč... někdo prostě ani nereaguje...*“

Důležité je zdůraznit, že ve stáří se k demenci samozřejmě přidávají i další nemoci a problémy, což Monika také sama uvedla. Aktivizace se tak kvůli nim stává ještě složitější. „*Člověk s demencí může mít různé zdravotní problémy, k tomu může hůř slyšet, může hůř vidět, může mít zhoršenou motoriku, vůbec fyzicky na tom nemusí být dobře, může být na lůžku.*“ Velká část osob s demencí se v Domově se zvláštním režimem Znojmo pohybuje také jen díky pomoci vozíčku. Je tedy zřejmé, že aktivizace osob s demencí je velmi specifická, osoby s tímto onemocněním je velmi důležité aktivizovat, ale neustále se objevují překážky, které aktivizaci činí složitější.

Klademe si tedy otázku, jak se pracovník, který má jako náplň svého zaměstnání tuto činnost, cítí? Je našťvaný, že je aktivizace složitá, nebo ho to naopak naplňuje a povzbuzuje k vyšším výkonům? Monika je v tomto ohledu opatrná, váhá, jakou odpověď použít, možná i přemýšlí, aby to na ni nevrhlo špatné světlo. Proto její odpověď zní: „*Mám z toho takový rozpačitý pocit, protože nevím...nevím, jestli to co dělám, je teda dobře pro ně.*“

Aktivizaci také velmi znesnadňují další faktory. Jedním z nich je agresivita, kterou Monika zmínila v rozhovoru několikrát. Je známo, že osoby s demencí mají kolísavé nálady, často

nevědí, co dělají a narušené chování a agresivita je také typickým projevem demence. Kromě toho mají tyto osoby velmi omezenou komunikaci, která je jedním ze stěžejních faktorů. Monika to velmi trefně vystihuje slovy „*je to tam takový trošku chaos.*“ Komunikace u osob s demencí velmi upadá, je velmi těžké se dorozumět a složité spolupracovat, když jak uvádí Monika „*jeden vykřikuje, druhý tam zase dělá něco jiného.*“

Ale i přes tyto faktory si je Monika jistá, že její práce může osobám s demencí pomoci zkvalitnit život, ovšem sama dodává, že bohužel není na všechno prostor.

### **Má to smysl**

V celé kapitole č. 3 Aktivizace osob s demencí, jsme se zabývali tím, jaký smysl a přínos aktivizace pro osoby s demencí má.

Monika za hlavní přínos považuje především výplň volného času. Domnívá se, že přebytek volného času je pro osoby s demencí velmi depresivní: „... *kolikrát jsou tady klienti, které rodiny nenavštěvují, nikoho nemají nebo je tam... nemají třeba zájem o toho člověka. Takže je tam přebytek volného času a teď co s ním. Navíc ten člověk má to vnímání takový jaký má, takže třeba za ním když ta návštěva dojde.... a oni neví, že měli návštěvu. Takže to vnímání času pro ně musí být šílený.*“

Monika považuje za přednost aktivizace využití volného času, to, že se člověk necítí opuštěný a citově tolik nestrádá.

Podle Moniky má určitý smysl každá aktivizační metoda, přesto zdůrazňuje některé, které se jí jeví jako ty nejpřínosnější. Jedná se především o canisterapii, o které se Monika s velkým zájmem pozitivně rozmluvila: „... *oni se hnedka rozzáří, když vidí toho pejska, pomazlí se s ním...takže na tom jde vidět, že jim to dělá radost, že z toho opravdu něco mají.*“ Dále také za odreakování považuje různé společenské akce, vystoupení dětí, pracovní dílny, ale i cvičení. Udává, že „*někdo si bez toho už nedovede představit život.*“ Což je jistě velmi motivující.

Z jejího vyprávění je zřejmé, že cítí, že aktivizace má smysl. Dokazuje to i svými slovy:

„*Určitě je tam posun, určitě to na ně má vliv. Vnímám to.*“ Monika vnímá pokroky v komunikaci, jmenuje několik způsobů tréninku komunikace i kognitivních funkcí.

Monika v průběhu rozhovoru také velmi často hovoří na téma rodina. Zdůrazňuje, že pro co nejsmysluplnější aktivizaci je velmi důležitá komunikace s rodinou a snaha o klientech něco vědět. Je pravdou, že nikdo jiný nás nezná lépe než naši nejbližší a je tedy vhodné

informace od nich využít. *„Rodina přece nejlépe ví, co ten klient, co je pro něj nejlepší, co dřív dělal, jaký vedl život, jestli měl koníčky. Protože přece jenom my jsme cizí osoby a nevíme úplně všechno... Určitě musíme více komunikovat s rodinou, vypěstovat v nic zájem...i zájem pracovníků o ty klienty.“*

### **Co se v nich děje?**

Velkým úskalím demence jsou poruchy emotivity a komunikace, které aktivizační pracovnice Monika vnímá jako podstatnou překážku procesu aktivizace: *„... a hlavně oni neřeknou... kolikrát co se v nich děje. Takže musíme hodně odhadovat, co se v nich děje, co by asi...“*

Ještě několikrát zmiňuje právě onen odhad. Je velmi složité a vyčerpávající někomu věnovat čas, snažit se mu pomoci, posunout ho dále a přitom nemít žádnou zpětnou vazbu, žádnou odezvu. Tento fakt jistě přispívá k riziku vzniku syndromu vyhoření, který jak potvrzuje Monika, jistě v oblasti péče o osoby s demencí hrozí: *„No to se můžeme jen odhadovat. Někdo to vyjádří...Jiným musíme říkat a co, dobrý, líbilo se Vám to a oni nejsou schopni říct, takže my se díváme i na tu neverbální komunikaci a snažíme se vyčíst i z jejich obličejů, co se v nich asi odehrává... podle gest, mimiky...oni nám to nejsou schopni říct.“*

Je tedy velmi těžké aktivizovat člověka, který nedokáže reagovat a poskytnout odezvu. Monika uvádí, že v jejich zařízení jsou i klienti, *„kteří se neusmějí, pořád jsou takoví strnulí, takže se tam těžko odhaduje, co si myslí... nevím... abych jim třeba neublížila.“*

Monika má v sobě ovšem jistou naději. *„Jestli třeba v myšlenkách, třeba si uvědomují, jestli nějaký slovíčka tam mají, když s nima mluvíme, třeba něco pochytl...“*

Bohužel, citová oploštělost demenci provází a provázet bude, je tedy důležité, aby pracovníci v sobě měli dostatek empatie a především naděje, odhodlání a víry, že dělají správnou věc.

### **Individualita na 1. místě**

Slovo individualita se prolínalo celým rozhovorem s Monikou, která ji považuje za nejdůležitější v přístupu k osobám s demencí.

Osoby s demencí nejsou všichni na stejné úrovni, někdo může mít více zasaženou orientaci, někdo komunikaci. Je tedy nezbytné přihlížet k těmto specifickým každého klienta.

Jak uvádí Monika, některý klient je rád s ostatními, velmi rád spolupracuje, ale na druhou stranu je i velká část osob s demencí, kteří nemají absolutně o nic zájem. Někdo rád na-

vštěvuje jednotlivé aktivity, za někým je nutné přijít na pokoj, protože jej v zásadě neopouští. Právě i zmíněná fixace na svůj pokoj je velmi častá: „*Máme tu klienty, kteří at' jsme jim nabízeli cokoli, tak prostě nic. Oni byli vázáni, fixováni na svůj pokoj, takže tam nehrozilo, že by třeba někam šli.*“ I v těchto případech je tedy důležité nastavit individuální přístup, poskytovat aktivity jako je například canisterapie u klientova lůžka.

Je také velká rozdílnost v samotné aktivitě klientů s demencí: „*Někteří jsou velice činorodí, že by vyráběli každý den něco, že by různě vytvářeli jo různé věci. To vyprávění, ten rozhovor....*“ Na druhou stranu jsou klienti, co aktivity odmítají, různě se vymlouvají. Monika si myslí, že je důležité se zaměřit na dřívější koníčky, zájmy, komunikovat o tom s rodinou, aby se našel nějaký způsob, jak klienty motivovat.

Individuální přístup je dle Moniky opravdu velmi důležitý, ona se o něj snaží a vnímá, že se jí to daří.

## 9.2 Aktivizační pracovnice č. 2

Druhá aktivizační pracovnice, která nám poskytla rozhovor, se jmenuje Jitka.

Jitce je 33 let a její praxe s osobami s demencí je, jak sama uvádí, okolo 8 let. U Jitky rozebíráme 4 vzniklá nadřazená témata, která jsou následující:



Obrázek II Nadřazená témata – Aktivizační pracovnice č. 2

### Důležitá součást

Aktivizační pracovnice Jitka vnímá aktivizaci osob s demencí jako důležitou součást péče o ně a velmi pozitivně o tomto procesu hovoří. V průběhu celého rozhovoru uvádí příklady konkrétních klientů a konkrétních situací.

*„Máme tady jednu klientku, ta strašně ráda čte, hrozně ráda luští křížovky, myslím, že je to strašně důležitý, aby jim ten mozek pracoval a že si i díky tomu víc pamatuje.“*

Jitka předpokládá, že klienti díky aktivizaci cítí uklidnění. *„A možná mají i takový pocit, že... že mají prostě nějakou činnost, že mají takovou zábavu, že se něčím zaměstnají. Že jim to vytrhne ten volný čas, že oni se třeba cítí takoví, neví, co mají dělat, byli zvyklí hodně pracovat...a těmito činnostmi se zabaví.“*

Podstatné je, že Jitka vnímá proces aktivizace osob s demencí velmi pozitivně. I přes svoji osmiletou praxi je v ní cítit zaujatost pro své poslání a to také dokazuje slovy: *„Když vidím, že je to baví, je to hrozně fajn. Že jsou takoví... Prostě dobré, i mě to vlastně baví a naplňuje (úsměv).“*

Za důležité pro aktivizaci Jitka považuje i prostředí, které hodnotí jako velmi vhodné. Osobám s demencí podle jejího názoru vyhovují velké a světlé prostory. Sama opět pozitivně uvádí, že se zde klientům jistě líbí také.

I přes svoji pozitivitu je Jitka schopná říci, co by mohlo aktivizaci do budoucna ještě pomoci. Uvědomuje si, že je vždy co zlepšovat a tyto oblasti také dokáže pojmenovat, což je velmi přínosné. *„... více té klubovny, vyprávění, vzpomínání. Ted' ale chystáme reminiscenční terapii, máme speciální místnost už, takže toho přibude. Určitě i více cvičit paměť, tu mají nejvíce postiženou...Určitě by to mohlo být častěji, protože si myslím, že je to pro ně dobrý.“*

Ačkoliv se aktivizační pracovnice Jitka jevila na začátku rozhovoru velice nervózně, dokázala se v průběhu uvolnit a přenést na nás její pozitivní přístup.

### Chtěli by, ale nemůžou

Když jsme se Jitky zeptali, jaká vnímá specifika aktivizace právě u osob s demencí, uvedla jako hlavního činitele, který aktivizaci ovlivňuje, paměť.

*„Určitě je to u těch osob s demencí horší, moc si nepamatují, že...spoustu věcí...hodně věci si nepamatují. Ti co jsou na tom hůř, tak vůbec neví.“* Zde můžeme opět vnímat, jak je důležitý individuální přístup ke klientům s demencí, je důležité pracovat s osobami s de-

mencí podle stádia jejich onemocnění, podle jejich úrovně, podle toho, kolik věcí si jsou stále schopni pamatovat. Je tedy zřejmé, že i Jitka vnímá aktivizaci osob s demencí jako složitější proces.

Jitka opět pozitivně uvádí, že se jí daří spolupracovat s klienty s demencí na dobré úrovni, ale uvědoměle dodává, že se zde vyskytují určité překážky v komunikaci. „*Ale myslím, že většina je ráda, když si můžou s někým popovídat. S tou demencí je to složitější, většina by třeba chtěla, ale už nemůže no...*“

Má ovšem také zkušenosti s klienty, kteří by mohli, ale nechtějí. Obhajuje to tím, že tito lidé již podle jejích slov, chtějí mít svůj klid. „*Mají pocit, že za celý život už toho udělali hodně a chtějí mít opravdu klid. Jsou opravdu klienti, kteří jsou opravdu jen na pokoji, nic nechtějí a odmítají veškerou aktivitu, veškeré věci, vůbec nic nechtějí. Ale taky záleží na povaze... třeba uzavřenější.*“ Je tedy patrné, že spousta klientů již rezignovala na život a nemají zájem o nabízené činnosti, které by je mohly vytrhnout z každodenního stereotypu. Na vině ale může být také skutečnost, že aktivizaci nehodnotí jako pozitivní: „*Možná třeba když trénujeme paměť, tak si mohli vzpomenout na nějaké nepříjemné zážitky určitě.*“

### **Alespoň kývnutí...**

Jitka považuje za složité především porozumění osobám s demencí, jelikož nastává problém v případě, kdy se klienti moc neprojeví či se nedokáží projevit vůbec.

Jitka v tomto případě pohlíží i na neverbální komunikaci či mimiku klienta. Sama uvádí příklad a osobní zkušenost z aktivizační metody canisterapie: „*Třeba i co se klienti moc neprojeví a uvidí pejska, tak úplně se jim rozzáří oči, hladí si ho...*“

Také zmiňuje, že ačkoliv je komunikace, celkové porozumění a s ním spojená i zpětná vazba či reakce na jednotlivé aktivity omezená, je znát z klientů s demencí snaha, které si Jitka velice cení. Uvádí tento fakt například i u cvičení a jiných fyzických aktivit, kde je podle jejích slov znát zlepšení. Podstatné podle ní je, že klienti „*úplně nezakrní.*“ Snahu potvrzuje i věta: „*...ale třeba aspoň když se ten člověk snaží, když se na něco zeptáme, tak aspoň kývne...to kývnutí...že člověk může alespoň vyzorovat, že nějaká ta odezva tam je.*“

### **Užitečnost jako hlavní přínos**

Posledním nadřazeným tématem, které nám z Jitčina rozhovoru vychází, je užitečnost. Jitka si myslí, že „*cítit se být užitečným, že prostě může něco dělat*“ je moc důležité a právě



díky tomu, podle její zkušenosti, je aktivizace nepostradatelnou součástí péče o osoby s demencí.

Užitečnost Jitka demonstruje především na příkladu pracovní terapie. „*Že můžou něco vytvářet, že to vidí pod rukama. Nebo namalují obrázek.*“

Jitka se tedy velmi snaží, aby aktivizace, kterou ona klientům poskytuje, navozovala pocity užitečnosti. Snaží se i s klienty co nejvíce hovořit, pochválit je za snahu. Pro každého člověka je důležité vědět, že má ve světě nějaké místo, že je potřebný a užitečný. A i když se může zdát, že osoba s demencí, která žije trvale v pobytovém zařízení sociálních služeb, již nic takového cítit nepotřebuje, tak opak je jistě pravdou.

I osoby s demencí, které jsou stále schopné aktivizace, dokáží vnímat pocit užitečnosti a možná i právě ten jim pomáhá a motivuje je.

### **9.3 Aktivizační pracovnice č. 3**

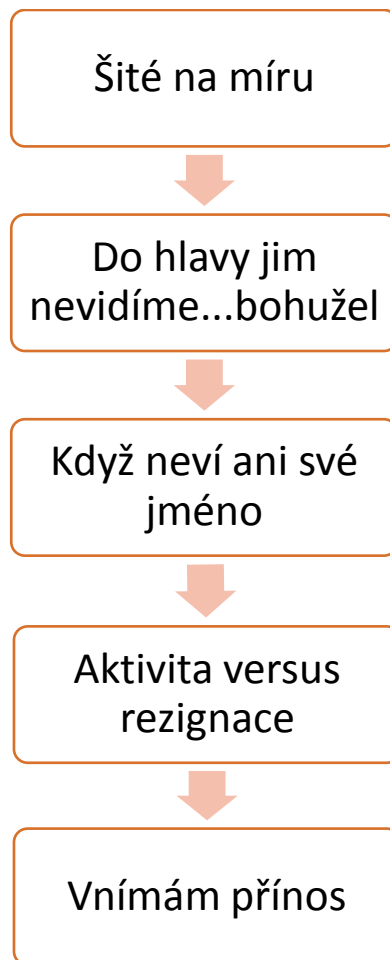
Třetí a poslední aktivizační pracovnice, která nám pro účel tohoto výzkumu poskytla rozhovor, se jmenuje Lucie.

Lucii je 44 let a s osobami s demencí pracuje již pátým rokem. Dříve také zastávala u těchto osob pozici pracovnice přímé péče.

Právě aktivizační pracovnice Lucie nám pomohla vybrat klienty, kteří jsou schopni a ochotni nám poskytnout rozhovor. Po čas rozhovorů byla s námi přítomna u klienta a s rozhovory nám velmi významně pomohla. Myslíme si, že i samotným klientům byla skutečnost, že u rozhovorů byla přítomna pro ně známá tvář, uvolňujícím a uklidňujícím faktorem, který nám pomohl získat potřebné informace.

Rozhovor s Lucií byl poměrně dlouhý a uvolněný, plný konkrétních příkladů, osobních zkušeností a zážitků s jednotlivými klienty a jednotlivými aktivizačními metodami.

Celkem jsme si vytvořili 5 nadřazených témat, jelikož byl rozhovor dlouhý a vystalo nám z něj velké množství popisků a témat, kterým chceme poskytnout dostatečný prostor.



Obrázek III Nadřazená témata – Aktivizační pracovnice č. 3

### Šité na míru

Aktivizační pracovnice Lucie má o přístupu k osobám s demencí jasný názor: „ *Bývá to obtížné pracovat s klienty s demencí... ale je to individuální, protože každý má jiné potřeby a taky jinou poruchu. Někdo má horší celkové vnímání, někdo orientaci...takže je to složité... to je to hlavní, to se těžko popisuje.*“

Individuální přístup opět zabíral velkou část rozhovoru, můžeme tedy vyčíst, že Lucie si myslí, že brát každého klienta jako individuum se specifickými potřebami, je základ práce s osobami s demencí. „ *Musí to být individuální, k těm potřebám klienta. Každý má jinou potřebu. Musí být individuální přístup, bez toho to nejde. Musí to být šité na míru.*“

Lucie uvádí, že aktivizace osob s demencí je specifická právě proto, že se musí zaměřit na potřeby svých klientů. „ *Když mají třeba problémy s orientací, zaměříme se na tu orientaci, máme tam kalendář vyrobený, když se jdeme projít a přímo se díváme kolikátého je,*

*jaké je roční období...řeknu jim třeba kdo má svátek, zeptám se, jestli někoho takového neznají...“*

Stejně individuálně hodnotí Lucie i komunikaci a spolupráci klientů s demencí. „*Je to zase individuální, jak s kterým. Kdo je schopný porozumět, rozumí, tak bez problémů. Musím prostě vědět, kdo má jaké potřeby. Někdo zvládne něco sám, druhý to nezvládne, tak se mu musí pomoci. Někomu to vysvětlím jednou, druhý to nepochopí nikdy, ten mozek mu to už nedovolí...“* Jde tedy znát, že Lucie se o své klienty opravdu zajímá a věnuje se jim, jak nejvíce to jde. To dokazuje i její odpověď na otázku, jestli by bylo možné aktivizaci nějak zlepšit: „*... tak já se snažím, jak se dá (smích). Já už se snažím, co to jde, snažím se jim hodně přizpůsobit, těm jejich potřebám. Opravdu se snažím individuálně, prostě šité na míru, aby jim to opravdu pasovalo... Já osobně jsem zatím nic nezaznamenala... uvidíme...snad nic (smích)...*“ Z její reakce můžeme vyčíst, že je se svou prací a s tím, co pro klienty s demencí dělá, spokojena.

### **Do hlavy jim nevidíme...bohužel**

*„Ta canisterapie bych řekla, že to je asi nejlepší činnost... bohužel nevidím jim do hlavy, co si u toho přesně myslí. Ale vidíte to podle těch očí třeba, že se dívají, že i ten výraz, ta mimika. Že se třeba usmějí a kdo může mluvit, tak řekne jéé on to chytil. Kdo mluvit nemůže, tak vidíš třeba jen ty oči, že se dívá.“* Lucie vyjadřuje jakousi lítost nad tím, že někdy neví přesně, co si osoby s demencí, které již nejsou schopny komunikovat, myslí a co vnímají. Je to beze sporu překážka aktivizace, pracovníci mohou lehce ztratit motivaci, když nevnímají žádnou zpětnou vazbu.

Ovšem z Lucie motivaci vnímáme a uvádí nám spoustu příkladů klientů, ze kterých ona sama dokáže poznat radost z konané aktivity. Bohužel u klientů se vyskytuje i nečekaná agresivita, kterou Lucie obhajuje, jako nevědomou a neúmyslnou. Přesto ji zmínila jako hlavní rizikový faktor.

### **Když neví ani své jméno**

Lucie uvádí, že velká část klientů má paměť velmi poškozenou a tudíž občas vznikají situace, které ani jí osobně nejsou příjemné: „*Ted' vlastně proběhl takový rozhovor mezi pánem a paní... a pán jí říká, paní já vás znám, znám i vašeho bratra, ten rozhovor probíhal divně. I mně to bylo nepříjemný, ona si to neuvědomovala vůbec. Ale pak řekla, no já už jsem to všechno zapoměla, jakože si to uvědomila...a on jí vlastně připomněl tu její dobu, protože jí řekl, že zná někoho z rodiny a tak. Ale paní neví, jak se jmenuje ta rodina vůbec,*

ani ona sama. “ U některých jedinců je tedy paměť opravdu znatelně poškozena a znemožňuje komunikaci s jinými osobami.

Za druhý příklad, který by se někomu mohl zdát až komický, může opět paměť: „*Někdo neví třeba, ani, co měl k obědu, nepamatují si. Třeba je snídane a paní řekne, že ještě nejedla. Tak jí to vysvětlíme, ale ona prostě neví. Tak jí tam necháváme talířek od jídla, aby věděla, že jedla. Protože se může stát, a už se to vlastně stalo, že třeba rodina řekne, maminka si stěžovala, že nejedla. Tak jim to prostě musíme vysvětlit, že maminka jedla, jenže si to nepamatuje.*“

Ale Lucie později uvádí i příklady osob, které si vzpomenu, které se i díky různým aktivitám a tréninkům paměti dokáží na něco rozpomenout. Bohužel komunikace s klienty s demencí je omezená, mají také menší slovní zásobu.

„*No třeba, že to někomu občas zableskne...ale něco mu řeknete, dívá se na Vás, ale vlastně neví, co po něm chcete.*“

Sama Lucie ale dodává, že se musí snažit a nějak se s klienty domluvit.

### **Aktivita versus rezignace**

Problémem aktivizace osob s demencí bývá motivovanost klientů navštěvovat jednotlivé aktivity a zapojovat se do dění Domova. Lucie toto vnímá jako velmi smutný fakt, se kterým se ale denně potýká a opět uvádí příklad konkrétního klienta: „*A on prostě nikam nechce, i kdybych ho přemlouvala. Jendou šel na svoje vlastní narozeniny. A to jsme ho museli hodně přemlouvat, aby teda s tou manželkou šel. To už prostě má ten styl života, už nikam nechce chodit, už nechce žádné lidi vidět, i když se snažíš, jak se snažíš. A to se snažíme, zkusíme to pořád. Nic ho už nebaví, nic ho nezajímá... Rezignoval, jen jí a pije, občas si povídá s manželkou...ale minimálně, ona je tam vlastně sama... je to smutné.*“

Ale jsou takoví klienti, kteří se velmi snaží, jsou čínorodí, aktivní a rádi spolupracují. Můžeme tedy říci, že tito klienti jsou pro pracovníky velkým povzbuzením a motivací.

Celkově Lucie považuje aktivizaci za velice důležitou činnost, ale zdůrazňuje to větou: „*Vyžaduje to prostě větší trpělivost.*“

### **Vnímám přínos**

Lucie si hodně aktivit velmi pochvaluje a uvádí jejich přínos. Jedním z často jmenovaných slov je slovo vzpomínky. Je evidentní, že u osob s demencí je vzpomínání považováno za

velmi důležitou součástí aktivizace. Proto nás také seznamuje s informací, že mají vybudovanou reminiscenční místnost s dobovými věcmi, která se klientům velmi líbí.

*„Oni si třeba i vzpomínají, která písnička se jim v mládí líbila...mají třeba takový pocit, že se vrátili do mládí zase...“*

Lucie ze své zkušenosti vnímá, že klienti při aktivizaci cítí jednoznačně radost. A ona ji cítí také. Má radost, když aktivita klienty baví, když se jim líbí ve společnosti ostatních lidí: *„Třeba při té pracovní terapii jak říkala jedna paní, že má radost, že něco umí, a co neumí, že se ráda přiučí. Jedna paní třeba umí háčkovat tady to, tak se jí zeptá, jak se to dělá, tak se podívá, a když jí to jde, tak má radost, že se jí to i v tom věku třeba daří.“*

Sama Lucie cítí i úspěch. Má radost, když se klientům daří, že chtějí jednotlivé aktivity a vyhledávají je: *„Mám radost, že vůbec třeba chtějí cvičit, i když třeba jedna paní se třepe, ale jde a snaží se... sedne na rotoped, u toho si povídáme, kam dneska pojedeme, třeba daleko a zastavíme se cestou do hospody na limonádu... Takže u toho zažijeme i legraci.“*

Důležité je především to, aby se klienti cítili dobře. Lucie uvádí, že velká část z nich je vděčná, že se jim někdo věnuje. Jak ale sama říká, *„musí ten člověk sám aspoň trochu chtít.“*

Lucie vnímá jako přínos i osamostatnění klientů, větší jistotu například při chůzi. A vy-zdvihuje canisterapii: *„... ten dotek tam...když hladí toho pejska...tak prostě to vidíš.“*

Z Lucie jsme po celou dobu rozhovoru cítili velké zaujetí pro její zaměstnání, i v případě, kdy jsme se jí tázali na její prožitky, rozhovor převedla na téma klienti a jejich pocity při aktivizaci. Domníváme se tedy, že se o své klienty velmi zajímá a je pro ni důležité, co cítí a vnímají.

## 9.4 Společné znaky

Dalším krokem fenomenologické **analýzy je hledání souvislostí napříč jednotlivými případy.**

V této kapitole se tedy zaměříme na souvislosti ve zkušenostech aktivizačních pracovníků a na společné znaky, které nám vyvstaly z jednotlivých analýz rozhovorů s aktivizačními pracovníky.

Téma, které velmi často zmiňovaly všechny dotazované aktivizační pracovníky, je **složitost aktivizace osob s demencí.** Všechny pracovníky se shodují na tom, že aktivizace osob s

demencí je velmi **důležitou součástí péče**, ovšem plně si uvědomují její složitost a obtížnost, která je dána právě diagnózou demence.

Již víme, že demence se vyznačuje především poruchami kognitivních funkcí, při práci s osobami s demencí se tudíž dá očekávat omezená komunikace a horší spolupráce.

Další společné téma, které nám vyvstalo z fenomenologické analýzy, je **obtížnost dorozumění** a především **často chybějící zpětná vazba od klientů**. V tomto směru je nejvíce optimistická aktivizační pracovnice Jitka.

Právě i s tímto tématem je spojen tolikrát zmiňovaný **individuální přístup**. Aktivizační pracovnice si všechny uvědomují, že každý klient s demencí může mít jinak narušené vnímání a tudíž se k nim snaží přistupovat maximálně individuálně, a to podle konkrétních potřeb samotných klientů. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že například aktivizační pracovnice Monika si individualitu osob s demencí uvědomuje opravdu velkou měrou a v rozhovoru ji zmiňuje velice často.

Co nás překvapilo, je skutečnost, že v rozhovorech nebylo častěji zmíněno téma rodiny. Pouze Monika se velice zaměřila na důležitost spolupráce s rodinou, ostatní pracovnice tomuto tématu nevěnovaly větší pozornost, ale také zdůrazňovali **potřebu znát minulost svých klientů, jejich záliby a potřeby**. Což se dle našeho názoru velmi úzce pojí s komunikací s rodinou a získáváním informací od nich, jelikož většina klientů s demencí jim není schopna tyto informace sdělit.

Velmi pozitivně na nás působí především konkrétní příběhy jednotlivých klientů, zážitky z jednotlivých aktivit, se kterými se nám světovala především aktivizační pracovnice Lucie. Z tohoto nám vyplýval fakt, že se o klienty s demencí velice zajímá.

Ačkoliv je aktivizace osob s demencí složitá, všechny tři dotazované se shodují v tom, že **je přínosná, že má smysl**. Jednotlivé dotazované vyjmenovávaly konkrétní přínos v jednotlivých aktivitách, ale jako největší přínos ze všech rozhovorů vyvstalo **zaplnění volného času a pocit užitečnosti**.

Především Monika s Lucií považují za problém rezignaci některých klientů a nezájem o aktivity, který si vysvětlují tak, že jednotliví klienti už chtějí mít svůj klid. Je to bohužel smutný fakt, který i přes veškerou snahu nejsou ve většině případů schopny ovlivnit. Snaží se tedy klienty alespoň navštěvovat na jejich pokojích, vyprávět si s nimi a zpříjemnit jim den.

## 10 FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA ROZHOVORŮ S KLIENTY S DEMENCÍ

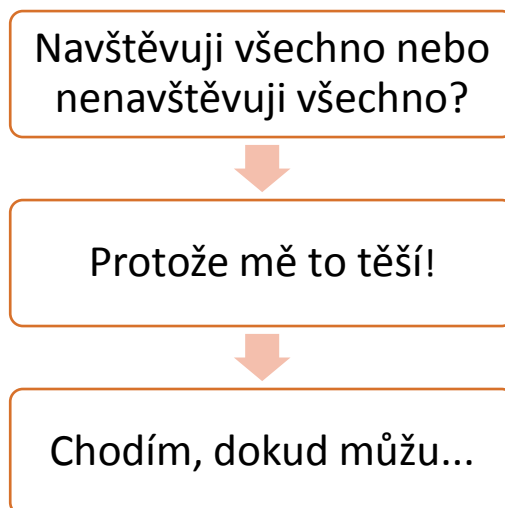
Fenomenologická analýza rozhovorů s klienty s demencí, kteří navštěvují aktivizační program, byla složitější než u aktivizačních pracovníků.

Jak jsme zmínili již na předchozích stránkách, snažili jsme se rozhovory pro osoby s demencí přizpůsobit jejich kognitivní úrovni. Je tedy zřejmé, že i odpovědi klientů této specifické skupiny byly stručnější a s omezenější slovní zásobou. Z tohoto hlediska nám z rozhovorů vplynulo i menší množství témat, která jsme ovšem náležitě zpracovali.

### 10.1 Klientka č. 1

První klientka s diagnózou demence, která nám za pomoci aktivizační pracovníce poskytla rozhovor, se jmenuje Anna. Paní Anně je již 95 let. Nepamatuje si sice přesně, jak v daném zařízení dlouho pobývá, ale dokáže se v čase orientovat pomocí data svých narozenin. Nakonec jsme se s pomocí aktivizační pracovníce dozvěděli, že paní Anna v daném zařízení pobývá okolo 3 let. V pokoji, ve kterém jsme ji navštívili, bydlí již jeden rok.

Témata, která vplynula z fenomenologické analýzy rozhovoru, jsou následující:



Obrázek IV Nadřazená témata – Klientka č. 1

### Navštěvuji nebo nenavštěvuji všechno?

Na otázku, jaké aktivity paní Anna navštěvuje, nám odpovídá, že všechny. Později jsme se ovšem i s pomocí aktivizační pracovnice dopracovali i k aktivitám, které paní Anna nenavštěvuje.

Z paní Anny je především znát velký elán, zájem o činnosti i o samotný život.

Paní Anna opravdu většinu aktivit navštěvuje, nenavštěvuje zpívání a relaxace.

„*Relaxace? Co to je?*“ Po vysvětlení paní Anna uvádí: „*No to já neslyším, tam nechodím. Tak co tam.... Mám ráda hudbu, když je hodně nahlas!*“

V průběhu rozhovoru paní Anna ještě několikrát zopakovala, že navštěvuje velmi ráda všechny aktivity, ale došli jsme ke zjištění, že také odmítá canisterapii: „*Ti psi mě nějak...vidím toho dost venku. To mě nějak moc neláká, ti psi..*“

Paní Anna velmi ráda navštěvuje i mše, což dokazuje slovy: „*Já jsme na to od malička zvyklá... no tak chodím, mám to ráda.*“ Můžeme v tom zpozorovat jak určité stereotypní chování klientky, tak alespoň náznak vnitřního, duševního života, který v klientce stále je.

Přece jen je ale paní Anna jednou z klientek s demencí, která se snaží navštěvovat velkou část aktivit a je velice činorodá. Sama se svou aktivitou udržuje v kontaktu s okolím a nenechává svou osobu upadnout v zapomnění.

### Protože mě to těší!

Již jsme zmínili, paní Anna na nás působí velice pozitivně a energicky s přihlédnutím k jejímu věku. Se stejnou energií a náznakem zápalu se nám snažila odpovídat na jednotlivé otázky.

Když jsme se paní Anny ptali, co ráda dělá ve svém volném čase, ani chvilku neváhávala s odpovědí: „*No baví mě vymýšlet nějaký věci! Ty nápady!*“ Paní Anna nejraději ze všeho navštěvuje pracovní terapie, dílny a vyrábění, nejvíce času ovšem věnuje háčkování, což je znát i v jejím pokoji, kde má vystavených spoustu svých výtvorů a ukazuje nám je. V tomto chování vidíme určitou manifestaci ze strany klientky, kdy se nám snaží dokázat, že je stále ještě aktivní a tvořivá.

Paní Anna s nadšením uvádí, že se jí v zařízení dané aktivity moc líbí, že ji velice těší. Je evidentní, že se dokáže radovat i z maličností: „*To je hezký, když za náma, starýma babkama, chodí děti, ne?*“



Své pocity, které při aktivizaci vnímá, popisuje jako náladové: „*No dobrý, dobrý, takový náladový. Takový nadšení, jsem taková nadšená pro to jako.*“

Paní Anna také velice ráda vyhledává společnost lidí, ráda vzpomíná a vypráví si s aktivizační pracovníci, ke které má evidentně velmi kladný vztah: „*No tak to radost, to radost! To mě moc těší! To je prima. To je dobrá vždycky chvílka, člověk zapomene na špatné všechno. Ráda se taky zasměju.*“

### **Chodím, dokud můžu...**

Již jsme uvedli, že paní Anna velmi ráda navštěvuje aktivity, které jsou jí v Domově se zvláštním režimem nabízeny. Sama to dokumentuje slovy: „*No tak já chodím, no, dokud můžu trochu.*“

Zajímavé je, že si uvědomuje, že se na jednotlivých aktivitách setkává s klienty, kteří jsou demencí již více zasaženi než ona. „*No tak já bych si s nima ráda povykládala, ale... ono to moc nejde. Oni nemluví ani moc.*“ Ale ihned následuje věta, že má velmi ráda společné čtení a luštění.

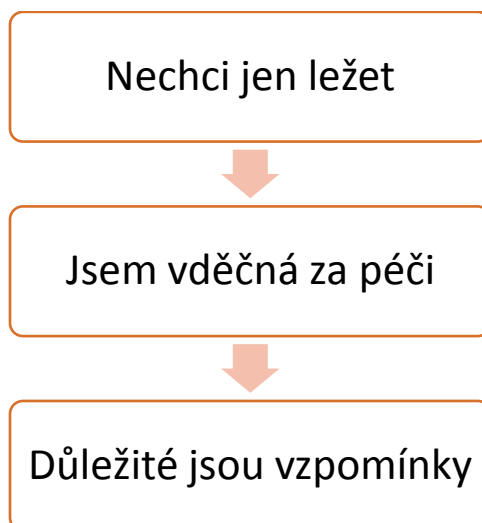
Občas je ovšem z vyjadřování paní Anny znát, že si uvědomuje svoje stáří a nemoc: „*A už jsem stará bába. To už se k tomu upírám, k té modlitbě a tak.*“

„*Co já stará bába můžu změnit...je to tu dobrý, jsem tu moc spokojená, líbí se mi tu.*“ I přesto, že si je paní Anna vědoma svého stáří, má stále sílu aktivizační program navštěvovat, což hodnotíme velmi pozitivně.

## **10.2 Klientka č. 2**

Druhá klientka, která nám poskytla rozhovor, se jmenuje Marie. Paní Marii je 86 let a pobývá v zařízení krátce, teprve jeden rok, ale sama si na tuto skutečnost nedokázala vzpomenout a nevěděla.

U paní Marie se budeme zbývat třemi nadřazenými tématy.



Obrázek V Nadřazená témata – Klientka č. 2

### **Nechci jen ležet**

Paní Marie vede i v domově se zvláštním režimem aktivní život, její hlavní aktivitou, které se věnuje ve svém volném času na pokoji, je čtení. „*Já čtu, mám tu knížku, vidíte... Sestřička mi je tady nosí, tak čtu. Ráda. I časopisy co mi tu půjčí, tak čtu.*“ Tuto aktivitu si dovoluujeme hodnotit velmi pozitivně, jelikož paní Marie díky tomu procvičuje mozek i paměť a udržuje slovní zásobu. Navíc ji tato činnost velmi baví a vyplňuje jí její volný čas.

Paní Marie také velmi vyhledává cvičení. Sama uvádí, že cvičí hodně.

„*Třeba cvičení je mi moc milé... všude se mi to líbí, mám nějakou činnost...zábavu...jen neležím, je mi to milé.*“

I nadále velice pozitivně hovoří o cvičení, kterému se s ní každodenně věnuje aktivizační pracovnice: „*No já je... těší mě to... že se pohybuji, něco dělám....*“

Podobný názor má paní Marie i na další navštěvované aktivity, vítá i relaxace, které považuje, za „*odpočinek*“ a „*něco pro zdraví*“.

Paní Marie také vyzdvihuje prostředí zařízení a uvádí, že se jí zde moc líbí.

### **Jsem vděčná za péči**

Paní Marie se v průběhu rozhovoru několikrát zmiňuje, že sama moc věcí nedokáže a že potřebuje pomoci. Také ale zdůrazňuje, že má velmi dobrý pocit, když se jí při nějaké aktivitě daří: „*... že mi to jde a baví... mám to ráda.*“ Zde spatřujeme kvalitně odvedenou práci ze strany aktivizačních pracovníků, jelikož poskytují dostatečný prostor pro seberealizaci klientů a odměňují je mnohými pochvalami.

*„Líbí se mi, že se něco přiučím...mám radost, že to zvládnou třeba...že mě pochválí... je to milé.“*

Paní Marie velmi pozitivně hodnotí právě pomoc a péči aktivizační pracovnice a je za ni velice vděčná: *„Moc ráda, hlavně při cvičení... protože je na mě moc milá... já si ráda vyprávím, mám radost.“* Sama v rozhovoru víckrát zdůrazňuje, že jí velice pomáhá a je v zařízení velice spokojená.

Také je velmi vděčná za společnost, nejen aktivizační pracovnice, ale i ostatních klientů, je velmi ráda, že si s někým může pohovořit a ráda se s ostatními poradí.

### **Důležité jsou vzpomínky**

Část aktivit navštěvuje paní Marie i z toho důvodu, že ráda vzpomíná. Zmínila to například u vystoupení dětí a dalších společenských akcí: *„ No to se mi líbí... mám při tom i vzpomínky na mládí třeba... na moje děti...a taky při tancích vzpomínám...“*

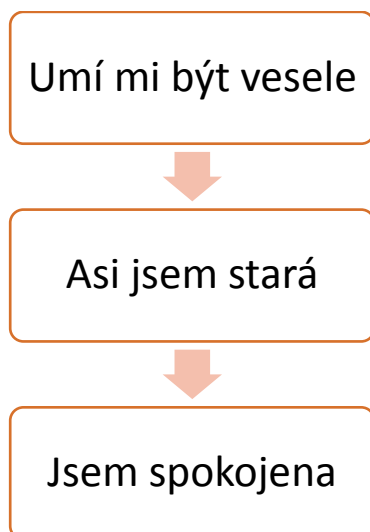
Vzpomínky u paní Marie evokuje i canisterapie: *„Syn má pejska víte...tak já je tu ráda hladím...pejsci jsou milí, je to oživení. Je to veselé.“*

V některých situacích ovšem i paní Marie vyhledává soukromí, je tomu tak například u bohoslužeb, kdy se zmínila, že je nenavštěvuje, ale věnuje se modlitbám v soukromí, což je pochopitelné.

### **10.3 Klientka č. 3**

Poslední klientka se jmenuje Věra. Paní Věře je 83 let. Pobývá v Domově se zvláštním režimem více než rok. Tuto informaci nám musela doplnit aktivizační pracovnice, jelikož sama paní Věra ji nevěděla.

U analýzy rozhovoru s paní Věrou nám vyvstala celkem tři nadřazená témata.



Obrázek VI Nadřazená témata – Klientka č. 3

### **Umí mi být vesele**

Paní Věra nejraději navštěvuje zpívání: „*Sednu si tam, poslechnu a zpívám.*“

Zajímavostí je, že paní Věra sama zmínila, že ráda chodí ven, na procházky: „*Posloucháme ptáčky.*“ Můžeme si to odůvodnit informací, že paní Věra má velmi v oblíbení přírodu a zvířata. Ve volném čase nejraději sleduje televizi, konkrétně přírodopisné pořady o zvířatech. Jeden z nich má puštěný i v době naší přítomnosti: „*No jak tam běhají zvířátka...*“ Tato skutečnost vysvětluje i fakt, že paní Věra ráda chodí na canisterapii: „*To se mi líbí... pejska si můžu pohladit, to je pěkné.*“ Tuto aktivitu má paní Věra spojenou také se vzpomínkami na mládí, kdy měla pejska doma.

Paní Věře přináší aktivizace především radost, má ráda děti i různé akce, ale nevádí jí ani aktivity spojené s odpočinkem: „*To je pěkný, uklidnění...sestřička mi to vysvětluje... tam si odpočinu.*“

Je velice dobré, že je paní Věra aktivní a aktivity navštěvuje, sama to komentuje slovy „*co mi nabídnou, tak jdu.*“

### **Asi jsem stará**

Paní Věra nám v průběhu rozhovoru několikrát přímo či nepřímou naznačila, že má již vysoký věk a že se ne vždy cítí dobře na to, aby aktivity navštěvovala. Pohybové aktivity například již praktikovat nemůže: „*No to já nemůžu, nemůžu se moc hýbat.*“ Ale velmi vítá, že i přesto za ní aktivizační pracovnice chodí na pokoj a trochu s ní cvičí.

Další zdůraznění stáří přišlo s odpovědí na otázku ohledně ergoterapie a tvoření: „*Je to hezké něco vytvořit... že i taková stará můžu něco pěkného udělat...*“

Paní Věra již také velmi často vyhledává samotu, především v situacích, kdy se necítí po zdravotní stránce dobře: „*Jak kdy...někdy sama tady... u sebe. Když mi je dobře, tak jdu... někam.*“ Na tomto chování neshledáváme nic negativního. Spíše naopak. Paní Věra totiž sama dokáže rozlišit, kdy pro ní bude přínosné aktivity navštěvovat a kdy chce naopak být sama se sebou a odpočívat.

### **Jsem spokojena**

I přes pochyby o svém zdravotním stavu a věku, je paní Věra v zařízení spokojena. Uvádí, že se jí velice líbí, když se jí daří a něco se jí povede. Ráda i spolupracuje: „*Nevadí mi lidi, spolupracuju taky.*“

Velice si chválí přístup personálu a aktivizačních pracovníků za jejich pomoc a obětavost.

Jediná aktivita, kterou paní Věra ze zásady nenavštěvuje, je bohoslužba.

„*To modlení... nejsem věřící. Jinak když je mi dobře, tak se snažím všude. Jsem spokojena.*“

Paní Věra na nás působila velmi klidným až samotářským dojmem, proto nás velmi překvapilo, že aktivizační program velmi často vyhledává a hodnotí jej pozitivně.

## **10.4 Společné znaky**

I v případě klientek s demencí je posledním krokem fenomenologické analýzy **hledání souvislosti napříč analýzami jednotlivých rozhovorů.**

Jedním z hlavních společných znaků našich tří dotazovaných klientek je **aktivita**. Rády navštěvují jednotlivé aktivity a tráví čas aktivně. Je samozřejmé, že nenavštěvují všechny aktivity, každý má individuální zájmy, potřeby a také možnosti. Některá z klientek má velmi ráda zvířata, paní Marie například vyhledává neustále pohyb a cvičení. Společné ale mají i to, že si rády povídají a vypráví.

Klientky jsou dále velice vděčné, že jim aktivizační pracovníce a další zaměstnanci či dobrovolníci věnují svůj čas. Uvádějí, že z toho mají velikou **radost** a cítí se lépe a užitečně, což je jistě velkým přínosem aktivizace. Ovšem s vděčností za péči se pojí i další téma a to téma **stáří** a jakési „neschopnosti“, které dvě klientky, Anna a Věra, několikrát zmínili.

Klientky také rády **vzpomínají**, především paní Marie vzpomínkám věnovala velkou část rozhovoru a je zřejmé, že vzpomínání je také důležitou součástí aktivizace.

I přes jejich onemocnění je zřejmé, že se paní Věra, Anna i Marie dovedou radovat z poskytnutých aktivit, umí spolupracovat a něco tvořit. Je velmi pozitivní, že na život a své zdraví nezanevřely a snaží se stále pohybovat, přemýšlet či něco vyrábět.

## 11 INTERPRETACE DAT

V této části diplomové práce interpretujeme informace, které jsme získali pomocí fenomenologické analýzy.

Snažíme se zde z těchto informací vyvodit určité závěry, dát vhodná doporučení a tím co nejlépe a nejpřesněji odpovědět na výzkumné otázky, které jsme si zvolili.

Chceme také zdůraznit, že výzkum probíhal pouze ve vybraném zařízení a závěry této diplomové práce plynou pouze z výpovědí šesti dotazovaných z Domova se zvláštním režimem ve Znojmě.

### **Jak vnímají aktivizaci osob s demencí poskytující aktivizační pracovníci a samotní klienti s demencí?**

Aktivizace takto specifické skupiny klientů, jako jsou osoby s demencí, se dotazovaným aktivizačním pracovnícím jeví jako velice obtížná. Její složitost je zajisté dána právě diagnózou demence a jejími příznaky, z nichž nejmarkantnější jsou především poruchy kognitivních funkcí, emoční oploštělost a výkyvy chování.

Bohužel právě díky těmto věcem je v souvislosti s aktivizací osob s demencí často zmiňvaným jevem agresivita. Aktivizační pracovníci si sice uvědomují, že je tento druh chování u klientů s demencí nevědomý a nechtěný, vnímají to ovšem jako největší riziko aktivizace. Je tedy vhodné být na toto chování připraven a očekávat ho.

I přes celkovou složitost tohoto procesu můžeme říci, že dotazovaní mají s aktivizací dobrou zkušenost a hovoří o ní pozitivně jako o velmi důležité součásti péče a rehabilitace klientů s demencí. S čímž se shodují i názory klientek, kterým aktivizace přináší ve velké míře především radost. Bohužel aktivizační pracovníci zmiňují, že vždy nemají dostatek času a prostoru se věnovat klientům s demencí tak, jak by chtěly. Doporučením pro praxi je tedy především dostatek aktivizačních pracovníků s požadovaným vzděláním (například se vzděláním sociálního pedagoga), ale také zapojení i ostatního personálu. Důležitá je také motivace pracovníků, moderní pomůcky a kvalitní aktivizační plány.

Každý klient má jiné zájmy a potřeby, některý rád navštěvuje canisterapii, některý zase zpívání a bohoslužby. Jako hlavní bod v přístupu k osobám s demencí tedy považujeme především individuální přístup. Každý člověk je jedinečný, má své specifické povahové rysy, individuální potřeby a oblíbené či neoblíbené činnosti. U osob s demencí to platí také, můžeme konstatovat, že i ve větší míře, jelikož u osob s demencí se zaměřujeme mimo

vyjmenované faktory i na stádium nemoci a míru poškození konkrétních funkcí. Individuální přístup je tedy hlavní požadavek, který je podstatné u aktivizace osob s demencí dodržet.

S individuálním přístupem souvisí i potřeba znát minulost klientů. Proto se nám jako velice důležitá jeví komunikace s rodinou a získávání informací o jednotlivých klientech od jeho nejbližších osob. Proto doporučujeme se snažit rodinu co nejvíce zapojovat do aktivit, které probíhají s jejich rodinným příslušníkem.

### **Jaký celkový přínos má aktivizace pro osoby s demencí?**

Aktivizační pracovníce i klienti Domova se zvláštním režimem ve Znojmě se shodují, že hlavním a nejvýznamnějším přínosem aktivizace pro osoby s demencí je především smysluplné vyplnění volného času. Klienti se díky ní zabaví, necítí se tolik osamělí a plnohodnotně vyplní svůj volný čas, kterého mají přebytek. Toto potvrzuje i Pidrman (2007, str. 94), který za hlavní přínos aktivizace osob s demencí považuje právě smysluplné vyplnění volného času klientů, jejich podporu a zlepšení psychického stavu.

Z výzkumu dále vyplývá, že dalším přínosem aktivizace osob s demencí je zajisté pocit užitečnosti, který je především pro osoby, které již pobývají v Domově se zvláštním režimem, velice důležitý. Vnímají to jak aktivizační pracovníce, tak především samotní klienti. Právě dotazované klientky s demencí jej velice zdůrazňují a jsou velmi rádi, že v rámci aktivizace mohou něco tvořit, něčím se zabývat či být jinak užiteční, jelikož velká část z nich trpí pocity osamělosti, zbytečnosti a neužitečnosti.

Aktivizace se právě za pomoci aktivně tráveného volného času snaží vytlačovat nežádoucí vzorce chování, jakým je například již zmíněná agresivita.

Pro aktivizační pracovníce je velmi povzbuzující, když mají klienti zájem a jsou při aktivizačních programech aktivní a činorodí. Budí to v nich pocit zadostiučinění a smysluplnosti jejich práce. Troufneme si říci, že tyto pocity pro ně můžou být jakousi prevencí proti syndromu vyhoření, který v této oblasti sociální péče jistě hrozí.

Dle názoru aktivizačních pracovníc je nejoblíbenější a nejužitečnější aktivitou především canisterapie, u dotazovaných klientek s demencí se nám tento fakt potvrdil pouze z části, častěji byli zmíněni i jiné aktivity, ale můžeme to přisoudit úzkému vzorku dotazovaných. Bylo by jistě zajímavé zaměřit kvantitativní výzkum právě na oblíbenost jednotlivých aktivit u klientů domova se zvláštním režimem.



Dalším velmi často zmiňovaným a zřejmě přínosným faktorem je vzpomínání. Jak aktivizační pracovníce, tak i klientky s demencí v průběhu celých rozhovorů často vzpomínky zdůrazňovaly. Ať už při zpěvu starých písní, hlazení pejska, vystoupení dětí či vyprávění s aktivizační pracovnící. Z výzkumu vyplývá, že je především pro osoby s demencí proces vzpomínání velice důležitý. Jako velmi přínosnou tedy považujeme reminiscenční terapii, která se v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě připravuje. Ovšem již v této době se aktivizační pracovníce vzpomínání s klienty velmi věnují a používají i různé reminiscenční pomůcky, což považujeme se velice prospěšné. To potvrzuje i studie Bourgeoise (1999 podle Tavla, 2009), kde potvrzuje, že vzpomínání je pro osoby s demencí velmi přínosné právě za pomoci různých paměťových pomůcek. Přínos se dle jeho studií projevuje především v konverzačních schopnostech.

Klientky aktivizaci považují za milé zpestření svého času a jsou velmi vděční za péči a podporu nejen od aktivizačních pracovníků, ale i od celého personálu daného zařízení. Většina dotazovaných klientek si uvědomuje své stáří a zdravotní stav, několikrát nám tento fakt zdůraznili, a je pro ně tudíž velmi důležité, že jim někdo věnuje svůj čas, svou péči nebo třeba jen svůj úsměv a milé slovo.

### **Jak osoby s demencí při aktivizačních programech spolupracují s aktivizačním pracovníkem a s ostatními klienty?**

Na spolupráci s osobami s demencí jsme nezískali úplně jednoznačnou odpověď. Je nám známo, že celý proces aktivizace osob s demencí je složitá záležitost a je tedy zřejmé, že samotná spolupráce nebude o moc jednodušší.

Oslovené klientky většinou udávají, že spolupracují docela rády, ale zdůrazňují, že to závisí na jejich zdravotním stavu a aktuálním rozpoložení. Ovšem všechny klientky mají rády společnost, skupinové akce a rády si nechají poradit.

V oblasti spolupráce je stěžejním faktorem omezená komunikace klientů s demencí. V některých případech také aktivizačními pracovníci jmenovaná rezignace a nezáměr jednotlivých klientů, se kterou se snaží bojovat, ale ve většině případů neúspěšně.

Bohužel je také mnoho klientů s demencí, kteří by se chtěli podílet na aktivitách a chtěli by spolupracovat, ale již nemohou. O tomto se velice často dotazované pracovníce zmiňují.

S omezenou komunikací a značnou emoční oploštělostí souvisí další problém ve spolupráci a tím je nedostatečná zpětná vazba ze strany klientů, jelikož většina z nich již nedokáže

na spoustu aktivit reagovat. Vyjádření aktivizačních pracovníků slovy „bohužel jim do hlavy nevidíme“, „snažíme se rozpoznat to z mimiky“ a další, svědčí o tom, že aktivizační pracovníci nejsou s touto situací dostatečně smířené. Můžeme konstatovat, že jim tento fakt jejich práci a snahu může do jisté míry i komplikovat a může přispívat právě k syndromu vyhoření. Bylo by jistě velmi podnětné a zajímavé se konkrétně syndromem vyhoření při práci se specifickou skupinou osob s demencí zabývat při jiném, například kvantitativním výzkumu.

Oslovené klientky s demencí tento problém ve spolupráci neidentifikovali, ovšem musíme zdůraznit, že jsme z pochopitelných důvodů uskutečnili rozhovory pouze s klientkami, které byly na naše otázky schopny reagovat a kterých se tedy tento problém netýkal.

V případě jedné klientky bylo ovšem překvapivé zjištění, když sama uvedla, že s některými klienty je spolupráce složitá, že nekomunikují a nezapojují se.

Tuto problematiku můžeme shrnout konstatováním, že i samotná spolupráce s osobami s demencí je velmi individuální, vyžaduje notnou dávku trpělivosti a empatie, která pracovníkům, kteří pečují o osoby s demencí, nesmí chybět.

## 12 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá aktivizací osob s demencí v Domově se zvláštním režimem ve Znojmě. V teoretické práci se věnujeme demenci jako závažnému onemocnění. Zaměřujeme se především na příčiny vzniku této nemoci, příznaky a léčbu. Zabýváme se zde aktivizací osob s demencí, zdůrazňujeme její přínos a popisujeme jednotlivé aktivizační metody, které jsou pro osoby s demencí prospěšné. Také se věnujeme vybranému zařízení a jeho činnosti v případě péče o osoby s demencí.

V empirické části se za pomoci kvalitativního výzkumu zaměřujeme především na to, jak poskytující aktivizační pracovníci a sami klienti vnímají proces aktivizace a jaké s ním mají individuální zkušenosti. Hledáme, také jaký je největší přínos aktivizace pro osoby s demencí a jak osoby s demencí dokáží při aktivizačních programech spolupracovat.

V naší diplomové práci jsme dosáhli stanoveného cíle, odpověděli na všechny výzkumné otázky a především získali zajímavé informace a nahlédli blíže do jedné z oblastí, ve které se můžeme jako sociální pedagogové angažovat. Také z tohoto důvodu pokládáme za důležité zvyšovat obecné povědomí a osvětu o této nemoci, která může v budoucnu potkat každého z nás.

Závěrem můžeme říci, že aktivizace osob s demencí je z pohledu poskytujících pracovníků vnímána jako velice složitá a náročná. Ale také se jedná o velice potřebnou součást rehabilitace osob s demencí, která má svůj jistý přínos. Především můžeme říci, že díky aktivizaci mají klienti s demencí vyplněný svůj volný čas, necítí se osamělí a zbyteční, což považujeme za velice důležité. Aktivizace jim přináší pocit užitečnosti, naplněnosti a také radosti.

Jelikož u onemocnění demencí se jedná především o poškození kognitivních funkcí, je při procesu aktivizace také velmi značně omezená komunikace. S ní poskytující aktivizační pracovníci často spojují nedostatek zpětné vazby a zhoršenou spolupráci, právě to považují za největší úskalí aktivizace osob s demencí.

Aktivizaci považujeme za jednu z nejdůležitějších součástí péče o osoby s demencí, která se snaží o zlepšení nebo alespoň udržení jejich fyzického a psychického stavu. Snaží se osobám s demencí vrátit úsměv na tváři, věnovat jim svůj čas, milé slovo či pohlázení. Proto pokládáme za důležité se tomuto procesu více věnovat.

Demence je sice považována za nemoc stáří, v dnešní době ovšem postihuje stále mladší a mladší jedince a je tedy velmi důležité nezanedbávat jakékoliv příznaky a dbát na prevenci a informovanost o této nemoci, aby každý z nás věděl, co vlastně ve skutečnosti znamená výraz „dementní“.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ALZHEIMERCENTRUM. *Alzheimercentrum.cz* [online]. © 2014 [cit. 2015-10-07]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>.
- [2] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, London. ISBN 978-0-89042-555-8.
- [3] BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-x.
- [4] CAYTON, Harry, Nori GRAHAM a James WARNER, 2002. *Dementia: Alzheimer's and other dementias*. London: ClassPublishing. ISBN 1 85959 075 6.
- [5] CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZNOJMO. *Cssznojmo.ic.cz* [online]. © 2013 [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://cssznojmo.ic.cz/novy/sluzba6.php>.
- [6] ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. Co je ergoterapie. *Ergoterapie.cz* [online]. ©2008 [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.
- [7] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR. 2006, částka 164, s. 7021-7050*. Dostupný také z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.
- [8] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR. 2006, částka 37, s. 1257 - 1289*. Dostupný také z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.
- [9] ČÍŽKOVÁ, Klára, 2005. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-547-7.
- [10] DOMOV U FONTÁNY. Aktuality. *Domov u fontány.cz* [online]. © 2015 [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.domovufontany.cz/?p=1174>.
- [11] *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí, 2000, 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-44-1.
- [12] GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ, 2011. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-879-1.
- [13] GERLICOVÁ, Markéta, 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4581-7.

- [14] GLENNER, Joy A, 2012. *Péče o člověka s demencí: příručka pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
- [15] HIGGINS, Patricia, 2010. Using dolls to enhance the wellbeing of people with dementia. *Inflow: Nursingtimes* [online]. Roč. 39, č. 106 [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.nursingtimes.net/using-dolls-to-enhance-the-wellbeing-of-people-with-dementia/5020017.article>.
- [16] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [17] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [18] HORT, Jakub a Robert RUSINA, c2007. *Paměť a její poruchy z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-004-5.
- [19] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBINGER a Jan ŠVESTKA, 2004. *Psychiatrie*. Vyd. 2. Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
- [20] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [21] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [22] KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER, 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.
- [23] KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- [24] LIEBMANN, Marian, 2010. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-729-9.
- [25] LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
- [26] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [27] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

- [28] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [29] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [30] RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, c2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 802460390x.
- [31] ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA, c2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.
- [32] ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2. Dostupné také z:  
[http://www.academia.edu/12077069/Kvalitativni%20anal%20za\\_textu\\_%20ty%20p%20stupy\\_Qualitative\\_text\\_analysis\\_Four\\_approaches\\_](http://www.academia.edu/12077069/Kvalitativni%20anal%20za_textu_%20ty%20p%20stupy_Qualitative_text_analysis_Four_approaches_).
- [33] SMOLÍK, Petr, 2002. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 808591218x.
- [34] SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
- [35] ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 8071786160.
- [36] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, c2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
- [37] TAVEL, Peter, 2009. Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí. *Inflow: Československá psychologie* [online]. Roč. 53, č. 5 [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/235716932?pq-origsite=gscholar>.
- [38] VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [39] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
- [40] WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. About WFMT. *Wfmt.info* [online]. © 2008-2014 [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AP Aktivizační pracovnice.

cit. Citováno.

č. Číslo.

K Klient.

Sb. Sbírky.

str. Strana.

vyd. Vydání.

% Procenta.



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek I Nadřazená témata – Aktivizační pracovnice č. 1 .....	58
Obrázek II Nadřazená témata – Aktivizační pracovnice č. 2 .....	62
Obrázek III Nadřazená témata – Aktivizační pracovnice č. 3 .....	66
Obrázek IV Nadřazená témata – Klientka č. 1 .....	71
Obrázek V Nadřazená témata – Klientka č. 2.....	74
Obrázek VI Nadřazená témata – Klientka č. 3 .....	76

## SEZNAM TABULEK

Tabulka I Dotazované klientky s demencí.....	52
Tabulka II Dotazované aktivizační pracovnice .....	53

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha PI: Otázky do rozhovoru s aktivizačními pracovníci

Příloha PII: Otázky do rozhovoru s klientkami s demencí

Příloha PIII: Rozhovor s aktivizační pracovnící č. 1

Příloha PIV: Rozhovor s klientkou č. 1

## **PŘÍLOHA P I: OTÁZKY DO ROZHOVORU S AKTIVIZAČNÍMI PRACOVNICEMI**

1. Jakou pozici v tomto zařízení zastáváte?
2. Jaká je Vaše praxe s osobami s demencí?
3. Jak vy osobně vnímáte proces aktivizace osob s demencí?
4. Jak klienti s demencí reagují na jednotlivé aktivity?
5. Jaké prožitky dle Vašeho názoru klienti z aktivizace mají?
6. Jaké pocity při aktivizaci osob s demencí vnímáte vy osobně?
7. Jaká nalézáte specifika aktivizace osob s demencí?
8. Vnímáte nějaké rizikové faktory u aktivizace osob s demencí?
9. Co je podle Vás přínosem aktivizace pro osoby s demencí?
10. Které aktivizační metody mají dle Vašeho názoru největší přínos pro osoby s demencí?
11. Jaké vnímáte u klientů s demencí zlepšení v oblasti fyzické zdatnosti?
12. Jaké vnímáte u klientů s demencí zlepšení v komunikaci a v kognitivních funkcích?
13. Jak hodnotíte spolupráci klientů s demencí se samotnými pracovníky?
14. Jak vnímáte spolupráci mezi samotnými klienty s demencí?
15. Daří se dle Vašeho názoru přimět klienty ke spolupráci na aktivizačních programech?
16. Jsou ve Vašem zařízení klienti, kteří odmítají spolupracovat a účastnit se aktivizačních programů? Pokud ano, jak si tuto skutečnost vysvětlujete?
17. Jak hodnotíte celkovou úroveň komunikace klientů s demencí?
18. Jak hodnotíte prostředí, ve kterém aktivizace probíhá?
19. Jaké vnímáte oblasti, ve kterých je možné aktivizaci osob s demencí zlepšovat?

## **PŘÍLOHA PII: OTÁZKY DO ROZHOVORU S KLIENTKAMI S DEMENCÍ**

1. Jak dlouho pobýváte v tomto zařízení?
2. Zúčastňujete se zde aktivizačního programu? Jaké aktivity navštěvujete?
3. Co rád(a) děláte ve svém volném čase?
4. Líbí se Vám aktivizační činnosti, které navštěvujete?
5. Jaké prožitky vnímáte při aktivizaci? Jak se při aktivizaci cítíte?
6. Máte rád(a) pohybové aktivity? Z jakého důvodu?
7. Jaký je Váš názor na společenské akce, které v tomto zařízení probíhají?
8. Máte rád(a) dílny, tvoření a vyrábění? Z jakého důvodu?
9. Zpíváte rád(a)?
10. Navštěvujete rád(a) akce se spirituální tematikou?
11. Jaký je Váš názor na relaxační program?
12. Vyprávíte si rád(a) s aktivizační pracovníci? Co Vám to přináší?
13. Navštěvujete rád(a) canisterapii? Z jakého důvodu?
14. Setkáváte se rád(a) s ostatními klienty nebo vyhledáváte spíše samotu?
15. Jaké aktivity nenavštěvujete rád(a) a proč?
16. Jak hodnotíte prostředí, ve kterém aktivizace probíhá?
17. Vyhovuje Vám dělat aktivity samostatně nebo rád(a) spolupracujete s ostatními?
18. Jste spokojen(a) s přístupem aktivizačních pracovníků?
19. Jaké byste uvítal(a) změny v aktivizaci?

## **PŘÍLOHA PIII: ROZHOVOR S AKTIVIZANČÍ PRACOVNICÍ Č. 1**

D: Mockrát Vám děkuji, že jste souhlasila s rozhovorem. Chtěla bych Vám říci, že bude samozřejmě anonymní, v diplomové práci nebude Vaše jméno zmíněno. Také bych se Vás chtěla zeptat, zda je možné si náš rozhovor nahrát na diktafon.

AP1: Dobře, v pohodě.

D: Takže první otázka zní, jakou pozici v tomto zařízení zastáváte?

AP1: No... já jsem... byla jsem aktivizační pracovnice, teď teda jsem vedoucí aktivizační pracovnice... To znamená, že se mi trošku změnila náplň práce v tom, že mám i papírovou...

D: Aha, rozumím.

AP1: Jo kancelářskou prostě, různý organizování věcí. Kdežto aktivizační holky, co jsou pode mnou, tyto věci nemají na starost. Mně přibyla jakoby ta práce ohledně papírů.

D: A jaká je Vaše praxe konkrétně s osobami s demencí?

AP1: Praxe...noo... ještě z minula, když jsem chodila do školy... na pedagogickou školu...tak to jsme chodili do domovů pro seniory, jak tady, já jsem totiž konala praxi i tady, ale i třeba na Vančurce, i když tam nejsou s demencí, tam jsou ještě v pohodě. Ale když jsem byla na vysoké škole...tak tam jsem byla v Olomouci. Pohoda se to jmenovalo ten domov, tak tam jsem taky chodila. Ale jako ono toho je víc těch zařízení, ale tak co si tak teď vzpomínám...noo ze školy.

D: A jak Vy osobně vnímáte ten proces samotné aktivizace osob s demencí?

AP1: Jak vnímám co?

D: Proces té aktivizace.

AP1: Proces aktivizace.... No... Je to s nima poměrně těžký, protože musíme vychytávat takový ty klienty co opravdu.... Aby třeba mohli být společně ve skupince... Někomu prostě vyhovuje, že může být... jo... v jedné místnosti s více lidma. Pak jsou lidi, kteří nemají absolutně o nic zájem, a z toho musíme taky nějak vycházet. A... potom jsou takové co třeba spíš na pokoji... individuálně... že jim nedělá dobře, když jsou třeba takhle v kolektivu nějakým. Zrovna jsme tady měli paní, která právě nechtěla nic dělat, je to taky osoba s demencí, a tak jsme vymysleli, že prostě budeme chodit za ní na pokoj. Čte se jí,

předčítá se jí, vypráví se s ní... jo ... o různých věcech. Ona byla dříve paní učitelka, takže o tom dřívějším životě, co žila a hodně o literaturu se zajímala, takže ty knížky se s ní... jo... probírají.

Ale jinak je to těžký ta aktivizace s nima, protože kolikrát jak jsou zmatení, tak se snažíme s nima něco dělat, ale mají i takový kolísavý... kolísavé nálady... jo, že z ničeho nic vybuchnou a teď nevíme proč... a hlavně oni neřeknou kolikrát co se jim, co se v nich děje. Takže musíme hodně odhadovat, co se v nich děje, co by asi... Je to složitější s nima.

D: A jak klienti s demencí reagují na jednotlivé aktivity?

AP1: No je to strašně individuální. Někteří jsou fakt takový činorodí, že by vyráběli každý den něco, že by různě vytvářeli, jo různé věci. To vyprávění a takový ten rozhovor s nima, to se děje prakticky každý den, ale na ty aktivity máme určitý harmonogram a ten čas na to úplně není. Jo takže podle toho jak to máme naplánované, tak se s nimi nějaká ta aktivizace děje. Ale jelikož tady máme dvě budovy a strašně moc klientů, tak... a málo pracovníků aktivizačních (smích) ... I když oni mají aktivizaci v náplni práce i pečovatelé, pracovník v přímé péči... Ale tam taky na to není úplně prostor no...

D: Jaké prožitky dle Vašeho názoru klienti z aktivizace mají?

AP1: Prožitky... hmm. No to se můžeme jenom odhadovat. Někdo vyjádří, že se mu ta aktivita líbí, vyjádří to, že by třeba zase příště se sešel s náma a udělali jsme to znova nějak nebo něco jiného. Ale vyjádří sami, že se jim to líbí. Jiným musíme říkat a co, dobrý, v pohodě, líbí se vám to? Chtěla byste dělat něco jiného? A nejsou schopni ani říct, takže my se díváme i na tu neverbální komunikaci a snažíme se vyčíst i z jejich obličejů, co asi se v nich odehrává a jestli jim je ta aktivita příjemná. Podle gest, mimiky se potom pozná, jestli se jim to líbí nebo ne. A právě lidé s tou demencí časem přicházejí o tu řeč, takže oni nám nejsou schopni říct...

D: I když by chtěli...

AP1: No právě.

D: A jaké pocity při aktivizaci vnímáte Vy osobně?

AP1: (úsměv) noo tak... ono záleží, jakého toho klienta mám, je složitější aktivizovat člověka, který prostě nijak nereaguje, ani třeba nonverbálně, nebo já neumím vyčíst z člověka nějakou emoci, když má pořád zastřený pohled, pořád stejný. Máme tady takový klienty,

kteří se neusmějí, pořád jsou takoví strnulí, takže tam se těžko odhaduje, co si myslí, a tam už je to... tam z toho mám takový rozpačitý pocit, protože nevím jestli... jestli to, co dělám je teda dobře pro ně. Nebo abych jim třeba neublížila, je to takový jak s kým. Ale беру to tak, že to je moje práce a snažím se, aby... z toho něco samozřejmě měli ti klienti. Nějaký přínos.

D: A jaká nalézáte specifika aktivizace osob s demencí?

AP1: Specifika. Noo... tam vlastně samozřejmě zase musíme vycházet z individuality toho člověka. Člověk s demencí může mít různé zdravotní problémy, k tomu může hůř slyšet, může hůř vidět, může mít zhoršenou jemnou motoriku, vůbec fyzicky na tom taky nemusí být dobře, může být na lůžku. Takže tam už se pak snažíme o to, abychom tu danou aktivitu přizpůsobili. Jo třeba je na lůžku ten člověk s demencí, nemůže ani z toho lůžka vstát třeba, takže my musíme zajít k němu. Třeba mluvím teď konkrétně o canisterapii, jo že ta paní s tím pejskem dojde za ním a ta canis se děje u jeho lůžka. Nebo za tím člověkem přijdeme, povídáme si s ním, nebo mu předčítáme, nebo cokoliv. Pak když hůř třeba slyší, jít do nějaké místnosti, kde není takový kravál, aby se mohl soustředit. Nebo když je tam právě kolísavá ta vnímavost, aby tam byl ten člověk jeden a mohli jsme se mu fakt věnovat a pečovat o něj, jenom o toho člověka. No.

D: Vnímáte nějaké rizikové faktory u osob s demencí a jejich aktivizace?

AP1: No tak když pominu tu jejich agresivní kolikrát stránku, že se i nám může něco fyzicky stát, protože tady máme takové klienty, kteří napadají jak slovně tak fyzicky. Tak samozřejmě tady všude hrozí pády, protože oni mají sníženou stabilitu, tak může se stát, že nám ten klient spadne, takže na to musíme dbát. Je zvýšená bezpečnost. Další rizika. No. Co by mě tak ještě napadlo... No nesetkala jsem se tady s ničím, že by byl nějaký vyloženě problém. Třeba když mají nějakou nakažlivou nemoc, teď jsme tady měli, že museli být separováni. Takže i tady třeba, takže samozřejmě pořád dezinfekční prostředky, rukavice, abychom to třeba taky nechytli a nepřenašelo se to mezi ostatní.

D: Co je podle Vás přínosem aktivizace pro osoby s demencí?

AP1: Přínos... Určitě v tom, že mají nějakou výplň toho volného času, protože přece jenom kolikrát jsou tady klienti, které rodiny nenavštěvují, nikoho nemají nebo je tam... nemají třeba zájem o toho člověka. Takže je tam přebytek volného času a teď co s ním. Navíc ten člověk má to vnímání takový jaký má, takže třeba za ním když ta návštěva do-



jde, tak oni si to nepamují, oni odejdou a za pět minut se jich třeba zeptáme co návštěva, jak si popovídali... A oni neví, že měli návštěvu. Takže už i to vnímání pro ně toho času musí být šílený, zdlouhavý, takže když oni si nepamují ty činnosti, které dělali, tak pro ně ten den musí být strašně dlouhý. Takže tady jde o to, že aspoň nějakou dobu toho dne jsme s nima a věnujeme se jim. A jakoby utíká jim to, nevím, takhle to vnímám já. Nevím jak oni když třeba si to fakt nepamují, jestli aspoň něco v nich zůstane. Ale určitě teda ta výplň toho času, člověk se necítí tak opuštěný, když třeba fakt ta rodina, ty lidi kolem něj nemají zájem, tak ty lidi strádají. Citově.

D: Které aktivizační metody mají podle Vás největší přínos pro osoby s demencí?

AP1: Já si myslím, že hodně oblíbená aktivita je právě ta canisterapie, samozřejmě zase záleží na klientech, zda k tomu zvířátku mají nějaký vztah, nemůžeme vzít za klientem pejska, který se třeba bojí, má s nimi špatné zkušenosti. Takže samozřejmě vybíráme takové klienty, pro které je to přínosem, oni se hnedka tak rozzáří, když vidí toho pejska, pomazlí se s ním, dávají mu třeba různé ty povely, takže tam to jde vidět, že z toho opravdu něco mají, že jim to dělá radost. Tak to je canisterapie. Pak třeba i různé představení dětí, školky, jo, ze základních škol, kouzelníci. To pro ně taky může být odreagování. Různé té pracovní dílny, kde vyrábějí, zpívání tady máme. Pro někoho fakt i to cvičení je takové, že si někdo bez toho už nedovede představit. Je to teda spíš pro takové ty šikovnější, ale máme tam i klienty fakt s těma demencema a cvičí, fakt se snaží vykonávat ty cviky.

D: Jaké vnímáte u klientů zlepšení v oblasti fyzické zdatnosti díky aktivizaci?

AP1: Noo. Jako jak u koho samozřejmě. Ono záleží, jestli pak ten klient je na tom lůžku nebo jestli je na kolečkovém křesle. Protože většina těch lidí s demencí už se pohybuje za pomoci vozíčku. Takže pečovatelka je ráno dá na ten vozíček, vezmou je na tu aktivizaci, pak zase na lůžko. Dělají se samozřejmě nácviky chůze, takže se s nima chodí. I třeba na procházky, po chodbě, když není špatné počasí tak třeba i ven. Ale určitě ta chůze pro ně má smysl, ale asi jak pro koho. A když už je člověk takový zesláblý, tak už mu ty svaly atrofují a už v nich nemá tu sílu, tak i vzhledem k věku a diagnóze, tak už se tam tolik nesnažíme, aby ušel celou chodbu. Je to vyloženej individuálně, ale snažíme se alespoň u toho lůžka, nácvik stoje, chvilku postát, sednout si, zase chvilku po stát, aby opravdu alespoň trošičku měli pohyb, nebyli pořád na lůžku, aby neměli dekubity.

D: Jaké vnímáte u klientů zlepšení v oblasti komunikace a kognitivních funkcí?

AP1: Tam určitě taky je nějaký posun, ne samozřejmě u všech, u těch lidí, kteří už tu komunikaci zapoměli, už nekomunikují s náma, tak tam nevím, tam ta komunikace nějaká není. Nevím jestli třeba v myšlenkách něco, když si třeba něco zpětně uvědomují jestli nějaký ty slovíčka tam mají, když s nima komunikujeme, jestli něco pochytlí, to nemůžu říct. Ale... No když komunikujeme s klientama, co mají zachovalou tu řeč, tak já si myslím, že určitě, když si s nima povídáme, a děláme různé i jazykolamy a další kognitivní cvičení, třeba na písmeno A aby vymysleli něco, různé takové hádanky, tak tu paměť procvičujeme a já si myslím, že určitě to má nějaký vliv na ně. Vnímám to.

D: Jak hodnotíte spolupráci klientů s demencí se samotnými pracovníky?

AP1: No tam je to horší, kolikrát fakt ti klienti jsou agresivní a ... jakoby ani neví, co se po nich třeba chce, tam už je ta spolupráce horší. Ale ti co ještě mají zachovalý ten rozum, tak já si myslím, že to není nijak problematické. Spíš tam jde o to, že to závisí, jakou mají tu další diagnózu, třeba když je bolí celý člověk, tak se nedivím, že potom třeba odmítají ty aktivity. A nebo dneska mi není dobře, bolí mě hlava, motá se mi hlava. Záleží hodně i na počasí. To vnímáme taky, podíváme se, no dneska je taková asi změna tlaku, může to na ně působit, takže samozřejmě vycházíme i z tohohle a nenutíme je. Když fakt řeknou, sestří, nechte mě na lůžku, já půjdu třeba příště, tak je necháme a příště půjdou.

D: A jak vnímáte spolupráci mezi samotnými klienty?

AP1: Mezi klienty... No tam je to taky kolikrát složitější, že když se sestaví taková skupinka, ale nevědomky samozřejmě, že je v jedné místnosti třeba deset klientů. A teď jeden tam vykřikuje, druhý tam dělá zase něco jiného. Tak je to tam takový trošku chaos a ty ostatní klienty to zase ruší. Proto já říkám, že ono v ideálním případě, by bylo dobré klidně dva tři klienty si vzít na tu místnost a něco s nimi dělat, než... ale ono to z provozních důvodů není možné. My tam potřebuje těch deset klientů, protože oni zase na pokoji být nemůžou, z bezpečnostních důvodů, takže ono je to kolikrát ...že se třeba postrkují, slovně se napadají. Musíme to ukočírovat. Takže i to se děje. Děje se to.

D: Daří se dle Vašeho názoru přimět klienty ke spolupráci na aktivitách, na těch programech?

AP1: Ale jo. My už víme, jak na ty klienty. Že paní se třeba vymlouvá denně na to, že jí bolí hlava. A denně je nějaký problém, tak se snažíme aspoň na chvilku, abychom je fakt trošku vytrhli z toho nicnedělání. Ale někteří jsou vyloženě rádi, sami chodí, sami si i říka-

jí, kdy bude něco zase. Takže ono fakt záleží. Je to individuální. Někdo je takový, ale třeba i potom zjistíme, že třeba i v tom svém produktivním věku taky nebyl zvyklý nic moc dělat, měl své pohodlí a potom předělat toho člověka, to už prostě nejde. Takže musíme vycházet i třeba z komunikace s jejich rodinnými příslušníky, zeptáme se, co maminka měla ráda, co měl tatínek rád, co rádi dělali, jaké byly zájmy. Musí se hodně vycházet z toho, a pak už jakoby lépe navážeme. Ale když přijde klient a teď o něm nic nevíme, kdybychom neměli ani tu snahu o něm něco vědět, tak potom je to těžké, se s nima domluvit.

D: Jsou ve Vašem zařízení klienti, kteří odmítají spolupracovat na aktivizačních programech? Z jakého důvodu?

AP1: Měli jsme tu právě víc klientů, kteří ať jsme jim nabízeli cokoli, tak prostě nic. Oni byli vázáni, fixováni na svůj pokoj, takže tam nehrozilo, že by třeba šli někam. Jako do jídelny si paní třeba zašla na jídlo, ale že by si zašla na zpívání mimo pokoj. A různé takové aktivity, že by museli třeba o patro níž, tak to prostě vůbec. Nebo pán, on byl dřív myslivec, tak jsme si říkali, že bude rád za to, když půjdeme ven se projít. Ale on vůbec, byl fixovaný na svůj pokoj, takže jsme aspoň předčítali knížku o lesnictví a zvířatech a bavili jsme se s ním o tom. On jinak maloval, takže i o tom dřívějším koníčku. Ale všechno se dělo u něj na pokoji, protože prostě nechtěl. Takže jsou takoví klienti, co odmítají. Ale to potom už pak právě je na tom jak se domluvíte s tím člověkem a zjistíte co má rád, aspoň takto.

D: Jak hodnotíte celkovou úroveň komunikace klientů?

AP1: Je to omezenější. Oni jak třeba i špatně slyší a nemají kolikrát naslouchátka, tak třeba jim to nevyhovuje, neradi to nosí, vadí jim to, tak ta komunikace je samozřejmě ještě horší. Jak oni neslyší, tak potom vlastně nemají tendenci sami mluvit, tak ta komunikace upadá. Takže i přesto, že ten člověk špatně slyší, musíme se snažit s ním nějakým způsobem komunikovat. Je to ztížená práce, i na hlasivky i pro lidi okolo. Ale prostě i tak se s tím člověkem musím nějakým způsobem domluvit, takže snažíme se.

D: Jak hodnotíte prostředí, ve kterém probíhá aktivizace?

AP1: Já si myslím, že prostředí tu máme vhodné. Pro takové ty větší akce, kde je zapotřebí víc klientů, tak máme velké místnosti, bezbariérové, kde se scházíme, myslím tím třeba toho kouzelníka, zpívání, nebo různé zábavy, na Velikonoce, na jaro. Sem se vejde třeba 70 lidí, které tam rozmístíme, a je to fajn. Pak máme různé ty klubovny, ty aktivizační

místnosti, kde taky se odehrává ta aktivizace po menších samozřejmě skupinkách. I na pokojích. V podstatě kdekoliv, i venku. Když třeba je teplo, tak máme zahradu. Je to vyhovující.

D: Jaké vnímáte oblasti, ve kterých je možné aktivizaci osob s demencí zlepšit?

AP1: No ono je to hodně těžký, když se s tím člověkem nedomluvíte, tak tam nevidím už moc prostoru co jiného vymýšlet. Ale já si myslím, že je fakt vhodné spolupracovat s tou rodinou. Že když ten klient tu rodinu má, tak ta rodina přece nejlépe ví, co ten klient, co je pro něj nejlepší, co dřív dělal, jaký vedl život, jestli měl koníčky. Protože přece jenom my jsme cizí osoby a nevíme úplně všechno. Takže určitě snažit se více komunikovat s tou rodinou a nějak když ten zájem nemají, tak vypěstovat v nich třeba trošku ten zájem, aby nám pomohli v té aktivizaci toho klienta, protože my se můžeme kolikrát jen dohadovat, jestli to je pro něj dobré nebo ne. Takže tu rodinu bych tam hlavně vyzdvihla. A samozřejmě taky všechny pracovníky, aby měli zájem o ty klienty. Protože ne všichni takoví jsou, takže fakt projevit ten zájem o toho klient, i když třeba kolikrát si myslí, že ty lidi nevnímají, tak oni vnímají velmi dobře. A je třeba s nimi pracovat, aby tam byl třeba jen sebe-menší posun, ale byl.

D: To bylo ode mě vše, mockrát děkuji za rozhovor.

AP1: Nemáte zač, kdyby bylo potřeba na cokoliv se doptat, určitě se ozvěte.

## **PŘÍLOHA PIV: ROZHOVOR S KLIENTKOU Č. 1**

AP3: Dobrý den, tady máme dnes návštěvu. Slečna dělá vysokou školu, a jak tu byla ta slečna a dělaly jsme ten dotazník s Vámi, jestli víte, tak tady slečna má udělat něco podobného.

K1: Ahaaa, dobrý den.

D: Dobrý den, mám tu nějaké jednoduché otázky, jestli byste byla tak hodná nám třeba něco k tomu říct. Chci Vás jen informovat, že si rozhovor nahraji na diktafon, abych si ho poté mohla přepsat. Vaše jméno samozřejmě nebude v mojí diplomové práci zmíněno.

K1: No joo, určitě.

D: Tak první otázka, jak dlouho pobýváte v tomto zařízení? Jak dlouho tu bydlíte?

K1: Celkově? To už bylo na Vánoce...

AP3: No vy jste byla na staré budově... dva roky že...

K1: Noo a teď jsem tady...na narozeniny to bude rok.

K1: Já jsem měla narozeniny, víte, tak podle toho. Já si to pamatuju.

AP3: No jo, to jsme je tady slavili přece, jak jste sem nastoupila.

D:Dobře, děkuji. Pak tu mám otázku, jestli se zúčastňujete nějakých aktivit tady v domově? Co tu navštěvujete v domově?

K1: Noo. všechno.

AP3: Kromě zpívání ale.

K1: Noo, ano, to nezpívám.

AP3: Takže vy vlastně chodíte do dílen, tu pracovní terapii.

K1: Ano, to máme spolu.

AP3: Pak vlastně když jsou ty společenské akce, bohoslužby... No vlastně opravdu skoro všechno.

K1: No tak já chodím, no, dokud můžu trochu.

D: Tak další otázka, co ráda děláte ve volném čase, co Vás baví dělat?

K1: No... vymýšlet nějaký věci... ty nápady, jak tu mám tady (pověšené háčkované zvonečky)

D: To je pěkné. Tak a teď tu mám ještě, jestli se Vám líbí činnosti, které navštěvujete?

K1: Noo, tak joo. Líbí, líbí.

D: Další otázka je jak se cítíte při těch aktivitách? Třeba když něco vyrábíte, jaké máte pocity?

K1: No dobrý, dobrý, takový náladový. Takové nadšení, jsem taková nadšená pro to jako.

D: Tak to je pěkné, to jsem ráda. A máte ráda pohybové aktivity?

K1: No jako to cvičení... Jo, to se mi líbí, že se procvičím.

D: Máte ráda dílny a tvoření?

K1: No to joo, to jo.

D: A proč to máte ráda tady?

K1: Protože mě to těší!

D: (úsměv) Jaký je Váš názor na společenské akce?

AP3: Třeba jak tu máme vystoupení dětí, masopust a tak. Tak co si o tom myslíte, když tu je nějaká veselice.

K1: No že je to hezký, když za náma starýma babkama chodí děti, ne?

AP3: Nebo ta masopustní merenda?

K1: Merenda... no to bylo výborný. Ty masky no.

D: Navštěvujete ráda bohoslužby? Náboženské akce? Proč?

K1: Já jsem od malička na to zvyklá... no tak chodím, mám to ráda. A už jsem stará bába. To už se k tomu upírám... k té modlitbě a tak.

D: Dobře, děkuju. Teď je tu otázka, navštěvujete ráda relaxace?

AP3: No tam vlastně nechodíte...

K1: Co to je?

A: V relaxační místnosti, jak se tam pouští hudba, ale vy moc neslyšíte že...

K1: No to já neslyším, tam nechodím. Tak co tam.

D: Zpíváte ráda? Líbí se Vám muzikoterapie, zpívání tady v domově?

K1: Mám ráda hudbu. Když je hodně nahlas.

D: Vyprávíte si ráda s aktivizační pracovnící? Co Vám to přináší?

K1: Joo. No tak to radost, to radost! (smích) To mě moc těší. To je prima. To je dobrá vždycky chvilka, člověk zapomene na špatné všechno. Ráda se taky zasměju.

D: Tak dále tu máme otázku, jestli se ráda setkáváte s ostatními klienty nebo raději vyhledáváte samotu.

K1: No tak já bych si s nima ráda povykládala, ale... ono to moc nejde s nima. Oni nemluví ani moc.

AP3: Ale u stolu v jídelně třeba.

K1: Tam se to dá. A já mám ráda to společné čtení a ty křížovky. A tak je to dobrý.

D: Dobře. A jaké aktivity nenavštěvujete a proč?

K1: Já navštěvuju všechny.

AP3: Až na to relaxování, s tou hudbou, zpíváním, že.

K1: No to neslyším no. Tak proto.

D: Jak vnímáte prostředí, ve kterém to vše tady probíhá?

K1: No to je dobrý, to je moc dobrý.

D: Navštěvujete canisterapii? Pejsky?

K1: Navštěvovala jsem taky... ale teď už ne...

D: To Vás nijak neoslovilo?

K1: Ti psi mě nějak... vidím toho dost venku. To mě nějak moc neláká, ti psi...

D: A jste spokojena s přístupem aktivizačních pracovníků? Jak se k Vám chovají, jak k Vám přistupují?

K1: No dobrý, dobrý, spokojena. To jo, určitě. Sestřičky.

D: A poslední otázka. Jestli byste uvítala nějaké změny v té aktivizaci?

K1: No... co já už tady můžu změnit. Stará baba.

AP3: No určitě můžete, kdybyste chtěla nějakou změnu.

K1: (přemýšlí)...Je to dobrý sestři, ale je to dobrý...

D: Tak to je všechno, mockrát Vám děkuju, moc jste mi pomohla.

K1: No není za co, není za co. Přijďte zase. Přijďte.