

Metody využívané při práci se seniory s Alzheimerovou demencí

Pavla Čásová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla Čáscarová**
Osobní číslo: **H128281**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Metody využívané při práci se seniory
s Alzheimerovou demencí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- základní informace a charakteristiku Alzheimerovy demence;
- popis metod využívaných při práci se seniory,
- informovanost pracovníků v sociálních službách o metodách a možnosti sociální nápravy tohoto stavu.

Součástí práce bude kvantitativní výzkum zaměřený na vzdělanost, informovanost a využívání konceptů Bazální stimulace, Psychobiografického modelu péče prof. E. Böhma, Smyslové aktivizace podle Lore Wehner, Snoezelen konceptu a Validace podle Naomi Feil v praxi u pracovníků v sociálních službách.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-247-1314-4.

SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. Psychopatologie a psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portal, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. Reminiscenční terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

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

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a bude průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.
Institut mezioborových studií


Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

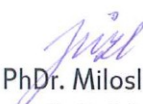
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014


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




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 20.2.2015

PAVLA Č. ŠAROVÁ
.....
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o metodách využívaných při péči o seniory s Alzheimerovou demencí. Teoretická část definuje základní pojmy, jako jsou demence, typy a příznaky demence, Alzheimerova demence, stádia Alzheimerovy choroby, Česká alzheimerská společnost. Druhá kapitola se věnuje popisu metod využívaných při práci se seniory v zařízení sociálních služeb, zejména se jedná o metody: validační terapie Naomi Feil, smyslová aktivizace podle Lore Wehner, reminiscenční terapie, psychobiografický model péče prof. E. Böhma, Bazální stimulace. Výzkumná část zjišťuje, jaké metody v zařízení sociálních služeb se nejvíce uplatňují.

Klíčová slova: demence, Alzheimerova demence, validační terapie, reminiscenční terapie, bazální stimulace, smyslová aktivizace, psychobiografický model péče

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with methods used in senior treatment with Alzheimer's disease. The theoretical part defines basic notions such as dementia, types and symptoms of dementia, Alzheimer's disease and its stages, Czech Alzheimer society. The second part includes a description of methods used in senior treatment in social services, particularly concerning these methods: validation therapy by Naomi Feil, sensual activation according to Lore Wehner, reminiscence therapy, psychobiographical pattern of treatment by Prof. E. Böhm, basal stimulation. The research part investigates what methods are employed in social services.

Key words: dementia, Alzheimer's disease, validation therapy, reminiscence therapy, basal stimulation, sensual activation, psychobiographical pattern of treatment.

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc., za metodickou pomoc a podnětné připomínky, trpělivé odborné vedení, podporu a rady při zpracování bakalářské práce.

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

OBSAH

ÚVOD	4
I TEORETICKÁ ČÁST	5
1 DEMENCE	6
1.1 TYPY DEMENCÍ	8
1.2 STÁDIA DEMENCÍ.....	10
1.3 ALZHEIMEROVA DEMENCE	12
1.4 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST	24
2 METODY VYUŽÍVANÉ V PÉČI	25
2.1 VALIDAČNÍ TERAPIE	26
2.2 SMYSLOVÁ AKTIVIZACE LORE WEHNER	29
2.3 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	31
2.4 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE PROF. E. BÖHMA.....	34
2.5 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	50
3 EMPIRICKÝ VÝZKUM	51
3.1 CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ	51
3.2 METODA VÝZKUMU.....	52
3.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ	52
3.4 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH ODPOVĚDÍ, EXPLANACE, PŘÍNOS	53
3.5 DISKUSE.....	65
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
SEZNAM GRAFŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Stárnutí a stáří je přirozená etapa lidského života. Stářím jsou ovlivňovány různé faktory, jako jsou choroby, ale jsou také spojeny s řadou sociálních změn. Dochází ke zpomalení jednotlivých funkcí, starší lidé jsou však schopni vykonávat aktivity denního života a psychicky jsou zcela samostatní.

Je nutné mít na paměti, že zvyšující se věk s sebou přináší četná zdravotní a sociální rizika, proto je zcela pochopitelné, že v této generační skupině nacházíme i vysoké procento lidí, kteří trpí různým zdravotním postižením, ať již tělesným nebo duševním.

Nejčastějšími psychickými poruchami ve stáří jsou demence. Podstata demence spočívá v postupném a výrazném snížení jednotlivých psychických funkcí. Poruchy se postupně stávají tak závažné, že brání postiženému v jakémkoliv smysluplném kontaktu se svým okolím.

Ve své práci se zaměřím hlavně na Alzheimerovu chorobu, která je nejčastější formou demence. Péče o dementního jedince klade vysoké nároky na všechny zúčastněné. Nemocný potřebuje pomoc a péči po celých 24 hodin každý den a tento stav postiženého člověka, závislého na okolí, přímo ovlivňuje i kvalitu života pečovateli, ať se jedná o příbuzné či odborné pracovníky různých zařízení, pečujících o postižené s demencí. Základním předpokladem kvalitní péče, kromě vysoké profesionality, je především vysoce humánní a empatický přístup k nemocným s porozuměním jejich potřeb a práv.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na popis základních informací a charakteristiku demencí, Alzheimerovy demence a koncept Bazální stimulace, psychobiografický model péče profesora E. Böhma, smyslovou aktivizaci podle Lore Wehner, validaci podle Naomi Feil.

Praktická část má za úkol zjistit do jaké míry využívají pracovníci sociálních služeb metody při práci se seniory s Alzheimerovou demencí a jejich zkušenosti s nimi a potvrdit či vyvrátit hypotézy, které byly stanoveny.

Cílem práce je zjistit, jaký přístup a jaké metody práce se seniorem a jeho rodinou jsou při poskytování péče o nemocné s Alzheimerovou demencí považovány za neefektivnější.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Slovo demence pochází z latinského pojmu dementia a znamená být bez myslí, bez rozumu. Demencí se označují poruchy na úrovni kognitivní, psychické a motorické, jež jsou natolik vážné, že omezují trpícího demencí ve výkonu téměř většiny aktivit každodenního života. Zejména jde o poruchy:

- Myšlení, soustředění a způsoby zapamatování si.
- Orientace, které se týkají místa, osob a času.
- Pohybových schopností – jejich úbytek, ztráta soběstačnosti.
- Schopnosti učení, čtení, počítání, chápání.
- Duševního stavu (uzavření se do sebe, deprese, stavy strachu).
- Řeči – ztráta vyjadřovacích schopností, nemožnost nalézt správná slova.

Samostatná existence je možná za pomoci druhé osoby. Plány všedního dne pacient sám už nezvládne. Poškození zasáhne život nejen v zaměstnání, ale i v rodině a ve společnosti. To vyvolává hlavně odstup rodiny a přátel od nemocného. Pacient téměř nevychází z domova. Důvěrně známé prostředí skýtá člověku s demencí dojem jistoty a bezpečí. Nové prostředí, neznámé zvuky, cizí osoby, mohou v klientovi probudit strach a urychlit uzavření do sebe sama. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Pančocha, Procházková, Solárová definují demenci: „*Syndrom demence je závažné neurodegenerativní onemocnění provázející převážně starší věk a svým dopadem zasahující do života celé rodiny. Demenci dosud nelze léčit, lze však ovlivnit její postup a její projevy, ke kterým patří vedle kognitivních deficitů také behaviorální a psychologické poruchy, k nimž patří mj. i tzv. problémové chování.*“ (Pančocha, Procházková, Solárová, 2013, str. 240)

Zasahují kognitivní funkce – paměť, motivace, intelekt, pozornost. Nejnápadnějšími projevy jsou na začátku poruchy paměti. Mohou se vyskytovat depresivní stavy, které jsou způsobeny postižením emotivity (afekty a nálady). Někdy jsou také postiženy poruchy vnímání, kdy dochází k halucinacím a iluzím. Vždy se odhalují poruchy osobnosti, přiměřeně stupni i druhu demence. V průběhu demence přichází na řadu těžká degradace osobnosti. Souvisí s tím i úbytek až zánik schopnosti ošetřování sebe sama, nemožnost provádět každodenní úkony. (Mühlpachr, 2004)

Úbytek paměti můžeme objektivně zhodnotit za pomoci psychologických testů. Jedná se o pokles úsudku, orientace v prostoru, myšlení, představivosti, logického uvažování. Při demenci je uchováno vědomí, i když dočasné kvalitativní poruchy vědomí mohou demenci ztěžovat. Uvedené symptomy mají přetrvávat alespoň 6 měsíců, abychom spolehlivě diagnostikovali demenci. (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998)

Nejvíce je postižen centrální řídicí orgán mozek, specializovaná tkáň, jež je nahrazována pojivou tkání. Výzkumy prokázaly, že člověk používá pouze 5 % mozkové kapacity. Procvičováním pohybových vzorců a kognitivních funkcí docílíme toho, že se ujmou jiné mozkové okruhy vyřazených nefunkčních neuronových spojení. Toho je možné využít obzvláště při cévních mozkových příhodách, neurologických postiženích. (Sayoud Solárová, 2010)

Nastávají **tělesné změny**: vzhled, termoregulace, úbytek svalů, degenerativní změny kloubů, přeměny činnosti smyslů, trávicího systému, kardiopulmonální změny, vylučování moči, sexuální aktivity.

Ovlivněny jsou také **psychické změny**: zhoršená paměť, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, obtížnější oslovování nového, sugestibilita, změny vnímání, emoční labilita, zhoršení úsudku.

Změny postihují také oblast **sociální**: změna životního stylu, odchod do penze, ztráta blízkých osob, osamělost. (Sayoud Solárová, 2010)

Demence bývá odborníky nazývána tichá epidemie a nejspíše je to nejzávažnější zdravotně sociální problém, který se objevuje ve vyšším věku. Nejvíce obtíží se nachází u populace nad 60 let. Nejčastěji uváděnými procentuálními údaji je rozpětí 3 – 5 % u osob s demencí ve věku 65 – 75 let, u osob ve věku na 80 – 85 let je rozsah 20 %, zároveň jsou tyto údaje vztahovány zejména na příznaky středně těžké a těžké demence. (Sayoud Solárová, 2010)

O syndromu demence mluvíme proto, že jej představují jednotlivé symptomy. Ty se na základě vyvolávající příčiny nemusí nalézat všechny, pokud se objevují, nemusí to být zároveň. Symptomy se mohou vytvářet různou rychlostí do velmi nestálé hloubky. O syndromu demence uvažujeme při kombinaci poruchy paměti, řeči a jazyka, poznávání, emotivity a sociální adaptace, praxie.

Nejsnazší je orientační test, který netrvá déle než několik minut času:

1. Pacienta se ptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok, den, měsíc.)

2. Po vysvětlení, co se bude dít a proč, pacientovi oznámíme názvy tří jednoduchých předmětů (např. klíč, dům, dveře), a na které se po pěti minutách opětovně zeptáme.

3. Mezi tím pacient odečítá sedmičky od padesátky.

Tento zcela orientační test je opakován s odstupem čtyř týdnů. Podezření na syndrom demence či na jeho vývoj, vzbuzuje jakákoliv porucha časoprostorové orientace, nemožnost vybavit si po pěti minutách přinejmenším dva ze tří jmenovaných předmětů a nezpůsobilost určit správný výsledek nejméně jednoho nebo dvou odečítání. Diagnostika onemocnění přísluší výlučně oblasti medicínské, diagnostika symptomů do rozsáhlé oblasti nápomocných disciplín, kde by příslušní profesionálové podpořili zavedení odborné léčby.

Právě při podezření na vývoj demence, který může vyplynout z uvedeného jednoduchého, zcela orientačního testu, je nutné vyšetřovat podrobněji.

V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupné snižování až zánik schopnosti péče o sebe sama, neschopnost provádět úkony běžné denní rutiny. Může se vyskytnout celá široká plejáda dalších, nekonstantních příznaků a potíží. (Mühlpachr, 2004)

1.1 Typy demencí

Demence se vzhledem k etiologii zasažení zpravidla dělí do dvou základních skupin.

1. **atroficko - degenerativní demence** – primární příčina je degenerativní postižení mozku (Vágnerová, 2004)

Mühlpachr vymezuje atroficko-degenerativní procesy: „*Procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů nervových buněk, k poruše funkcí nervových buněk i pomocných nervových buněk, k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nich probíhá řada dalších degenerativních dějů. Dochází k degradaci některých bílkovin a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. U Alzheimerovy choroby a většiny demencí s Lewyho tělísky dochází k tvorbě a ukládání beta-amyloidu. U Alzheimerovy choroby je rovněž degenerován tau-protein nervových buněk.*“ (Mühlpachr, 2004, str. 19-20)

2. **sekundární demence** – počátek je v důsledku jiné primární poruchy, určitým způsobem překračuje CNS a ty se potom člení:

- **Ischemicko-vaskulární demence** – jsou v důsledku kardiovaskulárního onemocnění, vznik probíhá na základě hypoxicko-ischemických přeměn mozku.
- **Ostatní sekundární demence** – jsou způsobené jinými příčinami (např. metabolické, přenosné, poúrazové či vzniklé vlivem otravy).

Demence smíšeného typu tvoří cca 10 % demencí, které vznikají na smíšené bázi, nemocný trpí nejen Alzheimerovou demencí, ale i vaskulární poruchou mozku. Generalizované poškození CNS směřuje ke komplexnímu oslabení psychických funkcí a komplexnímu úpadku osobnosti. Pokud vznikne parciální zasažení určité oblasti mozku, může se stát, že psychické funkce jsou postiženy nerovnoměrně, v klinickém obraze se vyskytují nápadné určité specifické problémy. (Vágnerová, 2004)

Dobrou, relativně jednoduchou pomůckou, která je přiměřeně citlivá k určení střední či těžké demence obzvláště při Alzheimerově nemoci, je mezinárodně rozsáhle uznávaný Folsteinův MMSE (Mini- mental state examination). Jedná se o mini-vyšetření duševního stavu. V základě jde o rozšířenou a formalizovanou podobu orientačního testu.

Test MMSE zjišťuje některé základní neuropsychologické funkce ničené syndromem demence – paměť, orientace v časoprostoru, osobou, řečové a jazykové dovednosti. Odpovědi na individuální otázky nebo výsledky zadaných problémů se bodují. Nejvíce je možné v testu získat třicet bodů. Hranici, která separuje lidi nedementní od osob dementních, je celkový počet 23 bodů. Je nejvíce uplatňovaný orientační test kognitivních funkcí ve světě. Ukázka se nachází v příloze P1. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

U demencí se nachází tři základní skupiny postižení, přičemž se tyto skupiny navzájem prolínají:

Postižení kognitivních funkcí – u většiny demencí – počáteční poruchy paměti

Postižení aktivit denního života – základní dovednosti, profesionální dovednosti, sebeobslužná péče, jsou u demencí poškozeny úměrně závažnosti demence. Na počátku vypadávají například složitější profesní činnosti, postupně se porucha zvětšuje na tzv. instrumentální aktivity každodenního života, např. způsobilost nakládat s penězi. U demencí v pokročilém stádiu jsou zasaženy i bazální činnosti denního života, jako je způsobilost oblékat a svlékat se, zachovávat základní osobní hygienu, samostatně se najíst. U nadměru těžkých stádií demencí se objevuje inkontinence moči i stolice, lidé jsou plně odkázáni na péči druhých (rodina, pečovatelé). (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

Behaviorální a psychologické příznaky demence - nejobtížnější projevy. Objevují se již od prvopočátků, ale většinou se prohlubují ve středních stádiích demence, kulminují v těžkých stádiích. Mohou mít různorodý charakter. Velmi frekventované bývají stavy neklidu. Občas mohou vypuknout stavy silného neklidu, jenž může, ale nemusí být pokaždé spojen s agresivitou. Jedná se například o útoky z domova, útoky na členy rodiny, pečovatele, zdravotnický personál, destrukce věcí, vykřikování, láteření, neustálé připoutávání pozornosti aj.. Občas je to výlučně neúčelné, ale klidné počínání (přenášení věcí, svlékání se).

Deliria nejsou složkou demence, ale hojně se u demenčních pacientů nachází. Při zvětšeném výskytu delirií u demencí pátráme po příčině, která je způsobuje, například tělesná porucha (infekce, metabolické poruchy...), nepřiměřená medikace, psychosociální stres a dalších příčiny. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

1.2 Stádia demencí

V počátcích demence je třeba zapotřebí odlišit tzv. benigní zapomínání, které nenáleží mezi mimořádné projevy. Jde o nemožnost vzpomenout si na konkrétní událost nebo jméno, jestliže jsme přímo na tuto skutečnost koncentrováni. (Ambler, 2000)

Obyčejně se tato příhoda nebo jméno vybaví opožděně a naprosto nečekaně.

První stadium: lehká demence

Příznaky: zapomínání posledních událostí, neschopnost vybavit si údaje, jména, cesty. Komplikace v životě nemocného: mylné úkony, nepochopení, ztráta zaměstnání. (Venglářová, 2007)

Objevují se slabší poruchy paměti, zejména krátkodobé, obtíže při vybavování některých slov, příležitostné výkyvy v časové a lokální orientaci, komplikace při pochopení složitější události či verbálního sdělení, při matematických úlohách a řešení méně konvenčních problémů. Rozvažování bývá pomalé a těžkopádné. Nemocní vyvažují úbytek svých kompetencí důrazem na staré zkušenosti, zafixované způsoby chování, vyvarovat se obtížným situacím. Objevují se příležitostné signály narušení kritičnosti. Potíže vznikají především v nových situacích, případně selektivně vzhledem k subjektivní obtížnosti některých úkonů, stereotyp běžných činností zůstává zachován. Nemocný vyžaduje kontrolu a příležitostnou pomoc. (Vágnerová, 2004)

Při počínající demenci usilujeme o to, nemocného obezřetně vrátit do reality tak, že mu bez recenzování sdělíme skutečnost. Cílem je uchování si základních informací o sobě samém, prostředí, ve kterém se nalézá, a o lidech s nimiž žije. Pomáháme uchovat orientaci místem, časem, okolnostmi a procvičovat krátkodobou paměť. Nemocného opětovně oslovujeme jménem, poskytujeme mu informace, co děláme a proč, jaký to má účel. Cílem je posilovat podvědomí nemocného, aby měl přehled o všem co se právě děje. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Druhé stadium – střední demence

Porucha paměti je významnější, projevuje se také v oblasti dlouhodobé paměti. Nemocný se neorientuje v čase ani místě. Má problémy s vyřešením i zcela běžných situací, nechápe ani základní souvislosti a spojitosti, nerozumí mnoha požadavkům a oznámením, ztrácí soudnost. Objevují se bludná přesvědčení. Potíže v komunikaci nastávají nejen s problémem v porozumění, ale také k narušení aktivního verbálního vyjádření, řeč je obsahově prázdná, nemocný má nepochybně omezený slovník a nesnáze s použitím i primárních slovních výrazů. Objevuje se apraxie, nemocný nezvládá úplné oblasti sebeobsluhy. Přichází na řadu také ztráta kontroly emocí. Nemocný vyžaduje dohled a nepřetržitou pomoc. (Vágnerová, 2004)

Pacient si stěžuje organizuje a řídí svůj každodenní život. Projevy tohoto stupně jsou nedostatky v paměti, nápadné odbočování v řeči, změny v motorické a pohybové oblasti. Koexistence s dementním člověkem ztěžuje obrácení rytmu den - noc. Komunikace je velmi nesnadná, snížená schopnost slovního projevu a vyhledávání slov. Nastávají problémy s inkontinencí. Lidé jsou odkázáni na neustálou péči. Střet s novými situacemi přivolává paniku, znepokojuje. Rodinné oslavy, svátky v průběhu roku, dovolené, způsobují stavy strachu. Klienti se cítí příjemně a v bezpečí výlučně v důvěrně známém prostředí. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Při pokročilé demenci nemocnému nevymlouváme jeho prožitky a vzpomínky. Ověřujeme vnitřní svět člověka, který trpí poruchou paměti, hledáme příčiny jeho jednání s prožitými životními událostmi. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Třetí stadium – těžká demence

Problémy v životě nemocného: klíčový rozvrat života, nezbytná celodenní péče a dohled, problematické jednání. (Venglářová, 2007)

Nemocný je naprosto dezorientován – časem, místem, osobou. Schopnost myšlení se ztrácí, možnosti komunikace jsou značně omezené, verbálnímu sdělení převážně vůbec nerozumí a neumí se ani vyjádřit. V chování se projevuje pokles náhledu, naprosté nerespektování společenských pravidel, negativismu. Není schopen uskutečňovat ani nejjednodušší sebeobslužné úkony, nedokáže ovládat vyměšování, běžná je naprostá inkontinence. Aktivita tkví maximálně v opakování nepraktických pohybů či bezesmyslném toulání. Nemocný je naprosto odkázán na péči okolí. (Vágnerová, 2004)

Třetí stupeň je stav absolutní bezmocnosti. Je nezbytná neustálá čtyřicetihodinová komplexní péče. V úvahu přichází péče a ošetřování v zařízeních sociálních služeb anebo profesionální celodenní domácí ošetřování. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Čtvrté stadium – terminální

Nemocný je upoutaný na lůžku, navázání kontaktu je intenzivně limitováno, nekomunikuje, nechápe, přichází o schopnost jakékoliv aktivity, je plně závislý na ošetrovatelské péči. (Vágnerová, 2004)

1.3 Alzheimerova demence

Vznik pojmu Alzheimerova choroba byl rozvleklý, spletitý a stále pokračuje. Alois Alzheimer, neuropatolog z Mnichova, v roce 1907 objasnil histologický nález v mozku paní Auguste D., jenž zemřela s diagnózou těžké demence, která trvala čtyři roky, ve věku 51 let. Okolo poloviny sedmdesátých let se začal používat pojem Alzheimerova nemoc pro obě tehdy rozšířené podoby – presenilní a senilní. Kromě toho u Alzheimerovy demence zjišťujeme mozkovou atrofii (úbytek mozkové tkáně), která se může projevit tak, že mozková kůra je ztenčená, dutý systém mozku je rozšířen (mozkové komory). Úbytek mozkových buněk je selektivní, postihuje nejvíce nervové buňky tzv. cholinergního systému, který je velmi důležitý zejména pro mechanismus paměti. (Mühlpachr 2004)

Podle Mühlpachra je možno: „*U pacientů s Alzheimerovou chorobou lze mikroskopicky zjistit v mozcích uleženiny tzv. beta – amyloidu. Tato bílkovina tvoří krystalická jádra tzv. Alzheimerovských plaků – ložisek v mozkové kůře, kde dochází k odumírání nervových buněk. V nervových buňkách dochází k další závažné změně – dochází k přeměně bílkoviny, která se nazývá TAU protein, a vznikají tzv. tangles – neuronální uzlíčky. Takto postižené nervové buňky pak zanikají.*“ (Mühlpachr, 2004, str. 57)

Alzheimerova choroba je nejvíce vyskytující se demence. Alzheimerova choroba se řadí mezi čtvrtou až pátou nejčastější příčinu všech úmrtí. Velmi podstatně znehodnocuje kvalitu života postižených. K základním klinickým rysům patří:

- „*Pomalý, plíživý začátek,*
- *plynule progredientní průběh bez výraznějších výkyvů,*
- *brzy dochází k úpadku osobnosti,*
- *časný úpadek soudnosti, logického myšlení a prostorové orientace,*
- *postupně dochází ke ztrátě schopností samostatné existence,*
- *postižení zpravidla brzy ztrácí vědomí nemoci,*
- *podstatné narušení kvality života postižených,*
- *choroba končí smrtelně.*“ (Mühlpachr. 2004, s. 72)

Časná indikace nemoci s Alzheimerovou chorobou je důležitá z několika důvodů:

- Chrání klienty před nástrahami, jež jim hrozí při běžné každodenní aktivitě (problémy spojené s řízením motorového vozidla a pohybem venku, které mohou vzniknout v důsledku vizuálně - prostorových obtíží).
- Podá rodině důvod, proč se nemocný chová absurdně.
- Pomůže plánovat léčbu pacienta a rodinnou budoucnost.
- Umožní aplikaci dostupné léčby nemocnému s mírnou až středně závažnou Alzheimerovou demencí.
- Zprostředkuje zavedení vhodných socioedukativních opatření, jež mohou poskytnout podporu, péči a také pomoc postiženým klientům. (Mühlpachr, 2004)

Ve stáří nabývá výrazný nárůst demencí. Alzheimerova demence - vede k postupné ztrátě hodně základních lidských vlastností, jako například intencionalita, autonomnost, identita a společenská vztahovost. Nejsou také známy žádné výzkumné závěry, které by potvrdzovaly nebo dosvědčovaly historické zpomalování prevalence Alzheimerovy choroby. Jestliže se zaměříme na vyšší věk, zůstává zvýšení a výskyt Alzheimerovy demence již několik desetiletí prakticky neměnný. (Gruss, 2009)

Z genetického hlediska znamená Alzheimerova choroba heterogenní onemocnění, kde se mohou vyskytovat jak sporadické, tak i rodinné podoby. Rodinná podoba tohoto onemocnění je však nadmíru vzácná. (Gruss, 2009)

Alzheimerova demence nastupuje pozvolna, pomalu a plynule. Jednotlivé symptomy se objevují postupně, z počátku velmi nenápadně. Až po určité době si okolí uvědomí, jak se nemocný změnil. Progrese potíží začíná být zřejmá mezi 2. a 4. rokem od začátku onemocnění. Psychické funkce jsou zasaženy rovnoměrně, úpadek je souhrnný, začleňuje všechny kompetence i osobnost nemocného. (Vágnerová, 2004)

Dle věku, kdy se objeví první symptomy nemoci, se Alzheimerova nemoc dělí na formu s časným začátkem (presenilní) – symptomy choroby se odhalují dříve než v 65 letech a trvají šest až osm let. Druhá forma je s pozdním začátkem (senilní) – příznaky se vyskytují v 65 letech života a později, průběh nemoci je obvykle delší, často déle než deset let. (Sayoud Solárová, 2010)

Ve věku nad 65 let onemocní Alzheimerovou demencí přibližně 10 % populace, ve skupině nad 85 let tato nemoc v klinicky různě významné podobě postihuje téměř celou polovinu populace. Riziko výskytu jakékoliv demence je u žen 1,9 krát vyšší než u mužů, stupeň výskytu Alzheimerovy nemoci u žen je 3,1 krát vyšší než u mužů. Výskyt v nižším věku než 65 let je méně běžný, u osob mladších 50-ti let je velmi vzácný. (Sayoud Solárová, 2010)

Alzheimerovu nemoc není možné za současného stavu vědomostí vyléčit. Včasné zahájení terapie však může průběh choroby výrazně zpomalit, kvalita života se zlepší nejen u zdravotně postižených ale i u jejich rodin. Záměrem této péče je co nejdelší uchování stávající úrovně kognitivních funkcí, uchování a pomoc v soběstačnosti, sebeobslužných aktivitách, snížení nebo vymýcení problémového chování, psychiatrické symptomatologie, smysluplné naplnění volného času, pravidelný režim, uchování kvality života a zachování dostatečné komunikace. (Sayoud Solárová, 2010)

Léčba má být souhrnná, zahrnující, nejen metody biologické, ale i metody psychosociální. Na léčbě se podílí lékař – psychiatr nebo neurolog v součinnosti s praktickým lékařem nebo lékařem – geriatrem, psychologem, zdravotní sestrou a rehabilitační pracovníci, socioterapeutem i pečovatelem pacienta a obzvláště jeho rodina. Na léčbě kooperují také i specialisté z jiných oborů. (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998)

Alzheimerovu demenci poprvé popsal lékař Alois Alzheimer v roce 1907. Tenkrát se považovala nemoc za ojedinělou. Začíná pozvolna. Nejprve se u nemocného horší krátkodobá paměť, člověk není schopen se postarat o domácnost. Tempo, kterým postupuje, se u každého postiženého diferencuje. Nemocný má avšak čím dál větší komplikace s vyjadřováním, rozhodováním, neukončuje myšlenky, je zmatenější. Pozměňuje se celá jeho osobnost. V posledních stádiích nemoci není absolutně schopen se postarat sám o sebe.

Příčiny – za rizikové faktory se považují zejména věk a rodinné dispozice. V nedávné době výzkum představil, že Alzheimerova demence u starších osob se vyskytuje současně se změnami na 19. chromozomu. U osob, které onemocní v letech kolem 30 a 40 roků je většinou spojeno s rodinnou anamnézou nemoci. Alzheimerova demence se pojí pravděpodobně se změnami na 1., 14. a 21. chromozomu. Odborníci a lékaři zastávají názor, že Alzheimerova demence je obtížné onemocnění způsobené různými faktory.

Alzheimerova demence je dědičná v rodinách, ve kterých se vyskytuje, je větší pravděpodobnost onemocnění. Jestliže se vyskytuje v rodině u více členů, jedná se o nejbližší příbuzenstvo. Eventualitou je, že určitá genetická dispozice hraje důležitou roli nebo že všichni lidé byli vystaveni vlivu faktoru, který je způsobuje. (Holmerová, Mátlová, 2012)

Příznaky nemoci

Onemocnění se vyvíjí pomalu, rozlišení prvních příznaků onemocnění je nesnadné. Není totiž zřejmé, kolik let se vyvíjí preklinické stadium. Histologické studie svědčí o možnosti, že je to minimálně několik let, ale může to být i několik desítek let. Prvním příznakem, který na počátku rozlišuje pacient nebo také jeho okolí, bývá poškození paměti. Projevuje se zapomínáním každodenních událostí. Pacient si nevybaví, co bylo k obědu, kam měl namířeno, co chtěl koupit, místo nákupu, koho potkal, co psali v novinách, zda je držel.

Objevuje se fatické poškození – afázie, např. sensorická afázie = nemožnost porozumět slyšenému, jestliže je dobře zachovalý sluch, motorická (expresivní) afázie = neschopnost srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Snazší forma afázie se označuje jako parafrázie, projevuje se např. komolením slov nebo nekorektní větou skladbou.

Obdobně vznikají rozličné druhy apraxie (neschopnost konat naučené úkony, např. odemykání a zamykání dveří), alexie (neschopnost pochopit čtený text), agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), astereognózie (neschopnost rozpoznat

pravou a levou stranu) a další. Mnohdy dochází k poruchám sexuálních funkcí. Běžné je výrazné snížení potence i libida, avšak občas může dojít ke zvýšené, až nežádoucí pozornosti o sexualitu. Mimořádně se mohou projevit i sexuálně deviantní jednání u osob, které se dříve nikdy deviantně nechovaly. (Mühlpachr, 2004)

Jedním z prvotních příznaků jsou obtíže v objevení a vybavování vhodných slov. V počátečních a lehčích fázích řeč pacientů se stává vágní, pacienti často používají spíše obecných výrazů než specifických pojmenování, často užívají zájmena (ona, ono, to) místo použití konkrétního jména nebo názvu předmětu. Potíže se projevují významněji při pojmenovávání dílčích částí objektů (např. kapsa) než pojmenování celých objektů (např. kabát).

Apraxie se vyskytují až ve středních stadiích. Rozumíme jimi neschopnost uskutečnit určitou motorickou aktivitu, jestliže jsou zachovalé intaktní motorické a senzorycké funkce, při zachovalém porozumění požadovaného úkolu. Následující symptom je agnózie (neschopnost rozpoznat dříve známé podněty při neporušených senzoryckých funkcích). (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Chování nemocných je oproti jiným typům demence sociálně dobře únosné. Hovoří se o příznivé sociální fasádě. Postupem času začnou nemocní bloudit, nenachází cestu domů, zapomínají, kudy se jde do míst, která navštěvovali řadu let (na poštu do obchodu). V průběhu následujícího vývoje přibývají u nemocných poruchy chování, které se projevují neklidem, blouděním a připojují se i paranoidní bludy a halucinace.

Alzheimerova nemoc zpravidla probíhá 3 – 8 let. Muži umírají dříve než ženy. Mnoho pacientů v průběhu choroby ztrácí hmotnost (souvisí se změnami v hypotalamu). V pokročilé fázi onemocnění se snižuje schopnost pacientů udržet spojení s okolím. Nemocní přestávají rozpoznávat přátele i příbuzné, bývají apatičtí. Na závěr přijdou i o schopnost zachovat si oční kontakt s osobami, které o ně pečují. Nemohou se udržet vsedě, jsou inkontinentní a nemluvní. Musí být krmeni. Přestávají postupně rozpoznávat i své nejbližší osoby. Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou nejčastěji umírají na nějaké tzv. interkurentní onemocnění, což jsou např. plicní záněty či následky úrazů. Lidé ve stejné věkové kategorii, netrpící Alzheimerovou chorobou, by převážně těmto chorobám nepodlehli. Markantně se snižuje obrazoschopnost, adaptivita, autosanační procesy. (Mühlpachr, 2004)

Stádia Alzheimerovy demence

Ve vývoji Alzheimerovy choroby lze zřetelně rozlišit tři odlišná stádia. Pro každé stádium jsou charakteristické speciální problémy, přičemž některé se mohou objevit v jakémkoliv stádiu, zatímco jiné nemusejí vypuknout vůbec. Přejod mezi I a II stádiem a mezi stádiem II a III může setrvávat několik let. (Sayoud Solárová, 2010)

U každého člověka se nemusí projevit všechny uvedené příznaky. Délka trvání každého ze stádií bývá u každého nemocného odlišná, některé z příznaků se mohou projevit dříve a jiné později. (Holmerová, Mátlová, 2012)

V současnosti se ukazuje, že patofyziologické a patologické přeměny u Alzheimerovy choroby začínají již mnoho desítek let před počátkem demence.

I. Stadium

Pacient má v mozku již známé patologické známky, nicméně nemá ještě žádné objektivní ani subjektivní příznaky, mimo malých odchylek, jenž lze objektivizovat obzvláště komplexními kognitivními úkony, eventuálně malým zhoršováním v čase, kdy jsou opakované neuropsychologické vyšetření. Diagnóza nemá v současnosti klinické opodstatnění, je významná pouze z hlediska výzkumu. (Nikolai, Vyhnálek, Štěpánková, Horálová, 2013)

V počátečním stádium se projevuje většinou narušeným učením něčeho nového (zhoršuje se ukládání do paměti, následně i vybavování, účinná může být nápověda). Pacient je převážně plně soběstačný, není nebezpečný pro sebe ani pro své okolí. (Nikolai, Vyhnálek, Štěpánková, Horálová, 2013).

V prvním stádium se odráží pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky, což mohou být zhoršování paměti (zejména po nedávné události), prozatímní časová dezorientace (nemožnost vybavit si, který je den, měsíc a rok), dezorientace prostorová (neschopnost poznat známá místa, nemocný nepoznává, že je ve vlastním bytě), ztráta podnětu a průbojnosti či těžké hledání slov. (Sayoud Solárová, 2010)

Příznaky vyskytující se během prvního stádia bývají zaměňovány s příznaky stárnutí. Běžně toto stádium trvá 2 - 4 roky.

Holmerová, Mátlová uvádí, že první příznaky mohou být:

- „Opakování se.

- *Ztráta orientace dokonce i na dobře známých místech.*
- *Ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti.*
- *Problémy s pojmenováním věcí.*
- *Ztrácení různých předmětů častěji, než je obvyklé.*
- *Změna osobnosti nemocného.*“ (Holmerová, Mátlová, 2012, s. 35)

Obvykle je nástup málo zřetelný. Až zpětně si rodina dá dohromady jednotlivé souvislosti a rozpozná u nemocného symptomy, které před tím jednoduše přehlédli. Postup může trvat několik let a člověk nejčastěji zemře na něco úplně jiného, například onemocnění srdce, rakovinu či selhání ledvin. Jak se nemoc vyvíjí, nemocný přichází o dílčí mozkové funkce a v hodně směrech se jeho počínání začíná podobat jednání malého dítěte. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Co se děje během raného stadia nemoci (během období 3 až 5 let)

- První oblast mozku, kde dochází k odumírání mozkových buněk v následku nemoci, je paměť.
- Pokud úsudek, logické myšlení a sociální jednání zůstávají fungovat normálně, může si nemocný člověk utvořit náhradní možnosti, jak se se ztrátami paměti vyrovnat.
- V tomto období nemoci si zřídka uvědomí, že se blíží nějaký problém, protože nemocný člověk působí normálně a nevyhledává lékaře. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Logické myšlení, sociální schopnosti a úsudek, jsou zcela normální, nemocný si vytvoří náhradní způsoby, jakým způsobem se s občasou ztrátou paměti vyrovná. V počátečním stadiu nemoci si obvykle nikdo problém neuvědomuje, kvůli vytvořeným kompenzačním prostředkům člověk působí normálně a nevyhledává lékaře. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

V raném stadiu je nutné se soustředit na dovednosti, schopnosti a vlohy, které přetrvávají neměnné, které je možné používat a posilovat. Oproti obavám z budoucích ztrát se zaměřte na podporu zbývajících možností.

Řeč v raném stadiu nemoci se počíná zhoršovat, konverzace s nemocným bývá obtížnější. Problémem se stává najít správné slovo, aby sdělil své pocity. Důležitá je snaha být

postiženému oporou a pomáhat mu se správně vyjádřit. Je-li to přiměřené, napovězte jméno či slovo, tak aby se nemocný necítil frustrovaně. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

V raném stadiu nemoci se může stát, že nemocný je velmi společensky činný, rád se začleňuje do společenských aktivit, setkává se s jednotlivci nebo skupinami osob. Ptejte se, co je mu sympatické, jaké aktivity je schopen učinit, co mu dělá radost apod. Jestliže se jedná o člověka společenského, tato jeho vlastnost bude pravděpodobně přetrvávat i v průběhu nemoci. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Smysly hmat, zrak, chuť, čich a sluch obvykle zůstávají netknuté nejdéle. Stárnutím se jeho smyslové schopnosti mění. Obvykle dochází ke zhoršení jednoho či více smyslů naráz u osob s dementním onemocněním. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Jiráček, Holmerová Borzová popisují, že **lehká demence**: „*se vyznačuje poruchami paměti, které jsou jak subjektivní (postižený si uvědomuje úbytek paměti), tak objektivně měřitelné testovacími metodami. Poruchy především v krátkodobé a střednědobé složce – postiženo zapamatování nových informací. Dochází k počínajícím poruchám aktivit denního života, hlavně u profesních a složitějších aktivit. Mohou se také objevit poruchy nálady (hlavně deprese, na níž se v časných stádiích Alzheimerovy choroby může podílet i uvědomění si úbytku paměti a dalších funkcí).*“ (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 32)

Co se děje v mírném stadiu nemoci (období dalších 3 až 5 let?)

- Odumírání mozkových buněk se rozšiřuje dále do celého mozku. Nemocný má problémy s oblékáním, bloudí či ztrácí orientaci, nezpomene si, jak se používají předměty pro běžné denní potřeby.
- Začíná být problematické řízení vozidla. Nemocný není schopen zkoordinovat všechny vizuální a sluchové informace z okolí a s korektní reakcí těla a pohybem volantu a pedálů.
- Člověk obvykle přichází k lékaři. Členové rodiny a známí si všimají, že je třeba odborné lékařské vyšetření. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Ošetřovatelé vědí, že Alzheimerova demence ničí paměť, nepostihuje však ducha a proto je potřeba během postupu nemoci přistupovat k nemocnému s respektem a láskyplným

přístupem. Každý člověk s diagnostikovanou Alzheimerovou demencí či některé z blízkých poruch má při všech stádiích onemocnění právo individuálního přístupu. Jestliže budeme mít tato práva na paměti, můžeme péči uspořádat tak, aby byla zachována důstojnost a také podpora funkcí, možností, které nemocnému náleží. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

II. Stadium

Střední demence se vyznačuje výrazným zhoršováním paměti ve veškerých složkách. Dezorientace bývají časté v čase i prostoru. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Střední stádium trvá nejdélší dobu, takže většinou dochází k tomu, že lidé si na chování nemocného navyknu. Toto stádium trvá v délce 2 - 10 let a nemocný:

- Je neustále více dezorientovaný, zmatený.
- Má problémy s denními činnostmi např. oblékání, čištění zubů.
- Opakovaně se s ostatními hádá.
- Domnívá se, že některé jeho domněnky či představy jsou reálné, i když to není pravda.
- Potuluje se.
- Potřebuje, aby na něj někdo dohlížel.
- Často se projevuje úzkost nebo deprese. (Holmerová, Mátlová, 2012)

Schopnost sebereflexe zůstává zachována, ale svižně se mění. Konverzace začíná být složitá, jelikož nemocný si není schopen zapamatovat myšlenky tak dlouho, aby je dokázal interpretovat. Není schopen na kladené otázky odpovídat. Může se zdát, že krátkodobá paměť nefunguje, ale dlouhodobá paměť může být plně funkční.

Oboustranná komunikace mezi ošetřovatelem a nemocným je velice důležitá. Zajisté ale také velmi obtížná. Je součástí procesu péče o nemocného. Pacient bývá rozčilený či podrážděný, neboť nerozumí všemu, co se požaduje. Může být frustrován, protože není schopen formulovat své myšlenky tak, aby ostatní rozuměli co chce říci.

Někteří mohou neustále opakovat slova, pořád dokola stejné zvuky či věty, nebo se může stát, že začnou mluvit svým rodným jazykem, i když jej léta nepoužívali. Snaží se dorozumět. Usilujte o to, abyste je pochopili a porozuměli jim. Je pravděpodobné,

že nemocný přidává do vět nevhodná slova. Dejte mu na vědomí, že ho chápete a nijak extra se ho nesnažte opravovat. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Při Alzheimerově demenci každý den očekáváme nějakou změnu stavu. Ošetřovatel musí být neustále v pozoru, musí se vyrovnávat s tím, že to co fungovalo včera, nemusí nutně fungovat dnes. Hledání nových možností řešení a situací je dílčí částí nelehké pečovatelské práce. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

III. Stadium

Těžká demence je typická těžkými poruchami paměti ve více složkách. Nemocní si nemohou zapamatovat nové informace, z toho důvodu bývají současně dezorientovaní místem i časem. Postižení obvykle nerozpoznávají lidi, často ani nejbližší příbuzné či své pečovatele. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Ve stadiu těžké demence se projevují poruchy chůze a jemné pohyblivosti, poruchy aktivit každodenního života, těžké poruchy paměti, poruchy chování a emocí. Alzheimerova choroba končí smrtí a délka života od objevení se prvních příznaků je 7 - 10 let. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

V pozdních stádiích jsou výsledky v paměťových testech ztrátové, již při bezprostředním opakování i ve chvíli, kdy po pacientovi požadujeme pozdější vybavení. Mnohdy si postižený ani nevybaví, že byl test zadáván. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Ve třetím stadiu jsou nemocní plně závislí. Kognitivní poruchy vyústí až ve významný rozpad celé osobnosti. Osoba má problémy při příjmu potravy, nutná je pomoc. Člověk již není schopen poznat přátele ani členy vlastní rodiny, podstatná je apatie. Jsou přítomny obtíže s chůzí, občas je pacient upoután na lůžko. Dalšími symptomy jsou inkontinence a závažné poruchy chování. (Sayoud Solárová, 2010, s. 65)

Třetí stadium trvá 1 - 3 roky. Nemocný potřebuje stálý dohled. Není schopen:

- Hovořit a rozumět slovům.
- Identifikovat sám sebe v zrcadle.
- Rozeznat rodinné příslušníky.
- Postarat se sám o sebe.

- Je nutné ošetřování a pomoc i v nezákladnějších situacích např. hygiena, krmení, toaleta. (Holmerová, Mátlová, 2012)

V pokročilém stadiu Alzheimerovy choroby neplní funkci i dlouhodobá paměť. Pořád je však možné vyvolat konkrétní vzpomínky pomocí obrázků, zvuků a přinášet tak libé pocity jak nemocnému, tak i pečujícímu. Komunikace začíná být naprosto obtížná, proto je mnohdy těžké odhadnout, nakolik je nemocný člověk schopen chápat. Nedomnívejte se však, že nechápe vaše uklidňující slova, i když na ně neodpovídá. Může identifikovat postoje nebo pohyby. Ošetřující osoba musí nalézat jiné způsoby porozumění, a to s použitím všech smyslů. V pokročilém stadiu není pacient způsobilý logického úsudku a myšlení. Nedostatek pohybu má za následek proleženiny. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008)

Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback doporučují: *„je třeba, abyste se soustředili na to, co je nemocný ještě schopen dělat a co mu působí radost. Přestože došlo ke značenému poškození logického myšlení, úsudku i sociálních dovedností, smysly zůstávají do značné míry funkční. Pečovatel se musí naučit chápat „řeč těla“. Váš hlas či dotek může být pro nemocného velice uklidňující.“* (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Bumback, 2008, s. 85)

Kam se orientuje výzkum Alzheimerovy choroby, co se dá očekávat v nedaleké budoucnosti? Výzkum Alzheimerovy choroby se řadí ve světě mezi priority, obdobně jako bádání kardiovaskulárních chorob, zhoubných nádorů, AIDS. Jsou především zjišťovány mechanismy neurodegenerace, díky tomu vyplývají možnosti jejího ovlivnění. Alzheimerova choroba je nejzávažnější onemocnění, co se týká prognózy, postižení kvality života nemocných, jejich pečovateli ale i ekonomické faktory nemoci. Výzkumu Alzheimerovy choroby se ve světě poskytuje mimořádná pozornost, jsou na něj poskytovány veliké finanční prostředky. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

Mimořádné všímavosti se těší zejména:

- *„Genetika Alzheimerovy choroby.*
- *Mechanismus tvorby patologických (chorobně se vyskytujících) bílkovin – beta – amyloidu a tau-proteinu.*
- *Poruchy přenosu informací uvnitř buňky.*
- *Nervové růstové faktory, jejich tvorba, uvolnění a vazba.*

- *Apoptóza – geneticky naprogramovaná buněčná smrt.*
- *Vývoj nových léčiv proti Alzheimerově chorobě a dalším demencím.*“ (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 157)

V současnosti žije v České republice nejméně 140 000 osob postižených Alzheimerovou chorobou či jinou formou demence. Je třeba přijímat všechny osvětové činnosti, které veřejnost varují před tím, jak rozpoznat začátky demencí, proč je nezbytné, aby postižený člověk zašel k lékaři co nejdříve. (Haškovcová, 2012)

Účinná léčba není povědomá, nástup onemocnění můžeme oddálit a projevy nemoci zmírnit. V řadě států byl uveden nadnárodní projekt Plan Alzheimer, protože počet pacientů s Alzheimerovou chorobou se zvyšuje a zvyšovat bude. (Haškovcová, 2012)

Plan Alzheimer je velkorysý francouzský projekt nasměřovaný na výzkum a vývoj efektivních léků a rozvoj příznačných služeb pro pacienty s Alzheimerovou chorobou případně pro pacienty s jinou formou demence. Nedílnou součástí projektu, který byl rozvíjen v letech 2008 – 2012, je také zdokonalování profesionálních i laických pečovateli, jakož i péče o jejich finanční podporu. Řada dalších států se do Plan Alzheimer zapojila a vytvořila vlastní obměnu. V České republice se vláda odhodlala k vytvoření Plan Alzheimer již v roce 2010, avšak celý proces se několikrát odložil, zatím chybějí českému plánu potřebné peníze. (Haškovcová, 2012)

Důležitá je spolupráce s pečujícím, kdy probereme pro něj nejnáročnější symptomy a jaké změny stavu očekává od léčby. Posuzujeme efekt léčby na individuální problémové symptomy. Při řešení konkrétních problémů, s pečujícím zpracujeme jednotlivé problémy v chování nebo při péči, podporujeme vypracování aktivačního programu nemocného. Poskytneme informace o různých pomůckách při inkontinenci, poruchách hybnosti apod. V terminálních etapách nemoci pečující pracujícími s nemocným na smíření se s odchodem nemocného. (Franková, Holmerová, Jirák, Vyhnálek, 2011)

Jaká je v současnosti dostupná léčba? Doposud neexistuje žádný lék, jenž by Alzheimerovu demenci vyléčil. U tzv. kognitiv leckteré studie dokázaly, že zdařile zmírňují její příznaky a zdržují její rozvoj, zvolnit lze také postup vaskulární demence, lze redukovat psychologické příznaky a poruchy jednání u demence. Je však ohromně důležité, aby byli rodinní příslušníci s těmito variantami obeznámeni a používali je k užítku svých blízkých. (Holmerová, Mátlová, 2012)

1.4 Česká alzheimerská společnost

Vznikla roku 1997. Podnětem k jejímu založení byl pocit některých odborníků i rodinných příslušníků, že problematice demencí, a především praktickým hlediskům péče, není u nás poskytována dosud uspokojivá pozornost. V průběhu své nyní již desetileté činnosti zaregistrovala Česká alzheimerská společnost i malé úspěchy, které považuje za významné. Jedná se zejména o dosažení zařazení kognitiv do hrazení z veřejného zdravotního pojištění. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

V České republice, když vznikala Česká alzheimerská společnost, se téměř nemluvílo o problematice Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění zapříčiňující demenci. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Předsedkyní je lékařka Iva Holmerová. Sdružuje profesionály, kteří se zabývají problematikou demencí. Důležité je, že se přičiňuje o náležitou informovanost postižených osob (jestliže jsou ještě schopni informace pociťovat a účinně využívat), pečujících rodin i společnosti. Koneckonců vznikly specializované poradny na řadě míst v celé zemi. Česká alzheimerská společnost blízkce spolupracuje s Českou gerontologickou a geriatrickou společností, je součástí zásadních mezinárodních organizací tj. Mezinárodní alzheimerské asociace a společnosti Alzheimer Europe. Kvůli tomu, že výskyt nejruznějších forem demence se zvyšuje s věkem a demografická křivka vypovídá o trvalém až dramatickém vzestupu u osob vyššího věku, profesionálové charakterizují demence za tichou epidemii 21. století. Situace je důležitá, a proto všechny alzheimerské společnosti na světě záměrně upozorňují nejen laickou společnost, ale nejvíce svou vládu, že je třeba ji včas a štědře řešit. K celospolečenskému poučení slouží rovněž Světový den Alzheimerovy choroby, u nás nazývaný Pomerančový den, který se koná pokaždé 21. září. (Haškovcová, 2012)

2 METODY VYUŽÍVANÉ V PÉČI

Senioři s demencí se řadí k těm nejvíce osamělým a opomíjeným v domovech pro seniory a psychiatrických zařízeních. Jejich dezorientované povídání, při kterém neustále přechází od jednoho tématu ke druhému, směřuje jak jejich pečující, tak i vnímavější spolubydlíci k tomu, že je naprosto ignorují. Fyziologické potřeby seniorů jsou sice uspokojeny, ale vzácně se jim dostává i něčeho dalšího. Nikdo neusiluje s nimi prohodit přinejmenším pár slov a následující absence jakékoliv motivace s sebou přináší akceleraci jejich mentálního a sociálního stavu. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

K pacientům s demencí je nutný zachovat trpělivý přístup, nepřetržitě reflektovat jejich stav, usilovat o pátrání po tom, jaké mají potřeby a přání, být bedlivý, trpělivý, empatický, komunikovat mimoslovně, taktlně, jestliže je to pacientovi příjemné, nepospíchat, cenit si je jako jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, neobávat se s pacientem zasmát. Je potřebné, chovat se tak, abychom se pacienta nedotkli a abychom pokaždé respektovali jeho lidskou důstojnost. Schopnost komunikovat je předpokladem, aby se člověk zdařile zapojil do svého sociálního prostředí, aby navazoval a pěstoval vztahy. Pomocí komunikace svá sdělení svěřujeme jiným, přijímáme jejich sdělení. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Pro plánování a uskutečnění jakékoliv aktivity se stárnoucím jedincem, je velmi významné uplatňovat individualizovaný přístup nasměřovaný na člověka. Vychází z humanistické psychologie a požaduje velmi dobrou obeznámenost biografie klienta, se kterým spolupracujeme. Jde o interdisciplinární přístup zjišťující životní dráhy člověka, koncentrovat se na změny, které v životě nastanou a které mají vliv na momentální chování a vyjadřování člověka v jeho sociálních vazbách a v zažitém historickém kontextu. Za podmínky dobré znalosti života klienta jsme zdatní přistupovat k němu přiměřeným způsobem, vzít v úvahu jeho zvyklosti a požadavky, utvářet program podpory, aktivit či možností, které budou nejen klientem, ale i jeho sociálním okolím akceptovány a budou mít za následek zvýšení kvality jeho života. (Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová, 2013)

Aktivizační a motivační projevy, které bývají poskytovány klientům - jde o tzv. léčby jako např. fyzioterapii, ergoterapii, kinezioterapii, aktivaci, kognitivní rehabilitaci či logopedickou intervenci, ale zároveň o tzv. expresivní terapie, jež pracují s výrazovými prostředky, poznatky a s kreativními aktivitami. Do nich patří arteterapie, muzikoterapie,

dramaterapie, tanečně-pohybová terapie, biblioterapie a filmoterapie. U seniorů je také velmi oblíbená práce se zvířetem (zooterapie / pet terapie). U starších osob a osob s demencí jsou postoje zaměřeny obzvláště na udržení současného stavu kognitivních schopností, ulehčení komunikace mezi klientem a pečujícím, opora ve vztahu mezi osobou s demencí a její rodinou, zároveň i na co nejdélejší udržení samostatnosti v každodenních činnostech. Rozdílné aktivity smysluplně naplňují volný čas, které pak usnadňují adaptaci v nových prostorách a předchází hospitalismu. (Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová, 2013)

2.1 Validační terapie

Validační terapie bývá označována také jako validační metoda, metoda validace či validační péče a je vytyčena pro přístup k osobám s demencí. Metodu vytvořila sociální pracovnice Naomi Feilová. (Malíková, 2011)

Malíková uvádí: *„Podstata validační terapie vychází z teorie, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nerozpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti. Základním principem validační terapie je umět správně validovat (hodnotit) vzdálené emoční příčiny a přijmout je, což znamená uznání osobnosti nemocného s demencí.“* (Malíková, 2011, s. 239)

Dle Klevetové a Dlabalové se ve validační terapii jedná: *„o soubor přístupů, který vychází z filosofie, že každé chování osoby s demencí má nějakou příčinu, je doprovázeno emočním laděním v souvislosti se vzpomínkami z minulosti. Dokázat je správně hodnotit a přijmout znamená pro nemocného, že uznáváme jeho osobnosti.“* (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 114)

Metoda validace se rozvíjela mezi 60. a 80. lety 20. století ve Spojených státech. Do České republiky se pozvolně dostává až dnes. Vznikla jako následek nespokojenosti s tradičními stanovisky k dezorientovaným lidem, které poukázaly na nutnost zatahovat seniory do reality a tišit je v nepřiměřených reakcích. (Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová, 2013)

Klíčovým smyslem validační terapie je rozpoznat prožitá traumata, pochopit dřívější událost v životě klienta a pátrat po jeho vzpomínkách. Druhým krokem je poskytnutí pomoci klientovi vypořádat se s nimi. Ideálním smysluplným řešením je empatický

přístup, pomoc při vnitřním uspořádání emočních traumat. Validační terapie poskytuje klientovi prostor k rychlým změnám popisu zážitků či výměně tématu hovoru a naprosto tuto nestálost respektuje. Prvkem terapie je nabídka přiměřených činností k zaměstnání klienta. To se podílí na ukotvení koncentrace, provádění některé aktivity nebo k zachování tématu hovoru, podněcení klidu apod. (Malíková, 2011)

Cíle validace: znovuzískání sebeúcty, ztráta stresu, opodstatnění prožitého života, vyřešení konfliktů z minulosti, zdokonalení verbální a neverbální komunikace, prevenci uzavření se do sebe, zlepšení pohybového aparátu, zkvalitnění života, vztah opírající se o důvěru, pomoci vysvětlit nedořešené problémy z minulosti, pomoci lidem urovnat si život, snížit stres zapříčiněný životními ztrátami, spokojenější lidé, kterým se vrátil pocit vlastní hodnoty. Jestliže nejsou projevy prvního stadia u klientů vyřešeny, problém se následně prohlubuje a dostává se do druhého stadia. Klienti zřetelně sníží svou záměrnou kontrolu nad situacemi, nezáleží jim na tom, jak se oblékají, jak se jeví svým chováním druhým, ztrácejí své komunikační dovednosti a přestávají dodržovat společenská pravidla.

Ti, kteří popírají své vážné životní nesnáze a dogmaticky se drží svých rutinních rolí, projevuje se u nich jejich mentální rigidita na fyzickém stupni poruch mozku, smyslových činností, pohybovým omezením a ztrátou úbytku emocí, zmenšuje se jejich krátkodobá paměť. Přichází o schopnost dodržovat společenská pravidla a bariéry v chování. Jsou sebestřední a jejich egocentrismus se domáhá citlivé reakce, aby nebyli bezúčelně uraženi a dotčeni. Vyjadřují se jasně, pro okolí nesrozumitelně. Popisují pouze své pocity vytržené z kontextu, nikoliv celou situaci, mnohdy je obtížné rozumět tomu, o čem vypráví. Pokud není poskytnuta validační pomoc, jedinec ztrácí kontakt s okolím a setrvává na přežívání díky uchování fyziologických funkcí. Odmítá se verbálně vyjadřovat, slábnou jeho neverbální projevy, degradační změny jsou nejen v mozku, ale následně i v celém organismu. (Malíková, 2011)

Validaci je možné uskutečňovat buď individuálně či skupinově. S klienty v etapách špatné orientace je doporučeno pracovat skupinovou metodou, u klientů ve fázi dezorientace je příhodné pracovat individuálně. Skupinová validační terapie požaduje precizní a citlivou koordinaci od vedoucího skupiny. Úkolem vedoucího je podpora klientům s vyřešením jejich vnitřních konfliktů a dosáhnout tím vrácení jejich pocitu vlastní hodnoty. Klientům to poskytuje pocit uspokojení a zabraňuje jejich posunu do dalšího stadia.

Validační pracovník co nejvíce udržuje s klientem oční kontakt, používá haptiku a dostatečnou blízkost. (Malíková, 2011)

Vykonání procesu může být rozděleno do tří částí:

Mise – fáze shromažďování informací, nejčastěji od příbuzných osob klienta. Součástí poskytování informací je také zkoumání klienta, obzvláště jeho neverbálních projevů

Poloha – určení stádia procesu změny. Je významné pro dosažení předvídaných cílů validace. Důležitou roli hraje volba komunikačních prostředků a přístupu. Pro přesné stádium demence je závažné používání příslušných technik.

Technika – zvolenou techniku je nutné používat opakovaně během dne, zpočátku v kratších intervalech.

Metoda validace si nárokuje dodržování validačního postoje, realizování validačního rozhovoru a užívání empatie vůči klientům s demencí. Validační postoj žádá cílené užívání neverbálních projevů zejména zrcadlení, očního spojení a iniciálního doteku. Je důležité odpovídající kladení otázek. Je nutné uplatnění shody. Aby byla empatie při validaci skutečná a účinná, musí se odrážet od znalostí o klientovi, jeho životních zkušenostech. (Malíková, 2011)

Použití validační metody je nepochybným přínosem pro osoby s demencí, jelikož jim umožňuje zůstat lidmi bez zřetele na stav a situaci, ve které se nalézají, dává jim příležitost zachovat si důstojnost a hodnotu. Validace je podstatná, aby měl člověk na závěru života vše v sobě uzavřeno, nic ho tu nezdrželo a mohl v pokoji odejít. Pro osobu s demencí je validační metoda neocenitelnou službou, která zprostředkuje seniorům důstojné dožití a důstojný odchod z tohoto světa. Validační přístup označuje vysoce morální podporu a pomoc, které osobě s demencí můžeme umožnit. Východiskem nejen pro validační přístup, ale i pro mnoho jiných technik a metod musí být vstřícnost pracovníků vzít na vědomí zcela odlišný pohled na problematiku, rozumět správnému výkladu důsledků chování osob s demencí a také snahu a důslednost při užívání nových forem přístupu ke klientům. (Malíková, 2011)

Jestliže člověk s demencí neustále hovoří o svém blízkém, vyčkává na něj, věří, že přijde, a nechce se začlenit do potřebné aktivity, ošetřovatel jej v tomto případě neopravuje. Na druhou stranu nepodporuje ani jeho mylný názor nesprávných směrem, ale chopí se daného tématu, povídá si s nemocným o jeho blízkém, o společných aktivitách, historkách

a postupně nastává zklidnění a spolupráce i na aktivitě, kam se předtím nebylo možné dostat. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Naomi Feilová sociální pracovnice získávala své životní zkušenosti při práci se starými lidmi dezorientovanými v následku probíhající Alzheimerovy choroby nebo jiné demence. Byl to dopad nespokojenosti s tradičními přístupy k dezorientovaným starým lidem. Ty zdůrazňovaly nezbytnost vtahovat nemocné seniory do skutečnosti, v níž se právě nacházeli, zklidňovat je, pokud se projeví nepřiměřené emoce nebo neovladatelné chování, v nichž se právě nacházejí. Péči vystihovalo ignorování jedinečných projevů klienta trpícího demencí a nedostačující respekt k lidem, jejichž život už postrádá svůj smysl a hodnotu. Zpracovala techniky rozvíjející empatii a související účinný kontakt s dezorientovanými jedinci. Významnou validační technikou je také reminiscence. K ostatním validačním technikám patří důvěrný oční kontakt, dotek, položení jednoduchých neohrožujících otázek, procvičování, opis a zrcadlení, používání jasného, ale hlubšího tichého hlasu apod. Naomi Feilová vycházela z názoru, že projevy chování a přeměny v psychice a emocích u lidí s demencí jsou běžnou součástí stráveného života, příslušný výraz vnitřního prožitku nemocného člověka. Validace vyjadřuje přijetí reality druhého, je to druh komunikace směřující ke vzájemnému sblížení. Validace bere člověka seriózně, akceptuje ho i s jeho demencí a všemi zvláštnostmi. (Janečková, Vacková, 2010)

2.2 Smyslová aktivizace Lore Wehner

Aktivizace = přinutit ke zvýšené činnosti, vystupňovat působení něčeho. Smyslovou aktivizaci chápeme jako „vedení do pohybu“. Pozitivní úspěch smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální a fakticky komplexní činnosti. U klientů s demencí znázorňuje využití smyslové aktivizace novou příležitost, jak identifikovat použitelné zdroje, jak je zachytit a využít. Upevní se i schopnosti ještě přítomné, ale nevyužité, posiluje se schopnost vypořádat se s běžnými denními úkony, připomenou si slova, příběhy, představy a citové dojmy, tím se znovu pozvedne možnost nalézt zapomenutá slova. Člověk s demencí získává možnost komplexní komunikace, se všemi smysly a řády. Použitím smyslové aktivizace se podněty ze smyslových orgánů přivedou do mozku nervovými dráhami. Tak se utřídí, uloží a začlení k předchozím dosaženým informacím. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Wehner a Schwinghammer definují cíle smyslové aktivizace: „*Aktivizace pohybového aparátu, uvědomování si přírody, setkávání se s přírodou a životním prostředím, vnímání tepla / zimy, orientace uvnitř – venku, orientace ročním období, pochopení a ozřejmení vztahu k aktuální současnosti, podpoření hrubé a jemné motoriky, umožnění přiměřeného chování v silničním provozu, hmatová, čichová, zraková, chuťová, sluchová aktivizace, práce s pamětí a trénink paměti, pocit sebeurčení ve stáří, rozšíření sociálních kontaktů, napomáhá komunikaci a aktivnímu naslouchání, možnost komunikovat, verbální i neverbální vyjadřovací schopnosti, rozšíření slovní zásoby, trénink způsobilosti k běžným každodenním úkonům, koordinace oči - ruce, zručnost, koncentrace a pozornost, vytrvalost a uvolnění, pohybové aktivity, které potěší, podpora prokrvení, energická práce, vyvolání zájmu, vyplnění potřeb a přání, posílení pocitu pohody, duševní a duchovní pohoda, motivace klienta, podpora zdraví všeobecně.*“ (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 14 - 16)

Krátkodobá smyslová aktivizace znázorňuje vědomé, cílené a bedlivé, zaměřené na určité osoby, skupiny s rozmanitými potřebami v odlišných směrech, má za úlohu uskutečňovat potřeby, mající velký význam pro pocit vyrovnanosti a tím i kvalitu života ve stáří. Krátkodobá aktivizace během dne dává absolutně veškerým pracovníkům pečovatelského týmu příležitost přicházet k ošetřovaným, budovat vztahy a tím i podstatu pro vysokou kvalitu života ve stáří. Krátkodobá aktivizace nárokuje pouze deset minut, a to dává vzácnou možnost pro zvýšení aktivizace ošetřovaných, záměrně využít cenné chvíle např. přestávky, dobu odpočinku, situace při jídlech. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Velmi markantní účinek má pravidelné užívání složek krátkodobé aktivizace obzvláště u klientů s demencí, kteří by byli vyloučeni ze sociálních interakcí. Utvoření individuální komunikační úrovně vybudovává vztah k pečujícím a dosahuje vzniku důvěry jako základu, jež usnadní další soužití. Podpoří se klientovo sebevědomí a získá to, že po dlouhou dobu zůstane uchováno pozitivní hodnocení sebe samotného. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Práce s pacienty s demencí znamená práci ovlivňující smysly, novou možnost souhrnné podpory zásadních funkcí. Pomocí svalové činnosti a činnosti smyslů do mozku pronikají impulzy, které zapříčiní, že se dají vzbudit v paměti slova, příběhy, zážitky, pocity a emoce. Takto se aktivuje schopnost nalézat slova a pacient může vytvořit krátké věty. Uctivý, ochotný přístup a emoční sblížení při pečovatelských činnostech, za denních situací, při realizaci cvičení, je nutná podmínka pro zachování kvality života, schopnost

postarat se o sebe sama, sebevědomí, aktivní přístup a odpovědnost. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Nedílnou součástí smyslové aktivizace je motogeragogika a Montessori pro seniory, což je psychomotorická aktivizace pomocí pohybových podnětů, aktivizace poznávacích schopností za doprovodu hudby, rytmů, rezonance. Umění doprovodit je další podpůrnou metodou nenuceně propojenou do celkového konceptu smyslové aktivizace. (Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová, 2013)

Vnímání skupiny u lidí s demencí napomůžeme také tím, že dbáme na rituály společné jídlo, práce, cvičení, zpívání, společenské hry apod. Tyto rituály jsou zpravidla spouštěčem automatické odezvy, která usnadňuje přizpůsobení jedince ve skupině. Někdy může být efektivní neverbální komunikace, kdy zobrazování něčeho důvěrně známého může vyvolat hravou, veselou atmosféru. K jednotlivci přistupujeme individuálně, zjišťujeme, zkoušíme, co na něho má dobrý vliv. (Janečková, Vacková, 2010)

2.3 Reminiscenční terapie

Reminiscence podporuje, aby pečující osoba dobře rozpoznala klienta nebo rodinného příslušníka, jemuž poskytuje péči. Pomáhá k vhodnému přijetí nemocného člověka, umožňuje verifikování jeho hodnoty, oslovování lidí a budování vztahu, a to i v momentě, když někdo neuskutečnil své životní úkony a jeho vztahy k ostatním byly komplikované. Reminiscenční terapie může pomoci starému člověku vypořádat se s obtížnými fázemi života, zbourat bariéru demence, udržet si důstojnost, snížit úzkost a osamění, oživit pocit rovnováhy, zvládnout nedokončené úkoly a zamezit ústupu do tzv. vegetace. (Janečková, Vacková, 2010)

Úkoly, jaké může reminiscence splňovat:

- **Intrapersonální** – vzpomínání podporuje udržet vnitřní emoční vyrovnanost a vědomí sebe sama, hraje hlavní roli při hledání smyslu života, identitu a životní spojitost.
- **Interpersonální** – vzpomínání se odehrává pomocí rozhovoru s druhými, vzpomínky skýtají podněty pro přátelskou sociální interakci, např. společenskou konverzaci, také velice důvěrné vzpomínky, nikomu nesdělené, plní funkci interpersonální, jestliže udržují kontakt s blízkými osobami, které již zemřely.

- **Poznávací, informační, výukovou** – vzpomínky ulehčují při řešení problémů, poskytují dřívější zkušenost, jsou předávány jako zprávy o minulé době, o poznaných historických událostech, jsou součástí role stařešiny, seniora, přirozené autority, mudrce, učitele (Janečková, Vacková, 2010)

Janečková, Vacková uvádí: „*Reminiscenci definuje jako hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí. Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy lidová nebo taneční hudba apod.).*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21)

Využití je obzvláště vhodné u osob s demencí, kdy dochází k oživení minulých zkušeností, zvláště těch, jež jsou zpravidla pozitivní a subjektivně významné (rodinné události, slavnosti, svátky, svatby, aj.). Zásadním terapeutickým prvkem veškerých reminiscenčních přístupů je vzbuzení pohody, laskavého pocitu, sebeuspokojení, potěšení i kognitivní stimulace. (Janečková, Vacková, 2010)

Narativní přístup – narro znamená vyprávět, líčit, poskytovat zprávu vykládat, naration - vypravování. Pracuje se sdělovanými vzpomínkami. Hlavním smyslem reminiscenčních činností je naplnění volného času seniorů, sociálního zapojení, nenucená kognitivní stimulace, nastolení psychické harmonie, upevnění sebeúcty a udělení příležitosti pro sebevyjádření. Podstatou jsou samovolně, vyjadřované vzpomínky, reminiscence se koná buď mezi dvojicí anebo ve skupině, může vést k tichému individuálnímu vzpomínání nebo o publikované vzpomínky, memoáry, autobiografie, knihy života. Nejčastěji jde o výklad příběhů ze života v přirozené atmosféře a bezpečného prostředí, do kterého se většinou s podporou facilitátora postupně začleňují všichni zúčastnění. Narativně směřovaná reminiscenční skupina napodobuje setkání rodiny nebo přátel, kdy se navzájem vzpomíná a každý může přispět svou trochou do mlýna. (Janečková, Vacková, 2010)

Do reflektujících přístupů patří zejména životní rekapitulace. Je pokládána za speciální formu reminiscence, byla určena jako proces probádávání, zajištění a hodnocení celkového obrazu života jedince.

Za účelem komplexní reflexe a porozumění životu i se všemi komplikacemi, konflikty a poraněními, pátrání po smyslu života a jeho závěrečného přijetí takového, jaký byl. Vedou staré lidi k dosažení sebeúcty, psychologické stability, spokojenosti. Směřují je k prominutí a usmíření mezi přáteli či blízkými členy rodiny. (Janečková, Vacková, 2010)

Kognitivně – reminiscenční terapie jsou vyhrazené pro osoby s depresí a poruchami kognice. Jedná se o jasně konstruovaný postup. Každý účastník dostává prostor, vymezený čas, kdy mluví o svém životě z příslušného zorného úhlu. Témata jsou předem určena tak, aby účastníci byli připraveni buď duševně, nebo v lepším případě, aby si své vzpomínky mohli zaznamenat. Mezi témata se řadí vztahy mezi partnery, rodiči nebo mezi sourozenci, životní zklamání a úspěchy, historiky z rodinného prostředí, příběhy z práce, významné životní křižovatky, životní cíle, dědictví pro mladší generaci. (Janečková, Vacková, 2010)

Záměrem je systematické zkoumání vzpomínek, postojů a myšlenek tak, aby závěrem bylo pozitivní vnímání sebe sama. Reminiscenční terapie v sobě obsahuje mnoho různých přístupů, odvíjející se od stupně znalostí, obratností, dovedností a v neposlední řadě i od sebevědomí a vstřícnosti lidí, kteří se jí věnují. Je to status filosofie péče, ve které minulost, počátek, prostředí a životní styl každého jednotlivce slouží jako podklad, od kterého se odvíjí péče o něho samotného. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Na vzpomínání je pohlíženo jako na vzájemný proces, shodnou cestu. Staří lidé jsou našimi učiteli, autoritami, informátory, studnou cenných informací o minulosti. Při reminiscenci se zdůrazňuje vzájemnost, informování o zkušenostech a zážitcích, využití dosud ukrytých kapacit člověka, preferování zdravých aspektů jeho osobnosti a zformátování příležitosti k následnému rozvoji, růstu a vypátrání jeho zájmů. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Ačkoliv využití reminiscenční terapie pro osoby s demencí klade důraz na nároky na všechny zúčastněné, má svůj hluboký potenciál nejen pro seniory samotné, ale i pro pečující. Senioři s demencí na reminiscenčních střetnutích vypadají šťastně a pobyt ve skupině jim dodává potěšení. Vzpomínání je těší, i když na ně brzy zapomenou. (Špatenková, Bolomská, 2011)

V rámci reminiscence pracovník dovolí klientovi vybrat si z krabice předmět, o kterém bude hovořit, vzpomínat na zážitky apod. V průběhu reminiscence mohou být využity staré filmy, poslech gramofonové desky, nahrávky, tanec apod.. Touto metodou se přičiňujeme o záměrné vybavování vzpomínek a zážitků, napomáhajícím znovu zažít pozitivní emoce.

Příjemné zážitky a emoce působí velice dobře na psychiku jedince a jeho komplexní zdravotní stav. (Malíková, 2011)

V zařízeních je zakládána tzv. vzpomínková místnost nebo kout, kde je zařízení a vybavení ve stylu odpovídajícímu době mládí klientů. Reminiscence používá řadu vzpomínek povzbuzující vzpomínky a její postupy se mohou lišit: vyprávění a zapisování příběhů, rozprava nad fotografiemi a obrázky, kreslení vzpomínek, demonstrování činností pantomimou. (Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová, 2013)

Malé vzpomínkové zavazadlo či krabice může mít každý klient u svého lůžka, nebo kdekoliv v místnosti, kterou obývá. Jsou přiměřeným prostředkem smysluplné komunikace, utváří atmosféru důvěry, blízkosti a zapojuje i rodinu. Obdobnou funkci mají alba, tabla a koláže, či další vkusná řešení. Pečující personál má povinnost být maximálně empatický vůči klientovi, věnovat se mu, být při něm, podržet ho. Takováto společná zkušenost zdokonaluje jejich vztah a zlepšuje důvěru. (Janečková, Vacková, 2010)

2.4 Psychobiografický model péče prof. E. Böhma

Biografie (z řeckého bios – života a grafem – psát) je charakterizována také jako umělecký žánr (literatura, film) opírající se o popis života, většinou populární osobnosti (umělec, politik, sportovec). Korektní biografie by měla úplně a nezájatě líčit život dané osoby v souvislostech. Pojem biografie v kontextu s péčí můžeme definovat jako souhrn informací o jedinci, jenž se aktivně podílí na její produkci, hovoříme o tzv. aktivní biografii. Biografie klienta se dá utvořit na základě informací od zdrojů jako je rodina, příbuzní, personál, dokumentace, v tomto případě hovoříme o biografii pasivní. (Procházková, 2014)

Podle obsahu biografii dělíme:

- Autobiografie – klient hovoří aktivně o vzpomínkách ze svého života.
- Storry biografie – užívaná pro soupis biografických dat u klientů se symptomy demence (již ve svých vzpomínkách neimitují realitu)
- Senzobiografie – odráží se z konceptu bazální stimulace, je přehledem informací, které jsou rozděleny dle jednotlivých sensorických oblastí.

- Biografická anamnéza – jsou uchovávány informace ze života klienta metodou volného zápisu bez sekvenčního rozčlenění, neodpovídá odbornosti dle prof. Erwina Böhma
- Individuální biografie – všechny předchozí sjednocené, organizace záznamu a svůj postupný algoritmus pro uplatnění do plánu péče.

Rozčlenění do tematických celků uvádí Böhm ve svém psychobiografickém modelu péče:

- Singulární biografie – životní události jedince s citovým podtextem, kterou v dokumentaci označujeme rovněž storry biografii.
- Historická biografie – společensko-kulturní pohled doby odrážející se v biografii
- Regionální biografie – regiony mají své odlišnosti (město, venkov) nářečí, tradice a obyčeje (Böhm, 2004)

Podpořit vlastní totožnost není pro pečující snadným úkolem, obzvláště v případě, kdy senior již není způsobilý souvislé výpovědi. Většinou nám musí posloužit jen útržky z komunikace s klientem při každodenních činnostech a musíme se vyjít z informací o klientovi. Výraznou roli má kultura protokolu, který by měl být jednotný a srozumitelný, a to jak v terminologii, tak v citování klienta. (Procházková, 2014)

Význam práce s biografií se následně zrcadlí v rovině kognitivní, emocionální a sociální.

Slouží jako komunikační instrument podporující seniory v novém prostředí. Podporuje navazování nových kontaktů a přátelství, což je důležité pro jejich pocit, že stále někam patří, že jsou ještě užiteční. Styk s klientem je naplněný životem, nikoliv prázdnými frázemi zvětšující komunikační bariéry. Vzpomínky na minulé časy znovu ožívají kladné emoce seniora a spustí jeho emoční život. Pokud cítíme, zažíváme emoce, tak žijeme.

Primárním cílem práce s biografií v ošetřování o osobu trpící demencí, je přispět co nejdéle uchovat orientaci vlastní osobou, jež je stěžejní pro celkové přizpůsobení, orientaci a postup onemocnění. U klienta s příznaky demence se nepříčiňujeme o zdokonalování kognitivních funkcí, avšak o co nejdelší uchování jeho schopností a zručností v kontextu s jeho životem a jeho osvojenými automatismy a rituály. (Procházková, 2014)

Metody práce s biografií, využívající se v aktivizačních programech jsou rozděleny dle obsahu do tří oblastí:

Metody orientované na komunikaci – použití rozhovorů a diskusí na zadané téma vybrané z biografie klienta (například podobná profese klientů, totožný cíl dovolené v zahraničí, slet sokolů atd.).

Metody orientované na aktivity – aktivity jsou založeny na znalosti biografie klientů např. skupinové vaření, koláže, malování, hry, výlety, oslavy. Výlety jsou zaměřeny tématicky.

Metody orientované na tvorbu dokumentu – jsou to tzv. knihy biografie, na rozdíl od biografického listu se jedná o výsledek kreativní tvorby klienta s použitím fotografií a dobových dokumentů. Biografický list je prostý textový záznam, zatímco biografické knihy obsahují i následný dobově dokumentární materiál. (Procházková, 2014)

Böhmův model je mezinárodně akceptovatelný ošetrovatelský model v současné době, je nejvíce používán v německy mluvících zemích v oboru geriatrické a gerontopsychiatrické péče. Model je nasměrován na podporu schopnosti sebe péče starých a dezorientovaných lidí a na formy, jak co nejdéle uchovat či navrátit schopnost, a to principem vzkříšení zaujetí seniora a zpestřením jeho psychiky. (Ruhe, 2003)

Profesor Erwin Böhm, narozen roku 1940 ve Vídni, si vybral svoji profesionální cestu coby ošetrovatel a úspěšně ukončil studium na zdravotnické škole. Od roku 1974 pracoval na pozici hlavní sestry ve vídeňské psychiatrické nemocnici, kde začal v roce 1978 se svým zkušebním projektem dočasná péče. Tento projekt byl krok za krokem zpracován do ošetrovatelského modelu, který se stal podkladem pro další výzkumné dílo v této oblasti, je pořád doplňován o nové poznatky. Získal mnoho významných ocenění např. Guinnessovu cenu v oboru ošetrovatelství, cenu Nadace Antona Benda, řádnou cenu časopisu ošetrovatelství LAZARUS a nejvyšší uznání za celoživotní dílo rakouského ministra pro sociální práci.

E. Böhm je odvážný, kreativní vědec s pronikavým pozorovacím talentem, přinášející do střední Evropy nové názvosloví v ošetrovatelství, speciálně se jedná o gerontopsychiatrii. Objevuje nové termíny - reaktivizační péče či přechodná péče, diferenciálně diagnostické východisko a psychobiografie. V celé Evropě se nalézají mnoho domů pro seniory, kde se praktikuje tato metoda v péči. (Procházková, 2014)

V teoretických pramenech pro svůj model péče Böhm vycházel z učení S.Freuda, C.G.Junga, A.Adlera, A.Maslawa, C.Rogerse, E.Eriksona a V.E.Frankla. Myšlenky těchto autorů Böhm více rozvinul v teorii psychobiografické péče. (Janečková, Vacková, 2010)

Böhm stanovuje v péči následné cíle:

Znovuoživení psychiky klienta – nejvyšším cílem je obrození duše starého člověka, jenž popisuje jako lidskou sílu duše, jaká je prvotním zdrojem pro naše činy a pro životní motivaci. Všechna základní i specializovaná péče je nejprve sekundární z pohledu důležitosti. Böhm říká, že pokud člověk nemá podnět, proč dále žít, nemá ani chuť hýbat nohama, chodit, umýt se. Kvůli nedostatku životní energie a motivace vzniká deficit sebek péče.

Oživení zájmu pečujících – obnovu profesního zájmu poskytovatelů péče můžeme dosáhnout zvýšením jejich kvalifikace. Ošetřující personál, není jenom asistentem lékařů, ale mohou více pracovat samostatně a provádět terapeutickou péči.

Rozšíření vnímání společenské normality – je používán v německy mluvících zemích. Významově je zaměřen na ošetrovatelskou péči, se zaměřením na psychiku seniora a na motivaci, je hybnou energií pro psychickou mobilitu. Použitím lze dosáhnout přesné formy institucionální péče s humánní tváří. I starý člověk má oprávnění na psychickou rehabilitaci, nikoliv pouze na rehabilitaci fyzickou. Etický rozměr tohoto přístupu k starému člověku je hlavním mottem, nedílnou součástí veškerého úsilí o to jak zlepšit soudobý standard v umožňování ošetrovatelství v geriatrici a psychogeriatrici. (Procházková, 2014)

Böhm ve svém modelu roztrídí regresi do sedmi stadií, také označované jako stupně interakční dostupnosti klienta v hladině komunikační ve vazbě mezi seniorem a pečujícím. Toto rozvržení je velmi důležité při péči o seniory se symptomy demence, probíhá navázání kontaktu s klientem v celkových úrovních komunikace - rozumové, sensorické, emoční, proměnlivě se mění dle psychické situace klienta. Na základním principu vývojové psychologie Eriksona, který vyobrazil jednotlivé životní úseky od narození po stáří, kdy ve stáří je bez přítomnosti nemocí, Böhm zobrazil 7 fází regrese v etapě stáří pro seniora s přechody v chování. Fáze regrese jsou zrcadlením vývojových stupňů charakterizovaných Eriksonem i Freudem. Pro stanovení stadia regrese je podpůrným nástrojem diferenciatní diagnostický systém zpracovaný Böhmem, který posuzuje v tabulkovém systému. (Procházková, 2014)

1. stupeň – fyziologické stáří, termální začlenění. Biografický pohled na celý život seniora. Socializací chápeme životní poznatky, přivyknutí nových podmínek, společenské normy.

Primární socializace – odehrává se v kruhu rodiny, z toho důvodu je velmi důležitý pocit domova, jistoty a důvěry. Kromě domácího prostředí s rozdílem, zda se dětství odehrávalo ve venkovském či městském prostředí a v jaké vrstvě – rolnické, dělnické, intelektuální.

Sekundární socializace – usměrněna již školní docházkou, novými kamarády a postavením v kolektivu.

Terciární socializace – utvářena volbou povolání a veškerým pracovním procesem. Poměry na pracovišti, zodpovědnost za výkon jsou faktory, jež sehrály důležitou úlohu v této oblasti.

Jestliže seniorům chceme rozumět už v tomto primárním stupni, pro personál je nezbytné, aby měl dostatečné množství informací z biografie klienta, biografie lokální a historické souvislosti v době, kdy klientovi bylo 25 let. (Procházková, 2014)

Komunikace: senior je způsobilý porozumět informacím, jaké mu personál sdělí, chápe význam obsahu i formu sděleného, je způsobilý přiměřené reakce a také učinit to, co je vyžadováno. Pokud klient není zdatný komunikovat na tomto stupni, je nutné pozměnit techniku komunikace na nižší stupeň interakce.

2. stupeň – nazýván za stupeň regionálního nářečí a rčení Biografický názor na období věku seniora v období jeho 18 – 25 let. Zodpovídá vývojové fázi v období věku 12 - 25 let. To bylo ve vývoji jednotlivce významné vše, co ho odlučovalo od dospělého, zvláštní nářečí, vtip, důvtip, výrazy, věty a větná spojení s podtextem (komunikace mládeže). Tato forma komunikace získává na významu v tomto stupni regrese seniora. Krajský dialekt přispívá v komunikaci na úrovni kognitivní a podporuje pocit domova. Indikace humoru do péče je tu odůvodněná, komunikace s užitím pořekadel, sloganů, krajského nářečí, klepy oblíbené u seniorek, je nezbytné je podporovat.

Komunikace: klient pořád rozumí obsahu sděleného. Aktivizační forma péče je pro klienta přiměřená, i touto podobou péče je interakce s klientem přijatelná. Klient občas nerozumí náplni sdělených informací, musíme přikročit k reaktivizační formě péče, k 3. stupni regresivní interakce. (Procházková, 2014)

3. stupeň – stadium sociální potřeb a citových potřeb. Biografický pohled na období věku seniora v období jeho 12 – 18 let. Je jedinečná biografie, ústředním tématem pro primární porozumění klientovi. Značné potřeby dospělého člověka se zdržují, v pozadí zájmu zůstávají ty nejdůležitější potřeby, specificky zapsané v paměťových pozůstatcích jako

osvojené automatismy a rituály. Důležité je vědět, jaké potřeby byly v životě klienta podstatné. Potřeby nabývají na významu, jelikož zapomenutá a personálem nerozeznaná potřeba klienta, kterou nemůže vyplnit, je vždy zdrojem akutního zhoršení stavu. Personálem bývá popisovaná dezorientace klienta, projevující se jako verbální až brachiální výbojnost. Intervence péče nesmí klienta zatížit, ani duševně, ani fyzicky, jinak hrozí propad stavu klienta.

Komunikace: klient ztrácí schopnost rozumět obsahu sděleného, v komunikaci je nutné mluvit dialektem klienta, zvolit pro něho slova povědomá s užitím pořekadel a ustálených slovních spojení. (Procházková, 2014)

4. stupeň – zvyky a rituály. Biografický pohled na období věku seniora v období jeho 6 - 12 let. Chování klienta je vymezeno časově, místně a naučenými rituály, zajišťující pocit bezpečí. Naučené způsoby chování pro zdoání zátěžových situací z dětství narůstají na významu. Pro personál mohou být přeměněné způsoby v chování klienta nejasné, tím mohou vznikat problematické situace při péči o klienta s demencí. Často jsou patrné u klientů v této fázi strach a obavy. Významné pro seniora je v této fázi všim disponovat, mít zásobu. Agrese při hygieně k personálu je v této fázi značně častým jevem.

Komunikace: u seniorů se zastavuje porozumění informacím, jaké mu personál řekne, nerozumí obsahu i formě, zejména v situacích, při atakování mnoha informací, jenž nedovede roztrdit. Personál by se měl vyhnout hovořit mimo zorný úhel klienta (doprovod hlasu z televize či další osoby). (Procházková, 2014)

5. stupeň – pudy a instinkty. Biografický pohled na období věku seniora v období jeho 3 - 6 let. Instinkty, sny, fantazie dostávají větší význam a intenzitu jednání klienta, zároveň i v péči. Je nezbytné mít na paměti, co se dá s dětmi v těchto letech dělat. Nepřecházet hranici únosnosti zatížení a udělované intervence musí mít aktivní ohlas v chování klienta. Rozpoznáváme, zda jsou intervence přiměřené stupnici regresivní interakce. Typický je neklid, nezpůsobnost najíst se lžící, někdy jí rukama. Zjistit se mohou i první signály orální a anální fáze.

Komunikace: začíná být specializovaná na obsah pohádek a dětské poezie a písní. Podstatná je komunikace na podkladě biografických větných spojení: např. maminka mi vždycky říkala, že...

6. stupeň – intuice. Biografický pohled na období věku seniora v období jeho 1 – 3 let. Tento stupeň regrese se vyznačuje ztrátou racionálního myšlení, mají zde své místo

pohádky, duchovní obrazy a výjevy. Intuice hraje významnou roli pro komunikaci s klientem, orientuje se ve svém světě napodobováním svého okolí. Situační orientace setrvává. Toto období může být nazvané orální a anální fází.

Komunikace: alfou omegou dorozumívání s klientem je opakování slov a zvuků. Do hry vniká komunikace nonverbální na podkladě doteků, na něž senior ještě vědomě reaguje.

7. stupeň – bazální komunikace. Biografický pohled na období věku seniora v období jeho 0 – 1 let. Odpovídá kojeneckému období pro sféru psychiky, omezená fyzická výkonnost. Pocit blaha a orální stimulace je na špici zájmu, dále pevný kontakt s vlastním tělem, kontakty, škrábání, cumláni si palce.

Komunikace: vyžaduje nonverbální komunikaci na podkladě konceptu bazální stimulace. (Procházková, 2014)

Pro stanovení stádia regrese je podpůrným nástrojem diferenciatně diagnostický systém zpracovaný Böhmem, hodnotící osm oblastí projevů jednání seniora za pomoci tabulkového skórovacího systému, s konečnou číselnou hodnotou. Pouze na základě určeného stupně regrese je vybrána adekvátní forma péče, rozdělená Böhmem na aktivizační a reaktivizační formu péče. (Procházková, 2014)

Aktivizační forma péče je přidělena těm klientům, kteří jsou nanejvýš integrováni do péče, tkví v podpoře jejich soběstačnosti, uchování jejich schopnosti sebeurčení a zodpovědnosti. Stanovisko personálu zde sehrává významnou roli, neboť dosavadní systém znalostí zdravotnického personálu obsahuje výuku péče pouze plně přebírající téměř všechny úkony za klienta.

Re-aktivizační péče je charakteristická využitím podnětů z biografie k obnovení psychiky seniora a tím i možnosti sebepéče. Naučené automatismy, rituály klienta jsou využívány při poskytování péče. Jedná se o specifickou podobu péče obsahující reanimaci psychiky a duše starého člověka, hovoří se o resenzibilaci, resocializaci, remotivaci, revitalizaci seniora. (Erwin Böhm Institut [online]. [cit. 2015-04-04])

Úmyslem modelu je naučit personál pochopit klienty, určit správný motivační impuls pro seniora, jak rozhybe jeho psychiku i tělo. Umožňování péče dle tohoto modelu pobízí pečující stále rozmýšlet, jak co nejvíce podpořit klienta v jeho soběstačnosti v kontextu s jeho celoživotně naučenými tradicemi a rituály, podpora seniora v jeho autonomii a jeho možnosti rozhodovat o svých věcech co nejdéle v souvislosti se základním onemocněním,

aktivizovat či reaktivizovat psychické způsobilosti a dovednosti (oživení psychiky klienta). Člověk, jenž nemá chuť žít, nepovažuje za důležité vstát z postele, umýt se a obléci se, chybí mu motivace. Pokud pečující nalezne v biografii klienta dobrou motivaci a dokáže ji použít v přímé péči, pak se klient sám ujímá iniciativy v sebepéči.

Psychobiografický model umožňuje péči aktivizující, usnadňující pozitivní potenciál klienta a chápe klienta jako osobnost, prožívající životní fázi stáří. Nemoc je sekundární, přednostní je pocit pohody klienta, který má pozměněné způsoby chování. Böhm neuzivá termín demence. Nejvyšším cílem je pochopení životní historie klienta. Až potom na základě lidského porozumění je možné udělovat adekvátní služby, individualizovanou péči seniorovi s uznáním a respektem k důstojnému stáří. (Erwin Böhm Institut [online]. [cit. 2015-04-04])

Upotřebením prvků nových ošetrovatelských modelů markantně zvyšuje kvalitu poskytované péče i života těchto osob. Jednou z možností je užití prvků psychobiografického modelu E. Böhma, která nachází nové způsoby práce v geriatrici a poté využívá biografické údaje o klientovi. (Pavlíková, 2006)

Princip normality – musíme mít na paměti, co bylo pro dnešní osmdesátníky dříve normální a obvyklé. Morální ponětí a hodnotový systém. Jaké byly zvyklosti každodenního života, potvrzující normalitu života. Senior žije v normalitě věčejška, co bylo tehdy běžné, může se dnes zdát jako zvláštní a patologické. Každý potřebuje být něčím důležitý, alespoň několik minut za den. Impulsy v oblasti výroků vlastní identity tomu zcela napomáhají. Musí být nejdříve objeveno, vyzkoumáno, co bylo pro člověka obzvláště důležité v jeho životě. (Friedlová, 2009)

2.5 Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept A. Fröhlicha a CH. Bienstein, jenž podporuje v nejzákladnější rovině lidské citění. Každý cítí pomocí smyslů a orgánů, které se vyvíjejí již v embryonální fázi života. Od narození až do smrti mají nenahraditelný význam. Pomocí smyslů můžeme vnímat sebe sama, vlastní tělo a jeho postoj k okolnímu světu. Pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Vnímání zprostředkovává pohyb, komunikace je umožněna pohybem a vnímáním. Koncept využívá multisenzoriální

stimulace, trvá na práci s biografií klienta, strukturalizace a ritualizace péče. (Pančocha, Procházková, Solárová, 2013)

Historický vývoj konceptu bazální stimulace

Autorem je Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, pracující v rehabilitačním centru Westpfalz / Landstuhl v Německu, s dětmi narozenými s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými přeměnami. Zpracoval koncept bazální stimulace. U dětí z důvodu hluboké mentální retardace, nebylo možné zahájit verbální komunikaci, protože jejich schopnosti byly velmi omezené či téměř žádné. Andreas Fröhlich se odrazil od vědeckých studií v oblasti prenatalní vývojové psychologie a věnoval se podpoře senzomotorické komunikace. Koncept Bazální stimulace zahájil speciálním pedagogům cestu ke klientům a pomohl zkvalitnit prožívání života. Nyní působí jako profesor na univerzitě v Landau na katedře speciální pedagogiky, je autor celé řady publikací a pořád pracuje na rozmachu konceptu bazální stimulace. Do ošetrovatelské péče převedla Christel Bienstein, zdravotní sestra, koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století. Uplatněním konceptu u klientů ve vigilním kómatu dokázala úspěšnost konceptu v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Od poloviny osmdesátých let úzce spolupracuje s A. Fröhlichem. (Friedlová, 2005)

Koncept se etabloval ve spolupráci s odborníky do oblastí péče: geriatrické, neontologické, psychiatrické, paliativní péče. Stal se velmi uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. (Friedlová, 2007)

Základními složkami konceptu jsou pohyb, vnímání komunikace a jejich těsné propojení. Umožňuje lidem přeměnami v těchto třech oblastech podporu, cílenou stimulaci smyslových orgánů, používá schopnosti lidského mozku zachovávat životní zvyky. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze opětovně spustit mozkovou činnost. Bazální stimulace je dorozumivací, interakční a vývoj usnadňující stimulační koncept, orientující se na všechny oblasti lidských požadavků, adaptuje se na věk a stav klienta, na kterého se nahlíží jako na rovnocenného společníka, člověka s historií a určitými dovednostmi, individualitou, kterou tělesně i psychicky představuje. (Friedlová, 2007)

Stimulace vnímání lidského vědomí jako bdělého stavu, kdy je člověk schopen sebe uvědomování, orientovaného soustředění, úmyslného jednání a myšlení na základě souhrnu smyslových a paměťových informací. Jako stimul je chápána každá přeměna zevního nebo vnitřního prostředí organismu, působící na neuron. O efektivitě podnětu

rozhoduje jeho kvalita, kvantita, délka trvání a rychlost, změna síly podnětu. Působení podnětu je nazýváno stimulace. Podnět je energie, vyvolávající vzruch. Vzruch je fyziologický děj, téměř stejný ve všech nervových vláknech. (Ambler, 2004)

Všechny aktivity člověka se odehrávají na základě stálé výměny mezi cítěním, pohybem a komunikací. Cílem je pomoc a dovození vnímání tak, aby klienty vedlo:

- *„Ke stimulaci vnímání vlastního těla.*
- *K podpoře rozvoje vlastní identity.*
- *K umožnění vnímání okolního světa.*
- *K umožnění navázání komunikace se svým okolím.*
- *Ke zvládnutí orientace v prostoru a čase.*
- *K zlepšení funkcí organismu.“* (Friedlová, 2007, s. 23- 24)

Cílená a uspořádaná stimulace smyslových orgánů, pohyblivosti klienta podle konceptu bazální stimulace pomáhá vzniku nových dendritických sjednocení v mozku, nové neuronální sdružení v určitých regionech. Podmínkou kvalitní, účinné stimulace vnímání je dosažení kvalitní biografické anamnézy, vyjádření reálných cílů, uspořádání adekvátního ošetrovatelského plánu a nepřetržitý odhad reakcí klienta na poskytovanou stimulaci. Nezastupitelnou úlohu ve stimulující ošetrovatelské péči má začlenění příbuzných klienta do péče. (Friedlová, 2007)

Možnost hýbat se zprostředkovává člověku komunikaci s okolím, ale také vnímání svého vlastního těla a okolí. Vestibulární systém je úzce sjednocen s pohybem, pozicí a orientací v prostoru. (Friedlová, 2007)

Koncept vychází z vědeckých znalostí, že jednání člověka zahrnuje prvky vrozené, získané. Senzomotorika vyjadřuje aktivity týkající se držení těla a pohybu. Senzomotorická inteligence je způsobilost řešit, před zdoláním řečové komunikace, reálné problémy prostřednictvím těchto aktivit. (Fröhlich, 1998)

Terapeuti se při poskytování péče často dotýkají oblastí intimity, komunikační prvky směřují k tomu, aby vstup do intimity nebyl u klienta doprovázen pocitem ohrožení. Je důležité respektovat autonomii člověka, proto si terapeuti dbají na kvalitu doteků i na jiné prvky nonverbální komunikace poskytovaných v péči.

Svaly v oblasti obličeje zobrazují stav prožívání člověka. Verbální komunikace je zaměřena na úroveň vnímání, způsob vyslovování, znalosti komunikačního jazyka, výšku hlasu, intonaci a dovednosti analyzovat obsah slov. Pásmem komunikačního procesu jsou všechny smyslové orgány. (Friedlová, 2007)

Komunikace s lidmi, kdy vědomí či vyjadřovací schopnosti jsou velmi vymezené, je obtížná. Vyžadují se nejen znalosti určité problematiky, ale i dostatečnou dávku možností poznamenat reakce pacienta, i když mohou být zcela nepatrné. Koncept začleňuje příbuzné do péče, hledí na ně jako na partnery při ošetrovatelské péči. Z tohoto důvodu jsou postřehy příbuzných akceptovány, zohledňovány. (Friedlová, 2007)

Někdy mohou lidé komunikovat pouze za pomoci gest:

- Mrkání.
- Hluboký nádech, vzdychání, bručení.
- Rozevírání očí a úst.
- Letmý úsměv.
- Zmírnění svalového tonu, mimiky a pohybů.
- Mírné pohledy do okolí a na prováděné stimulační prvky.
- Zavírání očí a úst, sinání.
- Rozrušené, nepravidelné dýchání.
- Vzlykot, křik, kvílení.
- Nárůst svalového tonu, strnulé držení těla, křečovitá mimika a pohyby.
- Reakce oznamující obranu, otočení.
- Sebepoškozování. (Friedlová, 2007)

Friedlová uvádí desatero Bazální stimulace:

- *„Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
- *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
- *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- *Nezvyšujte hlas, mluvejte přirozeným tónem.*

- *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- *Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
- *Nepoužívejte v řeči zdvořiliny, pokud na ně není klient zvyklý.*
- *Nehovořte s více osobami najednou.*
- *Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- *Umožněte klientovi reagovat na vaše slova.*“ (Friedlová, 2007, s. 39)

Somatické vnímání umožňuje vjemy z povrchu těla pomocí kožního percepčního orgánu. Zprostředkovává klientovi vjemy ze svého těla, stimuluje vnímání tělesného schématu i okolního světa. Stěžejní bod je zkušenost s vlastním tělem. (Friedlová, 2003)

Člověk s intaktním citěním tělesného obrazu chápe, jak daleko se nachází jednotlivé části jeho těla, jakou pozici zaujímá jeho tělo v poměru k podlaze nebo k svislé poloze, jaký vliv má pohyb těla na materiální předměty v jeho okolí. (Friedlová, 2007)

Předpoklady nutné k udržení vnímání tělesného obrazu:

- *„Vizuální kontrola vnímaného.*
- *Vestiburální vnímání.*
- *Senzorické vnímání.*“ (Friedlová, 2007, s. 66)

Vestiburální aparát je schopen určit polohu v prostoru a pochopit pohyb. Vibrační vnímání napomáhá člověku cítit celým tělem dostavující se chvění, tóny, hlasy, zvuky a zpracovat je. Do somatické stimulace začleňujeme prvky paměťových pohybových znázornění tak, aby díky opakovaným činnostem byla podporována plasticita mozku. Stimulace je prováděna oběma stranám těla, aby bylo podporováno symetrické vnímání těla i tělesné osy. Hlavním cílem somatické stimulace je vytvoření stabilní tělesné identity. Přiměřený typ somatické stimulace vybíráme dle stavu a potřeb klienta, zohledňujeme jeho možnost vnímání, komunikace a lokomoce. (Friedlová, 2007)

Koncept Bazální stimulace klade velký důraz na kvalitu doteku. Dalším činitelem, který ovlivňuje kvalitu doteků, je množství rukou na klientově těle. Pro klienta není jednoduché se orientovat, jestliže na jeho těle pracuje více rukou. (Friedlová, 2007)

U klientů se sníženým stupněm vnímání vzbuzují nečekané a necílené doteky pocity nejistoty a strachu. Informaci poskytujeme pomocí cíleného doteku, tzv. iniciálního doteku.

Na základě biografické anamnézy volíme nejvhodnější místo na klientově těle. Doporučuje se pevný, zřetelný dotek, ale přiměřeného tlaku, bez vtlačení klienta do matrace a musí být provázen verbální komunikací. Pokaždé informujeme o začátku a ukončení naší přítomnosti či manipulace s jeho tělem.

Somatickou zklidňující stimulaci integrujeme během toalety klienta. Lze ji rovněž aplikovat u klientů v průběhu dne, za použití rozmanitých prostředků a jednotlivými členy zdravotního týmu. (Friedlová, 2007)

Před zahájením stimulace klientovi oznámíme zahájení koupele přiměřenou formou jeho schopnosti vnímat a zpracovat sdělení. Postupujeme v jednom směru, po chlupu. Dle stavu klienta zahájíme stimulaci na obličeji, nevyhovuje-li mu to, obličej začleníme na závěr stimulace. Obličej je intimní partie a zahájení doteku by mohlo u vystrašeného klienta vyvolat nežádoucí reakci. Můžeme u klienta využít i optický smysl - klienta uvedeme do polohy, ve které uvidí na naši činnost a stimulaci jednotlivých partií svého těla, auditivní smysl - ždímání žínky napodobíme zvuk tekoucí vody, olfaktorický smysl – při využití klientových osobních toaletních potřeb mu pomůžeme na základě vnímání vůně mýdla či krému uvědomit si danou situaci za využití paměťové stopy, taktilně-haptický smysl - ponoříme ruku klienta přímo do nádoby s vodou. (Friedlová, 2007)

Neurofyziologická stimulace - cílem je umožnit klientům s poškozením hybnosti na jedné polovině těla opět vnímat tuto stranu. Podmínkou je schopnost vnímat nepostiženou část těla, aby mohl klient začlenit postiženou stranu těla opět do rámce tělesného schématu. Klient by měl po celý čas opticky kontrolovat a dohlížet na stimulaci na svém těle. Klienta nejlépe stimulujeme sedícího s elevací trupu. (Bienstein,Fröhlich, 2003)

Paréza je nazývána částečná porucha hybnosti, jestliže je alespoň částečně uchován aktivní pohyb, plegií se označuje kompletní porucha hybnosti. Aby byla zachována funkce lokomočního ústrojí, je nutný také svalový tonus. Při výpadku, poruchách vyšších mozkových funkcí, vznikají změny svalového tonu a hemodynamiky, což se může ukázat jako následující stadia:

a) stadium ochablosti – nepociťujeme u pacienta v končetině svalové napětí, vzdor. Končetina je těžká a nepodrží polohu.

b) stadiu spastické fáze – patologické zvýšení svalového tonu. Před každým zákrokem je nutné uvolnit spazmu. Faktory, zvyšující spasticitu.

Vyvolání zvýšeného tonusu spastické končetiny může být způsobeno námahou, strachem, kašlem aj..

Symetrická stimulace – cíl je probudit znovu vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy, na základě fixace tělesné symetrie.

Rozvíjející stimulace – poskytuje se klientům, jejichž tělesné schéma není ustálené nebo je nutné ho rozvíjet nebo je nutno ho dále rozvíjet. Při této stimulaci se zdůrazňuje symetrie a středu těla.

Diametrální stimulace – využívá se u klientů s vyšším svalovým napětím. Zvýšené svalové napětí redukuje pohyb v kloubu klienta. Příčiny vzniku:

- Dlouhodobé ležení.
- Reflexní odezva.
- Cerebrální důvody.
- Bolesti – pacient hledá vhodnou polohu.
- Úbytek motivace k pohybu (Friedlová, 2007, s. 89)

Při polohování je nezbytné vždy zohlednit, pohodlí klienta (komfort, autobiografický faktor). Výraznou somatickou stimulaci poskytují klientovi polohy „mumie“ nebo „hnízdo“.

Poloha „hnízdo“ - cílem pozice je stimulovat percepci tělesného schématu. Poskytuje poziční komfort, vzbuzuje u nich příjemné pocity. Nabízí pocit jistoty a vylepšení vnímání hranic svého těla. Klienta položíme do polohy, jakou jsme vybrali (záda, bok, břicho), jeho tělo pokryjeme srolovanými dekami, polštáři nebo vaky. Na základě biografické anamnézy použijeme osobní předmět pro hmatovou stimulaci. Cílem je umožnit klientovi orientaci na svém těle, okolí, uklidnit klienta, stabilizovat cítění tělesného obrazu, uvolnění, relaxace.

Poloha „mumie“ - se užívá zejména u těch klientů, kde je nutná intenzivní stimulace vnímání tělesného aparátu. Klienta zabalíme do deky či prostěradla. Začínáme u nohou a končíme v horní části těla. Prostěradlo nebo deku zafixujeme poskládáním konců pod tělo klienta. (Friedlová, 2007)

Ruce klienta pokládáme na jeho hrudník. Dáváme mu tak možnost vnímat vlastní dech a umožníme mu se vymanit, kdy bude chtít. Hlava klienta je podepřena polštářem, podloženy jsou lokty, kolena i paty. Klienty můžeme polohovat také pomocí canisterapeutických psů. U některých klientů bývá účinnější a dochází k výraznějšímu snížení svalového tlaku.

Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání - vede ke stabilnímu rytmu dýchání, jak terapeut povzbuzuje nádech a jeho hloubku na hrudníku klienta. Dýchání stimulující masáž snižuje také stavy neklidu a zmatenosti. Cílem masáže je pomoci klientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Masáž stimulující dýchání i kontaktní dýchání mohou být využity jako prostředek k navázání komunikace s klientem. (Friedlová, 2007)

Vestibulární stimulace - zaznamenává lineární, rotační a statické změny hlavy. Instruuje nás o naší poloze, pohybu prostoru. (Trojan, 2003)

Vestibulární stimulaci provádíme u klienta ležícího na lůžku pomocí zcela nepatrných pohybů jeho hlavou. Otáčíme hlavou mírně do stran, hlava je v neustálém kontaktu s podložkou, terapeut ji fixuje svými rukama tak, aby nepřekrýval obličejovou část klienta. Terapeut sedí nebo klečí za klientem, rázně fixuje jeho tělo na svém těle, hlavu má opřenou o svůj hrudník a činí pohyby ve tvaru ležaté osmičky. (Friedlová, 2007)

Vibrační stimulace - cílem je stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací. Vnímání vibrací se uskutečňuje ve směru od periferie dovnitř těla. Vibrační stimulace umožňuje klientovi intenzivní vnímání z jeho těla. Vnímání vibrací je plně individuální. (Friedlová, 2007)

Optická stimulace – zrak je nejčastěji používaným smyslem k rozpoznávání okolního světa a k navázání komunikace. Umožňuje člověku: rozpoznávat okolní svět, nasměrovat se, utřídit své okolní prostředí, rozeznávat lidi a předměty, zakoušet pozitivní vjemy, podpořit pocit jistoty, dovednost učit se (Bienstein, Fröhlich, 2003)

Auditivní stimulace - má obrovský význam pro komunikaci, při navazování a uchování vztahů ve společnosti a pro rozmach myšlení. Lze při ní využít různých prostředků (hlas, hudební nástroje, živé zvuky), zohledňuje se biografická anamnéza klienta. (Friedlová, 2007)

Orální stimulace - nejcitlivější a na vnímání nejúčinnější tělesná zóna. Ústa jsou považována, za intimní osobní zónu. Cílem orální stimulace je umožnit pacientovi vjemy ze svých úst. (Machová, 2002)

Olfaktorická stimulace - chuťové médium volíme na základě biografické anamnézy klienta, zjišťujeme, která jídla a tekutiny měl nejradši. Nekombinujeme více než tři různé chutě, platí zásada nevstupovat násilím do úst. Vůně a pachy jsou významnými provokatéry vzpomínek. Asociují roční období, situace nebo osoby. Každý člověk má v oblibě jiné vůně. Orální a olfaktorická stimulace navzájem úzce souvisí. (Friedlová, 2007)

Taktilně – haptická stimulace - umožňuje vnímání doteku, napětí, tlaku, natažení, chladu aj.. Hmatová tělíska mají rozličnou hustotu na těle – nejmenší na zádech a nejintenzivnější na bříškách prstů a rtech. Hmatové vnímání se pozmění ve stáří. Předměty používané mohou být z osobního či pracovního života např. oblíbené předměty, hrníčky na pití, hračky, mobilní telefon, předměty spojené s koníčky aj.. Mohou výrazně stimulovat paměťovou stopu, aktivizovat k činnosti. (Friedlová, 2007)

Friedlová uvádí, že: *„Bazální stimulace je vědecký komunikační a vývoj člověka podporující koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Jedná se o vysoce kvalifikovaný a profesionální přístup s cílem přizpůsobit se životní situaci postiženého a poskytnout mu vhodné stimuly pro jeho vývoj v oblasti vnímání, komunikace a hybnosti či efektivně využít zachovalé schopnosti klienta k provádění a nácviku základních hygienických, společenských a komunikativních činností. Koncept stojí na bázi práce s biografií klienta a strukturalizace a ritualizace péče.“* (Friedlová, 2009, s. 11)

Bazální stimulace patří v současné době v zemích Evropské unie k nejoblíbenějším ošetrovatelsko-pedagogickým konceptům. Od roku 2003, kdy se začal prosazovat v České republice, bylo proškoleny mnoho zařízení poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb, speciální školy. Oblasti použití konceptu jsou v sociálních službách, při klinické péči, při hospicové péči, v rehabilitačních zařízeních a také při výuce na speciálních školách. Cílem konceptu je utřídit životní podmínky klientů tak, aby byla podporována jejich autonomie, umožnění strávení života v co nejvyšší možné míře kvality, a zároveň také i kvalita prožívání sociálního okolí klienta. (Friedlová, 2009)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 EMPIRICKÝ VÝZKUM

Teoretická část bakalářské práce byla zaměřena na demenci, její příznaky, stádia, ale také na Alzheimerovu chorobu a metody využívané v péči o seniory v zařízení sociálních služeb.

V empirické části práce bude věnována pozornost zodpovězení cíle bakalářské práce, formulace hypotéz, výběr metody sběru dat, prezentace výsledků s interpretací a vyhodnocením hypotéz v rámci diskuse.

3.1 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Cíl práce je zjistit, jaký přístup a jaké metody práce se seniorem a jeho rodinou jsou při poskytování péče pro nemocné s Alzheimerovou demencí považovány za nejefektivnější.

Rozhodla jsem se pro formu kvantitativního výzkumu, na jehož počátku jsem formulovala hypotézy. Hypotézy regulují směr výzkumu, stanovují pravidla, není možné je v průběhu výzkumu měnit nebo stanovit až na konci. Gavora, 2000, s. 50 uvádí: „*Hypotéza je vědecký předpoklad. To znamená, že byla vyvozena z vědecké teorie – z toho, co je o daném problému teoreticky zpracováno. Dále může hypotéza vzniknout na základě osobní zkušenosti výzkumníka, jeho pozorování a predikce. Při tvorbě hypotéz se uplatňuje invence a důmyslnost autora*“. Formulace hypotéz vychází z osobních zkušeností a nastudování odborné literatury k tématu.

Ve výzkumné části jsem si stanovila hypotézy:

H1: Zaměstnanci uplatňují v praxi více metodu Bazální stimulace, než ostatní metody.

H2: V zařízení sociálních služeb využívají více skupinové aktivity než aktivity na individuální bázi.

H3: O moderních metodách vhodných pro seniory s Alzheimerovou demencí jsou častěji informováni pracovníci zařízení sociálních služeb, kteří absolvovali vzdělávací aktivitu pro profesionály, než zaměstnanci, kteří se dalšího vzdělávání nezúčastnili.

H4: Práce se seniory s Alzheimerovou demencí má větší dopad na kvalitu života pracovníků, kteří pracují s vysokým nasazením a empatií, oproti pracovníkům, kteří si udržují rovnováhu mezi osobním a pracovním životem.

H5: Pracovník v sociálních službách, který se zajímá o biografii klienta, usiluje o vyšší kvalitu individuální péče o klienta než ten, který biografii nezná.

3.2 Metoda výzkumu

Dotazník byl nestandardizovaný, sestavený výhradně za účelem zjištění přístupu a metod práce se seniorem. Respondentům byla zajištěna anonymita. Dotazník obsahuje dvacet čtyři otázek, jeho formulaci jsem konzultovala s vedoucí práce. Dotazníkem byly zjišťovány jak tvrdá data – pohlaví, věk, vzdělání, tak i měkká data, kterými byly zkoumány metody, které jsou nejčastěji využívané při práci se seniory. Dotazník obsahuje kombinaci uzavřených otázek (alternativních a výběrových) s otevřenými otázkami.

Při zpracování výsledků z dotazníků jsem použila tabulku v programu Microsoft Excel, kdy výsledky byly tvořeny přepočtem na relativní hodnoty (procenta). Pomocí totožného programu jsem vytvářela grafy.

3.3 Výběr respondentů

Před realizací samotného výzkumu jsem uskutečnila předvýzkum, kdy jsem sestavený dotazník rozdala šesti respondentům – lektorům vyučujícím témata o metodách, vedoucím pracovníkům v sociálních službách, abych si ověřila, zda formulované otázky jsou srozumitelné.

Chráška, 2007, s. 27 vymezuje cíle předvýzkumu: „*V předvýzkumu by se měly ověřit všechny metody a techniky, se kterými se počítá při vlastním výzkumu. Pečlivě provedený předvýzkum zmenšuje riziko použití nevhodné metody či techniky a často také přispívá ke zpřesnění formulace problému a hypotéz výzkumu*“.

Protože pracuji jako asistentka na oddělení vzdělávání, kdy zajišťujeme zaměstnancům ze zařízení sociálních služeb školení, obrátila jsem se na domovy, se kterými úzce spolupracujeme. Nejprve jsem se telefonicky spojila s vedoucími pracovníky šesti domovů, kdy jsem je poprosila, zda jejich pracovníkům mohou rozdat dotazníky, které jim zašlu poštou. Pět domovů souhlasilo, jeden odmítl z důvodu uchování informací. Jednalo se o domovy se zvláštním režimem, Alzheimer Care a hospic.

Výzkumný vzorek respondentů tedy byl vybrán metodou účelového (záměrného výběru). Gavora 2004, s. 64 uvádí, že: „Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určených relevantních znaků, tj. znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání. Při tom se výzkumník opírá o pedagogickou teorii, své zkušenosti, vědomosti a úsudek.“

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků pracovníkům v sociálních službách, všeobecným sestřám, fyzioterapeutům a vedoucím pracovníkům.

Sběr dat probíhal od poloviny ledna do začátku března 2015. Z celkového počtu rozdaných 150 dotazníků se vrátilo 110 řádně vyplněných. Návratnost tedy činila 73,33 %.

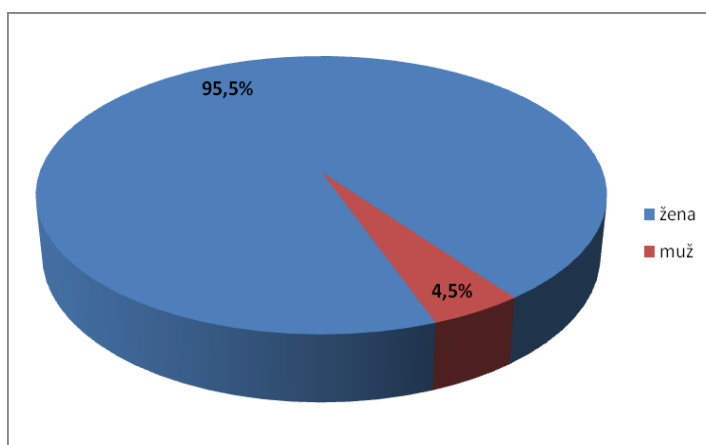
Při kontrole vyplněných dotazníků jsem byla mile překvapena, že jsem žádný nemusela vyřadit pro neúplnost.

3.4 Vyhodnocení získaných odpovědí, explanace, přínos

Postupně jsou rozebírány jednotlivě vyhodnocené otázky z dotazníku. Při vyhodnocování dotazníků jsem nerozlišovala, ze kterého zařízení se dotazníky vrátily, brala jsem je jako celek. V diskusi je realizováno vyhodnocení výzkumu a hypotéz.

Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví respondentů.

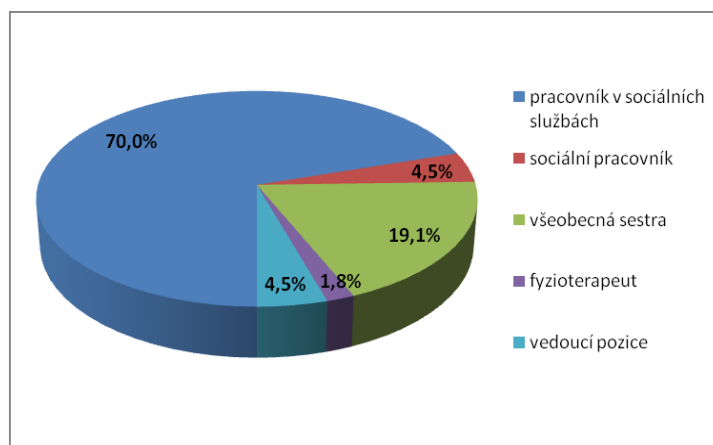
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Výzkumu se zúčastnilo 110 respondentů, z toho bylo 105 (95,5 %) žen a pouze 5 (4,5%) mužů.

Otázka č. 2 měla za úkol zjistit pracovní pozici respondentů.

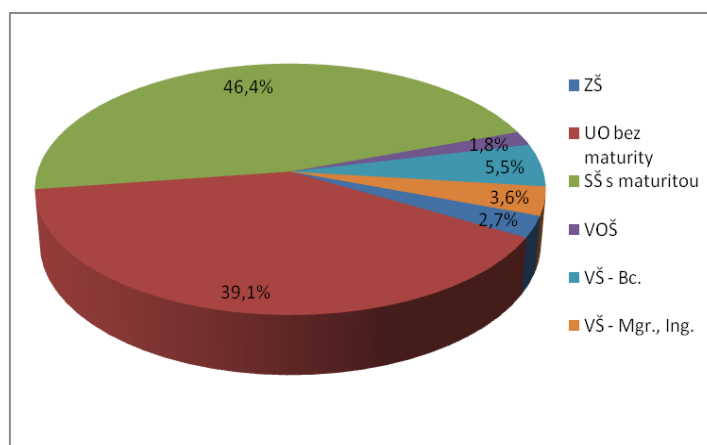
Graf č. 2 Současná pracovní pozice



Graf znázorňuje současnou pracovní pozici respondentů v zařízení sociálních služeb. Nejvíce dotazovaných osob 77 (70 %) pracuje na pozici pracovník v sociálních službách, 21 (19,1 %) osob pracuje jako všeobecná sestra, 5 (4,5 %) účastníků pracuje ve vedoucí pozici a 5 (4,5 %) bylo sociálních pracovníků. 2 respondenti uvedli, že pracují jako fyzioterapeuti 1,8 %.

Otázka č. 3 zjišťovala, jaké nejvyšší dosažené vzdělání zaměstnanci dosáhli.

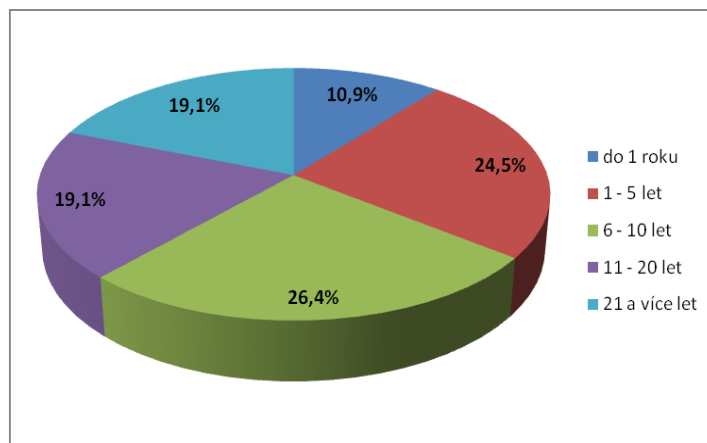
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Největší zastoupení dosaženého vzdělání je středoškolské s maturitou, které uvedlo 51 osob (46,4 %), 43 osob (39,1 %) vystudovalo učební obor bez maturity, nejméně pracovníků 2 (1,8 %) absolvovalo vyšší odbornou školu.

Otázka č. 4 zjišťovala, jakou délku praxe mají zaměstnanci v dotazovaném zařízení.

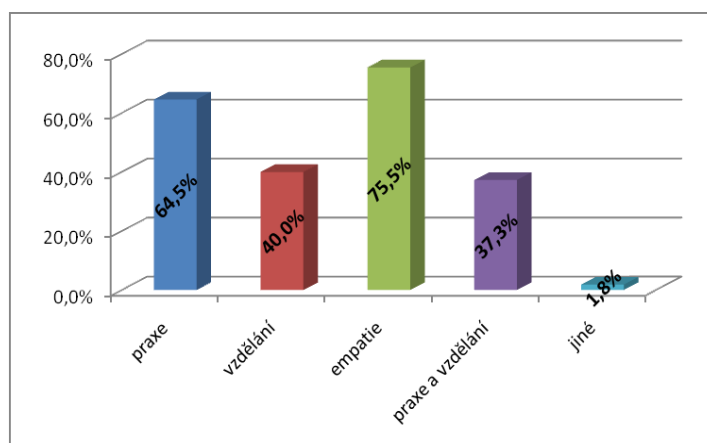
Graf č. 4 Délka praxe v sociálních službách



Z grafu je patrné, že nejvíce osob pracuje v zařízení 6 – 10 let. Na druhém místě jsou pracovníci, kteří pracují v zařízení do 5 let. Za povšimnutí také stojí třetí místo, které obsadili pracovníci s délkou praxe od 11 – 20 let.

Otázka č. 5 se dotazovala co podle respondentů má největší vliv na péči poskytovanou seniorům s Alzheimerovou demencí. V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí.

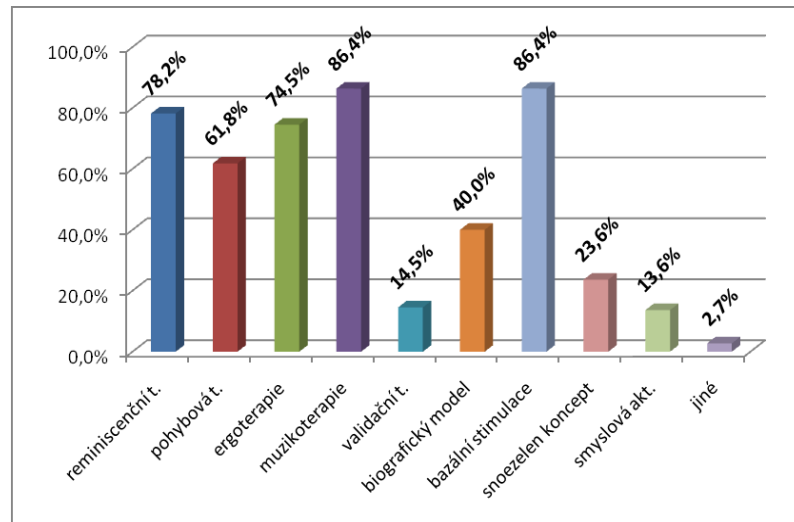
Graf č. 5 Vliv na péči poskytovanou seniorům s Alzheimerovou demencí



Nejvíce odpovídali, že je důležitá empatie a ochota pomáhat druhým, dále pak zkušenosti získané praxí a získaná praxe s úrovní vzdělání. Zvolili, že i jiné faktory mají vliv na péči a to: lidská kvalita, možnost vybavení v domovech.

Otázka č. 6 měla za úkol zjistit, které metody v péči o seniory s Alzheimerovou demencí respondenti znali.

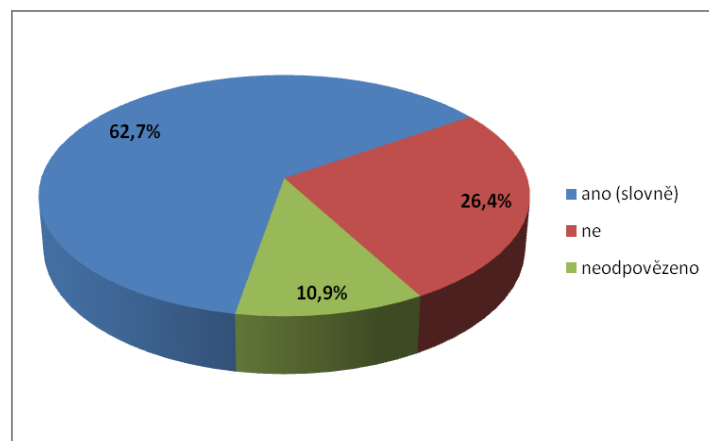
Graf č. 6 Metody v péči o seniory s Alzheimerovou demencí



Z výsledků vyplynulo, že nejvíce znají koncept Bazální stimulace spolu s muzikoterapií, reminiscenční terapií, ergoterapií a muzikoterapií. Z ostatních metod znali ještě canisterapii, felinoterapii, aromaterapii.

Otázka č. 7 se dotazovala, zda využívají v praxi reminiscenční terapii a pokud ano, jaké pomůcky používají. Tato otázka byla otevřená.

Graf č. 7 Využití reminiscenční terapie v praxi

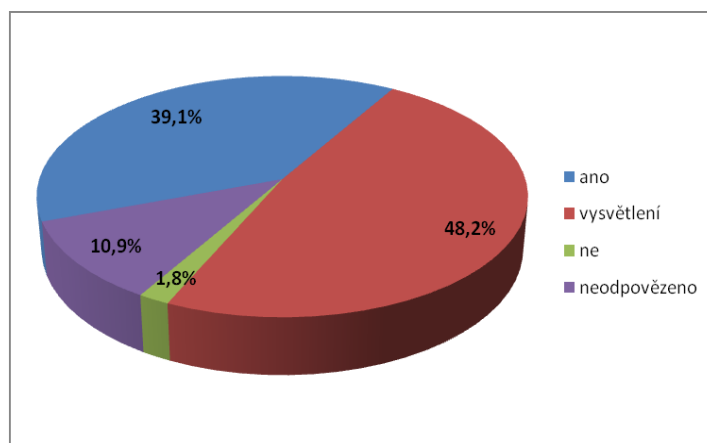


Mnoho respondentů 69 (62,7 %) uvedlo, že reminiscenční terapii používají v praxi. Z používaných pomůcek uvedli: fotografie, audio nahrávky, rodinná alba, články z novin,

předměty denní potřeby, vzpomínky, koláže, obrázky, oblečení, nábytek, knihy, zájmy – pečení, vaření, modelování, nádobí, kalendáře z jejich mládí.

Otázka č. 8 se tázala, jestli uplatňují validační terapii v praxi.

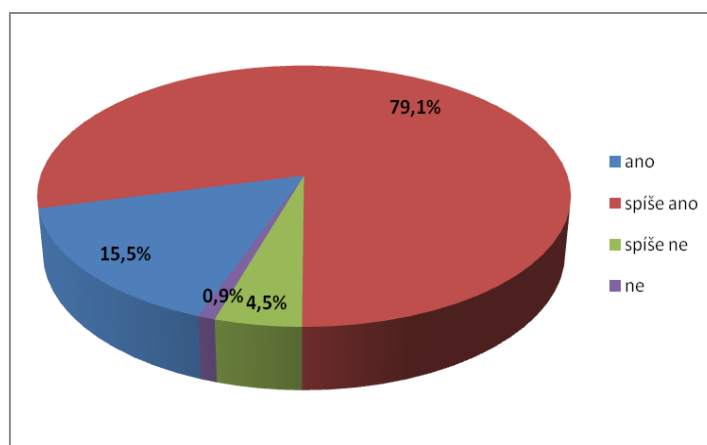
Graf č. 8 Validační terapie v praxi



53 (48,2 %) respondentů uvedlo, že se snaží vysvětlit klientovi co je dobré a co naopak není, co by se mělo udělat. 43 (39,1 %) osob uplatňuje validační terapii v praxi, kdy klienta diplomaticky dostanou, kam potřebují, 2 (1,8 %) lidé označili, že validační terapii neuplatňují, že důsledně trvají na tom, co po seniorech požadují. Našli se ovšem i tací co uvedli, že validační terapii neznají, celkem takto odpovědělo 12 (10,9 %) osob.

Otázka č. 9 zjišťovala používání konceptu Bazální stimulace v celém rozsahu.

Graf č. 9 Užívání konceptu Bazální stimulace v celém rozsahu

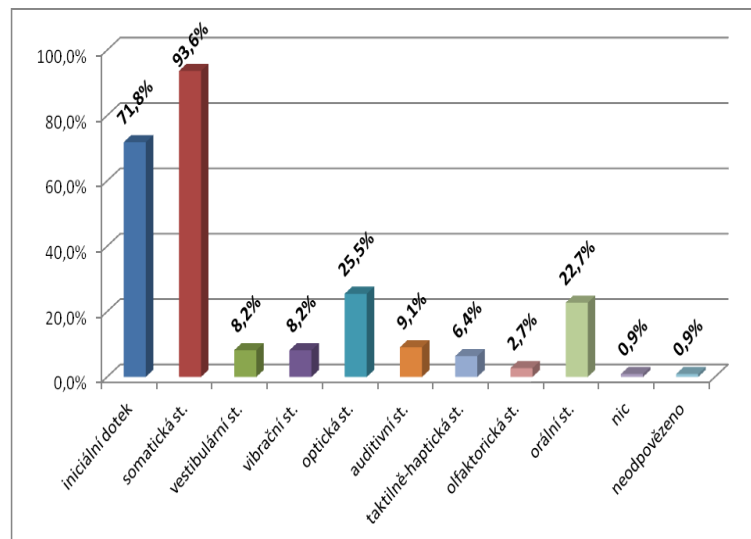


Z této otázky vyplynulo, že téměř ve všech zkoumaných zařízeních používají koncept Bazální stimulace. Výsledky u odpovědí se lišily pouze tím, zda používají koncept v plném

rozsahu nebo pouze některé jeho prvky. Pouze 1 (0,9 %) člověk uvedl, že koncept nepoužívají.

Otázka č. 10: Které prvky Bazální stimulace na pracovišti používáte? Mohli označit více odpovědí.

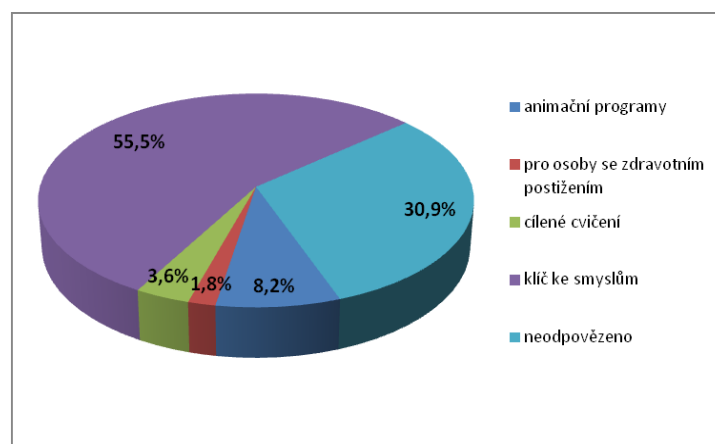
Graf č. 10 Prvky konceptu Bazální stimulace



Z uvedených odpovědí vzešlo, že na pracovištích nejméně používají olfaktorickou stimulaci, vestibulární stimulaci, vibrační a auditivní stimulaci. Nejvíce užívají somatickou stimulaci, což je způsobeno tím, že se tato stimulace provádí při koupeli nebo při polohování klientů.

Otázka č. 11 měla za úkol vymezit, jak o smyslové aktivizaci hovoří Lore Wehner.

Graf č. 11 Smyslová aktivizace Lore Wehner

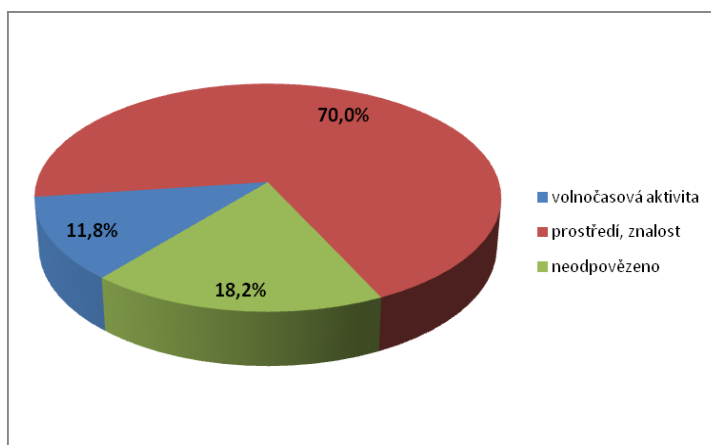


Velké procento respondentů 55,5 % (61 osob) odpovědělo, že autorka hovoří o smyslové aktivizaci jako o klíči ke smyslům člověka, k jejich schopnostem a zdrojům. Tato odpověď

značí pravý význam smyslové aktivizace a většina ho znala (55,5 %). Z celkových výsledků grafu vyplývá, že 15 (13,6 %) respondentů neznalo správnou odpověď na otázku. 34 (30,9%) dotazovaných na otázku neodpovědělo.

Otázka č.12 definovala Snoezelen koncept.

Graf č. 12 Snoezelen koncept



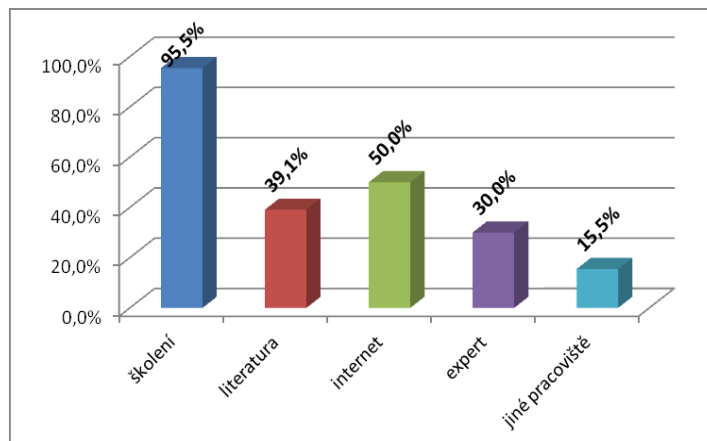
77 (70 %) respondentů uvedlo, že Snoezelen koncept umožňuje využít klientům vyjimečné prostředí, kde mohou vnímat sebe sama, své emoce, ulevují si od fyzických zátěží. 13 (11,8 %) odpovědělo, že se jedná o volnočasovou aktivitu. 20 (18,2 %) účastníků na tuto otázku neodpověděli do dotazníku vepsali, že tento koncept neznají.

Otázka č. 13 zjišťovala, zda v zařízení sociálních služeb používají při práci se seniory nějaké jiné metody než byly v předchozích otázkách uvedeny.

Na tuto otázku respondenti odpovídali proškrtnutí a nebo slovně vypsali zápornou odpověď.

Otázka č. 14 prověřovala, kde respondenti získávají informace o moderních metodách. Ačkoliv neměli uvedeno, že mohou zaškrtnout více odpovědí, zaškrtovali je.

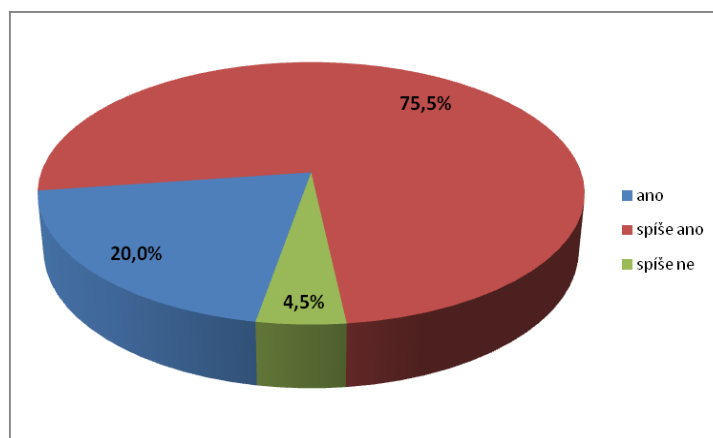
Graf č. 13 Zdroje získávání informací o moderních metodách



Z grafu je patrné, že pracovníci se nejvíce informací dozívají na školeních odpovědělo takto 105 (95,5 %) osob. Domnívám se, že tento výsledek je jednoznačný z toho důvodu, že zaměstnanci v sociálních službách mají povinné zákonné vzdělávání, kdy během roku musí projít 24 hodinami vzdělávání. Druhým nejvíce využívaným zdrojem vyhledávání informací je internet, tuto odpověď uvedlo 55 (50 %) jednotlivců. Pozadu také nezůstává literatura a odborná periodika, které 43 (39,1 %) respondentů pravidelně pročítá.

Otázka č. 15: Vyvíjíte vlastní iniciativu ohledně získávání informací o nových metodách?

Graf č. 14 Vlastní iniciativa při hledání informací

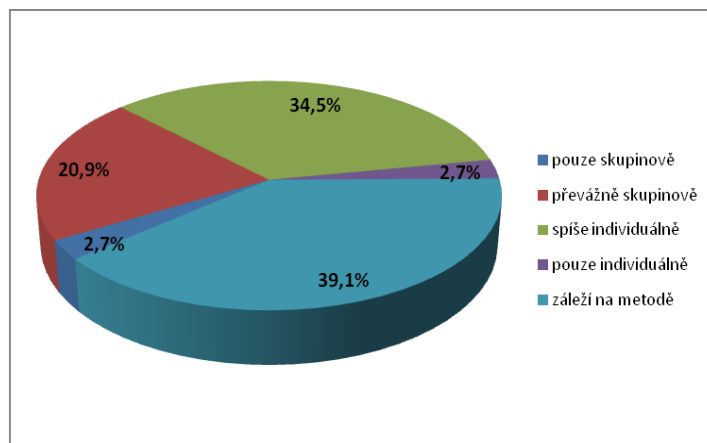


Na tuto otázku odpovídali respondenti kladně 22 (20 %) odpovědělo že si aktivně sami vyhledávají informace a novinky. 83 (75,5 %) osob uvedlo odpověď spíše ano, která znamenala, že se účastní školení, občas si přečtou odbornou knížku či případně vyhledají

informace na internetu nebo se zeptají kolegů z jiných pracovišť. Pouze 5 (4,5 %) osob uvedlo, že nevyvíjí vlastní iniciativu.

Otázka č. 16 měla za úkol určit, jak pracují s pacienty s jednotlivými metodami.

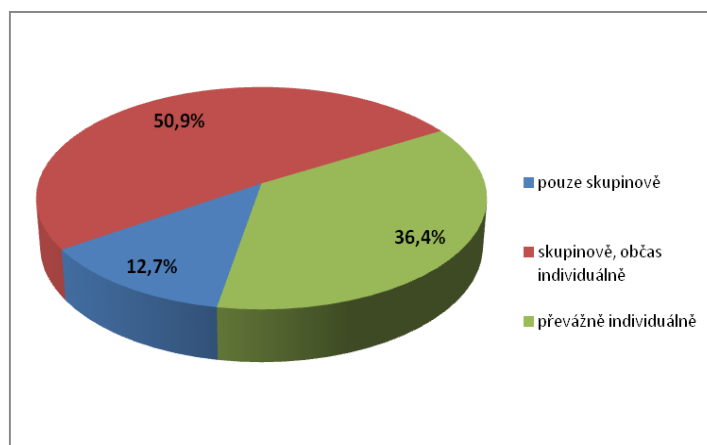
Graf č. 15 Práce s pacienty s jednotlivými metodami



Z grafu je patrné, že nejvíce záleží na využívané metodě se kterou s pacienty pracují, odpovědělo tak 38 (39,1 %) osob. Spíše na individuální bázi pracuje s klienty 23 (34,5 %) pracovníků. Při skupinových aktivitách souhrnně pracuje 26 (23,6 %) pracovníků.

Otázka č. 17 byla zaměřena na preferenci práce s klienty.

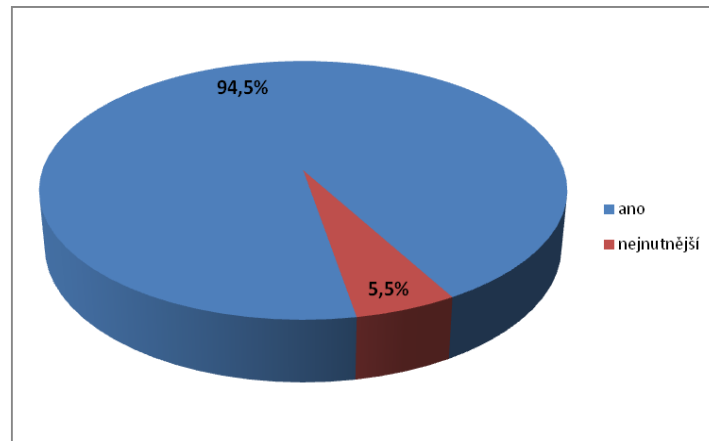
Graf č. 16 Skupinové vs. Individuální aktivity



56 (50,9 %) uvedlo, že pracují s klienty skupinově, ale preferovali by aktivity s klienty založené na individuální bázi. 40 (36,4 %) uvedlo, že s klienty pracují převážně individuálně. 14 (12,7 %) uvedlo, že pracují s klienty pouze skupinově.

Otázka č. 18 zjišťovala, zda se pracovníci informují o potřebách, zájmech, přání a osobní historii klienta.

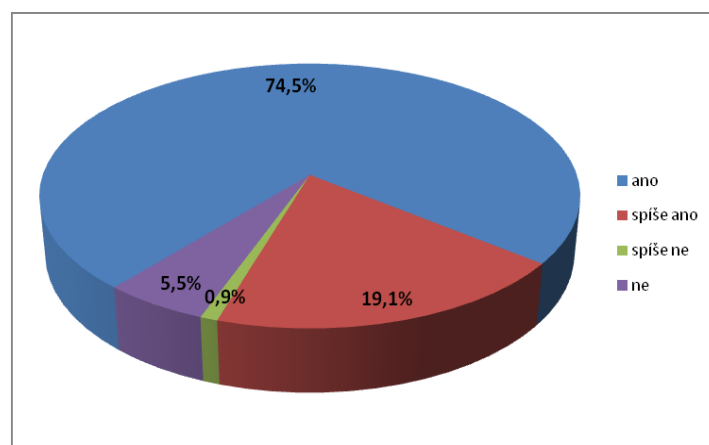
Graf č. 17 Biografie klienta



Největší vypovídající hodnotu 104 (94,5 %) odpovědí je, že ve většině zařízení mají snahu zjišťovat biografii člověka, být vůči seniorovi empatický. Pouze 6 (5,5 %) uvedlo, že zjišťují pouze zdravotní stav a dědičné nemoci.

Otázka č. 19: se dotazovala, jak zaměřují aktivity na základě znalostí z biografie klienta.

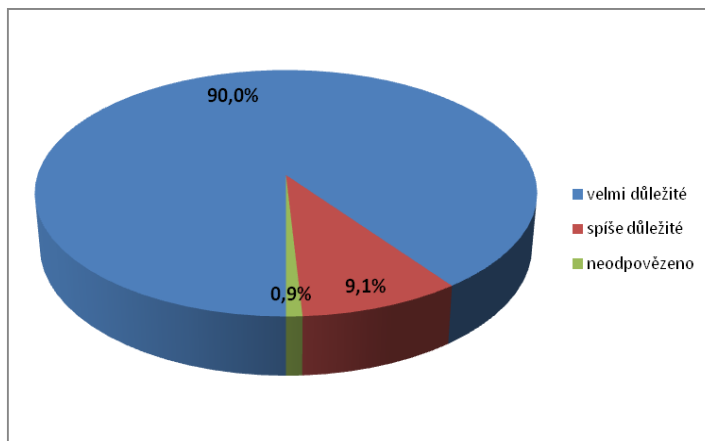
Graf č. 18 Aktivity zaměřené na znalosti biografie klienta



82 (74,5 %) respondentů uvedlo, že pravidelně zaměřují aktivity na základě znalostí. 21 (19,1 %) uvedlo, že pravidelně zaměřují aktivity na základě znalostí biografie, ale pouze několikrát do roka. 2 (5,5 %) uvedli, že mají aktivity pevně stanovené. 1 (0,9 %) člověk uvedl, že s klienty slaví pouze jejich narozeniny.

Otázka č. 20 zkoumala, jakou důležitost kladou pracovníci na vytvoření vztahu k seniorovi.

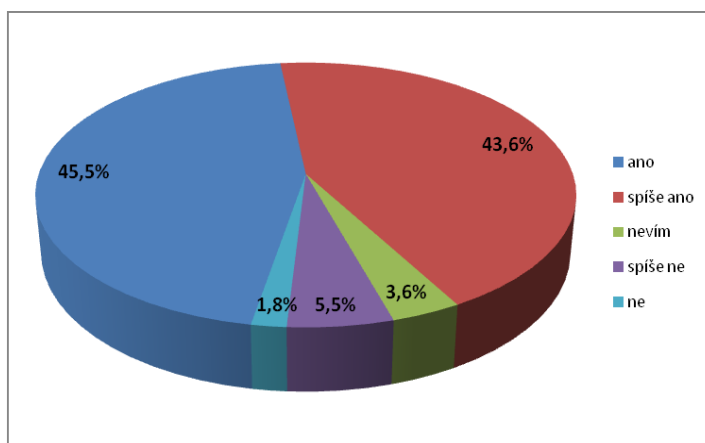
Graf č. 19 *Vztah ke klientovi*



Drtivá většina 99 (90 %) dotazovaných odpověděla, že je velmi důležité vytvořit si k seniorovi vztah důvěry a dát mu pocit bezpečí. 10 (9,1 %) respondentů uvedlo, že je to spíše důležité. 1 (0,9 %) člověk na tuto otázku neodpověděl.

Otázka č. 21 se ptala, zda časové nároky práce umožňují skloubení osobního a pracovního života.

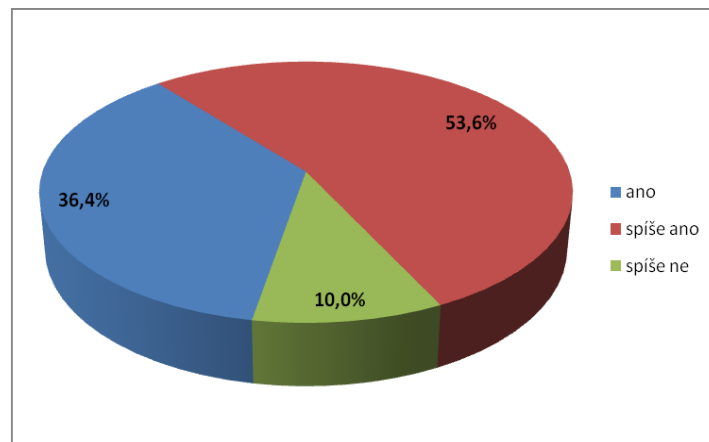
Graf č. 20 *Časové nároky práce a osobní život*



50 (45,5 %) uvedlo, že časové nároky umožňují skloubit osobní a pracovní život. 48 (43,6 %) si myslí, že spíše se jim daří skloubit časové nároky v práci a doma. 6 (5,5 %) se domnívají, že se jim spíše nedaří skloubit časové nároky práce a osobní život. 4 (3,6 %) respondenti odpověděli variantu, že neví jak se rozhodnout. 2 (1,8 %) respondentům neumožňují časové nároky práce skloubit osobní a pracovní život.

Otázka č. 22 zjišťovala, zda pracovníci oddělují osobní a pracovní život.

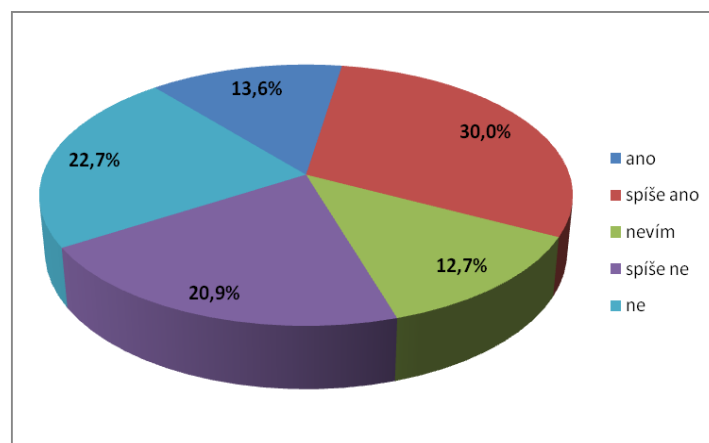
Graf č. 21 Rovnováha mezi osobním a pracovním životem



Z grafu vyplývá, že respondenti se snaží od sebe oddělovat osobní a pracovní život. 40 (36,4 %) respondentů uvedlo, že striktně rozdělují osobní a pracovní život. 59 (53,6 %) se snaží nechávat práci v zaměstnání a užívat si osobní život. 11 (10 %) respondentů uvedlo, že se jim spíše nedaří oddělovat práci a osobní život, že i doma často myslí na práci.

Otázka č. 23 se tázala, zda se pracovníci v sociálních službách domnívají, že práce se seniory s Alzheimerovou demencí má dopad na kvalitu jejich života.

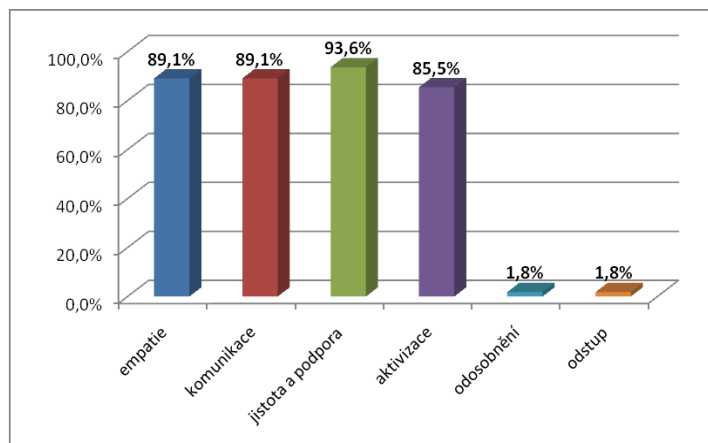
Graf č. 22 Dopad na kvalitu života



33 (30 %) si myslí, že práce se seniory má spíše dopad na jejich kvalitu života. 23 (20,9 %) se spíše nedomnívá, že by práce se seniory s Alzheimerovou demencí měla dopad na jejich život. 25 (22,7 %) nemá pocit, že by byla ovlivněna kvalita jejich života. Naopak 15 (13,6 %) osob se domnívá, že práce se seniory má dopad na kvalitu života. 14 (12,7 %) osob nevědělo, jak na tuto otázku odpovědět.

Otázka č. 24 určovala, co pracovníci v sociálních službách považují při práci se seniory za důležité. U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí

Graf č. 23 *Důležité faktory při práci se seniory s Alzheimerovou demencí*



Z grafu je patrné, že za nejvíce důležité 103 (93,6 %) považují pocit jistoty a podpory. Za další důležitý faktor považují 98 (89,1 %) empatii a také komunikaci se seniorem. 94 (85,5 %) respondentů uvedlo, že je důležité aktivizovat seniora například trénováním paměti, společenskými aktivitami. 2 (1,8 %) se domnívají, že není důležité navazovat se seniorem bližší vztah. 2 (1,8 %) považují za důležité udržet si odstup.

Zdroj grafů 1 – 23: vlastní zpracování

3.5 Diskuse

Výzkum provedený v praktické části bakalářské práce měl za úkol zjistit, jaké metody se využívají při péči v zařízeních sociálních služeb. Informace byly zjištěny kvantitativní metodou formou dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní, nestandardizovaný, sestavený výhradně pro tento výzkumný úkol, za účelem zjištění přístupu a metod práce se seniorem. Pro dotazník jsem se rozhodla z toho důvodu, že mi umožnil relativně rychlý sběr dat a informací od velkého vzorku respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 110 respondentů z řad zaměstnanců sociálních služeb. Výzkumný vzorek byl vybrán účelovým výběrem. Vzorek nebyl reprezentativní, proto výsledky provedeného výzkumu nelze zobecnit na širší populaci.

Před zahájením výzkumu jsem si stanovila pět hypotéz.

H1 Zaměstnanci uplatňují v praxi více metodu Bazální stimulace, než ostatní metody. K hypotéze se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 10, 13. V rámci tohoto zkoumaného souboru byla hypotéza verifikována. Ačkoliv v zařízeních používají i ostatní metody, dotknou se jich okrajově v rámci plánování aktivizačních technik při práci se seniory. Nejvíce pracovníci v sociálních službách využívají koncept Bazální stimulace, který začleňují do individuálního plánování. Z osobních zkušeností mohu říct, že během posledních dvou let je po kurzech Bazální stimulace velká poptávka.

H2 V zařízení sociálních služeb využívají více skupinové aktivity než aktivity na individuální bázi.

K hypotéze se vztahují otázky č. 16 a 17. Výzkum nepotvrdil, že v zařízení sociálních služeb se více využívají skupinové aktivity oproti individuálním aktivitám. Hypotéza byla falzifikována. Průzkum ukázal, že velmi záleží na metodě, kterou při péči o seniora využívají. Pracovníci preferují individuální přístup ke klientovi.

H3 O moderních metodách vhodných pro seniory s Alzheimerovou demencí jsou častěji informováni pracovníci zařízení sociálních služeb, kteří absolvovali vzdělávací aktivitu pro profesionály než zaměstnanci, kteří se dalšího vzdělávání nezúčastnili.

K hypotéze se vztahují otázky č. 6, 11, 12, 14, 15. V rámci tohoto zkoumaného souboru byla hypotéza verifikována. Vzhledem k tomu, že zaměstnanci v sociálních službách mají zákonné vzdělávání, absolvují každoročně školení, které rozšíří jejich znalosti a dovednosti. Díky absolvování vzdělávací aktivity mohou začlenit naučené poznatky o metodách do práce, jestliže jim to vedení umožní. Jestliže je některé téma zaujme, hledají v odborných publikacích, na internetu, vzdělávají se i pomocí odborných článků, které vychází v periodikách např. Sociální služby, Sestra, Zdravotní noviny aj.

H4 Práce se seniory s Alzheimerovou demencí má větší dopad na kvalitu života pracovníků, kteří pracují s vysokým nasazením a empatií, oproti pracovníkům, kteří si udržují rovnováhu mezi osobním a pracovním životem.

K hypotéze se vztahují otázky č. 5, 21, 22, 23, 24. Tato hypotéza byla na základě odpovědí falzifikována. Většina pracovníků si naopak snaží udržet rovnováhu mezi osobním a pracovním životem a i když pracují s vysokým pracovním nasazením a empatií, nemají pocit, že by práce měla významný dopad na kvalitu jejich života.

H5 Pracovník v sociálních službách, který se zajímá, o biografii klienta usiluje o vyšší kvalitu individuální péče o klienta než ten, který biografii nezná.

K hypotéze se vztahují otázky č. 18, 19, 20. V rámci zkoumaného souboru byla hypotéza verifikována. V zařízení sociálních služeb zjišťují biografii člověka. Z výzkumu vyplynulo, že je důležité znát biografii klienta, protože tím se mnohé jejich specifické chování vysvětlilo a díky biografii lépe klienta pochopili a mohli o něj efektivněji pečovat.

Domnívám se, že cíl výzkumu mé bakalářské práce byl naplněn, ačkoliv se nepotvrdily všechny hypotézy. V dotazníku někteří respondenti uváděli, že některé metody neznají, zároveň ale na otázku odpověděli. Řekla bych, že si tipovali, jaká by mohla odpověď být. Mnohdy ale pracovníci netuší, že určité prvky metod nevědomky používají. Zajímavé bylo zjištění vypořádané z dotazníků, že účastníci výzkumu raději vybírají z nabízené možnosti, než aby odpovídali na otevřené otázky. Snad je to způsobeno strachem, že nedokáží přesně formulovat odpovědi, či že jejich písmo nebude čitelné. Jako podnět pro budoucí záměr bych se zaměřila spíše na kvalitativní metodu a rozhovory s účastníky, abych zjistila, zda implementace metod do praxe je skutečně taková, jakou uvedli v dotaznících. Bylo by zajímavé zjistit, jak se změnil přístup zaměstnanců v používání a zavádění metod do praxe, zda se pouze naučí teoretické poznatky nebo aktivně hned začnou začleňovat metody do individuální péče o klienta.

Výsledky zjištění jsem porovnávala s bakalářskou prací Pomikálové (2013), která zaměřila svoji práci na metody a techniky práce s lidmi s demencí. Z jejího výzkumu vzešlo, že zaměstnanci zařízení sociálních služeb nejvíce využívají reminiscenční terapii, Bazální stimulaci a petterapii. Tyto metody používají kvůli jejich nenáročnosti (časové, materiální), ale také proto, že jsou snadno aplikovatelné na každého klienta v zařízení.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce charakterizovala základní pojmy demence, její typy a příčiny vzniku, Alzheimerovu demenci, popis jednotlivých stádií až do závěrečné fáze. Druhá kapitola teoretické části bakalářské práce se věnovala popisu metod, které se mohou využívat v zařízeních sociálních služeb. Jednalo se o metody: validační terapie Naomi Feil, smyslovou aktivizaci podle Lore Wehner, reminiscenční terapii, psychobiografický model péče prof. E. Böhma, Bazální stimulaci. Poznatky a informace, které jsem získala pro zpracování teoretické části, jsem čerpala z prací, výzkumů a odborných publikací, které byly zaměřeny na uvedené metody. Podnětem pro výběr bakalářské práce byl lektorský den, jehož jsem se pasivně zúčastnila, kde ústředním tématem byl psychobiografický model péče a paliativní péče o seniory s Alzheimerovou demencí. Vzhledem k tomu, že jsem k tomuto tématu mnoho nevěděla, rozhodla jsem se, dozvědět se více informací nejen o Alzheimerově demenci, ale také o metodách, které mohou díky aplikaci do péče o seniory zmírnit projevy nemoci. Koncept Bazální stimulace do České republiky zavedla PhDr. Karolína Friedlová, psychobiografickému modelu péče a jeho integraci se věnuje PhDr. Eva Procházková, která pořádá odborné semináře a konference se zakladatelem konceptu profesorem Erwinem Böhmem.

V praktické části popisuji cíl výzkumu, stanovení hypotéz a metody výzkumu, kde uvádím, jakou metodu jsem si pro výzkum zvolila, výběr respondentů. Následovala vyhodnocení získaných odpovědí a závěrečná diskuse.

Souvislost se studijním oborem sociální pedagogiky spatřuji v tom, že i v zařízeních sociálních služeb by měli být přítomni sociální pedagogové. Na mnoha pracovištích tito pracovníci bohužel chybí. Práce sociálního pedagoga zajišťuje širokou škálu uplatnění. Při přijetí seniora s Alzheimerovou demencí do nového prostředí by sociální pedagog mohl pomoci klientovi překonat bariéru strachu z nového, pomoci začlenit klienta do nového prostředí, uzpůsobit mu lůžko a osobní prostor podle toho na co byl zvyklý díky biografické anamnéze. V jednotlivých stádiích nemoci by klientům pomohl překonat komunikační problémy, které vlivem úbytku mozkových tkání zanikají. Sociální pedagog by tak lépe chápal specifika osobnosti, docházelo by tak k upevnění vztahu mezi klientem a personálem. Rovněž by ze své pozice mohl více působit na ostatní ošetrovatelský personál, zasazovat se nejen o důsledné aplikování jednotlivých metod v praxi, ale dohlížet i na jejich správné provedení. Tím by se předešlo výmluvám, že pro zavádění či

uplatňování metod nemají prostor. Pro seniory by byly zajištěny plnohodnotné aktivity přímo na míru dle jejich individuálních potřeb, které by aktivizovaly jejich schopnosti a dovednosti, podpořily by funkce a možnosti, které se nemocnému naskýtají, zajistil by se seniorům pocit důstojného stáří i přes jejich onemocnění, odcházeli by na onen svět s pocitem, že prožili radostný a plnohodnotný život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5.vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0894-5.
- AMBLER, Zdeňek. *Neuropsychologické poruchy ve vyšším věku: Základní principy jejich farmakoterapie*. 1. vyd. Praha: TRITON, s.r.o., 2000. ISBN 80-7254-116-1.
- BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH. *Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen*. 7.vyd. Bern: Huber, 2012. ISBN 978-3-456-851105-2.
- BÖHM, Erwin. *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Band I: Grundlagen*. Wien-München-Bern: Verlag Wilhelm Maudrich, 2004. ISBN 3-85175-768-8.
- CALLONE, Patricia R., Connie KUDLACEK, Barbara C. VASILOFF, Janaan MANTERNACH a Roger A. BUMBACK. *Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad, jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.
- FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK a Martin VYHNÁLEK. *Alzheimerova demence v praxi konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2423-5.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*. 1. vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace®, s.r.o. ISBN 978-80-254-5815-0.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 1.vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace s r.o., 2003. ISBN neuvedeno.
- FRÖHLICH, Andreas. *Basale Stimulation. Das Konzept*. 1.vyd. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-31-3.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva. Brno: Paido, 2000, Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GRUSS, Peter. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7376-605-6

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie: aneb Senioři mezi námi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK. *Geriatría pre praktického lekára*. 2.vyd. Bratislava: HERBA, spol. s r.o., 2006. ISBN 80-89171-36-2.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Dopisy České alzheimerské společnosti*. 2. rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2012. ISBN 978-80-86541-31-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMKOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1.vyd. Praha: EV public relations, spol. s r.o., 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Grafit, 2004. ISBN neuvedeno.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

Roman Jiráček, Iva Holmerová, Claudia Borzová a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti Komunikace a každodenní péče*. Grada Publishing a.s., Praha, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 1998. ISBN 80-85800-88-8.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-219-9.

MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-867-0.

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

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, ISBN 80-210-3345-2.

NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Karolína HORÁLOVÁ. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-25-7.

PANČOCHA, Karel, Lucie PROCHÁZKOVÁ a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6306-8.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

POMIKÁLKOVÁ, Jarmila. *Metody a techniky práce s lidmi s demencí v domovech pro seniory v mikroregionu Novojičínsko*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.

Psychobiografický model /Ebin [online]. ©2015 [cit.2015-04-04]. Dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>

RUHE, Hans Georg. *Methoden der Biografiearbeit*. Berlin: Beltz, 2003. ISBN 3-407-55882-1.

SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5287-1.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. 1.vyd. Prah: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

ZGOLA, J. M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada 2003. ISBN 80-2470183-9.

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Pohlaví respondentů</i>	53
<i>Graf č. 2 Současná pracovní pozice</i>	54
<i>Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	54
<i>Graf č. 4 Délka praxe v sociálních službách</i>	55
<i>Graf č. 5 Vliv na péči poskytovanou seniorům s Alzheimerovou demencí</i>	55
<i>Graf č. 6 Metody v péči o seniory s Alzheimerovou demencí</i>	56
<i>Graf č. 7 Využití reminiscenční terapie v praxi</i>	56
<i>Graf č. 8 Validační terapie v praxi</i>	57
<i>Graf č. 9 Užívání konceptu Bazální stimulace v celém rozsahu</i>	57
<i>Graf č. 10 Prvky konceptu Bazální stimulace</i>	58
<i>Graf č. 11 Smyslová aktivizace Lore Wehner</i>	58
<i>Graf č. 12 Snoezelen koncept</i>	59
<i>Graf č. 13 Zdroje získávání informací o moderních metodách</i>	60
<i>Graf č. 14 Vlastní iniciativa při hledání informací</i>	60
<i>Graf č. 15 Práce s pacienty s jednotlivými metodami</i>	61
<i>Graf č. 16 Skupinové vs. Individuální aktivity</i>	61
<i>Graf č. 17 Biografie klienta</i>	62
<i>Graf č. 18 Aktivity zaměřené na znalosti biografie klienta</i>	62
<i>Graf č. 19 Vztah ke klientovi</i>	63
<i>Graf č. 20 Časové nároky práce a osobní život</i>	63
<i>Graf č. 21 Rovnováha mezi osobním a pracovním životem</i>	64
<i>Graf č. 22 Dopad na kvalitu života</i>	64
<i>Graf č. 23 Důležité faktory při práci se seniory s Alzheimerovou demencí</i>	65

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I MINI – MENTAL STATE EXAMINATION.....	1
PŘÍLOHA P II Časová osa klienta	4
PŘÍLOHA P III DOTAZNÍK.....	7

PŘÍLOHA P I MINI – MENTAL STATE EXAMINATION

Za každou správnou odpověď přidělujeme 1 bod, za každou nesprávnou odpověď 0 bodů.

A. Orientace

1. v čase

Kolikátého je dnes? ()

Který je nyní měsíc? ()

Který je rok? ()

Který je den v týdnu (jméno)? ()

Které je roční období? ()

Skóre ()

2. V místě

Ve kterém jsme státě? ()

Ve které části státu jsme? V které jsme zemi? ()

V kterém jsme městě? ()

Můžete mi říct jméno nemocnice, ve které jsme? ()

V kterém jsme poschodí? ()

Skóre ()

B. Bezprostřední vybavení

Jablko ()

Stůl ()

Koruna ()

Skóre ()

Počet opakování (zakroužkovat):

Jablko 1 2 3 4 5

Stůl 1 2 3 4 5

Koruna 1 2 3 4 5

C. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 číslo 7. Přestaňte po pěti odečítáních

93 ()

86 ()

79 ()

72 ()

65 ()

Skóre ()

D. Vybavení

Jablko ()

Stůl ()

Koruna ()

Skóre ()

E. Řeč

1. Vyjmenování objektů

Hodinky ()

Tužka ()

Skóre ()

2. Opakování

Opakujte po mně následující větu:

„Žádné kdyby, nebo, ale“ ()

3. Třístupňový příkaz:

Subjektu je podán arch papíru s příkazem:

„Vezměte si papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte ho na zem

Papír vzatý do pravé ruky ()

Papír přeložený na polovinu	()
Papír položený na zem	()
Skóre	()

4. Čtení

Subjektu je podán arch bílého papíru, na kterém je napsáno:

„Zavřete oči!“ Subjekt je vyzván, aby napsal přečetl a udělal, co je napsáno. Skóruje se jako 1, když zavře oči.

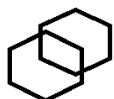
()

5. Psaní

Subjekt je vyzván, aby napsal jakoukoli větu. Věta musí mít podstatné jméno a sloveso. Věta musí být smysluplná. Správná gramatika není nezbytná.

()

6. Kopírování



Subjekt má co nejpřesněji okopírovat obrázek 2 protínajících se pětiúhelníků dle předlohy. Je třeba, aby bylo zachováno všech 10 úhlů obrazců a 2 úhly se musí protínat. Roztřesení a pootočení obrázku se nehodnotí.

()

Celkové skóre (max. skóre 30) ()

Zdroj: Jirák, Obenberger, Preiss, 1998

PŘÍLOHA P II Časová osa klienta

Datace	Historické společenské a politické události	Lokální události a dobové souvislosti	Události v osobním životě
Kolem 1924	Situace krátce po 1. sv. válce	Z války se nevrátila řada mužů	Narození
1932	Světová krize	Rozkvět ochotnického divadla, sokolské slety	8 let – dětství, škola, úraz maminky, sociální pomoc, tuberkulóza, smrt otce a sourozence
1939 – 1945	Okupace, demobilizace	Uzavření vysokých škol, později deportace místních Židů, zákaz tanečních zábav, zabíjaček, bombardování Drážďan	Totální nasazení, konec studia, koncentrační tábor, ztráta blízkého člověka, taneční, zamilování, odsun z pohraničí, vyučení řemeslu
1945 - 1948	Osvobození – Rusové, Američané, pražské povstání, příjezd sovětské armády, odsun Němců, atomová bomba na Hirošimu, UNRRA, sovětská pšenice	Návrat uvězněných a zajatých – mnozí se nevrátili, rabování v bytech vystěhovalců, první soudobé poválečné volby, povodeň, sucho	Svatba, narození dětí, uzdravení maminky, stěhování rodiny kvůli práci, vykradený domov
1948 – 1953	Převrat, politické procesy, lágry	Zestátnění továren, kolektivizace	Emigrace blízkých, výchova dětí, vojna, uvěznění někoho z rodiny
1953	Měna, dvouletý plán,	Kolektivizace, rozvoj	Vystěhování statkářů,

	zemřel Stalin, Gottwald, Expo Brusel, olympiáda v Helsinkách – Emil a Dana Zátopkovi, odhalení kultu osobnosti Stalina, Sputnik, zákaz cestování	výroby, státní podniky, nová plovárna, hřiště, asfaltová silnice, první máje, cirkus, poutě	politické procesy, lidé přišli o úspory, školky, školy – zákaz náboženství, nové oslovení soudruhu, soudružko, první televize, očkování dětí, snímkování plic, preventivní prohlídky
1962	Zavražděn Kennedy, Berlínská krize, Kubánská krize – válečné napětí – atomové zbraně, Divadlo Semafor, Suchý a Šlitr, Matuška, Beatles, „literárky“	Nová škola, brigády, vodovod, kanalizace, trh a náměstí, nové pracovní příležitosti, rozvoj průmyslové výroby, stavebnictví, divadelní představení, Koncerty Národní filharmonie, Závod míru	40 let, první rodinné auto, cesta do NDR, stanování s dětmi, spartakiády, první máje, hudební škola, návštěvy koncertů, tajný poslech Svobodné Evropy, úmrtí maminky a bratrance
1968	Pražské jaro, obrodný proces, 2000 slov, 21. srpen invaze spojeneckých vojsk, sebeupálení Jana Palacha normalizace, zákaz cestování	V divadle besedy se zajímavými lidmi, výzkumy veřejného mínění, založení Klubu angažovaných nestraníků, obnovení Sokola, Skauta	Soukromé cesty na západ, založení Skauta, vstup do KAN, emigrace dětí, ztráta zaměstnání, odejmutí cestovního pasu, děti nemohou studovat na VŠ
1977	Charta 77, disidenti, normalizace, sjezdy KSČ, pětiletky, konec války ve Vietnamu, ropná krize,	První máje, kádrování, pohovory, STB, Tuzex, úpadky, nová poliklinika, folkové koncerty, folklórní festivaly,	Vnoučata, nemoci, hlídání dětí, práce, ztráta manžela, chalupa, soužití s dětmi, rozvody dětí,

	odzbrojování	filmový festival, veletrhy, zemědělské výstavy, Flóra Olomouc, Brněnské veletrhy	cestování s Čedokem, dvojí zaměstnání, záhumenek
1986	Černobyl, Gorbačov – perestrojka, národohospodářská reforma, Regan, Thatcherová	Ostrovy pozitivní deviace, rockové koncerty, fronty a podpultový prodej, devastované životní prostředí, romské komunity, drogy	Odchod do důchodu, nemoci, smrt vrstevníků, žádosti do domova důchodců, čekací doby, cestování do Jugoslávie na příslib
1989	Sametová revoluce, svobodné volby, otevření hranic, sjednocení Německa, rozpad Československa, šíření AIDS	Svobodné volby do místní samosprávy, privatizační procesy a skandály, neziskové organizace, nové sociální služby, místní mafie, veřejné zdravotní pojištění, změny ve zdravotnictví, svobodná volba lékaře, dostatek zboží	Restituce, obnova rodinné firmy, podnikání, návrat domů z emigrace, cestování na západ, návštěvy příbuzných, privatizace, bohatství a chudoba, odchod do domova důchodců, nemoc, závislost
2000	Vstup do NATO a EU, válka v Iráku, teroristický útok na New York, zkvalitnění zdravotní péče, prodlužování lidského života	Nová obchodní centra, nové dálnice, pendolino, rychlá doprava, nové přechody, rockové koncerty, hlučná zábava, bezdomovci, prostituce, drogy, hrací automaty	Krádež kabelky, půjčky, zneužití důvěry, návštěvy dětí a vnoučat, osamělost, výlety, cestování, stěhování, úprava bytu, sociální služby

PŘÍLOHA P III DOTAZNÍK

Vážení respondenti

jsem studentkou 5. semestru bakalářského studia na Institutu mezioborových studií v Brně, obor Sociální pedagogika. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma: „Metody využívané v péči o seniory s Alzheimerovou demencí“. Dotazník je anonymní, výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Při vyplňování dotazníku se řiďte, prosím, tímto jednoduchým postupem: Pozorně si otázku přečtěte a označte znakem „X“ Vámi zvolenou variantu vedle nabízené odpovědi. Některé otázky jsou postaveny tak, aby Vám umožňovaly stručně vyjádřit Váš názor. Velice si vážím času, který věnujete vyplnění mého dotazníku. Děkuji Vám za spolupráci.

Pavla Čásová

1. Pohlaví

- Žena
- Muž
-

2. Současná pracovní pozice

- Pracovník v sociálních službách (PSS)
- Sociální pracovník (SP)
- Všeobecná sestra
- Fyzioterapeut
- Nutriční asistent
- Vedoucí pozice (vedoucí domova, vedoucí sociálního úseku apod.)
- Jiné (uvedte, prosím).....

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Učební obor bez maturity

- Středoškolské s maturitou (např. gymnázium, střední zdravotnická škola, obchodní akademie aj.)
- Vyšší odborná škola
- Vysokoškolské studium - bakalářské
- Vysokoškolské studium – inženýrské, magisterské
- Jiné (uvedte, prosím).....

4. Délka dosavadní praxe v sociálních službách

- Do 1 roku
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 a více let

5. Co má podle Vás největší vliv na péči poskytovanou seniorům s Alzheimerovou demencí? Můžete označit i více odpovědí

- Zkušenosti získané praxí
- Znalosti získané vzděláváním
- Empatie a ochota pomáhat
- Získaná praxe a úroveň vzdělání
- Jiné (uvedte, prosím).....

6. Které z vyjmenovaných metod v péči o seniory s Alzheimerovou demencí znáte? Můžete označit i více odpovědí

- Reminiscenční terapie
- Taneční / pohybová terapie
- Ergoterapie
- Muzikoterapie
- Validační terapie podle Naomi Feil
- Biografický model péče prof. E. Böhma

- Bazální stimulace
- Snoezelen koncept
- Smyslová aktivizace podle Lore Wehner
- Jiné (uvedte, prosím).....

7. Využíváte v praxi reminiscenční terapii? Pokud ano jaké pomůcky používáte?

.....

.....

.....

8. Uplatňujete validační terapii v praxi?

- Ano, jinak to ani nejde - diplomatically klienta dostaneme, kam potřebujeme
- Snažíme se klientovi vysvětlit co je dobré / špatné, co by se mělo udělat
- Ne, důsledně trváme na tom, co potřebujeme my

9. Používáte koncept Bazální stimulace ve Vašem domově v celém rozsahu?

- Ano používáme koncept v celém rozsahu
- Spíše ano - pouze některé prvky konceptu
- Spíše ne
- Nepoužíváme koncept

10. Které prvky Bazální stimulace na pracovišti používáte? Možno označit i více odpovědí

- Iniciální dotek
- Somatická stimulace – koupele, polohování (mumie, hnízdo, ohraničení), masáž stimulace
- Vestiburální stimulace

- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Taktilně-haptická stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Orální stimulace
- Bazálně nestimulujeme

11. Autorka smyslové aktivizace Lore Wehner o smyslové aktivizaci hovoří:

- Jako o animačních programech pro seniory
- Že smyslová aktivizace je vhodná pouze pro osoby se zdravotním znevýhodněním
- Jako o cíleném cvičení, při němž si osoba pohybu více uvědomuje, a tím může i lépe provádět korekci svého pohybu na poznacích moderního tance a humánní psychologie
- Jako o klíči ke smyslům člověka, k jejich schopnostem a zdrojům např. známé obrázky, slova, vůně, zvuky, obvyklé pohybové činnosti, texty písní

12. Snoezelen koncept

- Je považován za volnočasovou aktivitu, příjemnou relaxaci
- Může vykonávat každý, nevyžaduje profesionalitu
- Umožňuje klientům využít vyjimečné prostředí místnosti, ale také znalost terapeutů, kteří dají poznat prožitek sebevnímání, vlastní identity, hloubku emocí, úlevu od fyzických zátěží, pochopení smyslu života, zvládnutí seberegulace

13. Používáte při práci se seniory nějaké jiné než výše uvedené metody?

.....
.....

14. Kde získáváte informace o nových metodách, které lze využít v péči o seniory s Alzheimerovou demencí?

Kurzy / školení

- Odborná literatura a periodika
- Internet
- Spolupráce se zkušeným pracovníkem
- Spolupráce s jiným pracovištěm
- Jiné, uveďte:

.....

15. Vyvíjíte vlastní iniciativu ohledně získávání informací o nových metodách?

- Ano aktivně si vyhledávám novinky, odborně se vzdělávám
- Spíše ano – účastním se školení, občas si něco přečtu
- Spíše ne
- Ne – nezajímají mě

16. Při práci s jednotlivými metodami pracujete s pacienty:

- Pouze při skupinových aktivitách
- Převážně při skupinových aktivitách
- Spíše individuálně
- Pouze individuálně
- Záleží na využívané metodě

17. Preferujete při práci s klienty spíše skupinové aktivity nebo aktivity na individuální bázi?

- Využíváme s klienty výhradně skupinové aktivity – muzikoterapie, arteterapie aj.
- Pracujeme s klienty skupinově, ale občas by byl lepší individuální přístup
- Aplikujeme klientům aktivity založené na individuální bázi
- Preferuji individuální práci s klientem

18. Zjišťujete potřeby, přání, zájmy a osobní historii seniora?

- Ano, je důležité znát biografii seniora
- Zjišťujeme jen to nejnnutnější např. zdravotní stav, dědičné nemoci
- Ne, nepovažuji to za důležité

19. Zaměřujete aktivity pro seniory na základě znalostí z jejich biografie?

- Ano – pravidelně např. malování, tématické společenské večery, zahrádkaření, společné vaření, výlety apod.
- Spíše ano – aktivity pořádané 6 x do roka
- Spíše ne – s klienty slavíme pouze narozeniny
- Ne - aktivity jsou pevně stanovené

20. Považujete za důležité vytvořit si k seniorovi vztah důvěry a dát mu pocit bezpečí?

- Velmi důležité
- Spíše důležité
- Nevím
- Spíše nedůležité
- Ne nepovažuji to vůbec za důležité

21. Umožňují Vám časové nároky práce dobře skloubit pracovní a osobní život?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

22. Umíte oddělit pracovní a osobní život?

- Ano – striktně je od sebe odděluji, potřebuji volný čas pro sebe, pro relaxaci, pro rodinu

- Spíše ano - snažím se nechávat práci v práci a užívat si osobní život
- Spíše ne - i když jsem s rodinou často myslím na práci
- Ne – žiji pouze prací

23. Domníváte se, že práce se seniory s Alzheimerovou demencí má dopad na kvalitu vašeho života?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

24. Při práci se seniory s Alzheimerovou demencí považují za důležité?

Můžete označit i více odpovědí.

- být empatický
- se seniorem komunikovat
- dát mu pocit jistoty a podpory
- aktivizovat seniora – trénování paměti, společenské aktivity apod.
- udělat si svoji práci a seniora si nevšímat
- se seniorem nenavazovat bližší vztah
- udržet si odstup