UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče

Bakalářská práce

Activation of seniors with Alzheimer's disease in a respite care facility

Bachelor thesis

Autor: Lukáš Burda

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce:

JUDr. PaedDr. PhDr. Daniel Hanuš, Ph.D., LL.M., MBA

Praha **2024**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *„Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče“* vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

V Praze dne ……. ……

Lukáš Burda

Poděkování:

Nejprve bych rád poděkoval panu JUDr. PaedDr. PhDr. Danieli Hanušovi, Ph.D., LL.M., MBA, za vedení mé bakalářské práce. Za odborné poznatky, ochotu a čas, který mé práci věnoval.

Taktéž velmi děkuji paní Mgr. Kateřině Cidlinské, PhD., za odborné rady, poznatky, ochotu a čas, který mi věnovala ke konzultaci výzkumné části mé práce.

V neposlední řadě děkuji všem respondentům za poskytnuté rozhovory a organizaci Centrum Seňorina, z. s. za možnost uskutečnit mou výzkumnou část v jejich zařízení.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na aktivizační metody u osob s Alzheimerovou chorobou v zařízeních respitní péče. Teoretická část se zaměřuje na definování klíčových pojmů, jako jsou seniorský věk, Alzheimerova choroba, respitní (odlehčovací) péče pro seniory s Alzheimerovou chorobou a další. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, který zjišťuje nejefektivnější aktivizační metodu při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou v respitní službě Centrum Seňorina, z. s., pomocí hloubkového rozhovoru s aktivizačními pracovníky této organizace.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, respitní péče, aktivizace, senior, seniorský věk

Abstract

The bachelor thesis focuses on activation methods for people with Alzheimer's disease in respite care facilities. The theoretical part focuses on defining key terms such as senior age, Alzheimer's disease, respite care for seniors with Alzheimer's disease and others. The practical part is based on qualitative research, which determines the most effective activation method when working with seniors with Alzheimer's disease in the respite service Centrum Seňorina, z. s., using an in-depth interview with the activation workers of this organization.

Keywords

Alzheimer's disease, respite care, activation, senior, senior age

Obsah:

1. Úvod 8
2. Teoretická část 10
2.1 Stáří a stárnutí 10
2.1.1 Životní změny ve stáří 11
2.1.2 Aspekty stárnutí 12
2.1.3 Ageismus 14
2.1.4 Syndrom špatného zacházení se starými lidmi (EAN) 14
2.2 Alzheimerova choroba 16
2.2.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby 16
2.2.2 Historie a současnost Alzheimerovy choroby 16
2.2.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby 18
2.2.4 Česká alzheimerovská společnost 20
2.3 Institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou 22
2.3.1 Současné poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby s Alzheimerovou chorobou 22
2.3.2 Současný stav respitní péče v České republice 26
2.3.3 Odlehčovací služba Centrum Seňorina, z. s. 28
2.4 Aktivizační metody v odlehčovací službě Centrum Seňorina, z. s. 30
2.4.1 Reminiscenční terapie 30
2.4.2 Dramaterapie 31
2.4.3 Muzikoterapie 32
2.4.4 Ergoterapie 32
2.4.5 Trénink paměti a kognitivních funkcí 33
2.4.6. Canisterapie 34
3. Praktická část 35
3.1 Metodologie výzkumu 35
3.2 Výzkumný cíl, výzkumné otázky 37
3.2.1 Výzkumný cíl 37
3.2.2 Výzkumné otázky 37
3.3 Technika sběru dat a design analýzy dat 38

3.4 Analýza rozhovorů 40
3.5 Interpretace dat 50
4. Diskuze 51
5. Závěr 52
Zdroje práce 53
Seznam použitých zkratek 57
Seznam tabulek a příloh 58
Příloha č. 1: Mini – Mental State Examintation 59
Příloha č. 2: Scénář rozhovoru 60
Příloha č. 3: Anonymizovaný přepis výzkumného rozhovoru 64

1. Úvod

Alzheimerova choroba je onemocnění mozku, které vede k postupnému zániku mozkových buněk a tkáně. Hlavním příznakem je ztráta paměti, která je často mylně připisována normálnímu stárnutí, což vede k její přehlížení. Včasná diagnostika a zahájení léčby jsou však klíčové. I když současná medicína dosáhla vysoké úrovně, Alzheimerova choroba zůstává nevyléčitelná. Avšak včasnou léčbou lze její průběh zpomalit a oddálit tak pozdější stádia nemoci. Hlavním pilířem léčby jsou léky, tedy farmakologická terapie. Důležitou roli hraje také nefarmakologická léčba, která zahrnuje různé aktivizační metody. Tyto metody se využívají při práci s pacienty, aby se zachovala jejich duševní pohoda a kognitivní funkce. Patří sem například trénink paměti a kognitivních funkcí, ergoterapie nebo reminiscenční terapie.

Tato bakalářská práce se soustředí na aktivizační metody pro seniory s Alzheimerovou chorobou v zařízeních respitní péče, protože považuji tuto činnost v institucionálním prostředí za velmi důležitou. Téma jsem si vybral z několika důvodů. Prvním a hlavním důvodem je moje práce v odlehčovací službě pro seniory s Alzheimerovou chorobou, kde se denně setkávám s lidmi trpícími tímto onemocněním. Dalším důvodem je skutečnost, že Alzheimerova choroba je v současnosti velmi aktuálním problémem a podle výzkumů se její výskyt v budoucnosti výrazně zvýší. Výzkumy a prognózy naznačují, že během příštích 25 let bude diagnostikováno mnohem více osob, což bude mít významný dopad na jejich život a fungování celé společnosti. Toto onemocnění však neovlivňuje pouze pacienty, ale také jejich rodiny. Tento fakt mohu potvrdit ze své praxe, kde často vidím bezmoc, strach a smutek rodinných příslušníků klientů.

Teoretická část této bakalářské práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje tématu stáří a procesu stárnutí. Druhá kapitola definuje Alzheimerovu chorobu. Třetí kapitola se zaměřuje na institucionální péči o osoby s touto chorobou. Čtvrtá kapitola pak podrobně rozebírá různé aktivizační metody používané při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou v zařízeních respitní péče.

Praktická část práce zahrnuje metodologii výzkumu, analýzu získaných dat a jejich interpretaci. Hlavním cílem výzkumu je identifikovat nejúčinnější aktivizační metody pro seniory s Alzheimerovou chorobou v respitní péči. Použitá výzkumná strategie je kvalitativní, přičemž data byla shromážděna prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními

pracovníky z vybrané organizace poskytující respitní péči seniorům s Alzheimerovou chorobou. Výzkumný vzorek tvoří zaměstnanci, kteří mají s touto problematikou praktické zkušenosti a mohou poskytnout cenné poznatky.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit vybrané téma lidem, kteří nemají dostatečné znalosti o této problematice, nebo se s ní setkávají poprvé. Alzheimerova choroba může zasáhnout kohokoli z nás, a proto je důležité mít o tomto onemocnění alespoň základní povědomí.

2. Teoretická část

2.1 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí bývá v mnoha společnostech vnímáno negativně, často i s určitými obavami. Je obvyklé očekávat problémy a omezení, které mohou vzniknout v důsledku ztráty soběstačnosti, klesajících mentálních funkcí a omezené interakce s okolím, což může vést k pocitu ztráty možnosti seberealizace. Tyto obavy mohou vyvolávat strach z ponížení a ztráty lidské důstojnosti a respektu. Nicméně, tyto obavy nejsou vždy opodstatněné, protože fyziologické stárnutí ne vždy probíhá podle tohoto scénáře. Vývoj stárnutí se může lišit u každého jednotlivce a závisí na jeho individuálním průběhu (Malíková, 2020, s. 22).

Malíková (2011, s. 14) dále uvádí, že pro velké množství lidí je však stáří jedním z nejradostnějších období v životě, díky kterému mají prostor k realizaci všeho, co zatím neměli možnost stihnout nebo vyzkoušet. Člověk, který během celého života umí využít naplno šanci každodennosti, ten zvládne i hravě toto období.

Procházková (2019, s. 15) poukazuje na to, že člověk si vytváří vztah ke stáří díky názorům a postojům, které získal během svého života a se kterými se setkával ve společnosti. Zmiňuje také, že se po celý život učíme a vytváříme si vztah ke stáří a starým lidem, vznik pevného a respektujícího vztahu je ovlivněn vztahy v rodině, rodinnými hodnotami a celkovým hodnotovým systém celé společnosti.

Langmajer a Krejčíková (2006, s. 202) charakterizovali stárnutí jako *„souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu“.* Podle jejich názoru tyto změny vedou ke zvýšené zranitelnosti, poklesu schopností a výkonnosti jedince, přičemž tyto procesy dosahují svého vrcholu v terminálním stádiu, které končí smrtí.

Weber a kol. (2000, In Malíková, 2020, s. 22) zmiňuje stárnutí a stáří jako konečný proces vývoje každého jedince. Stárnutí je hodnoceno jako proces, při kterém nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K těmto změnám dochází v různou dobu a pokračují různou rychlostí. Tento proces lze stanovit jako tzv. disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je u každého jedince geneticky zakódována a řadí se do multifaktoriálního typu dědičnosti.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení (Malíková, 2020, s. 15):

- *„30–44 let dospělost*
- *45–59 let střední věk (nebo také zralý věk)*
- *60–74 let senescence (počínající, časné stáří)*
- *75–89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)*
- *90 let a více patriarchum (dlouhověkost)“*

V současnosti je běžné používat členění stáří podle Mühlpachra (2004, In Malíková, 2020, s. 15), který rozděluje seniory do tří kategorií na základě jejich věku. Tyto kategorie zahrnují mladé seniory, staré seniory a velmi staré seniory. Každá z těchto fází se vyznačuje odlišnými způsoby trávení volného času a prioritami v životě. Například u velmi starých seniorů je kladen důraz na řešení problémů týkajících se soběstačnosti, zatímco u mladších seniorů se více soustředí na řešení volnočasových aktivit.

Obory zaměřené na problematiku stáří jsou gerontologie a geriatrie. Gerontologie se věnuje studiu procesu stárnutí a stáří. Podle Webera (2000, cit. Malíková, 2020, s. 55) je označována jako „nová gerontologie“. Tento vědní obor se nezaměřuje pouze na degenerativní onemocnění spojená se stářím, ale také na základní fyziologické mechanismy stárnutí, které ovlivňují celkovou kondici jednotlivce. Pod pojmem geriatrie označujeme samostatný medicínský obor, vyznačující se interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří (Weber, 2000, In Malíková, 2020, s. 55).

2.1.1 Životní změny ve stáří

V organismu ve stáří probíhá řada změn. Venglářová (2007, In Malíková, 2020, s. 28) je popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální:

- *„Tělesné změny: změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů, kardiopulmonální změny, změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči a změny sexuálních aktivit.*
- *Psychické změny: zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku.*

- *Sociální změny: odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže.“*

Jakým způsobem bude stárnoucí jedinec reagovat na tyto změny a to, jakým způsobem se s nimi zvládne vyrovnat je velmi ovlivněno především jeho zkušenostmi, typem osobnosti, výchovou a prostředím, ve kterém se ocitá. Dá se říct, že jedince ovlivňuje i způsob, kterým celý život ke stáří přistupoval, jestli se na něj připravoval a podobně. Venglářová (2007, s. 15) uvádí, že se lidé „učí“ způsobům chování v určité etapě svého života. Jakmile si jedinec uvědomí, že začíná stárnout, může se vyskytnout problém s jeho psychickou adaptací na stáří a na změny s tímto procesem spojeny.

Podle Malíkové (2020, s. 45) lze stárnoucího člověka charakterizovat díky celkovému úbytku sil a dílčích schopností, které jsou ve spojitosti se snížením výkonnosti a rostoucí potřebou větší přípravy, podpory a koncentrace na výkon některých činností. U těchto osob se zvyšuje potřebná doba na odpočinek a roste míra poskytování podpory a pomoci. Mění se žebříček životních hodnot, utváří se nové potřeby a dochází ke změnám v psychickém stavu a v emočních projevech.

2.1.2 Aspekty stárnutí

Malíková (2020, s. 41) vysvětluje, že průběh stáří a stárnutí je ovlivněn mnoha faktory, mezi které patří tělesné změny, psychické a sociální vlivy. Tyto faktory určují, jak u jednotlivce probíhá fyzické stárnutí a jak se s ním vyrovnává. Z toho důvodu se rozlišují sociální, biologické a psychologické aspekty stárnutí, přičemž někteří odborníci často spojují sociální a psychologické aspekty do tzv. aspektů psychosociálních.

Biologické aspekty stárnutí

Tyto aspekty zobrazují průběh základních fyzických změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob individuální rychlostí a intenzitou a jsou propojeny se vznikem a výskytem nemocí, které jsou typické ve stáří. Jarošová (2006, In Malíková, 2020, s. 40) stanovila přehled typický biologických změn, při nichž se začíná objevovat celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně. Dále se snižuje elasticita orgánů a tkání, zvyšuje se obsah tuku v těle a dochází ke změnám ukládání vápníku. Funkce endokrinních žláz a funkce smyslových orgánů se zhoršují a dochází ke snížení činnosti celkového nervového systému. Začínají nastávat změny v respiračním systému a v důsledku snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků více a rychle padají a šedivějí vlasy.

Psychické aspekty stárnutí

Velký vliv na stáří mají i psychické aspekty, které často souvisí se změnami fyzickými. Což znamená, že zvyšující se tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány a následně se projevují na psychické úrovni. Obecný předpoklad ovšem je, že v psychické oblasti a v rysích osobnosti by nemělo ve stáří docházet vůbec. Změny v psychické pohodě v rámci fyziologického stárnutí nastupují pozvolna.

Jarošová (2006, In Malíková, 2020, s. 40) mezi typické změny v psychické oblasti a intelektových schopnostech zmiňuje: snížení výkonnosti intelektových funkcí, snížení schopnosti adaptovat se na změny, nové a náročné situace, tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu. Dále jsou zde uvedeny změny potřeb a jejich pořadí, změny zájmů a potřeby jejich uspokojení, celkové povahové změny a objevuje se zvýšená emoční nestabilita, až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost postojů a časté změny požadavků.

Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí a stáří je ve velké míře ovlivněno sociálními aspekty. Sociální aspekty se u seniorů mohou rozdělovat na pozitivní sociální aspekty a nepříznivé sociální aspekty. Každý člověk

by měl zpracovat a přijmout své vlastní stáří, protože pokud toho není schopen, tak může dojít k postupnému rozvoji psychických a osobnostních změn.

Jarošová (2006, In Malíková, 2020, s. 41) ve své publikaci zmiňuje jako nejvýznamnější pozitivní aspekty vyskytující se u stárnutí: funkční rodinu, správně nastavenou ekonomickou přípravu na stáří a klade důraz na pevnost citových pout. Jako negativní aspekty stárnutí řadí odchod do starobního důvodu, vznikající fyzickou závislost, sociální izolaci, ageismus nebo syndrom EAN.

2.1.3 Ageismus

Termín ageismus je přebrán z anglického slova *„age“*, který překládáme, jako věk nebo stáří. Tento termín je dnešní společností chápán a brán, jako jisté předsudky a negativní představy o seniorech a je i často takto vysvětlován.

Vágnerová (2000, s. 460) definuje ageismus jako určitý postoj vyjadřující obecné přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti, která vzniká ve stáří a která se projevuje až odporem k seniorům. Na základě vzniku tohoto postoje pak může dojít buď k symbolické nebo dokonce až faktické diskriminaci na základě věku.

Díky přílišnému zjednodušování a nepřiměřené generalizaci u ageismu, stejně tak jako u ostatních předsudků, je stáří bráno, jako období ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Ageismus má tendenci stavět staré lidi do pozice méně významných v majoritní společnosti, snaží se je izolovat, aby nepřekáželi a nezdržovali (Vágnerová, 2000, s. 460).

2.1.4 Syndrom špatného zacházení se starými lidmi (EAN)

Butler (1999, s. 3-4) uvádí, že ačkoliv se o syndromu špatného zacházení se starými lidmi začalo poprvé psát ve vědecké literatuře v roce 1975 ve dvou článcích nazvaných *„Granny Bashing“* a *„Granny Battering“*, úplné prvenství je přisuzováno definici z 60. let 20. století, která byla označena jako *„battered old person syndrome“*.

Objevuje se několik různých definic tohoto syndromu, přesnou definici však nelze přesně identifikovat. Špatným zacházením lze nazvat jednorázový nebo opakovaný čin,

případně nedostatek přiměřené aktivity, který se vyskytuje v jakémkoliv vztahu, ve kterém starý člověk očekává důvěru (Holmerová, 2007, s. 58-59).

Wieland (2000, s. 70) rozlišil výskyt minimálně sedmi typů syndromu EAN. Mezi základní rozlišující typy se řadí fyzické týrání, psychické týrání, finanční zneužívání, zanedbávání, sebezanedbávání a sexuální zneužívání. Dalšími typy jsou poté opuštění, zneužívání léků, porušování lidských práv, nepřiměřené použití omezovacích prostředků, institucionální zneužívání, diskriminace nebo systémové ponížení.

Negativní stavění se ke stárnoucím lidem mohou zvyšovat i nezpracované obavy z vlastního stárnutí. Staří lidé mají nízký sociální status, jsou jim připisovány převážně negativní osobnostní vlastnosti a s tím spojené snížení jejich kompetencí. Stáří má ovšem i určitý smysl, který laická veřejnost přehlíží a bagatelizuje. Erikson (1963, In Vágnerová, 2000, s. 461) považuje za hlavní vývojový úkol stáří, aby lidé dosáhli spokojenosti ve vlastním životě, převážně v dosažení správné integrity. Erikson (1963, In Vágnerová, 2000, s. 461) dále tvrdí, že: *„Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života jako celku a pochopením jeho smyslu. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec.“*

„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ.”

- Menandros

2.2 Alzheimerova choroba

2.2.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je nevratné degenerativní onemocnění, které pomalu a progresivně ničí mozkové buňky. Hlavním projevem je narůstání ztráty paměti. To postihuje krátkodobou paměť a duševní činnost, jako je myšlení, řeč, orientace v čase, prostoru, osobách a podobně. Stejně tak Alzheimerova choroba postihuje později i chování, chůzi a celkový pohyb. Maier (2011, s. 44) uvádí, že určitá ztráta mozkových buněk a mozkové tkáně je normální proces stárnutí, avšak u Alzheimerovy choroby nervové buňky umírají mnohem rychleji a mozek se doslova zmenšuje.

Podle Duška a Večeřové Procházkové (2015, s. 184) většina autorů nyní věří, že až 70 % demencí spadá do skupiny Alzheimerovy choroby, přičemž výskyt této choroby výrazně narůstá po 65. roce věku. Franková (2017, s. 30) odhaduje, že více než 6 % populace nad 65 let trpí demencí, přičemž s věkem toto procento roste a dosahuje 50 % u lidí nad 80 let. Alzheimerova choroba je příčinou více než poloviny všech demencí.

2.2.2 Historie a současnost Alzheimerovy choroby

Podle Patočky (2005, s. 67-73) byla Alzheimerova choroba poprvé zmíněna 3. listopadu 1906, kdy německý lékař Alois Alzheimer na setkání německých psychiatrů v Tübingenu referoval o neurodegenerativních onemocněních mozku, které vyzkoumal u své pacientky. Alzheimer popsal případ své pacientky Augusty Deterové, která trpěla zvláštním onemocněním mozkové kůry a zemřela ve věku 55 let.

Alzheimer zdokumentoval průběh choroby u ženy, která byla ve svých 51 letech dosud relativně mladá, ale při svém přijetí do ústavu v roce 1901 už téměř nedokázala odpovídat na otázky, nedovedla se orientovat a chovala se podivně neklidně. Alois Alzheimer poprvé zaznamenal symptomy typické pro tuto chorobu. Uvedl, že pacientka *„ztrácí paměť, neúčelně popochází po bytě, zjevně se neorientuje, nerozumí některým otázkám a při psaní vynechává písmena”* (Harantová, 2014, s. 12-13). V pitvě bylo prokázáno, že v mozku zemřelé se nacházelo mnoho

odumřelých nervových buněk a nezvyklá tělesa tvořená zvláštním proteinem (Patočka, 2005, s. 67-73).

Na začátku nebyl objev Alzheimerovy choroby na sjezdu odborníků přijat s velkým zájmem, neboť symptomy byly považovány za běžné projevy stáří. V historických dokumentech není zaznamenáno, že by Alzheimerovi někdo položil otázku během jeho přednášky; místo toho se hned přešlo na zcela jiné téma. Alzheimerův objev byl tehdy zmíněn pouze v jedné krátké větě. Přesto byl Alzheimer o svém objevu pevně přesvědčen a v roce 1907 publikoval článek s názvem *„Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde"* v časopise *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin*. O tři roky později, v roce 1910, doporučil profesor Emil Kraepelin ve své knize pro lékaře a studenty medicíny, aby bylo navázáno na Alzheimerova pozorování a navrhl, aby choroba byla pojmenována jako *„morbus Alzheimer"*, tedy Alzheimerova choroba (Patočka, 2001, s. 4-10).

Na počátku 20. století bylo onemocnění vzácné, avšak dnes se již považuje za světovou epidemii. Počet pacientů stále roste a nemoc se čím dál tím častěji objevuje i u mladších věkových skupin. V Evropě trpí Alzheimerovou chorobou přibližně 2,5 % populace, což ji činí čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí. U lidí starších 65 let se výskyt pohybuje mezi 5–7 %, u těch nad 70 let již dosahuje 10 %, u jedinců ve věku 75–84 let činí 19 % a u osob nad 85 let se zvyšuje na 42 % (Patočka, In Korábečný, Soukup, Vališ, a kol., 2020, s. 13).

Alzheimerova choroba je častější u žen než u mužů. Důvod, proč se v mozku ukládají proteinová depozita není zcela jasný, a proto je Alzheimerova choroba stále neléčitelná a její průběh lze pouze o několik měsíců až let zpomalit. Nemoc se vyskytuje průřezem společnosti ve všech třídách. Nejznámější a značně medializovanou obětí Alzheimerovy choroby byl pravděpodobně americký prezident Ronald Reagan. Z řad známých osobností nemocí trpěla například anglická spisovatelka Murdochová, brazilský fotbalista Silva či český herec Císler.

Slaninová (2005, In Patočka, Slaninová, Kunešová, 2005, s. 68) uvádí, že ačkoli je přínos Aloise Alzheimera k objevu nemoci dobře známý, méně známé je, že ve stejné době tuto chorobu studoval také pražský žid německé národnosti doktor Oskar Fischer. Fischer v roce 1907 publikoval klinicko-patologickou studii, ve které zkoumal mozky šestnácti osob zemřelých na "senilní demenci" a u dvanácti z nich zjistil přítomnost neuritických plaků.

Fischer na základě výzkumu zjistil a popsal útvary tvořené mozkovým proteinem, které doposud měly neznámou povahu. V roce 1910 vyšla publikace, ve které bylo popsáno velké množství pacientů, u kterých se projevovaly zmíněné plaky ve velké míře. V publikaci jsou shrnuty výsledky celkem 275 mozků lidí různého věku a s různými poruchami, ale zároveň se zde objevují výsledky u zdravých lidí. Ačkoliv Fischer vykonal obrovský kus práce v oblasti patofyziologie demence, nebyl doceněn německou ani českou psychiatrií a zůstal ve stínu Alzheimera (Slaninová, 2005, In Patočka, Slaninová, Kunešová, 2005, s. 68).

Podle současných poznatků je Alzheimerova choroba progresivní degenerativní onemocnění mozku, které postupně vede k duševnímu a fyzickému úpadku až k úmrtí. Postižený čelí problémům s krátkodobou pamětí a má potíže s učením, počítáním, rozhodováním a správou financí. Taktéž se hůře vyrovnává s emocionálním chováním, což může vést k neadekvátním nebo neočekávaným reakcím (Patočka, In Korábečný, Soukup, Vališ, a kol., 2020, s. 15). I přes více než sto let výzkumu a intenzivního úsilí vědců a lékařů stále chybí účinný lék na Alzheimerovu chorobu, a boj proti této nemoci pokračuje.

2.2.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Diagnóza Alzheimerovy choroby je založena na komplexním hodnocení zdravotní historie pacienta, která zahrnuje psychiatrickou anamnézu a rodinnou historii onemocnění. Klíčovou součástí procesu je také konzultace s blízkými osobami pacienta. Kromě toho se provádějí různé fyzické a neurologické testy, a lékaři využívají zobrazovací metody k posouzení stavu mozku. Diagnostika Alzheimerovy choroby nadále vychází z tradičních kritérií *stanovených National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke* a *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*, která kombinují charakteristické příznaky a vedou k určení pravděpodobné nebo jisté diagnózy Alzheimerovy choroby (Vališ, 2020, s. 119).

Dřívější diagnostické postupy byly založeny převážně na klinickém hodnocení lékaře, komplexním neurologickém vyšetření, výsledcích kognitivních testů a zdravotní dokumentaci pacienta a jeho rodiny. Současná kritéria však přinesla dvě klíčové změny. První změnou je rozdělení Alzheimerovy choroby do tří fází, druhou pak začlenění testů na biomarkery (Linková, In Korábečný, Soukup, Vališ, a kol., 2020, s. 120).

Holmerová (2007, s. 39) vysvětluje, že Alzheimerova choroba způsobuje zničení mozkových buněk a jejich spojení, což vede k úbytku mozkové tkáně a mozkové atrofii. Nemocní s Alzheimerovou chorobou mají v mozku tzv. plaky obsahující amyloid, který ničí mozkové buňky. Dalšími patologickými změnami jsou neurofibriální klubíčka obsahující tau protein, které poškozují neurony i jejich synapse, což narušuje správnou funkci mozku. To se projevuje poškozením psychických funkcí, paměti a změnami chování a osobnosti pacienta.

2.2.3.1 Test kreslení hodin

Test kreslení hodin je rychlý screeningový nástroj zaměřený na vizuospaciální funkce, jejichž poruchy mohou vést k dezorientaci. Při provádění tohoto testu lze identifikovat problémy s motorickými funkcemi, dysgrafií a poruchami v oblasti číselné řady. Test je určen pro rychlé orientační hodnocení kognitivních funkcí a může být součástí komplexnějších diagnostických nástrojů. Pomáhá v diagnostice demence, mrtvice, schizofrenie a poruch nálad. Je však třeba poznamenat, že test kreslení hodin trpí nejednotností v hodnocení a není tak rozšířený jako Mini-Mental State Examination (Linková, In Korábečný, Soukup, Vališ, a kol., 2020, s. 122).

2.2.3.2 Mini – Mental State Examination

Jedná se o krátký kognitivní test, který se běžně a velmi často používá pro prvotní určení demence. Skládá se z několika subtestů, které zahrnují zaměření na orientaci, pozornost, zapamatování a opětovné vybavení a jazyk. Maximální skóre, kterého mohou pacienti v testu dosáhnout je 30 bodů. Čím vyšší skóre, tím lepší výkon. Zdraví jedinec dosahuje v tomto testu 27–30 bodů. Jako hraniční se udává hodnota 24 bodů, od tohoto skóre níže se následně mluví jako o pacientech s demencí. Pokud jedinec dosahuje 18–24 bodů jedná se o lehkou demenci, 6–17 bodů představuje středně těžkou demenci a pacienti dosahující skóre pod 6 bodů trpí těžkou formou demence. Mezi nejcitlivější otázky pro ranou formu Alzheimerovy choroby jsou označovány otázky na pozdější vybavení paměti, časovou orientaci a odčítání čísla sedm. Mnoho odborníků uvádí tento test jako velmi výhodný z několika hledisek. Je velmi rychlý, jeho aplikace trvá pouze 5–15 minut a k provedení testu je potřeba pouze několik listů papíru s vytištěným testem a tužka. Aplikaci tohoto testu může provést i laik, jako je například rodinný pečující. Test je také dobře schopný odlišit běžné stárnutí od středně těžké demence (Linková, In Korábečný, Soukup, Vališ, a kol., 2020, s. 123).

2.2.3.3 Montrealský kognitivní test

Montrealský kognitivní test je moderní a rychlý nástroj pro hodnocení kognitivních funkcí, který pokrývá pouze jednu stranu papíru. Tento test zahrnuje šest oblastí: exekutivní funkce, pojmenování, pozornost, abstrakci, orientaci a vybavování. Původně navržen pro detekci mírné kognitivní poruchy, je dnes využíván jako obecný test kognitivních funkcí. Maximální skóre je 30 bodů, přičemž skóre 26–30 je považováno za normální, bez významných kognitivních problémů. Test rovněž zohledňuje úroveň vzdělání; jedincům, kteří studovali méně než dvanáct let, se přičítá jeden bod. Montrealský kognitivní test vykazuje vyšší citlivost než Mini-Mental State Examination, zejména při identifikaci Alzheimerovy choroby, kde Mini-Mental může vykazovat normální výsledky, zatímco Montrealský test obvykle ukazuje abnormální výsledky u pacientů s touto chorobou (Linková, In Korábečný, Soukup, Vališ, a kol., 2020, s. 124).

2.2.4 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikla v České republice v průběhu roku 1996. Cílem založení byla pomoc občanům postiženým Alzheimerovou chorobou. O rok později v únoru, byla společnost registrována jako občanské sdružení. Česká alzheimerovská společnost vznikla v rámci spolupráce a pravidelných setkávání profesionálů – lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce apod. Tito lidé působili převážně v oboru gerontologie a zabývali se prací s občany postiženými demencí. Postupem čase se členy společnosti stávali, také ti, kterých se problematika této nemoci týká nejvíce, a to rodinní příslušníci a pečovatelé. Česká Alzheimerovská společnost se v roce 2014 přetransformovala na obecně prospěšnou společnost (www.alzheimer.cz).

V roce 2004 byl pořádán společností mezinárodní a výroční kongres evropské asociace alzheimerovských společností *„Alzheimer Europe“*. Organizace se dále podílí například na činnosti pracovní skupiny pro paliativní péči o lidi s demencí a na dalších aktivitách, které jsou spojeny s Alzheimer Europe či Alzheimer’s Disease International, ve kterých je členem. V současné době je společnost respektovaným členem významných mezinárodních organizací. Podobné společnosti fungují i v jiných zemích a mezinárodní společnost Alzheimer’s Disease International vyhlásila 21. 09. dnem Alzheimerovy choroby. Cílem tohoto dne je zvýšit povědomí o této těžké nemoci, se kterou se může potkat každý jedinec (www.alzheimer.cz).

Česká alzheimerovská společnost realizuje různé projekty a poskytuje široké spektrum služeb. Mezi její projekty patří například Bezpečný návrat, Dny paměti, gerontologická a organizační supervize příspěvkových organizací, rozvoj kontaktních míst a Čaj o páté. Dále vydává brožury a letáky zaměřené především na laickou veřejnost, s cílem poskytovat informace o Alzheimerově chorobě, které mohou přispět k včasné diagnostice. Jedním z těchto materiálů jsou i „noviny“ vydávané k Mezinárodnímu dni Alzheimerovy choroby (www.alzheimer.cz).

2.3 Institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou

2.3.1 Současné poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby s Alzheimerovou chorobou

Haškovcová (1990, s. 122) se domnívá, že kultura společnosti významně ovlivňuje způsob péče o starší občany. Podle ní by měla společnost jako celek pomáhat stárnoucím osobám vytvářet vhodné podmínky pro důstojný život a zajistit jim co nejkvalitnější stáří.

I přesto, že se v České republice pohybuje počet potencionálních uživatelů sociálních služeb v rozmezí větším než 500-600 tisíc, tak sociálním službám není věnována dostatečná pozornost. S tím souvisí i celospolečenské uznání u profesí, které souvisí s výkonem sociální práce a které je stále velmi nedostatečné a někdy může být chápáno i velmi podřadně, s malou mírou vážnosti a důležitosti (Hrozenská, 2013, s. 237).

Malíková (2020, s. 88) uvádí, že vývoj sociálních služeb v České republice se částečně změnil po roce 1989, ale výraznější změny nastaly až s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Současným trendem je přebírání funkčních modelů ze zahraničí, zejména z členských států Evropské unie. Nový sociální zákon ovlivnil všechny uživatele sociálních služeb a osoby v nepříznivé sociální situaci tím, že zavedl nová pravidla a zaměřil se na přechod od institucionalizace k deinstitucionalizaci. Důležitým aspektem zákona je také integrace osob se zdravotním postižením do společnosti.

Za poslání sociálních služeb pro seniory se považuje primárně pomoc v těžké sociální situaci a snaha zůstat, co nejdéle v jejich přirozeném prostředí a podpora soběstačnosti seniora. Můžeme říct, že sociální služby se tak díky tomu týkají každého. K tomu, aby došlo k naplnění jejich poslání je vytvořeno sedm hlavních principů, které tvoří základ a oporu všech sociálních služeb. Patří sem nezávislost a autonomie pro klienty sociálních služeb, začlenění a integrace, respektování potřeb, partnerství, rovnost bez diskriminace a standardy kvality (Bílá, In Malíková, 2020, s. 92).

Stěžejními zákonnými normami v sociální oblasti poskytování sociálních služeb pro seniory jsou (Malíková, 2020, s. 148–149):

- *„Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*
- *Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*
- *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
- *Vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů“*

Zákon o sociálních službách rozděluje poskytované služby do tří kategorií: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále zákon specifikuje poskytování služeb podle místa, konkrétně na terénní, ambulantní a pobytové sociální služby. Obsahuje také přehled všech zřizovaných sociálních služeb, jejich činnosti a jednotlivé služby v rámci sociální péče (Malíková, 2020, s. 153).

Mezi sociální služby pro seniory, které uvádí zákon o sociálních službách, lze zařadit osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, respitní péči, centra denních služeb, denní či týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a sociální rehabilitace (zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Neposkytnout pobytovou sociální službu lze v případě, kdy zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení nebo osoba není schopna službu využívat z důvodu akutní infekční nemoci. Mezi další důvod, který vylučuje poskytnutí pobytové služby je chování osoby, které by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. Toto ovšem neplatí, pokud se jedná o poskytování pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem (Hrozenská, 2013, s. 254).

V rámci poskytování péče pro seniory stanovuje zákon přesné podmínky poskytování sociálních služeb. Definuje potřebné informace pro zřizovatele, určuje způsoby financování poskytování sociálních služeb, kdo služby poskytovat může a jaké druhy mohou senioři využívat. Dále zde najdeme rozsah povinných základních činností v rámci poskytování nejen pobytových, ale i ambulantních či terénních sociálních služeb určených pro seniory. Jsou zde také personální požadavky na pracovníky, kteří se podílejí na zajištění odborné péče, jako hlavním požadavkem je důraz na vzdělání jednotlivých pracovníků, kteří se podílejí na poskytování sociálních služeb seniorům (Malíková, 2011, s. 48).

Lidé, trpící Alzheimerovu chorobu mají možnost využívat stejné sociální služby, jako lidé bez této diagnózy. Pro tuto cílovou skupinu se upřednostňují však sociální služby, které jsou uzpůsobeny potřebám těchto osob. Službami tohoto typu jsou zejména domovy se zvláštním režimem, osobní asistence, pečovatelské služby, sociálně aktivizační služby a odlehčovací (respitní) služby (Malíková, 2011, s. 52).

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, která může být způsobena chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách. Tato služba se rovněž vztahuje na osoby trpící stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí, u nichž snížená soběstačnost vyplývá z těchto onemocnění. Stav těchto osob obvykle vyžaduje pravidelnou pomoc od jiných fyzických osob. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám uživatelů. Mezi základní činnosti poskytované v rámci této služby patří zajištění ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro její zajištění, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí (srov. § 50 zák. č. 108/2006 Sb.).

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba určená pro osoby se sníženou soběstačností způsobenou věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. Tato služba poskytuje pomoc osobám, které z důvodu své snížené soběstačnosti potřebují podporu jiných lidí. Služba je poskytována bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí jednotlivců. Mezi základní povinnosti osobní asistence patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieně, zajištění stravy, chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (srov. § 39 zák. č. 108/2006 Sb.).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je sociální služba, která poskytuje terénní nebo ambulantní péči osobám se sníženou soběstačností, jež je způsobena věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. Své služby rovněž nabízí rodinám s dětmi. U osob, které využívají tuto službu, je nezbytné, aby potřebovaly pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti poskytované pečovatelskou službou patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (srov. § 40 zák. č. 108/2006 Sb.).

Sociálně aktivizační služby

Sociálně aktivizační služby jsou poskytovány ambulantně nebo terénně a zaměřují se na osoby v důchodovém věku nebo osoby se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Tento typ služby zahrnuje základní činnosti jako zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické aktivity, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, a také asistenci při vyřizování osobních záležitostí (srov. § 66 zák. č. 108/2006 Sb.).

Respitní péče

Respitní, nebo také odlehčovací služby, jsou sociální služby, které mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové a jsou určeny osobám se sníženou soběstačností, jež může být důsledkem věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Tyto služby umožňují osobám zůstat ve svém přirozeném prostředí, kde je o ně pečováno, a jejich hlavním cílem je poskytnout pečujícím osobám potřebný odpočinek. Mezi základní činnosti těchto služeb patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o sebe, podpora osobní hygieny, zajištění stravy, ubytování v rámci pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů, vyřizování osobních záležitostí, a také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (srov. § 44 zák. č. 108/2006 Sb.).

2.3.2 Současný stav respitní péče v České republice

Jak bylo uvedeno výše, odlehčovací péče je v současnosti právně upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a označuje se jako odlehčovací služby. Podrobnosti o této sociální službě jsou obsaženy v § 10 vyhlášky č. 505/2006 Sb., která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tato vyhláška obsahuje informace o výši úhrady klienta za jednotlivé úkony a činnosti v rámci poskytování odlehčovací služby.

Průša (2016, s. 4–5) identifikoval podporu pečujících osob o seniora v přirozeném prostředí ve čtyřech systémech. Nejprve v oblastech důchodového a nemocenského pojištění, poté v zákoníku práce a v neposlední řadě v oblasti příslušných sociálních služeb.

Jednou z tzv. náhradních dob pojištění je osobní péče o osobu vyžadující nepřetržitou péči druhé osoby. Tato náhradní doba spadá pod oblast důchodového pojištění, a to i přesto, že za tuto dobu není hrazeno pojistné. V případě podpory pečujících lze využít i tzv. ošetřovné z oblasti nemocenského pojištění. Jedinec má dle zákoníku práce v době čerpání ošetřovného nárok na neplacené pracovní volno. Osobám, které nejsou schopny zajistit si péči o vlastní osobu náleží příspěvek na péči, jehož podmínky a nároky jsou upraveny zákonem o sociálních službách (Průša, 2016, s. 4).

Rodiny, které se rozhodnou pečovat o svého blízkého člena rodiny se velmi často dostávají do velmi špatné ekonomické situace. Díky tomuto rozhodnutí tak dochází u mnoha rodiny nejen

ke ztrátě pravidelného příjmu, ale začínají se vyskytovat nové náklady, které jsou spojeny s péčí o rodinného příslušníka, případně osobu blízkou. Často se tak rodina může dostat až na hranici materiální existence. Tato situace je velmi alarmující, a to zejména z toho úhlu pohledu, že jednou ze základních snah sociálních služeb v dnešní společnosti je důraz na co nejdelší zachování jedince v jeho přirozeném prostředí. Vzhledem k naplněným kapacitám pobytových sociálních služeb a k nízkému počtu terénních pečovatelů je proto péče poskytovaná rodinnými příslušníky, případně blízkými osobami (Jeřábek, 2009, cit. 2024-06-21).

Barvíková (In Jeřábek a kol., 2005) upozorňuje, že dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu má komplexní sociální, ekonomické a zdravotní dopady na pečovatele a jeho okolí. Pečovatel, čelící neustálé „pohotovosti“, ztrácí kontakty se světem, často se ocitá v sociální izolaci a trpí nedostatečnou sociální oporou. Fyzické a psychické vyčerpání může negativně ovlivnit jeho zdraví. Zlepšení spolupráce mezi rodinou a speciálními organizacemi či institucemi může zlepšit kvalitu péče o nesoběstačné osoby a zároveň snížit zátěž rodinných pečovatelů.

Odlehčovací služby pro seniory s Alzheimerovou chorobou nejsou dostatečně rozvinuté a rovnoměrně rozmístěné, což oslabuje motivaci a určité sociální jistoty pro pečující osoby, a to i přesto, že poptávka po nich je. Rodinní pečující se tak dostávají do situací, kdy si musí vybírat mezi prací a péčí, a to zejména díky neochotě zaměstnavatelů, kteří odmítají nabízet zkrácenou pracovní dobu, nebo jinou alternativu (Průša, 2016, s. 7-8).

2.3.3 Odlehčovací služba Centrum Seňorina, z. s.

„Pomáháme lidem s Alzheimerovou nemocí a jejich rodinám prožít ještě radostný čas.“

- Centrum Seňorina, z. s.

Centrum Seňorina, z. s. je od roku 2015 poskytovatelem kvalitní ambulantní a pobytové odlehčovací služby, přímo v centru Prahy. Organizace se zaměřuje převážně na péči o klienty s Alzheimerovou nemocí a dalšími typy demence. Organizace má za cíl poskytnutí služeb primárně rodinám, které se rozhodly pečovat o své blízké v domácím prostředí. Tyto rodiny si potřebují odpočinout, něco zařídit či pouze jet na dovolenou, případně na pracovní cestu a chtějí mít jistotu, že v čase jejich nepřítomnosti bude o jejich blízké dobře postaráno. Výjimečností této organizace je poskytování služeb, které stojí na třech pilířích a prolínají celou službou. Mezi tyto pilíře patří Montessori přístup v péči o seniory, podpora individuálních zájmů a potřeb klienta a třetí pilíř „jako doma”. Centrum Seňorina, z. s. je nestátní neziskovou organizací, jejíž kapacita je jedenáct lůžek na pobytové odlehčovací službě a osm míst na ambulantní odlehčovací službě (Centrum Seňorina, z. s.).

Montessori přístup se v organizaci řídí heslem *„Pomoz mi, abych to zvládl sám.”*, což znamená, že sociální pracovnice a pečovatelky se ke všem klientům chovají s maximálním respektem a s jejich podporou mohou klienti dělat vše, co chtějí a na co ještě stačí. Klienti si tak zachovávají soběstačnost v běžných denních činnostech. Pilíř *„Jako doma”* znamená pro organizaci komorní, útulné prostředí a díky malé kapacitě organizace, tento pilíř následně vytváří rodinnou atmosféru, což je pro adaptaci klientů nejideálnější. Navíc Centrum je zařízeno a vybaveno navigací pro lepší orientaci a pocit bezpečí právě pro klienty se syndromem demence. Klienti se v Centru mohou účastnit každodenních skupinových aktivizací, zároveň se jim pracovníci věnují také individuálně, zaměřují se na jejich zájmy a rozvíjí požadované dovednosti, které si určují sami klienti, případně klienti společně s jejich rodinami (Centrum Seňorina, z. s.).

Centrum Seňorina, z. s. poskytuje také akreditovaný kurz *„Principy Montessori v péči o seniory”*. Švarcbachová (2020, s. 60) vysvětluje, že prostřednictvím kurzu akreditovaného Ministerstvem práce a sociálních věcí se jednotlivci, skupiny a organizace učí používat metodu založenou na principech Montessori jako filosofii péče a formu nefarmakologické podpory jak v nemoci, tak v běžném životě.

Švarcbachová (2020, s. 61) vysvětluje, že v péči o seniory jsou uplatňovány Montessori principy, které zahrnují vytváření *„připraveného prostředí“* a podporu soběstačnosti klientů v duchu *„Pomoz mi, abych to dokázal sám“.* Tento přístup přispívá k udržení radosti ze života u klientů. Centrum Seňorina, které vlastní značku Mezigeneračně udělovanou organizací Mezi námi, o.p.s., rovněž spolupracuje s mateřskými školami, které navštěvují jeho klienty.

Organizace nabízí celé spektrum aktivizací, které jsou vhodné pro seniory s Alzheimerovou chorobu či jiným typem demence. Mezi aktivizace patří reminiscenční terapie, arteterapie, program mezigeneračního setkávání, kognitivní trénink, aromaterapie, muzikoterapie, dramaterapie, canisterapie a mnoho dalších aktivit. Každou středu zde také probíhá program nazvaný jako *„Trénink mozku v ceně kávy”*. Tento program slouží jako společenské setkání klientů, pracovníků, ale i nově příchozích zájemců o poskytované služby. Tato událost je rozdělena do dvou části, v první části probíhá většinou kognitivní trénink spojený s kávou a drobným sladkým, případně slaným občerstvením. Druhou částí je hudební program, který zajišťují dobrovolníci organizace, kdy v této části probíhá tzv. „taneční hodinka“ (Centrum Seňorina, z. s.).

Koordinátorka aktivizačního programu sestavuje pestrý týdenní plán aktivit tak, aby se jednotlivé aktivity neopakovaly příliš často. Obsah těchto aktivit může být určován buď samotnou koordinátorkou, nebo po konzultaci s aktivizačními pracovníky (Švarcbachová, 2020, s. 62).

2.4 Aktivizační metody v odlehčovací službě Centrum Seňorina, z. s.

2.4.1 Reminiscenční terapie

Pojem reminiscence pochází z latinského *„reminiscere“*, což znamená vzpomenout si, vybavit si v paměti. Hovoříme zde o metodě, která záměrně pracuje se vzpomínkami a to zejména v situacích, kdy vzpomínání může člověka povzbudit, poukázat na jeho hodnotu, podpořit dobré vztahy mezi lidmi a pomáhá tak vnímat život v kontextu jeho přirozeného běhu se všemi jeho radostmi i těžkými okamžiky. V rámci metody je velmi využíváno vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Metoda je vhodná také pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam. Velmi vhodná a důležitá je především pro jedince s demencí různého typu, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře vybavují události z delší minulosti (Holmerová, 2007, s. 171).

Švarcbachová (2020, s. 51) uvádí, že vzpomíná probíhá po celý život, a proto v seniorském věku je velmi důležité tento proces neopomínat. Díky bilanci v závěrečné etapě života se člověk zaobírá jednotlivými okamžiky a tím, co bylo dobré, co se povedlo, a naopak co v jeho životě bylo obtížné. Život je sám o sobě velmi pestrobarevný a přináší vzpomínky jak na radostné chvíle, tak i na těžké a náročné okamžiky.

Holmerová (2007, s. 182) popisuje důležitost individuální reminiscence zejména pro klienty, kteří se vlastním úsilím vyhýbají společnosti. V rámci této techniky je vhodná přítomnost rodinného příslušníka, který může v terapii pokračovat i nadále. U skupinové terapie dochází sice k větší stimulaci a rozvoji komunikace, nicméně pro tyto klienty je lepší v praxi využívat reminiscenci individuální.

Janečková (2021, s. 11) vysvětluje, že reminiscence zahrnuje vědomé využívání vzpomínek v péči o starší osoby nebo při jiných cílených aktivitách s nimi, ale nejen s nimi. Hlavním cílem vzpomínek je mít je ihned k dispozici, a to buď přímo, nebo za pomoci různých stimulů, které jsou schopny vyvolat příslušné vzpomínky.

Čížková (2021, s. 16) ve své publikaci zmiňuje důležitost společného vzpomínání, které bývá součástí nejrůznějších rodinných událostí a setkávání. V rámci komunikace v rodině se prostřednictvím vzpomínek a vyprávění vytváří a rozvíjí vědomí rodinné pospolitosti a tradicí, ukazují se body, které spojují jednotlivé členy rodiny a lze charakterizovat díky vzpomínání i základní rysy rodiny.

2.4.2 Dramaterapie

Valenta (2007, s. 23) uvádí: *„The British Association for Dramatherapists definuje disciplínu, jako terapii, která pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky jemuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální a nonverbální složku komunikace.“*

Ivanovićová (In Švarcbachová, 2020, s. 45–46) využívá dramaterapii i v rámci aktivizační práci se seniory s demencí. Uvádí, že pro použití je potřeba znát specifika dané cílové skupiny a přizpůsobit dramaterapii kognitivním schopnostem, fyzickým a zdravotním omezením klientů. Jako hlavní cíl této metody uvádí především stimulaci řeči a kognitivních funkcí, podporu schopnosti soustředění se a spolupráci a zprostředkování prožitku v rámci pozitivních a radostných emocí.

Způsob použití dramaterapie u seniorů s demencí se v jedné věci zásadně liší od způsobů použití u jiných klientů, kdy klienti sami jsou „herci”. Senioři s demencí a fyzickým a zdravotním omezením však toho téměř nikdy nejsou schopni. Klienti s demencí sice „herci” sami nejsou, ale dramaterapie probíhá zprostředkovaně, nejlépe pomocí loutek. Nejvhodnější jsou loutky typu marionet. Místo loutek lze použít i figurky lidí nebo zvířat, eventuelně plyšové hračky či panenky. Oproti dramaterapii v jiných skupinách musí hrát při dramatizaci, hlavně z počátku, aktivní roli terapeut. Dramatizace mívá velmi pozitivní, veselou a radostnou odezvu (Ivanovićová, In Švarcbachová, 2020, s. 46).

2.4.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie patří mezi terapeutické přístupy z oblasti tzv. expresivních terapií. Tento typ terapií pracuje především s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být různé povahy, a to od hudebních až po pohybové. Samotný pojem muzikoterapie vyplývá z řecko-latinského původu. Muzikoterapie předkládá specifický způsob léčení, a to konkrétně léčení hudbou. Často se tento typ terapie nazývá i jako hudební terapie (Kantor, 2009, s. 21).

Hudební terapie je velmi účinná při snižování chronické bolesti a slouží jako podpůrná terapie u spousty dalších poranění. Velmi hojně se využívá při práci se seniory s Alzheimerovou, případně s Parkinsonovou chorobou (Kolektiv autorů, 2006, s. 119).

Linka (1997, s. 82) popsal muzikoterapii *„vítaným uspokojením a ušlechtilou výplní času“*. Díky tomu, že muzikoterapie dokáže odvést pozornost od aktuálních problémů a umí dodat smysl a chuť do života, je velmi vhodnou aktivitou právě pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

Zvuk může také spouštět uvolňování endorfinů, které mohou u klientů zmírňovat bolest a zlepšovat jejich náladu. Účinky terapie hudbou dokáží vyvolat i krásné vzpomínky a vrátit jedince zpět v časovém období, například do doby, kdy se cítili bezbolestně. Díky vzpomínkám se následně tvoří pozitivní emoce, které mohou redukovat stres a zvýšit pocit pohody (Kolektiv autorů, 2006, s. 120).

2.4.4 Ergoterapie

Zapojení do každodenních činností a pomoc k jejich vykonávání, a to i navzdory určitému handicapu, i tak se využívá ergoterapie. Činnosti by v tomto směru měly být smysluplné a klienti by jejich provádění měli považovat za důležité a pro ně přínosné (Krivošíková, 2011, s. 14).

Ergoterapie vychází z předpokladu, že zapojení člověka do smysluplných, ale zároveň běžných denních aktivit napomáhá udržet soběstačnost a podporovat sebedůvěru. Je to vlastně nácvik

dovedností, který vede k maximální možné soběstačnosti a radostnému naplnění stanovených cílů. V institucionální péči se s klienty tvoří individuální plán, ve kterém se stanovují cíle spolupráce, kterých může být reálně společnými silami dosaženo. Tyto cíle vždy vychází z jedinečné osobnosti každého klienta, a proto bývají cíle různých klientů odlišné. Ergoterapie probíhá v reálných situacích buď v institucionálním zařízení, nebo v přirozeném prostředí člověka (Švarcbachová, 2020, s. 37).

Malíková (2011, s. 125-126) považuje za velmi důležité, aby ergoterapie v institucionální péči byla vhodně naplánovaná a přirpavená a pracovník ji uměl dobře prolnout i s jinou aktivizační metodou. Dle ní je vhodné propojovat tuto techniku s muzikoterapií, aromaterapií, relaxačními technikami či prvky reminiscence.

2.4.5 Trénink paměti a kognitivních funkcí

Kognitivní trénink se skládá z různých cvičení, která pomáhají zlepšit fungování jednotlivých úrovní kognitivních funkcí, například soustředění pozornosti, myšlení, paměti, čtení, psaní a podobně. Cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti, a tak omezit či zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku této poruchy dochází (Holmerová, 2007, s. 158).

Berkovičová (In Švarcbachová, 2020, s. 33) uvádí, že kognitivní trénink je zaměřen na procvičování kognitivních funkcí, které nám umožňují vnímat svět kolem nás. Je důležité tyto funkce procvičovat po celý život, protože s věkem jejich výkon klesá. Odborníci se shodují, že je možné vytvořit kognitivní rezervu, která může do určité míry kompenzovat neurodegenerativní onemocnění. Kognitivní trénink může sloužit nejen jako prevence demence, ale také jako prostředek k zachování soběstačnosti během jejího průběhu.

Berkovičová (In Švarcbachová, 2020, s. 33) dále zmiňuje, že samotný trénink je realizován již na úrovni dialogu a najde využití jak v domácí, tak ústavní péči. Pro lidi s demencí jsou využívány v kognitivním tréninku speciální pracovní listy, sady pomůcek pro kognitivní trénink nebo speciálně vytvořené počítačové programy. Samotný kognitivní trénink vede aktivizační pracovník a může probíhat formou individuální, případně skupinovou.

Mezi speciální pomůcky k tréninku kognitivních funkcí lze zařadit i interaktivní předměty, které se dají využít u seniorů v různých stádiích demence. Využívání této aktivizační metody

lze pojmout různorodě a její obtížnost lze snadno upravit. V rámci inspirace lze na trhu sehnat velké množství odborné literatury, která se věnuje nejen teoretické, ale převážně praktické stránce tréninku paměti a kognice u této cílové skupiny (Ivanovićová, In Švarcbachová, 2020, s. 33-34).

2.4.6. Canisterapie

Tuto terapii můžeme vnímat jako podpůrnou rehabilitační metodu kontaktu psa s člověkem. Pes umí lidem nabídnout dostatečné množství lásky, přátelství, pocitu vzájemné potřebnosti a důležitost respektu. Při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou zvyšuje canisterapie u seniorů sebevědomí a vrací radost ze života. Pes umí zastoupit chybějící mezilidský kontakt a posiluje pocit subjektivního zdraví (Holmanová, In Švarcbachová, 2020, s. 37).

Canisterapeutický pes může být silnou motivací pro komunikaci. Díky němu lze s klientem procvičovat řeč, například povídáním si o něm, či dáváním povelů. Obecně lze k této aktivitě využívat nejen živého psa, ale i fotky a vést konverzaci třeba o jejich denním režimu a výcviku. Zároveň zde dochází k procvičování dlouhodobé paměti prostřednictvím vzpomínání. Díky psovi je klient přítomen tady a teď a dokáže se celkově naladit na celou atmosféru canisterapie. V rámci terapie je pro seniora hlavním bodem zájmu pes a dokáže zapomenout na vše okolo (Holmanová, In Švarcbachová, 2020, s. 37-38).

Lidé s demencí procvičují během canisterapie také jemnou a hrubou motoriku a stimulují smysly. Ke stimulaci dochází například při kontakt s měkkou srstí v rámci hlazení a mazlení psa, pokud pes olizuje ruku klienta, při podávání pamlsků, při česání psa, házení aportů, manipulaci s vodítkem nebo postrojem psa či v rámci procházky po chodbě se psem na vodítku (Holmanová, In Švarcbachová, 2020, s. 38).

Aronová (2008, s. 20-22) uvádí, že terapie psem probíhá pod dohledem zkušeného terapeuta, který na základě domluvy se službou naplánuje, zda bude pro klienty vhodná individuální, případně skupinová terapie. Pes by měl mít dostatečné množství energie a v rámci terapie by neměl setrvávat do úplného vyčerpání, protože by se jeho stav mohl přenést na klienty. V institucionální péči slouží návštěvy psů u seniorů jako zpestření dne, díky kterému mohou vzpomínat na své mazlíčky a vzájemně si vyprávět příběhy, které s nimi zažili.

3. Praktická část

3.1 Metodologie výzkumu

Ve výzkumné části své bakalářské práce jsem se zaměřil na kvalitativní výzkum, který jsem prováděl prostřednictvím hloubkových rozhovorů za pomoci aktivizačních pracovníků organizace Centrum Seňorina, z. s.

Dle Hendla (2005, s. 120) můžeme charakterizovat kvalitativní výzkum jako výzkum, díky kterému se provádí pomocí delšího a častějšího kontaktu s prostředím nebo situací jedince případně skupiny jedinců. Tyto situace jsou často velmi banální nebo normální, reflektují každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací. Snahou výzkumníka je získat jednotný pohled na předmět studie, na celkovou kontextovou logiku a na zřetelná pravidla, která fungují v dané oblasti. K získávání dat lze použít i relativně málo standardizované metody. Jako hlavní nástroj je výzkumník sám. V rámci kvalitativního výzkumu typy dat zahrnují přepisy poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a video záznamy, deníky, osobní komentáře, poznámky, úřední dokumenty, úryvky z knih a všechno to, co přibližuje všední život účastníků výzkumu. Cílem je objasnit, jak se lidé vnímají a chápou to, co se děje, proč jednají daným způsobem a jak zvládají organizovat své všednodenní aktivity a interakce. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci.

Hricová (2023, s. 48) ve své publikaci uvádí, že k vlastnímu rozhovoru bychom měli vhodně vybírat místo a okolnosti, především výzkumy v sociální práci na to mohou být citlivé, protože se s komunikačními partnery často setkáváme v terénu, případně v pobytové sociální službě. Při výběru místa je vhodné zvolit takový prostor, ve kterém nebudeme nikým a ničím v průběhu celého rozhovoru rušeni a kde se budeme my i respondent cítit příjemně.

Jak už jsem zmiňoval v této práci, Centrum Seňorina, z. s., jsem si vybral, protože s nimi dlouhodobě spolupracuji. Domnívám se také, že organizace poskytuje velmi kvalitní péči a aktivizace pro seniory s Alzheimerovou chorobou v oblasti respitní péče. Aktivizační pracovníci v této organizaci jsou kvalifikovaní odborníci pro práci se seniory s Alzheimerovou chorobou, kteří procházejí pravidelným vzděláváním a svou práci posouvají na co nejvyšší možnou úroveň. Provedl jsem zde celkem 7 hloubkových rozhovorů, které byly velmi příjemné a přínosné a všichni pracovníci byli velmi milí, vstřícní a byli mi plně

k dispozici. Na základě tématu bakalářské práce a všech okolností, jako jsou například lidé v různých stupních nemoci, jsem vybral typ polostrukturovaného rozhovoru, který se jevil jako nejefektivnější.

3.2 Výzkumný cíl, výzkumné otázky

3.2.1 Výzkumný cíl

- **Cíl:** Zjistit, jaká aktivizační metoda je dle aktivizačních pracovníků pro seniory s Alzheimerovou chorobou v respitní službě v Centru Seňorina, z. s. nejefektivnější.

3.2.2 Výzkumné otázky

- **Hlavní výzkumná otázka:** Jaká aktivizační metoda je dle aktivizačních pracovníků pro seniory s Alzheimerovou chorobou v respitní službě v Centru Seňorina, z. s. nejefektivnější.

3.3 Technika sběru dat a design analýzy dat

Výzkumné části se zúčastnilo 7 respondentů z organizace Centrum Seňorina, z. s. Respondenty byly ženy ve věku od 25 do 60 let, s různou délkou praxe v rozmezí 1 roku až 20 let. Všechny respondentky jsou aktivizační pracovnice, které aplikují jednotlivé aktivizační metody při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou. Důvodem výběru právě těchto respondentů byla dlouhodobá spolupráce s organizací a vlastní zkušenost s prací jednotlivých respondentů v rámci jejich praxe. Se všemi respondenty byl uskutečněn individuální hloubkový rozhovor, který každý trval 1 hodinu. Otázky v rámci rozhovoru byly formulovány s cílem subjektivního názoru každého jednotlivého respondenta a přiblížit, která z výše uvedených aktivizačních metod je podle něho nejefektivnější pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Z počátku byly otázky formulované na pocity a zkušenosti respondentů, následně byly přesměrovány na jednotlivé aktivizační metody, u kterých byly následně otázky stejné. Zkoumané aktivizační metody byly dramaterapie, canisterapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, ergoterapie a trénink paměti a kognitivních funkcí.

Při zpracování rozhovorů jsem kladl důraz na zachování co největší míry individuality každého respondenta a zároveň o propojení společných výsledných dat, které se mi podařilo získat.

Švaříček (2007, s. 136) uvedl ve své publikaci: „*Rozlišujeme dva hlavní typy hloubkového rozhovoru, rozhovor polostrukturovaný a rozhovor nestrukturovaný.“* Pro tento výzkum byl zvolen rozhovor polostrukturovaný, který vychází z předem připraveného a promyšleného seznamu otázek.

Rozhovory byly realizovány v březnu a dubnu 2024. Rozhovory se vždy odehrávaly přímo v zařízení, v pracovní místnosti aktivizačních pracovníků, kde bylo zázemí přesně podle požadovaných kvalit. Místnost byla tedy soukromá a klidná, s omezením všech vnějších vlivů. Všichni respondenti byli seznámeni s tím, že nahrávky rozhovorů poslouží k výzkumu realizovanému kvůli bakalářské práci. Všichni respondenti souhlasili, proto bylo možné přistoupit k nahrávání rozhovorů. Respondenti obdrželi seznam otázek před samotným setkáním a byli obeznámeni, že jsou to otázky, od kterých se můžeme odchýlit, jelikož každý rozhovor plyne přirozenou cestou, ale musí být v závěru zodpovězeny, ale rozhovor bude plynout přirozenou cestou. V úvodu setkání jsme si společně znovu prošli otázky.

Následně jsme vyřešili možné nesoulady či možná nepochopení otázek, abychom se mohli přesunout k samotnému rozhovoru. Poté bylo spuštěno nahrávání a začal rozhovor.

Otázky byly formulovány tak, aby co nejlépe odrážely svými formulacemi odpovědi na otázky, které byly položeny v úvodu celého výzkumu.

Jandourek (2008, s. 78) ve své publikaci uvádí, jako výhodu této analýzy fakt, že umí přenést na povrch skryté znaky textu, umí číst mezi řádky a následně informace zprostředkovat tak, aby byly pro čtenáře zřetelné a srozumitelné. Jako způsob analýzy dat, které jsem získal pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jsem proto zvolil právě tematickou analýzu. Tato analýza se, dle mého názoru, nejlépe hodí na vyhodnocování dat tohoto nebo obdobného charakteru. Nejprve jsem si všechny rozhovory s pomocí poslechu přepsal, abych je mohl následně využít v praxi a dále s nimi pracovat.

V rámci vyhodnocování získaných dat jsem uskutečnil vlastní sebereflexi zkušeností s tématem výzkumu a poté jsem opakovaně četl přepsaná data z rozhovorů, při kterých následně vznikaly mé počáteční poznámky a komentáře.

3.4 Analýza rozhovorů

Z analýzy rozhovorů, které jsem si očísloval jako rozhovory 1 až 7, jsem utvořil témata nadřazená a podřazená. Poté jsem vytvořil tematické okruhy, hlavní témata a podtémata. Pro přehled je níže uvedena tabulka (tabulka č. 1). Témata jsou popsána níže s výpověďmi participantů.

Tabulka č. 1 - Tematické okruhy, hlavní témata a podtémata

Tématické okruhy	Hlavní témata	Podtémata
Vliv aktivizace na seniory s Alzheimerovou chorobou očima aktivizačních pracovníků	Udržení psychické pohody	Pocit užitečnosti a náplň dne
	Udržení aktuálního zdravotního stavu	Udržení kognitivních funkcí
Nejčastěji používané aktivizační metody v zařízení respitní péče	Skupinové	Reminiscenční terapie Ergoterapie Canisterapie Trénink paměti a kognitivních funkcí Dramaterapie Muzikoterapie
Hodnocení a využití v praxi uvedených aktivizačních metod dle aktivizačních pracovníků	Efektivnější aktivizační metody	Trénink paměti a kognitivních funkcí, reminiscenční terapie, muzikoterapie
	Méně efektivní aktivizační metody	Ergoterapie, canisterapie, dramaterapie
Důležitost aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče	Důležitost	Užitečnost aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou
	Nedůležitost	Neužitečnost aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

1. Vliv aktivizace na seniory s Alzheimerovou chorobou očima aktivizačních pracovníků

Prvním tematickým okruhem, který vyplynul z rozhovorů, je vliv aktivizačních metod na seniory s Alzheimerovou chorobou očima aktivizačních pracovníků. Výpovědi zde ukázaly, že respondenti spatřují největší vliv aktivizačních technik, jako nezbytnost pro udržení duševní pohody a aktuálního zdravotního stavu klientů.

Udržení psychické pohody

Díky využívání respitní péče, při které dojde u seniorů s Alzheimerovou chorobou k odloučení od rodiny a z jejich přirozeného prostředí, je velmi důležité klást důraz na co největší míru udržení stálé psychické pohody. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že pro klienty je velmi důležitý **pocit užitečnosti**, a to v jakékoliv fázi Alzheimerovy choroby. Respondentky se nejčastěji shodovaly v tom, že je nejdůležitější především v rané fázi Alzheimerovy choroby, kdy si jedinec může částečně uvědomovat své onemocnění. V důsledku čehož nastane například úbytek sil a celková psychická vyčerpanost. Proto je velmi důležité dopřát klientovi pocit užitečnosti. V rozhovoru č. 1 zaznělo:

"Snažíme se u klientů co nejvíc udržovat míru soběstačnosti, k čemuž nám tyhle aktivizační metody hodně pomáhají. Třeba ergoterapie je fakt důležitá hlavně pro klienty v rané fázi nemoci. Většina klientek byla zvyklá, že doma fungovaly. Vařily a staraly se o domácnost a teď, když už nezvládají vše zcela samy, tak se snažíme jim co nejvíce dopřát pocity užitečnosti, třeba tím, že nám pomůžou vyndat myčku nebo přichystat a prostřít stoly před obědem."

Podobnou myšlenku uvedl i respondent rozhovoru č. 3:

"Jako za mě je pocit užitečnosti pro klienty fakt potřeba. Oni se cítí dobře a nám to pomůže navázat bližší vztahy a prostě si myslím, že i když je sice klient nemocný touhle zákeřnou nemocí, tak by neměl být izolovaný od věcí, který dělal rád, a hlavně by neměl být od věcí odháněný, že už to nezvládne."

Druhým podtématem, které vyplynulo z rozhovorů je **náplň dne** seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče. Respondenti vnímají užitečnost a důležitost aktivizací a programu pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Zároveň však ctí i rozhodnutí klientů se aktivizací aktivně zúčastnit, nebo jim pouze pasivně přihlížet. Respondent č. 5 uvedl:

"Náplň dne u nás je pro naše klienty volná. Máme zde program dopoledne i odpoledne, ale na klienty netlačíme. Pokud klient nemá zrovna náladu účastnit se skupinové aktivizace, tak má možnost individuální anebo žádné. Snažíme se, aby se u nás klienti cítili co nejvíce doma.

Je škoda, že na individuální aktivizaci nemáme moc čas, ale snažíme se ji tam i v malých kouskách aspoň trochu vecpat."

Respondent č. 4 zmínil k tomuto podtématu následující:

"Pro klienty je náplň dne jako fakt důležitá. Často jsou u nás, protože jejich rodiny nemají dostatečný prostor s nimi doma pracovat a rodiny nás prosí, zda bychom jejich příbuzného co nejvíce zapojovali do aktivizací. My děláme maximum, ale ne vždy každý klient chce. Proto máme možnost více aktivizací během dne. Klienti se mohou účastnit skupinové aktivizace, nebo mít aktivizaci individuální. Tu individuální většinou děláme na přání klienta, a to třeba tak, že nám klient, pokud chce, pomůže poskládat prádlo anebo třeba nakrájet zeleninu na svačinu nebo večeři. Pro klienty je to skvělé využití volného času a zároveň naplnění potřeby být užitečný."

Udržení aktuálního zdravotního stavu

Další téma, vyplývající z rozhovorů je udržení aktuální zdravotního stavu. S tímto tématem je spjato **udržení kognitivních funkcí**. V důsledku onemocnění dochází postupně k jejich zhoršování, což pro klienty s Alzheimerovou chorobou znamená pravidelné procvičování a stimulaci. K delšímu udržení kognitivních funkcí, u klientů, využívají respondenti v zařízení mnoho technik, jako jsou například různé reminiscenční pomůcky, mezi které lze například zařadit reminiscenční (vzpomínkový) kufr. Dále pak k udržení kognice využívají rébusy a hádanky, zpívání a mnoho dalšího. Jaký vliv má trénink paměti a kognitivních funkcí uvedl například respondent v rozhovoru č. 3:

"Za mě je tohle jedna z nejefektivnějších a nejlepších aktivizačních technik, která pro tuto klientelu může existovat. Pro klienty je velmi důležitá, a to hlavně z důvodu stimulace mozku a řečových schopností. Klienti jsou vždycky při téhle aktivizaci pozorní, zaujatí a podle mě je tenhle druh aktivity baví. Většinou zpíváme nebo procvičujeme různé přesmyčky a upřímně i já mám ráda tuhle aktivitu."

Respondent č. 1 zmínil, že tato aktivizační metoda je účinná pro klienty ve všech fázích Alzheimerovy choroby:

"Já si osobně myslím, že tahle technika je dobrá pro všechny klienty ať už mají jakoukoliv fázi Alzheimerovy choroby, protože i klienti v těžké fázi, když slyší známou písničku tak se občas přidají. Neříkám, že je to vždy, ale velmi často."

2. Nejčastěji používané aktivizační metody v zařízení respitní péče

Další tematický okruh popisuje nejčastěji používané aktivizační metody v zařízení respitní péče. U tohoto okruhu je zvoleno jedno hlavní téma, kterým je skupinová aktivizace.

Skupinová aktivizace

Toto téma obsahuje šest podtémat, prvním z nich je **reminiscenční terapie**. Tato aktivizační metoda probíhá v zařízení formou skupinových setkání, při kterých si klienti společně s aktivizačními pracovníky vypráví o dobách minulých. Využívají k tomu tzv. "vzpomínkový kufr", reminiscenční pexesa, prvorepublikové filmy, životní příběhy klientů a podobně. Jak uvedla respondentka č. 6:

"Klienti tuto aktivizační metodu mají velmi rádi… a nejen oni. Já osobně také. Dozvíme se příběhy jejich životů nebo životů hvězd, které žily v době mládí našich klientů a pro všechny strany je tato metoda fakt moc přínosná."

Také respondent č. 4 uvedl v rozhovoru, že tuto aktivizační metodu využívá velmi rád a vidí v ní velkou efektivitu u klientů:

"Tahle aktivizace je pro klienty fakt dobrá. Oni rádi vzpomínají, ať už individuálně nebo dohromady všichni. Je na nich vždycky hezky vidět, jak je to baví a jak jsou rádi, že máme zájem se vrátit spolu s nimi do dob, kdy ještě byl pro ně svět známý."

Druhým podtématem vyplývající z rozhovorů je **ergoterapie**. Tuto aktivizační metodu využívají v organizaci pravidelně a u klientů, především u klientek má velký úspěch, jak uvádí respondent č. 2:

"Ergoterapii u nás využíváme každý den, ale hlavně je pro nás nejdůležitější každou sobotu dopoledne, kdy s klienty dopoledne pečeme buchtu nebo tvoříme nějaký zákusek. Tohle má u nás největší úspěch."

Ergoterapii využívají v organizaci nejen při vaření a pečení, ale také při každodenních aktivitách nebo při výzdobě prostor organizace. I tyto činnosti jsou pro klienty s Alzheimerovou chorobou velmi důležité, jak uvádí respondentka č. 4:

"Ergoterapie je fakt důležitá. Dodává klientům pocit užitečnosti a zároveň, když to řeknu s nadsázkou, nám to trochu usnadní práci. Klienti, pokud chtějí, tak nám mohou pomoci se sázením květin nebo se skládáním prádla či vyndání myčky. Je to taková oboustranná a užitečná věc."

Canisterapie, je dalším podtématem, které vyplynulo z rozhovorů. Canisterapie probíhá v organizaci jednou týdně a je zajištěna externím aktivizačním týmem, který se střídá vždy po dvou týdnech, což zpestřuje i zážitek z aktivizace. Respondent č. 3 uvedl:

"Chodí k nám dva pejskové, kteří se střídají jednou za čtrnáct dní. Vždy přijde i jiný doprovod s nimi a je to aspoň pestré. Chodí k nám buldoček a labrador." Tento druh aktivizace je pro klienty velmi příjemný a uklidňující, jak vyplývá z rozhovoru č. 1: *"Vždy když přijdou psi, tak klienti jsou nadšení. Rádi se s nimi mazlí, hladí si je a tak no. Dokonce i klienti, kteří neměli rádi psi a vyhýbali se téhle aktivizaci, tak po čase si ji oblíbili."*

Čtvrtým podtématem je **trénink paměti a kognitivních funkcí**. Jak je již výše zmíněno, tento druh aktivizace je velmi efektivní a pro klienty velmi důležitý. Jak uvádějí respondenti, při tomto tréninku využívají přesmyčky, jazykolamy, kolektivní čtení, zpívání a podobně. Respondent č. 2:

"Tento druh aktivizace je za mě nejvíc důležitý, klienti s tímto onemocněním potřebují neustále stimulovat mozek a mluvidla a lehké jazykolamy, či obyčejné příklady, které třeba při této činnosti občas využívám já, jsou velmi důležité a hlavně klienty baví." Respondent č. 4: *"Je to snad nejdůležitější aktivizační metoda, nejen sama o sobě, ale proto, že je součástí i všech jiných aktivit."*

Dalším podtématem vyplývajícím z rozhovorů je **dramaterapie**. Dramaterapie je skupinová aktivizační metoda, kterou využívají aktivizační pracovníci převážně pro práci s emocemi a jako formu doplnění kognitivního tréninku. Občas ji využívají jako formu odpočinku pro klienty. Respondent č. 6 uvádí:

"Využívám ji dost často. Někdy jen jako zajímavý doplněk k procvičování kognitivních funkcí, jindy po vzájemné dohodě připravíme recitační představení, nebo připravíme a natočíme na mobil animovaný film." Pro klienty je tento druh aktivizace novou zkušeností a zároveň příjemným zpestřením, jak uvádí respondent č. 3: *"Naši klienti ji mají rádi. Často říkají, že si připadají jako filmoví tvůrci a vždy se těší, až se film sestříhá a budou si ho moci prohlédnout."*

Posledním podtématem je **muzikoterapie**. Muzikoterapii v této organizace provádějí dvojí formou. První formu naplňují externisté, kteří docházejí do organizace a pravidelně zajišťují muzikoterapii. Dále jsou to aktivizační pracovníci a dobrovolníci organizace.

Jak uvádí respondent č. 2:

"Muzikoterapii u nás zajišťují muzikoterapeuti z Vlny bytí, kteří k nám pravidelně dochází. Taky u nás máme každou středu odpoledne hudební program, kdy naši senioršti dobrovolníci hrají na klavír a housle a k tomu zpívají. Muzikoterapii provádíme vlastně i během kognitivních tréninků, kdy s klienty zpíváme české lidovky." Hudba je pro klienty velmi důležitou součástí. Dle odpovědí respondentů při ní vždy panuje dobrá nálada a všeobecná pohoda. Respondent č. 1 uvádí:

"Když je u nás hudba, tak je u nás vždycky veselo. Klienti, i přes jejich onemocnění, to umí pořádně rozjet."

3. Hodnocení a využití v praxi uvedených aktivizačních metod dle aktivizačních pracovníků

Toto téma hodnotí využití v praxi uvedené aktivizační metody dle aktivizačních pracovníků organizace Centrum Seňorina, z. s. Tento okruh je rozdělen na dva hlavní tematické okruhy, které určují efektivnější aktivizační metody a méně efektivní aktivizační metody, které vyplynuly z rozhovorů s respondenty. Hodnocení je založeno čistě na datech získaných pomocí výzkumu.

Efektivnější aktivizační metody

Dle výpovědí aktivizačních pracovníků vyplynuly jako efektivnější aktivizační metody pro seniory s Alzheimerovou chorobou trénink paměti a kognitivních funkcí, reminiscenční terapie a muzikoterapie. Respondenti hodnotili efektivnost na škále od 1 do 10, kdy 1 je nejméně a 10 nejvíce efektivní a u těchto aktivizačních metod vyšlo hodnocení celkově mezi 8–10 body.

Jako nejefektivnější aktivizační metodu označili všichni respondenti **trénink paměti a kognitivních funkcí.** Všichni se nezávisle na sobě shodli na tom, že tato aktivizační metoda je pro seniory s Alzheimerovou chorobou nejdůležitější, jelikož pomáhá k udržení kognitivních funkcí a částečně zpomaluje rozvoj onemocnění. Jak uvádí respondent č. 1:

"Rozhodně jasnou 10 bych dala tréninku mozku, protože za mě je to nejefektivnější pro klienty v jakékoli fázi Alzheimerovy choroby. Myslím si, že je to pro ně fakt dost důležité, a i je to baví, alespoň co mám já zkušenost."

Respondent č. 5 uvedl, že i dle něj je nejvíce efektivní aktivizační metoda trénink paměti a kognitivních funkcí a také uvedl, že je důležité ji kombinovat s jiným druhem aktivizace, aby byla aktivizace pestřejší:

"Trénink paměti a kognice je pro naši klientelu asi to nejvíce důležitý a je tam ta efektivnost vidět. Já trénink ráda kombinuju i s reminiscencí anebo jinou aktivizační metodou. Klienty to více baví a je to tu pestřejší."

Na druhém místě efektivnějších aktivizačních metod je dle výzkumu **reminiscenční terapie**. Respondenti uváděli, že reminiscenční terapie má velký vliv na práci s klienty. Pomáhá lépe poznat klienta, kdy se zároveň mohou pracovníci vrátit s klienty do dob, kdy, dle slov aktivizačních pracovníků, jejich onemocnění "neexistovalo". Respondent č. 2 uvádí:

"Reminiscence je supr, ráda ji používám. Klienty baví a mě taky, protože mám možnost se o nich dozvědět něco nového. Baví mě pracovat s reminiscenčním kufrem, nebo s filmy, ráda se s klienty vracím tam, kde se oni cítili dobře."

Respondent č. 3 zmínil, že důležitost reminiscence také záleží na konkrétním klientovi, protože je podstatné a žádoucí dbát na přání klienta a nezasahovat do témat, která by pro něho mohla být příliš citlivá:

"Reminiscenci stavím na druhé místo, jako nejefektivnější metodu. Je velmi důležitá pro klienty s Alzheimerovou chorobu, ale je třeba dbát na to, co chce klient a nezacházet do období a témat, která by pro něj mohla být bolestivá a citlivá a mohlo se z toho rozjet něco, co by nikdo nechtěl."

Jako třetí nejefektivnější aktivizace je **muzikoterapie**. Muzikoterapii respondenti uváděli jako převážně doprovodnou aktivizační metodu, kterou mohou připojit ke všem jiným aktivizačním metodám, ale také ji ve velkém množství využívají samostatně. Respondent č. 5 zmiňuje:

"Muzikoterapie je aktivizace, která se dá vmísit všude. Já ji používám při procvičování mozku, ale i během vzpomínání. Klienty velmi baví a tvoří zároveň hezkou soudržnost."
Muzikoterapie je jedna z aktivizačních metod, která se doporučuje u klientů s Alzheimerovou chorobou ve všech fázích, protože, jak uvádí respondenti, dokáže stimulovat a „vykouzlit úsměv na rtech" všem klientům. Toto uvádí i respondent č. 2:

"Muzikoterapii používáme u všech klientů bez ohledu na fázi jejich nemoci. I u těžších fází je vidět, jak klienti reagují na známé písničky, a i když se ne vždy třeba zapojí, tak minimálně na výrazu to poznáte."

Méně efektivní aktivizační metody

Z rozhovorů a hodnocení respondentů vyplynuly jako méně efektivní aktivizační metody ergoterapie, canisterapie a dramaterapie. Respondenti uváděli, že tyto aktivizační metody jsou pro klienty velmi důležité, ale nemají na ně, dle slov respondentů, takovou efektivnost jako předchozí aktivizace. Respondenti tyto aktivizační metody hodnotili 4–7 body.

Na čtvrtém místě je dle výzkumu **ergoterapie**. Ergoterapii respondenti hodnotili jako důležitou aktivizační metodu pro uspokojení potřeby užitečnosti, nicméně z výše uvedených aktivizačních metod a jejich hodnocení se ergoterapie nejeví dle respondentů jako nejvíce efektivní aktivizační metoda, ale spíše jako metoda doplňující. Respondent č. 6:

"Upřímně ergoterapii bych dala asi na čtvrtý místo, je to fajn aktivizační metoda, ale za mě je spíš doplňková, pro využití volného času." Také respondent č. 1 zmínil, že: *"Ergoterapie je fajn, klienti ji mají rádi, ale pro procvičení mozku moc není, spíše je jako doplněk, pro pocit užitečnosti, což je dost důležitý."*

Další aktivizační metoda je **canisterapie**. Respondenti hodnotili tuto aktivizační metodu jako relaxační a uklidňující. Výpovědi se shodují, že je to přínosná aktivizační metoda, ale protože se využívá z externích zdrojů a není součástí organizace, tudíž je její aplikace velmi omezená, hodnotili ji, jako méně efektivní. Jak zmiňuje respondent č. 4:

"Pes terapie je fajn, ale tím, že k nám chodí jednou týdně na hodinu a pes není u nás pořád, tak si nemyslím, že to je nejefektivnější. Určitě to efektivní je, ale ne moc."

Na poslední místo zařadili respondenti **dramaterapii**. Dramaterapie byla hodnocena jako efektivní aktivizační metoda, ale vzhledem k nízké zkušenosti s ní, ji zařadili respondenti až na poslední místo. Respondent č. 2:

"Já dramaterapii moc neumím používat, tak ji nechávám na ostatních kolezích, nicméně nedokážu říct, jak moc efektivní pro klienty je. Dám ji na poslední místo z mého pohledu." Respondent č. 3 uvedl, že dramaterapie má efekt veliký, ale je potřeba se ji věnovat, což u klientely s Alzheimerovou chorobou není vždy zcela jednoduché:

"Za mě má velký vliv na klienty, ale je potřeba jim dát prostor a čas, a ne vždy se dá aplikovat. Z výše uvedených metod bych ji dala asi na poslední místo."

4. Důležitost aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče

Posledním tematickým okruhem je důležitost aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče. V tomto okruhu vznikla dvě důležitá hlavní témata a těmi jsou důležitost a nedůležitost aktivizace. U obou vyplynulo jedno podtéma. Podtématy jsou užitečnost a neužitečnost aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

Důležitost

Z rozhovorů vyplynulo podtéma tohoto hlavního tématu a tím je **užitečnost aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobu**. Respondenti se stoprocentně shodli, že aktivizovat seniory s Alzheimerovou chorobou je velmi důležité a užitečné. Aktivizace je důležitá v jakékoli fázi tohoto onemocnění. Respondent č. 5 uvedl:

"U této otázky se musím smát. Chápu, proč je tady, ale upřímně… jasně, že je důležité klienty aktivizovat a stimulovat, protože jedině tak se aspoň může trochu ta zákeřná nemoc zpomalit. No a co se týče užitečnosti, tak já to vnímám tak, že to jde ruka v ruce. Takže jo."

Respondenti se shodli ve svých výpovědích na tom, že jako užitečnost vnímají primárně možnost využívat aktivizační metody, které zároveň slouží jako důležitá součást péče o klienta s Alzheimerovou chorobou. Respondent č. 1 zmiňuje:

"Aby byla zajištěna správná péče o klienta, tak nedílnou a užitečnou součástí je důležitost aktivizace, takže jo, za mě je to dost důležitý!"

Nedůležitost

Ačkoliv se všichni respondenti shodli na tom, že je důležité klienty s Alzheimerovou chorobou aktivizovat, i přesto vznikla otázka nedůležitosti aktivizace, ze které vyplynulo podtéma **neužitečnost aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou.** Tomuto podtématu se zpočátku respondenti vyhýbali, ale nakonec se jednohlasně shodli. Za neužitečnost aktivizací považují, když klient aktivizaci odmítá a nechce se ji účastnit. Zároveň dodávají, že je vždy důležité respektovat přání klienta. Respondent č. 1 zmiňuje:

"Asi nedůležitost bych uvedla, když prostě klient nemá zájem o aktivizaci, ani žádnou pasivní formou. Tam mi to pak připadá neužitečné."

Respondent č. 6 také uvedl, že nelze přesně definovat neužitečnost aktivizací:

"Jako co je vlastně neužitečnost, to je jako težký. Já mám za to, že to nelze přesně definovat a jestli lze, tak já to neumím. Ale asi to beru tak, že když klient nechce být aktivizován."

3.5 Interpretace dat

Tato kapitola se zabývá souhrnem výsledků výzkumu, a zejména odpovědí na výzkumnou otázku. Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče. Především tedy tím, jak vnímají aktivizaci aktivizační pracovníci, a co je podle nich nejefektivnější aktivizační metodou pro seniory s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče. Data, která byla získaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovnicemi, které v zařízení pracují, byla zpracována dle tematické analýzy. Důležité hodnoty, které vychází z výpovědí respondentů, jsou dále členěny na témata. Díky těmto tématům bylo umožněno odpovědět na hlavní výzkumnou otázku (HVO).

HVO: Jaká aktivizační metoda je dle aktivizačních pracovníků pro seniory s Alzheimerovou chorobou v respitní službě v Centru Seňorina, z. s. nejefektivnější.

Jak plyne z výpovědí respondentů a jejich následné analýzy, nejefektivnější aktivizační metoda pro seniory s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče Centrum Seňorina, z. s. je, dle aktivizační pracovníků, jednoznačně trénink paměti a kognitivních funkcí. Tato aktivizační metoda se jeví pro klienty s touto diagnózou velmi důležitá, protože pomáhá nejefektivněji při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou. Jak uvádějí respondenti, tato forma aktivizace přináší klientům důležitou stimulaci mozku a zpomaluje progresi onemocnění. Dle respondentů lze tuto aktivizační metodu zařadit a propojit i s jinými aktivizačními technikami, jako je například muzikoterapie či reminiscenční terapie. Důležité je procvičovat paměť a kognici.

4. Diskuze

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče je bezesporu velmi důležitou a významnou podporou léčby právě tohoto onemocnění. Výzkumná část této bakalářské práce se věnovala aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou ve vybraném zařízení poskytující respitní péči právě této cílové skupině. K tomuto tématu se vyjadřovali aktivizační pracovníci, kteří s touto cílovou skupinou aktuálně pracují.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že se klientům v zařízení dostává velká a pestrá řada aktivit. Aktivity jsou hlavně soustředěny na činnosti, které klienty prokazatelně těší, a které zvládají v součinnosti s jejich aktuálním zdravotním stavem. Především jsou tedy zohledněny zájmy a možnosti jednotlivých klientů. Mezi činnosti, které baví klienty nejvíce a pomáhají aktivizačním pracovníkům k nejefektivnější práci, patří trénink paměti a kognitivních funkcí. Tato aktivizační metoda se dá spojit s ostatními aktivizačními metodami, jako je například reminiscenční terapie či muzikoterapie. Na klienty má propojení různých aktivizačních metod pozitivní vliv. V rámci procvičování kognice mohou pracovníci navázat s klienty hlubší vztah, což vede k lepšímu a hodnotnějšímu poznání a zlepšuje to lidské vztahy.

Největší překážkou, kterou aktivizační pracovníci uváděli je nedostatek času na individuální aktivizaci. Trénink paměti a kognitivních funkcí ve většině případů provádí skupinově, což má samozřejmě pozitivní vliv na klienty, ale aktivizační pracovníci by více uvítali větší časovou možnost pro individuální aktivizace se seniory. Všichni respondenti se shodují, že mají svou práci velmi rádi, ačkoliv je pro ně někdy velmi psychicky náročná.

Výsledky výzkumného šetření korespondují s výroky autorů uvedených v teoretické části. Respondenti potvrdili, že je důležité si aktivizaci správně připravit a vybírat ji podle skladby klientů, jejich zájmů a preferencí, na které byli zvyklí po celý jejich život, což potvrzuje teorii Holmerové (2007). Dále se respondenti shodli, že za nejefektivnější aktivizační metodu u klientů s Alzheimerovou chorobou, považují trénink paměti a kognitivních funkcí, která má pozitivní výsledky a vliv na průběh Alzheimerovy choroby. Potvrdili tak myšlenku, kterou uvádí Švarcbachová (2020). Respondenti také potvrdili, že důležitost a efektivnost na seniory s Alzheimerovou chorobu má reminiscenční terapie, čímž se shodli se stejným výrokem, který uvádí ve své publikaci Janečková (2021).

5. Závěr

Bakalářská práce *„Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v zařízení respitní péče“* se zabývala primárně aktivizací těchto osob s tímto onemocněním v institucionálním zařízení sociálních služeb. Téma bakalářské práce bylo zvoleno jako reakce na nárůst osob s tímto onemocněním a jejich potencionálním využíváním zařízení sociálních služeb, konkrétně respitní péče. Rovněž bylo třeba zdůraznit, že Alzheimerova choroba je v současnosti nevyléčitelná. Existují však metody, které mohou zpomalit průběh onemocnění a zajistit tak důstojný závěr života, například použitím vhodných aktivizačních technik.

V teoretické části byly vysvětleny pojmy jako *„stáří“*, *„stárnutí“* a *„ageismus“* spolu se změnami, které tyto procesy přinášejí. Následně byla popsána Alzheimerova choroba, její historie a diagnostické metody. Dále se teoretická část věnovala aktuálním otázkám institucionalizace osob s Alzheimerovou chorobou a detailně popsala nejběžnější aktivizační metody používané u seniorů s tímto onemocněním. V teoretické části bylo představeno zařízení, Centrum Seňorina, z. s., poskytující respitní péči pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

Praktická část této bakalářské práce využívá kvalitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, kterou aktivizační metodu považují aktivizační pracovníci za nejúčinnější pro seniory s Alzheimerovou chorobou v zařízeních respitní péče. Za tímto účelem byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Data byla shromažďována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sedmi aktivizačními pracovníky. Poté byly rozhovory přepsány a analyzovány podle dané analýzy. Z analyzovaných dat vyšlo najevo, že za nejefektivnější aktivizační metodu pro seniory s Alzheimerovou chorobou považují aktivizační pracovnice trénink paměti a kognitivních funkcí. Hlavní cíl výzkumu byl tedy splněn.

Tato bakalářská práce poskytuje základ pro další prozkoumání tématu aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou. Lze zkoumat další zařízení nabízející respitní péči pro tuto cílovou skupinu a porovnat jejich přístupy a metody. Dále je možné srovnávat péči o seniory s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí a v institucionálních zařízeních.

Zdroje práce:

Publikace:

ARONOVÁ, Klára. Dobrovolnictví v domovech pro seniory. Praha: Hestia. 2008. Bez ISBN.

BARVÍKOVÁ, Jana a JEŘÁBEK, Hynek. 2005. Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK. Studie CESES. Analytik, teoretik, 11/2005. ISBN 80-254-5051-1.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

FRANKOVÁ, Vanda. Demence u Alzheimerovy choroby. Psychiatrie pro praxi. 2017 18(1): 30-33. ISSN 1213-0580.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Pyramida (Panorama). Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva; JAROLÍMOVÁ, Eva a SUCHÁ, Jitka. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Vážka. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David. Metodologie v sociální práci. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3636-0.

HROZENSKÁ, Martina & DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing. 2013. ISBN 978-80-247-8471-7.

JANDOUREK, Jan. Průvodce sociologií. Sociologie (Grada). Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2397-6.

JANEČKOVÁ, Hana a ČÍŽKOVÁ, Hana. Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci. Pomoc blízkým. V Praze: Pasparta, 2021. ISBN 978-80-88290-50-6.

KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj a WEBER, Jana. Základy muzikoterapie. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

Když se paměť vytrácí: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících. Přeložil Emílie HARANTOVÁ, přeložil Pavel DANKO. Reader's Digest. Praha: Tarsago Česká republika, 2014. ISBN 978-80-7406-248-3.

KORÁBEČNÝ, Jan; SOUKUP, Ondřej a VALIŠ, Martin. Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-643-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-7346-9

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LINKA, Arne. Kapitoly z muzikoterapie. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN isbn80-901834-4-1.

MAIER, Wolfgang; SCHULZ, Jörg; WEGGEN, Sascha & WOLF, Stefanie. Alzheimer a Demenzen verstehen. Stuttgart: Trias Verlag, 2011. ISBN 978-3-8304-6441-9.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-1639-3.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

PRŮŠA, Ladislav. Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb. [Praha]: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2016. ISBN 978-80-87953-29-7.

ŠVARCBACHOVÁ, Jaroslava. Aktivizace a její význam u seniorů s Alzheimerovou nemocí: manuál pro rodinné i profesionální pečovatele. [Praha]: Nadační fond Seňorina, 2020. ISBN 978-80-270-7265-1.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALENTA, Milan. Dramaterapie. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

Internetové zdroje:

BUTLER, Robert. N. (1999). Warning signs of elder abuse. *Geriatrics, 54*(3), 3-4. ISSN 0016-867X. [cit. 2006-12-16].

Centrum Seňorina. (n.d.). *O nás*. Retrieved June 21, 2024, from https://centrum-senorina.cz/o-nas/

Česká Alzheimerovská společnost. (n.d.). *O ČALS*. Retrieved June 21, 2024, from https://www.alzheimer.cz/cals/

HOLMEROVÁ, Iva. (2007). *Syndrom špatného zacházení se starými lidmi: Elder Abuse and Neglect – EAN*. Gerontologické centrum v Praze 8 – Kobylisích. Retrieved August 4, 2023, from [online link]

JEŘÁBEK, Hynek. (2009). *Rodinná péče o seniory jako "práce z lásky": nové argumenty*. *Sociologický časopis, 2*. Retrieved June 21, 2024, from https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2009/02/03.pdf

PATOČKA, Jan., SLANINOVÁ, Jiřina., & KUNEŠOVÁ, Gabriela. (2005). Neuroprotective peptides as drug candidates against Alzheimer's disease. *J Appl Biomed*. Retrieved June 21, 2024, from https://www.semanticscholar.org/paper/Neuroprotective-peptides-as-drug-candidates-against-Pato%C4%8Dka-Slaninov%C3%A1/e824ee889104c07a8992d144881f7e3af7f56832

PATOČKA, Jan., STRUNECKÁ, Anna., & ŘÍPOVÁ, Dana. (2001). Cholinesterases and their importance in the etiology, diagnosis and therapy of Alzheimer's disease. *Cesk Fysiol., 50*(1), 4-10. Retrieved June 21, 2024, from https://europepmc.org/article/MED/1126856

WIELAND, Daniel. (2000). Abuse of older persons: An overview. *Holistic Nursing Practice, 14*(4), 40-50. https://doi.org/10.1097/00004650-200007000-00007. Retrieved June 21, 2024.

Zákonné normy:

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (2006).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (2006).

Seznam použitých zkratek

EAN	Elder Abuse and Neglect
HVO	Hlavní výzkumná otázka
WHO	World Health Organisation

Seznam tabulek a příloh:

Tabulka č. 1 - Tematické okruhy, hlavní témata a podtémata

Příloha č. 1: Mini – Mental State Examination

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

Příloha č. 3: Anonymizovaný přepis výzkumného rozhovoru

Mini–Mental State Examination (MMSE)

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den								
měsíc								
rok								

Jméno pacienta:

I. Orientace
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin.

- Kolikátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- Ve kterém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Na kterém jsme poschodí?

II. Zapamatování
Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započtěte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je pacient naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost".

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- lopata
- šátek
- váza

III. Pozornost a počítání
Za každou správnou odpověď započtěte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů).

Za každé správné písmeno započtěte 1 bod. (maximálně 5 bodů)

Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou. skončete.

100
93 M
86 R
79 K
72 O
65 P

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

IV. Výbavnost
Za každou správnou odpověď započtěte 1 bod.

Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a zapamatovat.

- lopata
- šátek
- váza

V. Pojmenování předmětu
Za správnou odpověď započtěte 1 bod.

- Ukažte náramkové hodinky — Co je to?
- Ukažte tužku — Co je to?

VI. Opakování
Za správnou odpověď započtěte 1 bod, přípustný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně:
„První pražská paroplavba"

VII. Třístupňový příkaz
Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:

Za každou správně provedenou činnost započtěte 1 bod.

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

- Pravá ruka
- Přeložení na polovinu
- Položení na podlahu

VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu
Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: „Zavřete oči" a vyzvěte ho:

Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započtěte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

ZAVŘETE OČI!

IX. Psaní
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

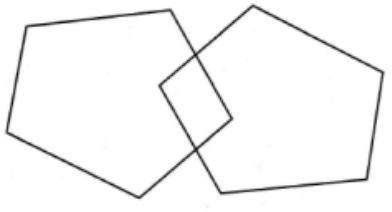
1 bod započtěte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

Napište, prosím, jakoukoliv větu.

X. Obkreslení obrazce
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

Započtěte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty a jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.

Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.



Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

1. *Jak dlouho pracujete v sociálních službách?*

2. *Máte zkušenosti také s jinou cílovou skupinou, než pouze se seniory s Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, s jakou?*

3. *Jak dlouho pracujete v organizaci Centrum Seňorina, z. s.?*

4. *Věděli jste před nástupem do organizace, co vše obnáší respitní péče (odlehčovací péče)?*

5. *Co Vás na práci v této organizaci nejvíce naplňuje?*

6. *Je něco, co byste naopak chtěli změnit?*

7. *Jaký byl důvod k výběru právě této cílové skupiny, tedy seniorů s Alzheimerovou chorobou?*

8. *Vzdělávali jste se v oblasti péče o seniory s Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, jak? Jaké kurzy jste využívali, případně, jaké vzdělání máte pro práci právě s touto cílovou skupinou?*

9. *Pokud máme hovořit o aktivizaci v respitní péči (odlehčovací službě), než jste ji začali vykonávat, měli jste nějaké povědomí o tom, co vše aktivizace se seniory, potažmo se seniory s Alzheimerovou chorobou, obnáší? Případně jaké?*

10. *Je podle Vás důležité aktivizovat seniory s Alzheimerovou chorobou?*

11. *Jaká je podle Vás nejzajímavější aktivizační metoda při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou? (Zde mám na mysli, jaká baví nejvíce Vás při práci s výše zmíněnou cílovou skupinou.) A proč?*

12. *Jakou aktivizační metodu naopak nepreferujete? A proč?*

13. *Vím, že v organizaci Centrum Seňorina, z. s. je mnoho aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou, já jsem se ve své práci zaměřil hlavně na reminiscenční terapii, dramaterapii, muzikoterapii, ergoterapii, trénink paměti a kognitivních funkcí a canisterapii, protože pro mě jsou právě tyto aktivizační metody velmi zajímavé a fascinující. Pokud byste ovšem měli vy na škále od 1 do 10 ohodnotit každou jednu aktivizační metodu zvlášť, podle toho, jak si myslíte, že je nejefektivnější při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou, jak byste je hodnotily? (přičemž 1 je nejméně efektivní a 10 nejefektivnější):*

REMINISCENČNÍ TERAPIE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
DRAMATERAPIE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
MUZIKOTERAPIE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ERGOTERAPIE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
TRÉNINK PAMĚTI A KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
CANISTERAPIE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. *Nyní bych Vás rád požádal, zda byste mi sdělili, jaká je pro Vás nejméně efektivní aktivizační metoda z výše uvedených a proč tomu tak je?*

15. *Naopak, kterou jste uvedli jako nejefektivnější a opět proč?*

16. *Je nějaká aktivizační metoda, která se myslíte, že je ještě více efektivní u seniorů s Alzheimerovou chorobou a je jiná než aktivizační metody výše zmíněné? Pokud ano, jaká?*

17. *Nyní bych Vám dal prostor a požádal bych o bližší vyjádření k jednotlivým výše zmíněným aktivizačním metodám. V předchozích bodech jste hodnotili na škále od 1 do 10, ale teď bych Vás požádal, zda byste se mi stručně vyjádřili ke každé metodě zvlášť a odpověděli na otázky, které jsou níže zmíněny:*

REMINISCENČNÍ TERAPIE

18. *Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?*

19. *Jak často ji využíváte?*

20. *Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)*

21. *Baví Vás využívání této aktivizační metody?*

DRAMATERAPIE

22. *Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?*

23. *Jak často ji využíváte?*

24. *Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)*

25. *Baví Vás využívání této aktivizační metody?*

MUZIKOTERAPIE

26. *Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?*

27. *Jak často ji využíváte?*

28. *Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)*

29. *Baví Vás využívání této aktivizační metody?*

ERGOTERAPIE

30. *Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?*

31. *Jak často ji využíváte?*

32. *Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)*

33. *Baví Vás využívání této aktivizační metody?*

TRÉNINK PAMĚTI A KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

34. *Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?*

35. *Jak často ji využíváte?*

36. *Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)*

37. *Baví Vás využívání této aktivizační metody?*

CANISTERAPIE

38. *Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?*

39. *Jak často ji využíváte?*

40. *Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)*

41. *Baví Vás využívání této aktivizační metody?*

Příloha č. 3: Anonymizovaný přepis výzkumného rozhovoru

(L = Lukáš, R = Respondent)

L: Dobrý den, moc děkuji za čas, který jste si na mě našla. Jak se dneska máte?

R: Zdravím, tak to je jasné, jsme kolegové přeci a ráda pomohu. Mám se dobře, a vy?

L: Já se mám taky fajn, jsem trochu nervózní, ale věřím, že to společně zvládneme, tak co pustíme se do toho? Před nahráváním jsme si řekli postup, tak bych se ho snažil držet.

R: Souhlasím, pojďme do toho!

L: Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

R: V sociálních službách pracuji asi 3 roky.

L: A máte zkušenosti také s jinou cílovou skupinou, než jsou právě senioři s Alzheimerovou chorobou?

R: Ano mám, pracovala jsem i s lidmi s duševním onemocněním, ale to asi jen půl roku.

L: Super, moc děkuji! A jak dlouho pracujete v organizaci Centrum Seňorina, z. s.?

R: Teď akorát to vyšlo, že to jsou dva roky, co jsem zde.

L: Takže to bylo výročí, to zní moc fajn. A věděla jste před nástupem, co znamená pojem respitní péče nebo to bylo úplně něco nového?

R: Já tedy nevěděla, co přesně znamená respitní péče, ale věděla jsem o jejím synonymu a tím je odlehčovací péče. Takže odpověď zní: Ano.

L: Ono se v praxi více využívá pojem odlehčovací služba, takže je více slyšet o ní. Děkuji. A co Vás na práci v této organizaci nejvíce naplňuje?

R: Hodně mě baví práce s touto cílovou skupinou a se seniory obecně. Mám ráda pestrost a také pomoc lidem zažít hezký zbytek, a hlavně důstojný zbytek jejich života.

L: Tahle odpověď mě hodně potěšila, protože to mám naprosto stejně, takže jsem moc rád, že jsme se takto shodli. Nicméně, je něco, co byste naopak v této organizaci chtěla změnit?

R: Asi mě nic nenapadá, kdyby se mi tu nelíbilo, nejsem tu. Možná bych více brala a chtěl individuální aktivizaci, mám na mysli, více času a prostoru pro ni.

L: Chápu. A jaký byl důvod k výběru právě této cílové skupiny, tedy seniorů s Alzheimerovou chorobou?

R: Hlavním výběrem byl můj zájem o problematiku lidí s kognitivními poruchami a kladný vztah k seniorům.

L: Super, moc děkuji za stručné shrnutí. A vzdělávala jste se v oblasti péče o klienty s Alzheimerovou chorobou?

R: Ano.

L: To byla velmi stručná odpověď. Můžete mi sdělit jak? Jaké kurzy, jaké vzdělání a podobně.

R: Montessori kurz, Kurz pracovníka v sociálních službách, Kurz trénink kognitivních funkcí, Úvod do problematiky první pomoci v sociálních službách.

L: Děkuji. Pokud máme hovořit o aktivizaci v respitní službě, než jste ji začala vykonávat, měla jste vůbec nějaké povědomí o tom, co vše aktivizace se seniory, potažmo se seniory s Alzheimerovou chorobou, obnáší? Případně jaké?

R: Ano, pracovala jsem, jako dobrovolnice ve volnočasových aktivitách pro seniory, účastnila jsem se aktivizací lidí s duševním onemocněním, které jsou podobné.

L: A je podle Vás důležité aktivizovat seniory s Alzheimerovou chorobou?

R: Ano. Jednoznačně ano.

L: Jaká je podle Vás nejzajímavější aktivizace? Zde mám na mysli, jaká baví nejvíce Vás při práci s výše zmíněnou cílovou skupinou.

R: Trénink kognitivních funkcí, kde klient při dobře zvoleném cvičení může zjistit, že určité věci zvládá dobře. Může ho anebo jeho rodinu tato zkušenost motivovat při práci na sobě. Tanec a zpěv, kdy klient vnímá hudbu a vybavuje si slova ze známých písní. Napomáhá k dobré náladě u klientů. Kondiční cvičení při udržení si fyzických sil. Arteterapie tedy tvoření.

L: Děkuji. A jakou naopak moc nepreferujete a proč?

R: Dramaterapii, a to hlavně z důvodu toho, že ji neumím moc využívat při práci právě s touto cílovou skupinou.

L: Dobře. Děkuji. Vím, že v organizaci Centrum Seňorina, z. s. je mnoho aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou, já jsem se ve své práci zaměřil hlavně na reminiscenční terapii, dramaterapii, muzikoterapii, ergoterapii, trénink paměti a kognitivních funkcí a canisterapii, protože pro mě jsou právě tyto aktivizační metody velmi zajímavé a fascinující. Pokud byste ovšem měla vy na škále od 1 do 10 ohodnotit každou jednu aktivizační metodu zvlášť, podle toho, jak si myslíte, že je nejefektivnější při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou, jak byste je hodnotila? (přičemž 1 je nejméně efektivní a 10 nejefektivnější)

R:

REMINISCENČNÍ TERAPIE = 10

DRAMATERAPIE = 5

MUZIKOTERAPIE = 5

ERGOTERAPIE = 7

TRÉNINK PAMĚTI A KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ = 10
CANISTERAPIE = 9

L: Moc děkuji za ohodnocení. Nyní bych Vás rád požádal, zda byste mi sdělila, jaká je pro Vás nejméně efektivní aktivizační metoda z výše uvedených a proč tomu tak je?
R: Opět zmiňuji dramaterapii, a jak jsem výše zmiňovala, tak důvodem je to, že ji neumím použít a aplikovat v práci se seniory s Alzheimerovou chorobou.
L: Dobře a naopak, kterou jste uvedla jako nejefektivnější a proč?
R: Reminiscenci a kognitivní trénink. Ve většině případů se zapojí všichni klienti a nabízí nekonečné množství různých možných cvičení
L: Děkuji. Je nějaká aktivizační metoda, která se myslíte, že je ještě více efektivní u seniorů s Alzheimerovou chorobou a je jiná než aktivizační metody výše zmíněné? Pokud ano, jaká?
R: Asi jste uvedl ty nejvíce užívané, takže za mě ne.
L: Tak jo. Díky. Nyní bych Vám dal prostor a požádal bych o bližší vyjádření k jednotlivým výše zmíněným aktivizačním metodám. V předchozích bodech jste hodnotila na škále od 1 do 10, ale teď bych Vás požádal, zda byste se mi stručně vyjádřila ke každé metodě zvlášť. Nebojte vezmeme to rychleji, jde mi spíše o Váš názor a Vaše poznatky než o dlouhé vyjádření. Můžeme se na to vrhnout?
R: Pojďme do toho!
L: Tak první zde mám reminiscenční terapii. Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?
R: U klientů s lehkou fází demence je velmi efektivní.
L: Jak často ji využíváte?
R: Zhruba 1x – 2x týdně, ale snažím se ji aplikovat i do jiných aktivizací, jako je třeba trénink paměti a kognice.
L: Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)
R: Pozitivní emoce klientů.
L: Baví Vás využívání této aktivizační metody?
R: Ano.
L: Moc děkuji. Pojďme se přesunout na dramaterapii. Omlouvám se za opakování, ale otázky budou u všech metod stejné.
R: V pořádku.

L: Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?

R: Je důležitá pro zachování některých životních a pracovních návyků klientů.

L: Jak často ji využíváte?

R: Spíše vůbec.

L: Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)

R: Těžko se mi to hodnotí.

L: Baví Vás využívání této aktivizační metody?

R: Ne, neumím ji dostatečně odborně aplikovat.

L: Další zde máme muzikoterapii. Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?

R: Tato metoda je velice efektivní pro práci se seniory s Alzheimerovou chorobou. Podporuje pozitivní náladu seniorů, vybavování vzpomínek a slov. Podporuje příjemnou atmosféru ve skupině.

L: Jak často ji využíváte?

R: Já osobně 1x týdně.

L: Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)

R: Zlepšení nálady, vylepšení neverbální i verbální komunikace, zlepšení atmosféry ve skupině.

L: Baví Vás využívání této aktivizační metody?

R: Mám ji ráda.

L: Děkuji, pojďme se vrhnout na ergoterapii. Opět otázka, jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?

R: Tato metoda se shoduje s Montessori přístupem v práci se seniory. Tedy zachovává seniorům jejich schopnost se postarat sami o sebe. Tedy tuto metodu využíváme každý den v běžných denních činnostech. Začínající péčí o sebe, tedy hygienou. Přes podporu v přípravě stravy, dále k lehkým domácím pracím, jako např. skládání vypraného prádla, příprava příborů na oběd a podobně.

L: Jak často ji využíváte?

R: Každý den.

L: Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)

R: Pomáhá k udržení samostatnosti klienta. Klienti sami a mají zájem o udržení si pracovních návyků a rádi pomáhají s drobnými činnostmi.

L: Baví Vás využívání této aktivizační metody?

R: Spíše ano.

L: Předposlední zde máme trénink paměti a kognitivních funkcí. Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?

R: Považuji ho za nejefektivnější aktivizační metodu.

L: Jak často ji využíváte?

R: Snažím se každý den, kdy jsem v práci.

L: Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)

R: Při dobře zvoleném cvičení klient zažívá pocit úspěchu. Spolupráce u klientů.

L: Baví Vás využívání této aktivizační metody?

R: Baví.

L: A pomalu jsme na konci. Už máme před sebou pouze canisterapii. Jak moc je dle Vás tato aktivizační metoda efektivní pro seniory s Alzheimerovou chorobou?

R: Návštěva psa u nás je vždy pro klienty radostí. Bylo by fajn mít možná i svého „organizačního“ psa.

L: Jak často ji využíváte?

R: Chodí k nám jedenkrát týdně.

L: Pozorujete při využívání této metody nějaký specifický efekt u klientů? (prožívání emocí apod.)

R: Radost, uvolnění.

L: Baví Vás využívání této aktivizační metody?

R: Ráda se účastním.

L: Tak jo, jsme na konci. Moc děkuji za čas, který jste mi věnovala. Velmi si vážím Vašich odpovědí. Je něco, co by zde nezaznělo a chtěla byste doplnit? Nyní na to máte prostor.

R: Já děkuji za příjemný rozhovor a přeji hodně štěstí u státních zkoušek a u obhajoby, věřím, že to dobře dopadne!