

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA FILOZOFICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Možnosti využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí

Bakalářská práce

2021

Barbora Andrejová

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Andrejová**
Osobní číslo: **H18122**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Téma práce: **Možnosti využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Bakalářská práce se zabývá možnostmi využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části.

Teoretická část bude zaměřena na cílovou skupinu, tedy na osoby s Alzheimerovou nemocí a demencemi, na neuropsychologickou symptomatologii a podpůrné terapie, jako je např. ergoterapie, fyzioterapie či zooterapie (animoterapie). Zmíněny budou i pečující osoby, a to jak z rodiny, tak z ústavní péče. Dále bude pozornost soustředěna na kvalitu emočních a kognitivních schopností cílové skupiny. V kontextu bakalářské práce bude popsána organizace, ve které se uskuteční výzkum – SeneCura SenioCentrum Chrudim s.r.o. Jedná se o nestátní zařízení, které se v rámci sociální služby Domov se zvláštním režimem specializuje na Alzheimerovu nemoc. Dále bude práce obsahovat zákon o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb.

Výzkumná část bude zjišťovat využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí. Výzkum bude realizován s využitím kvalitativního výzkumného designu. Metodou sběru dat bude pozorování, analýza dokumentů a hloubkový rozhovor s klientem, jenž trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci a aktivizačními pracovníci SeneCura SeniorCentra Chrudim.

Cílem práce je zjistit, jakých terapeutických přístupů se využívá u osob s Alzheimerovou nemocí, jak tyto terapie ovlivňují emoční a kognitivní schopnosti klientů.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Martina HROZENSKÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
KOVÁČOVÁ, Barbora. *Liečebná pedagogika II*. 2. Bratislava: Reziliencia, 2015. ISBN 978-80-223-3779-3.
MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
MÜLLER, Oldřich, ed. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. 1. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Oponent bakalářské práce: **PhDr. Jana Křišťálová**
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2020**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

Prohlašuji

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského práva, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 107/2019 Sb. pravidla pro odevzdání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Barbora Andrejová

Poděkování

Poděkování patří vedoucí bakalářské práce, PaedDr. Zdeňce Šáňdorové, Ph.D., za její vedení, připomínky a užitečné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem zaměstnancům a klientům SeneCura SeniorCentrum Chrudim s.r.o., za jejich čas a ochotu se podílet na utváření bakalářské práce.

V neposlední řadě patří poděkování mé rodině, která mi byla po celou dobu velkou oporou.

Anotace

Bakalářská práce se bude věnovat možnostem využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí. Právě lidé trpící Alzheimerovou nemocí jsou cílovou skupinou práce. V kontextu práce budou zmíněny i pečující osoby, a to jak z rodinného prostředí, tak z ústavní péče. Dále bude práce analyzovat nejznámější terapeutické metody, jež se u klientů s tímto druhem demence využívají. Míra působnosti jednotlivých terapeutických metod bude zkoumána prostřednictvím kvalitativní metody, konkrétně analýzy dokumentů, pozorování a rozhovorů. V neposlední řadě bude nedílnou součástí empirické části případová studie klienta, který trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci.

Klíčová slova

psychická onemocnění, Alzheimerova nemoc, terapie, terapeutické metody

Title

Possibilities of using therapeutic approaches in people with Alzheimer's disease

Annotation

The bachelor's thesis will be focused on the possibility of using therapeutic approaches on people with Alzheimer's disease, who are the target group of this thesis. In the context of the thesis, carers will also be mentioned, both from the family environment and from institutional care. Furthermore, the thesis will analyze the most well-known therapeutic methods used in clients with this type of dementia. The extent of the scope of individual therapeutic methods will be examined through qualitative methods, specific document analyzes, observations and interviews. Last but not least, an integral part of the empirical part will be a case study of a client suffering from a mild degree of Alzheimer's disease.

Keywords

mental illness, Alzheimer's disease, therapy, therapeutic methods

Obsah

Úvod.....	9
I Teoretická část.....	10
1 Stárnutí populace v současnosti a psychické poruchy	10
2 Cílová skupina	12
2.1 Osoby s Alzheimerovou nemocí.....	12
2.1.1 Alzheimerova nemoc	12
2.1.1.1 Příznaky	13
2.1.1.2 Stádia	14
2.2 Pečující osoba v rodině.....	15
2.3 Pečující osoba v ústavní péči.....	16
3 Terapeutické metody.....	19
3.1 Terapie	19
3.2 Terapeutické přístupy	21
3.3 Terapeut	21
3.4 Psychoterapie	22
3.5 Fyzioterapie	23
3.6 Ergoterapie.....	25
3.7 Bazální stimulace.....	26
3.8 Reminiscenční terapie.....	27
3.9 Animoterapie	28
3.10 Arteterapie	29
3.11 Trénink paměti.....	31
4 SeneCura s.r.o.	33
4.1 Historie.....	33
4.2 Současnost	34
4.3 SeneCura SeniorCentrum Chrudim s.r.o.	34

4.4 Poskytování sociálních služeb	35
4.4.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění	35
4.4.1.1 Standardy kvality sociálních služeb	36
II Empirická část	40
5 Cíl výzkumu.....	40
6 Metodologie výzkumu	41
6.1 Kvalitativní výzkum	41
6.2 Výzkumné otázky	43
7 Analýza a interpretace dat.....	45
7.1 Výběr respondentů	45
7.2 Rozhovory s aktivizačními pracovníci.....	45
7.3 Rozhovor s klientem trpícím lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci	48
7.4 Pozorování	51
8 Případová studie.....	54
9 Diskuse.....	58
Závěr	60
Seznam použitých zkratk	62
Seznam použité literatury	63
Přílohy.....	65
Seznam ilustrací.....	69

Úvod

Motivací pro zpracování tohoto tématu je pro mne jako autorku bakalářské práce několikaletá osobní zkušenost s klienty, jenž trpí Alzheimerovou nemocí. V rámci praxe jsem se seznámila s terapeutickými metodami, a proto se touto problematikou zabývám.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřená na úvod do problematiky, který nastiňuje stárnutí populace v současnosti, ale také nejčastější psychické poruchy, dále cílovou skupinu, osoby s Alzheimerovou nemocí, ale i osoby, které o daného jedince pečují, ať již v domácím prostředí či v pobytovém zařízení. Samostatná kapitola je věnována stěžejnímu tématu - Alzheimerově nemoci, jejím příznakům a stádiím. Stěžejní kapitola je soustředěna na terapeutické metody, které se u osob s Alzheimerovou nemocí využívají. Závěrečná kapitola je věnována zařízení SeneCura SeniorCentrum Chrudim s.r.o., ve kterém je uskutečněna výzkumná část práce. Popsána je historie společnosti i její současnost. Neméně důležité jsou i podkapitoly závěrečné části, které se věnují zákonu o sociálních službách a standardům kvality sociálních služeb.

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, jakých terapeutických metod se u osob s Alzheimerovou nemocí využívá, které se využívají nejčastěji a jakým způsobem ovlivňují emoční a kognitivní schopnosti daného jedince. Pro výzkumnou část bakalářské práce je zvolena kvalitativní metoda. Konkrétními metodami, které jsou ve výzkumu použity, jsou rozhovory, které jsou vedeny jak s aktivizačními pracovníci, tak s klientem SeneCura SeniorCentru Chrudim. Dále je jako výzkumná metoda použito pozorování, analýza dokumentů a případová studie u klienta, který trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci. V neposlední řadě je součástí práce i autentická fotodokumentace klienta, terapeutických pomůcek a místnosti, které jsou na terapii v SeneCura SeniorCentru Chrudim využívány.

I Teoretická část

1 Stárnutí populace v současnosti a psychické poruchy

První kapitola této práce se věnuje stárnutí populace jako jevu, který se dotýká nejen Evropy, ale celého světa. Dále je pozornost soustředěna na psychické poruchy, které se u klientů v pozdějším věku objevují. Zmíněny jsou i jednotlivé druhy demencí, které se u klientů nejčastěji vyskytují.

To, že se nacházíme ve společnosti, která stárne, není žádnou novinkou. Tato skutečnost se ale netýká pouze České republiky, nýbrž trend je celosvětový. Například Evropě se říká šedivějící kontinent. Tato skutečnost je zapříčiněna například klesající porodností, pokroky v medicíně, jež jsou spjaty se záchranou lidských životů, dále se snižující úmrtností osob všech věkových kategorií či poklesem kojenecké úmrtnosti. Neodmyslitelně ke stále se zvyšující kvalitě medicíny patří i prodlužování délky života, což zdůrazňuje například Malíková. (2011, s. 26)

Stárnutí populace je dlouhodobý proces, který se o to více zvyrazňuje zestárnutím silných poválečných ročníků. Ke stárnutí populace jednoznačně patří i přibývání osob, jež jsou označováni dlouhověkou společností. Jak Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. tvrdí: „*Nejde přitom o jakési umělé prodlužování života se zadržováním smrti, nýbrž o součást dlouhodobého poklesu úmrtnosti, který se posouvá od mladých věkových skupin ke starším.*“ (2009, s. 150)

Dle výše zmíněné publikace se významně zvyšuje počet demencí. „*Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce, tzv. exekutivní funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit – funkce zajišťující účelné jednání a další.*“ (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11) K těmto poruchám nejčastěji dochází onemocnění mozku, které je chronické a postupující. Kromě postižení kognitivních funkcí dochází i k postižení dalších funkcí, a to aktivit denního života a poruch chování, emocí, spánku atd. Díky těmto poruchám se jedinec, jenž je postižen určitou formou demence, stává nesoběstačným a je tak závislý na svých rodinných příslušnících, nejbližším okolí, léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) či na ústavní sociální péči.

Ke vzniku demence vede více než 60 druhů chorob, mezi něž můžeme řadit Alzheimerovu nemoc, která představuje 50 % všech demencí a je tak ze všech nejčastější. Dále je to například demence s Lewyho tělísky, která je častokrát zaměňována buďto s Alzheimerovou nemocí nebo

Parkinsonovou chorobou. Mezi další demence se řadí Parkinsonova choroba, Frontotemporální lobární demence, Huntingtonova chorea, vaskulární demence či demence infekčního původu. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 29-57)

„S demencí žije cca 300 000 lidí, z toho cca 130 000 s těžkou formou, každoročně přibývá asi 20 000 nových případů onemocnění.“ (SZÚ, 2012)

2 Cílová skupina

Cílové skupině je věnována druhý kapitola. Cílovou skupinou jsou osoby s Alzheimerovou nemocí. V kontextu cílové skupiny je uvedena Alzheimerova nemoc, její příznaky a stádia. K těmto jedincům neodmyslitelně patří i osoba, jež o ně pečuje, ať už mluvíme o pečující osobě v rodině či v ústavním zařízení.

2.1 Osoby s Alzheimerovou nemocí

Osoby, které trpí Alzheimerovou nemocí, dále jen AN, si nenápadného a plíživého začátku onemocnění nemusí zpočátku vůbec všimnout. Změn na chování jedince si všimne spíše jeho blízké okolí. Zvěřová konkretizuje, že dochází k poruchám všípivosti, které jsou spjaty s výpadky paměti, a to především situací, které spadají do krátkodobé paměti. Na počátku nemoci dochází ke změnám v oblasti anxiety, podráždění, deprese či apatie. Postupem času dochází k postižení nekognitivních funkcí lidského organismu. (Zvěřová, 2017, s. 10)

Dle Jiráka, Holmerové, Borzové a kol. se zpravidla Alzheimerova nemoc diagnostikuje jako porucha poznávacích funkcí. K výše zmíněným příznakům se dále přidávají poruchy orientace v prostoru. Nejprve se to projevuje v místech, které pacient zná, ale dříve je denně nenavštěvoval. S postupujícím časem začíná bloudit a ztrácet se i v místech, jež jsou mu dobře známa, například blízké okolí bydliště či ve svém vlastním domě. K poruchám orientace v prostoru se přidává i dezorientace v čase. Pacient si tak není vědom, kolik je hodin nebo jestli je noc nebo den. V poměrně rychlém časovém sledu dochází ke snížení či dokonce až k zániku soudnosti, logického uvažování, dále se snižuje intelekt a myšlení se zpomaluje. Rozvíjí se porucha paměti ve všech složkách, která v těžkých stádiích může vést až k amnestické dezorientaci, neboť si pacient nic nového nezapamatuje. Dochází tak k zapomínání jmen, poté i tváří a objektů. (Jiráka, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 31-32)

2.1.1 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc (AD)¹ byla poprvé popsána roku 1907 Aloisem Alzheimerem. Při pitvě mozku Auguste Deterové, která zemřela ve věku 55 let zcela demotní, našel Alzheimer zvláštní plaky a vlákna. O jeho sdělení však nikdo nejevil větší zájem, avšak Alzheimer následně provedl několik pitev a makro i mikroskopických analýz mozkových tkání. Záhy na to byly charakterizované změny mozkové tkáně pojmenovány po svém objeviteli. (Zvěřová, 2017, s. 11)

¹ AD = Alzheimer's Disease

AN je ze všech druhů demencí tou nejčastější a představuje téměř 50 % všech demencí a řadí se na 4. až 5. místo v příčinách úmrtnosti. Dalším podílem AN je kombinace s jinými příčinami. Častá je smíšená, alzheimerovsko-vaskulární forma demence, u které se na rozvoji demence podílí jak AN, tak cévní změny na mozku. Dalším příkladem je smíšení AN s demencí s Lewyho tělísky či AN s Parkinsonovou chorobou. (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 29)

S postupem věku zároveň stoupá i incidence AN. „Mezi 65 až 74 lety je 3 %, mezi 75 až 84 lety je již 19 % a po 85. roce věku dosahuje 47 %.“ (Zvěřová, 2017, s. 16) Vzhledem k tomu, že je mnoho případů nediagnostikovaných a neléčených, je AN označována jako tichá epidemie. V celosvětovém měřítku trpí na Alzheimerovu nemoc více než 47, 5 miliónů lidí a předpokládá se, že se v roce 2050 počet nemocných znásobí na 135, 5 miliónů. Celosvětově demence patří mezi hlavní faktory, které vedou seniory k invaliditě a závislosti na jiných osobách. V kategorii nad 60 let trpí demencí každý 5. až 8. člověk.

V České republice trpí některou z demencí téměř 150 000 lidí, z toho 45 500 je mužů a 97 000 žen. Při pohledu do historie je patrné, že výskyt demence stále narůstá. „V 60. letech žilo v České republice odhadem 49 000 – 55 000 lidí trpících demencí, v roce 1989 to bylo přibližně 73 000 – 81 000, v roce 2000 asi 89 000 – 98 000.“ (Mátal, 2016, str. 13) Dle zprávy *Demencia UK 2012* AN odpovídá za asi 10 % úmrtí mužů a 15 % úmrtí žen ve věku nad 65 let.

Mezi rizikové faktory vzniku AN patří nejvýznamněji věk, dále dědičnost, onemocnění jako je obezita, hypertenze, diabetes, vysoký cholesterol, kouření, vysoká míra konzumace alkoholu či úrazy hlavy a podobně. (Zvěřová, 2017, s. 16-23)

2.1.1.1 Příznaky

Rozlišení příznaků Alzheimerovy nemoci od normálního stárnutí není z počátku vůbec lehké. Prvními příznaky může být charakteristické zapomínání denních aktivit a událostí. V mírném stupni vývoje se začíná objevovat porucha krátkodobé paměti, především potom neschopnost si vybavit čerstvě uložená data a neschopnost konfrontačního pojmenování. Řeč je při vývoji Alzheimerovy nemoci zpočátku zcela zachována, je plynulá, avšak obsahově prázdná, kdy sám nemocný musí hledat správná slova a slovní spojení. S postupem času se začínají viditelněji projevat poruchy vizuospeciálních funkcí – nemocný začne bloudit, není schopen nalézt cestu domů, zapomíná, jak se jde do míst, která dříve běžně navštěvoval, například do obchodu nebo na poštu. Začne také bloudit ve svém vlastním domě, který jinak velmi dobře znal. Některé jedince méně či více začne postihovat porucha exekutivních funkcí, což znamená, že jedinec

není schopen plánovat a uspořádat jednoduché činnosti. Přibližně u 40 % nemocných se začnou projevovat deprese, agresivita či halucinace. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 89-92)

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. doplňují, že kromě neschopnosti orientace v prostoru se nemocný nedokáže orientovat ani v čase. Neví tak, zdali je noc nebo den, ani kolik je hodin. Tato dezorientace v čase má za následek noční nespavost, a naopak denní únavu. Mezi první příznaky se řadí snížení či úplný zánik logického uvažování a soudnosti. Dochází ke zpomalení myšlení, intelekt se snižuje. (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 31-33)

2.1.1.2 Stádia

Průběh Alzheimerovy nemoci lze rozdělit do tří stádií, a to:

- **lehké stádium,**
- **střední stádium,**
- **těžké stádium.**

V lehkém stádiu dominují poruchy kognitivních funkcí – dochází k výpadkům paměti, k narušení běžných denních aktivit, značný problém nastává ve chvílích, kdy je nutné vykonat složitější aktivitu, při které je nezbytné udržet pozornost, dostávají se deprese. (Zvěřová, 2017, s. 69) Nejprve nastává porucha orientace v místě, čase i osobě. Avšak tyto tři kategorie nemusí být postiženy stejnou mírou. Dochází k poklesu aktivity a objevují se potíže při běžných denních aktivitách, jako je úklid, vaření či obstarávání zahrady. (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 28)

Střední stádium, též nazývané afázicko-aprakticko-agnostické, se vyznačuje progresivní dezorientací, postižením paměti a řeči. (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 28) Objevují se změny při běžných denních aktivitách, zejména při instrumentálních výkonech, jako je například ovládání televize, telefonu či pračky. Nemocný ztrácí pojem o hodnotě peněz a již s nimi nedokáže hospodařit. V častých případech se objevují behaviorální a psychologické poruchy. (Zvěřová, 2017, s. 69-70)

Ve třetím, těžkém stádiu dochází k úplné ztrátě všech psychických funkcí (emoční funkce, osobnost). Nemocný již není schopný běžné komunikace, vydává pouze nesrozumitelné zvuky či využívá neverbální komunikace. Ta je v tomto stádiu velmi důležitá, neboť je to ve většině případů jediný způsob, kterým nemocný může komunikovat. Dochází k inkontinenci, nemocný po fyzické stránce chátrá, ubývá svalové hmoty i tělesného tuku. (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 28) Nemocný nerozeznává své nejbližší příbuzné ani okolí, ve kterém se nachází. Je plně

závislý na péči druhé osoby. Behaviorální a psychologické poruchy jsou označovány jako nejobtížnější příznaky AN. (Zvěřová, 2017, s. 70)

2.2 Pečující osoba v rodině

Přibližně 80 % pacientů, kteří trpí Alzheimerovou nemocí, jsou v péči členů rodiny, kteří se nazývají neoficiálními, neformálními rodinnými pečovateli. (SZÚ, Allianz, 2012) Tito rodinní pečovatelé na sebe ihned po diagnostice Alzheimerovy nemoci svého rodinného příslušníka přebírají různé druhy zátěží, jako je například zátěž fyzická, psychologická, emoční, sociální či finanční. *„Role rodinného pečovatele je stresující, onemocnění má významný vliv na psychickou pohodu rodinných pečovatelů i na jejich socioekonomický status. Vžitým termínem pro tento fenomén se stal pojem „psychická zátěž pečovatelů“.*“ (Schulz in Zvěřová, 2006, s. 82) Právě Alzheimerova nemoc je příkladem, kdy onemocnění člena rodiny postihuje nejen jeho, jakožto nositele onemocnění, ale i celou rodinu a blízké okolí. Důsledky, ke kterým dochází, je možné rozdělit na přímé a nepřímé. Mezi přímé důsledky patří fatální ráz choroby bez možnosti významně zasáhnout do léčby. Mezi nepřímé důsledky spadá stres, jenž je spjat s péčí o nemocného, odchod ze zaměstnání či možnost genetického postižení potomků. Členové rodiny, kteří pečují o nemocného, tak tuto situaci z dlouhodobého hlediska hodnotí jako stresující a frustrující, kdy toto napětí převládá řadu let a dochází tak ke zhoršení jak psychického, tak fyzického stavu pečující osoby. *„Vykazují horší subjektivní pocit zdraví, mají vyšší procentu nemocnosti a úmrtnosti a dožívají se nižšího věku než nepečující. Důvodem je nedostatek času k vlastnímu odpočinku, k volnočasovým aktivitám a v neposlední řadě nedostatek času starat se o své vlastní zdraví.*“ (Schulz in Zvěřová, 2006, s. 82-83)

Vzhledem ke stále se zhoršujícímu zdravotnímu stavu nemocného, musí pečující osoba dopomáhat s hygienou, ošetřováním, které souvisí s inkontinencí, s oblékáním, s pohybem, krmením či polohováním. Všechny tyto aspekty vedou k tělesnému vyčerpání pečující osoby, která kromě těchto úkonů na sebe přebírá i odpovědnost za domácí práce, jako je vaření, žehlení, drobné opravy v domácnosti či placení účtů, kterým se v dřívější době nevěnovala. To vede k pocitu vlastní neschopnosti, k nejistotě a ke strachu ze selhání. S postupem času se rodinní pečovatelé stávají sociálně izolovanými, nemají čas ani chuť udržovat kontakt s přáteli, čím dál tím méně vycházejí ze svého domu. Dochází tak k frustraci z diagnózy, kdy blízký ztrácí intelektové schopnosti, zapomíná a stává se závislým na péči svého okolí. Dle Holmerové se rodinní pečovatelé věnují péči o svého blízkého na úkor svých zálib a zájmů, což vede k předčasnému a zbytečnému vyčerpání, v některých případech až k syndromu vyhoření. (Jiráková, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

Mezi faktory ovlivňující subjektivní složku zátěže patří:

- prožívání své role,
- rodinné vztahy,
- pocit ztráty soukromí,
- pocit nadměrného napětí, úzkost, únava,
- nedostatek času,
- psychické a fyzické přetížení,
- změna mezilidských vztahů,
- zhoršující se finanční situace.

Všechny tyto, ale i další zátěže, působí na organismus pečující osoby, a proto je velmi důležité, aby věnovali dostatek prostoru a času také sami sobě. (Zvěřová, 2017, s. 82-85)

2.3 Pečující osoba v ústavní péči

Okruh pracovníků v sociálních službách je dle zákona č. 108/2006 Sb. – zákon o sociálních službách definován v § 115 následovně:

„1) V sociálních službách vykonávají odbornou činnost

- a) Sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110,*
- b) Pracovníci v sociálních službách (PSS),*
- c) Zdravotničtí pracovníci,*
- d) Pedagogičtí pracovníci,*
- e) Manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.*

2) Při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. – o sociálních službách, MVCR, 2021)

Dále zákon č. 108/2006 Sb., § 116, odst. 2. definuje, že PSS musí být svéprávnou, bezúhonnou, zdravotně způsobilou a odborně způsobilou osobou. PSS se tedy může stát každý, kdo má ukončené základní nebo střední vzdělání a absolvoval akreditovaný specializační kurz. (Zákon č. 108/2006 Sb., MVCR, 2021) Akreditovaný specializační kurz je v minimálním rozsahu 200 hodin (150 vyučovacích hodin, 50 hodin praxe). Základní témata, která kurz obsahuje, jsou například základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických onemocnění, aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, prevence týrání

a zneužívání uživatelů služeb, úvod do problematiky zdravotního postižení či odborná praxe. (Malíková, 2011, s. 92)

Činnost PSS můžeme dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb., rozdělit do tří základních kategorií:

- **přímá obslužná péče,**
- **základní výchovná nepedagogická činnost,**
- **pečovatelská činnost.**

„Přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.“

„Základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.“

„Pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. – o sociálních službách, MVCR, 2021)

Kromě přímé obslužné péče dále PSS zajišťuje úklid pokojů klientů, udržování čistoty ve všech ostatních prostorách zařízení, dodržuje desinfekční program, pečuje o pomůcky, které využívá k polohování klientů, k rehabilitaci či k jejich přemísťování atd. Manipuluje s použitým a čistým osobním prádlem klientů. Dále přebírá, dováží a provádí přípravu stravy (krájení, ohřívání, servírování), dopomáhá klientovi s příjmem potravy v potřebném rozsahu. Pečuje o lůžko klienta, aby bylo čisté a upravené, dopomáhá klientovi při pohybových aktivitách, poskytuje pomoc při udržení polohy na lůžku, pomáhá při odpočinku a spánku (upravuje lůžko, polohuje klienta, dostatečně větrá, podává signalizační zařízení, aby jej měl klient na dosah

ruky). Dopomáhá klientovi s vhodným výběrem oblečení na daný den, případně jej sám vybírá. Pomáhá klientovi při udržování čistoty a upravenosti těla, poskytuje klientovi ochranu před nebezpečím (odstraňuje možné rizikové zdroje, předpokládá možná rizika a eliminuje je).

Dle pokynů zdravotní sestry či vrchní sestry udržuje léčebný proces, poskytuje klientovi pomoc při vyprazdňování (především u klientů, kteří trpí poruchou inkontinence či stolice). Provádí základní ošetrovatelskou péči, klienta sleduje po osobních stránkách (míra soběstačnosti, aktivita klienta atd.) Pečuje o umírajícího klienta tím způsobem, že uspokojuje jeho základní potřeby a poskytuje psychickou podporu, provádí případnou péči o tělo zemřelého, připravuje osobní věci klienta k předání rodinným příslušníkům. V neposlední řadě plní roli klíčového pracovníka (tvorba individuálního plánu), vede záznamy do dokumentace a další. (Malíková, 2011, s. 93-96)

3 Terapeutické metody

Následující kapitola není věnována pouze terapeutickým metodám, které se využívají u osob s Alzheimerovou nemocí, jako je například ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace či reminiscenční terapie, ale také vymezení pojmů terapie, terapeutické přístupy, kdo je terapeut či co je psychoterapie.

3.1 Terapie

Špatenková a Bolomská uvádí: „*Terapie je vnímána jako proces, při kterém si klient do určité míry uvědomí, že ho sužuje nějaký problém, kvůli kterému vyhledá pomoc specialisty (terapeuta, resp. psychoterapeuta) sám, nebo-což je častější případ-je k takové konzultaci přesvědčen. Při terapii se terapeut s klientem dohodnou na definici problému, kvůli kterému klient vyhledal pomoc, terapeut volí adekvátní terapeutický přístup a po souhlasu ze strany klienta lze přistoupit k samotné terapii. Termín terapie ale implikuje existenci problému, resp. nemoci a její následnou systematickou léčbu příslušným odborníkem s cílem problém odstranit.*“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 22)

Řecko-latinský původ slova terapie odkazuje na léčení či ošetřování. Základním specifíkem přístupů, které jsou uplatňovány v terapiích, je především důraz, který je kladen na expertní připravenost uživatelů, kteří terapii provádějí. Ti by měli mít patřičné vzdělání, osobnostní předpoklady, ale zároveň by mělo jít o jedince, kteří jsou úspěšnými a zkušenými absolventy dlouhodobého výcviku, který je následně převeden do praxe. (Müller, 2014, s. 18)

Pro všechny druhy využívaných terapií platí:

- probíhají na určitém místě a za určitého času – např. psychiatrická léčebna, denní stacionář, léčebná komunita, ambulance atd., probíhají ve více či méně pravidelných intervalech, krátkodobě či dlouhodobě,
- organizační forma – individuální, skupinová, rodinná, párová atd.,
- odpovídají dané orientaci a odborné vybavenosti terapeuta – jeho terapeutický přístup, vzdělání, výcvik, zkušenosti atd.,
- věk, etiologie potíží, symptomy klienta – děti, dospělí, senioři, zdali se budou odstraňovat příčiny problému nebo samostatný problém,
- zaměření na somatické nebo psychické změny u klienta,
- jsou zacíleny léčivě, preventivně nebo rehabilitačně.

Mezi základní formy terapií patří:

- Individuální - kdy terapeut pracuje s jedním klientem, kdy se snaží za pomoci neustálé interakce a dialogů dosáhnout požadované změny.
- Skupinové terapie - probíhají v malé skupině, kdy se terapeut snaží využívat skupinové dynamiky, např. společné řešení zadaného úkolu, výhodou skupinové terapie je to, že klient řeší svůj problém v sociálním kontextu, čímž se více přibližuje realitě.
- Hromadné terapie – využívají se především jako doplnění jiných forem terapií, neboť se pracuje s velkým množstvím klientů a nedochází tak ke skupinové dynamice, jako tomu bylo při skupinové terapii. Ve většině případů jde o společné setkání, které se koná za účelem sdílení dané aktivity.
- Rodinná terapie - tím rozumíme takovou formu terapie, kdy terapeut pracuje s rodinou jakožto specifickou skupinou, kde došlo k narušení rodinných vztahů, základní fáze rodinné terapie jsou následující: 1. zahájení a kontrakt, 2. řešení rodinných konfliktů, 3. navození změn v životě rodiny, 4. ukončení terapie.
- Komunitní terapie - zde terapeut pracuje v rámci komunity jakožto společenství, kdy se terapeut společně s klienty vzájemně ovlivňují pomocí pracovního, pobytového a terapeutického programu, jehož výsledkem je obnova sociálních dovedností a příprava k začlenění do společnosti.

Terapie jsou dále rozlišovány podle cílů, ke kterým směřují. Z tohoto pohledu jsou terapeutické postupy rozlišovány následovně:

Kauzální – jsou zaměřené na příčinu nemoci nebo poruchy. Předpokladem úspěšnosti je dobrá znalost příčiny nemoci, poruchy a prostředku, kterým může být příčina odstraněna.

Symptomatické – jsou zaměřené na příznaky, projevy nemoci nebo poruchy, které danému jedinci znesnadňují život.

Paliativní – ten je zaměřen na zmírnění utrpení jedince, který je nevléčitelně nemocný. Do určité míry ovlivňují příznaky nemoci nebo její snesitelnost. Nemá však vliv na příčinu a průběh nemoci.

Poslední třídění terapií je na následující postupy:

- **Chirurgický/radikální** – pomáhá léčit úrazy a nemoci za pomoci operativně manuálního a instrumentálního ošetření.

- **Medikamentózní/farmakoterapie** – pomáhá léčit úrazy a nemoci za pomoci léků či infuzních roztoků.
- **Fyzioterapeutický** – zabývá se léčbou pohybového systému, jehož funkce je nějakým způsobem narušená, a to například úrazem, nemocí či nepřiměřenou námahou.
- **Psychoterapeutický** – zabývá se léčbou duševního stavu jedince nebo zlepšením jeho stavu k sociálnímu systému. (Müller, 2014, s. 18-23)

3.2 Terapeutické přístupy

Terapeutické přístupy jsou způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, které směřují ke zmírnění nebo odstranění nežádoucích jevů. Ale není to pouze zmírnění či odstranění daného problému, ale také odstranění příčin, které poté vedou k prospěšné změně například v chování či prožívání.

Terapeutické přístupy je možno rozdělit na primární a sekundární, přičemž primární terapeutické přístupy jsou uplatňovány v jednotlivých terapiích, které mají vlastní teorii a metodologii. Jako příklad může být uvedena již výše zmíněná psychoterapie, ergoterapie, ale také arteterapie či dramaterapie. Sekundární terapeutické přístupy jsou uplatňovány v rámci odborných činností, jež se zaměřují na podporu znevýhodněného člověka, např. speciální vzdělávání. Tento způsob terapeutických přístupů využívá nejrůznějších zdrojů a zároveň využívá nejrůznější prostředky intervenční činnosti. (Müller, 2014, s. 18)

3.3 Terapeut

Terapeut je osoba, která se podílí na terapeutickém procesu společně s klientem a obsahy terapie. Mezi hlavní zdroje terapeutovy kvality patří odborné a obecně lidské předpoklady. Odborné předpoklady zahrnují znalosti, dovednosti, které se týkají jednotlivých specifik klienta, délce součinnosti, vztahů a komunikace s klientem, využívaných terapeutických přístupů či profesních a morálních norem. Obecně lidské předpoklady jsou pochopení a schopnosti přijetí druhého člověka, autentičnost, tvořivost, flexibilita, dar komunikace, kvalitní žebříček životních hodnot nebo odvaha nést rizika. (Müller, 2014, s. 44-45)

Následující podkapitoly bakalářské práce jsou věnovány jednotlivým terapiím, které se u osob s Alzheimerovou nemocí využívají. Je však nutné si uvědomit, že ke každému klientovi je nutný individuální přístup a nejsou tak zmíněné terapie vhodné pro každého.

3.4 Psychoterapie

Psychoterapie, jak už naznačuje její název, vznikla na přelomu 19. a 20. století a oddělila se z psychologie, konkrétně z klinické psychologie. Za zakladatele psychoterapie je považován Sigmund Freud, ale prvním, kdo psychoterapii využil v praxi, byl Pierre Janet, francouzský psycholog a filozof. (Kratochvíl in Janků, 2013, s. 25)

„Psychoterapie znamená v doslovném překladu léčba duše. Nemáme zde na mysli léčbu farmaky, ale slovem. Nejstarší text našich knihoven – kniha knih – bible hovoří o tom, že na počátku bylo slovo. A slovo se stalo skutkem. V psychoterapii má slovo obrovskou moc. Díky dobře voleným slovům měníme lidské chování, myšlení, emoce i tělesné prožívání. Slovo dokáže podnítit takové procesy v našich hlavách, které jsou viditelné na zobrazovacích technikách mozku. Slovo tedy dokáže měnit hmotu. Tento zázrak nazýváme psychoterapií.“ (Müller, 2014, s. 23)

Psychoterapie je dlouhodobý proces a v současné době existuje celá řada psychoterapeutických systémů. Ty se od sebe mohou lišit svou myšlenkou, avšak cíl mají všechny stejný, a to pomoci člověku.

Dle Kratochvíla lze hledat rozdíl v psychoterapii oproti jiným činnostem v několika směrech, a to:

- **čím působí** – záměrné působení psychologickými prostředky, mezi které řadíme slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, sugesci, učení, vztahy a interakce ve skupině, vytvoření terapeutického vztahu,
- **na co působí** – na nemoc, poruchu, na osoby, které trpí psychogenními poruchami, na psychiku, která má vliv na celý organismus jedince, na osobnost, vztahy či činitele, které nemoc vyvolávají,
- **čeho má dosáhnout** – změny v prožívání, chování, vytvoření kladného očekávání, zvládání konfliktů, problémů, pocit sebeuplatnění, seberealizace, pocit vyrovnanosti a spokojenosti.

Dále Kratochvíl člení psychoterapii:

1. Podle přístupu terapeuta

- a) **Direktivní** – přímé usměrňování postojů, myšlení, chování, příkazy, rady, vyžaduje splnění úkolů.

b) **Nedirektivní** – pasivní, neutrální postoj terapeuta, klienta podněcuje k činnosti slovní nebo emoční, vytváří příznivou atmosféru, neuděluje rady.

2. Podle příčiny a příznaku

a) **Symptomatologická** – je zaměřena na chorobný příznak, hlubinné a dynamické směry ji považují za škodlivou, má jen zdánlivý a krátkodobý účinek.

b) **Kauzální** – snaží se odhalit příčinu vzniklého problému.

3. Podle míry změny

a) **Podpůrná** – není její snahou změnit osobnost, ale poskytuje podporu, pomoc a porozumění osobnosti, podporuje pozitivní myšlení.

b) **Rekonstrukční** – její snahou je změna osobnosti, a to hlubší analýzou jejího utváření, zásahy do postojů, motivací či hodnotovým systémem.

4. Podle intenzity změny

a) **Náhledová** – podpora objasnění, porozumění.

b) **Akční** – podpora přímého zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností.

5. Podle počtu klientů

a) **Individuální** – výchozím bodem je vztah terapeuta a klienta, je naplňován terapeutický kontrakt.

b) **Skupinová** – využívá dynamiky vztahů mezi členy terapeutické skupiny.

c) **Hromadná** – terapeut působí upravenými metodami individuální psychoterapie na více klientů najednou.

6. Podle filozofie práce

a) **Dynamická psychoterapie** – věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy.

b) **Kognitivně-behaviorální psychoterapie** – učí překonávat současné problémy změnou chování a myšlení.

c) **Humanistická psychoterapie** – zabývá se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání, možností naplňování životního smyslu. (Kratochvíl in Müller, 2014, s. 26-27)

3.5 Fyzioterapie

„Fyzioterapie je soubor preventivních, diagnostických a terapeutických intervencí, jejich cílem je snaha o obnovení maximální funkčnosti zdatnosti jedince se zdravotním postižením (či jiným zdravotním problémem), a to jak fyzické, tak i psychické. Tyto intervence mohou mít podobu výcviku (stimulace) funkcí postižených i nepostižených orgánů (systémů), posilování tělesné

zdatnosti, nácviku používání zdravotnických pomůcek atp. Fyzioterapie je realizována týmovou prací rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalších odborníků na podkladě úzké mezioborové spolupráce, zejména pak psychologů, logopedů, sociálních pracovníků...“ (Müller, 2014, s. 38)

V rámci fyzioterapie dochází k pomoci, díky níž může jedinec dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně stimulujícími prostředky, jako je masírování, hlazení, tělesné cvičení, změny polohy těla, držení různých částí těla či různě vyvíjené tlaky.

Fyzioterapeutické přístupy jsou čerpány v závislosti na následujících faktorech:

- **Klient** – záleží na konkrétním klientovi, se kterým terapeut přichází do kontaktu, dle jeho zdravotního stavu jsou vhodně vybírány odpovídající indikace.
- **Terapeutické postupy** – jejichž použití je u daného klienta nejvhodnější. (Müller, 2014, s. 38-39)

Fyzioterapie, která je dále nazývána jako terapie fyzikální či fyziatrie, by měla být zahájena v co nejkratší možné době a neměla by být zbytečně prodlužována, protože poté ztrácí svou účinnost a zároveň může v klientovi navozovat pocity nedůvěry. Fyzioterapie může na rozdíl od ostatních rehabilitačních technik působit dojmem, že se pacientovi terapeut či lékař nechce věnovat, neboť používané přístroje mohou působit neosobním dojmem.

Mezi hlavní cíle fyzioterapie patří:

- **aktivační či relaxační působení na kosterní svalstvo**
- **ovlivnění tkáňového metabolismu**
- **analgetický efekt**
- **vazodilatace neboli rozšíření cév s cílem navození tepelného efektu**

Existuje několik druhů fyzikálních metod, které se v rehabilitační medicíně běžně používají. Je však nutné podotknout, že se mezi sebou jednotlivé metody prolínají a doplňují. Jde například o elektroterapii, která využívá elektrické energie jakožto léčebného účinku na lidské tkáně. Je využíván stejnoměrný, střídavý proud s nízkou či střední frekvencí nebo vysokofrekvenční elektromagnetické pole. „*Tělo je zapojeno do elektrického obvodu pomocí elektrod, jejichž velikost a uložení je jedním z klíčových faktorů léčebného efektu.*“ (Müller, 2014, s. 426) Mezi nejčastější elektroterapie patří galvanizace, magnetoterapie, fototerapie, interferenční proudy či diadynamické Bernardovy proudy, které pomocí střídavého proudu s frekvencí okolo 50 Hz, mají dráždivě-stimulační účinky na autonomní nervovou soustavu

a léčbu bolesti. Dále je to magnetoterapie, ultrazvuková terapie, fototerapie, termoterapie, jež využívá tepla na lidský organismus buďto jeho dodáním, tzv. pozitivní termoterapie, nebo jeho odebráním, tzv. negativní termoterapie. Ohřátí tkání zvyšuje jejich prokrvení, čímž dochází ke zvýšení metabolismu nebo má relaxační účinky. Mezi nejčastější formy termoterapie patří koupele-vířivá koupel, perlička, podvodní masáže proudem vody atp. Veškeré procedury, jež jsou spjaty s vodou, se nazývají hydroterapie. Dále mezi termoterapie můžeme zařadit sauny, zábaly či ledování například v kryokomorách. (Müller, 2014, s. 420-426)

Avšak Adelsberger zmiňuje i další druhy fyzioterapie, jako je mechanoterapie, která zahrnuje polohování, masáže, manipulaci či pasivní cvičení. Může to být ale také léčebná rehabilitace v rámci fyzioterapie, která je samostatným oborem. (Adelsberger in Janků, 2013, s. 29)

Pracovníci, kteří se cíleně a hlouběji zabývají pohybovou léčbou, kdy využívají nejrůznější fyzikální jevy, se nazývají fyzioterapeuti. To proto, že souborem jejich činností je fyzioterapie. Ta velmi úzce souvisí s ergoterapií, jakožto specifickým léčebným využitím pohybu, který má pracovní charakter. (Müller, 2014, s. 420-426)

3.6 Ergoterapie

Definice ergoterapie dle České asociace ergoterapeutů zní: *„Ergoterapie jako profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností, a to u osob jakéhokoliv věku a s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity. U dětí mají tyto aktivity podobu hry.“* (Ergoterapie, 2021)

Snahou člověka, který ergoterapii provádí, tedy ergoterapeuta, je pomoci lidem, kteří trpí určitým druhem zdravotního postižení či jsou sociálně znevýhodněni, pomoci si zvýšit, udržet nebo navrátit soběstačnost v každodenních aktivitách, které jsou pro ně důležité. Pro samotného ergoterapeuta je důležité, aby znal a respektoval zdravotní obtíže, sociální podmínky a prostředí, ze kterého klient pochází. S ergoterapeutem se můžeme setkat ve zdravotnických a sociálních službách, ve specializovaných léčebných ústavech, v denních stacionářích či v lázních. Jejich kompetence se řídí dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb.

Základní oblasti ergoterapie jsou čtyři, a to:

- **zaměření na výchovu k soběstačnosti (běžné denní činnosti),**
- **zaměření na cílenou postiženou oblast,**

- **zaměření na pracovní začlenění,**
- **kondiční ergoterapie.**

Běžné denní aktivity (ADL) můžeme dále rozdělit na personální (pADL) a instrumentální (iADL). Mezi pADL patří příjem jídla, hygiena, péče o vzhled, oblékání, používání toalety, obsluha osobních pomůcek – brýle, naslouchadla, protézy atd. V tomto případě ergoterapeut funguje jako asistent, kdy zajišťuje samostatné provádění těchto aktivit. IADL poté zahrnuje komplexnější aktivity, jako údržbu a vedení domácnosti, hospodaření s penězi, mobilitu ve společnosti, péči o druhé či o domácí zvířata, péči o vlastní zdraví apod.

Ergoterapie cílená na postiženou oblast zahrnuje nácvik funkcí, ve kterých má klient nedostatky či mu činí obtíže. Patří sem trénink komunikačních a kognitivních funkcí nebo trénink motoriky, kam spadá nácvik jemné a hrubé motoriky horních končetin, nácvik úchopů a ergonomie práce. V rámci tréninku kognitivních a komunikačních funkcí dochází k tréninku paměti, a to krátkodobé, dlouhodobé, sluchové či zrakové, k tréninku orientace v místě, čase a osobě nebo k tréninku pozornosti.

Ergoterapie se zaměřením na pracovní začlenění obsahuje nácvik pracovních dovedností. Hlavním cílem je pomoci klientovi při výběru pracovní činnosti, která odpovídá jeho dovednostem, přáním a představám.

Cílem kondiční ergoterapie je psychická rovnováha klienta, vyplnění volného času a zlepšení celkové kondice. (Müller, 2014, s. 438-447)

3.7 Bazální stimulace

„Bazální stimulace je psychologickou aktivitou, při které se snažíme nabídnout jedincům s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární (základní) nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde člověk s těžkým postižením právě vzhledem ke svému postižení není schopen sám se postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj. Koncepce je v podstatě založena na rozvoji vnímání, které představuje širokou bázi pro další rozvoj jedince.“ (Müller, 2014, s. 357)

Koncept bazální stimulace vytvořil v roce 1991 německý profesor Andreas Fröhlich, kdy je její základní myšlenkou požadavek celistvosti. Mezi základní oblasti celistvosti bazální stimulace patří komunikace, sociální zkušenost, pocity, tělesná zkušenost, pohyb, myšlení a vnímání.

Všechny tyto oblasti se mezi sebou prolínají, doplňují a jedna bez druhé by nebyla možná. (Müller, 2014, s. 357-369)

Bazální stimulace umožňuje integraci do současného života s využitím dřívějších životních návyků a zkušeností, a to jak lidem se zdravotním, tak s duševním postižením. Koncept bazální stimulace využívá mnoha technik a tréninkových programů, které dosahují stimulace somatické, orální, optické, auditivní či haptické. Nejedná se tedy o péči o nemocného jako takovou, ale o pokus přizpůsobit péči postiženému a poskytnout mu tak vhodné stimuly vzhledem k jeho anamnéze. Poskytuje klientovi pedagogickou podporu v aktivitách všedního dne, a jelikož nevyužívá žádných speciálních přístrojů ani pomůcek, tak zároveň není ani finančně náročná. (Friedlová, 2007, s. 11-13)

3.8 Reminiscenční terapie

Pojem reminiscenční terapie označuje využívání různých vzpomínek, ať těch dlouhodobých nebo krátkodobých, které mají při práci se seniory léčebný efekt. Janečková a Vacková vidí reminiscenční terapii jako: „*Vybavování si událostí ze života člověka a reminiscenční terapii pak definují jako rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech.*“ (2010, s. 21)

Reminiscenční terapie je vymezována jako proces, ve kterém je podporováno vzpomínání na události, a to především ty příjemné. K navození vzpomínek mohou posloužit fotografie, filmy anebo hudební nahrávky. Andrew Norris tvrdí, že: „*Reminiscenční terapie na sebe bere status filozofie péče, ve které minulost, původ, prostředí a životní styl každého jednotlivého člověka slouží jako základ, od kterého se poté odvíjí péče o něho samotného. Tato filozofie se soustřeďuje na zdůraznění schopností starých lidí a cení si všeho, čím jsou ještě schopni přispět k životu svému i druhých lidí.*“ (Norris, 1997, s. 62)

Kategorizace reminiscenční terapie dle Faith Gibson:

- **obecná reminiscence,**
- **specifická reminiscence.**

Obecná reminiscence je předem naplánovaná, jsou při ní využívány nejrůznější reminiscenční pomůcky a slouží především ke stimulaci vzpomínek na určité téma. Přičemž specifická reminiscence využívá pouze cílené a pečlivě vybrané pomůcky, které klient (senior) přímo

vlastní nebo se týkají konkrétních účastníků, kteří se reminiscenční terapie účastní. Tento druh reminiscenční terapie je vhodný pro seniory s demencí, depresí či poruchami chování.

Dále Gibsonová dělí reminiscenční terapii dle počtu osob, a to na individuální, neformální skupinovou a formální skupinovou. Výhodou individuální reminiscence je především pozornost terapeuta, která je věnována pouze danému klientovi, poté její dynamika, kdy dochází ke sdílení širokého spektra vzpomínek. Při individuální reminiscenci je velká pravděpodobnost vytvoření intenzivního vztahu, který je založený na vzájemné důvěře. To v klientovi vzbuzuje pocit respektu, jakožto jedinečné lidské bytosti. Neformální skupinová reminiscence je nenucená, spontánní, ve většině případů je odlehčená a zábavná. Hlavní úlohou neformální skupinové reminiscence je navození pocitu radosti a vnést do seniorů v institucích smysl života. Posledním druhem reminiscenční terapie dle počtu osob je formální skupinová reminiscence, která je předem naplánovaná a je na něco přímo zaměřená. Při formální skupinové reminiscenci je potřeba takového prostředí, kde je možné se plně koncentrovat. Velká pozornost je věnována také skupinové facilitaci, kdy je třeba reagovat promyšleně a citlivě. (Gibson, 1994, s. 17-18)

Při reminiscenční terapii se pracuje s celou řadou rozmanitých zdrojů, jako jsou reminiscenční pomůcky, mezi které patří fotografie, kresby, obrázky, novinové a časopisové články, časopisy samotné, inzeráty nebo televize a DVD, které poslouží jako zdroj oblíbených filmů a seriálů. Dále jsou to komunitní zdroje, mezi něž je možné řadit knihovny, muzea, galerie či místní školy, které navštěvují domovy seniorů například v předvánočním čase, kdy přicházejí v rámci zpívání vánočních koled. V neposlední řadě jsou to lidské zdroje, mezi které patří rodinní příslušníci, dobrovolníci, pracovníci v sociálních službách nebo umělci. (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 31-42)

3.9 Animoterapie

Animoterapie, dále také jako zooterapie či animalterapie, je pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Působení zvířete má na klienta kladnou odezvu jak v psychickém, tak fyzickém stavu, v paměti, komunikaci a zároveň může způsobit zmírnění stresu či zvýšení motivace. Animoterapie využívá domestikovaných zvířat, jako je pes, kočka, králík nebo kůň, k léčbě bio-psycho-sociálně-spirituální složky člověka.

Dle zvířecího druhu můžeme animoterapii dělit na:

- **hipoterapie – terapie s využitím koně,**

- **canisterapie** – terapie s využitím psa,
- **felinoterapie** – terapie s využitím kočky,
- **lamaterapie** – terapie s využitím lamy,
- **ornitoterapie** – terapie s využitím ptactva.

Mezi méně známé a časté druhy animoterapie patří delfinoterapie, tedy terapie za pomoci delfína, insektoterapie-terapie s využitím hmyzu, ale i terapie s dalšími zvířecími druhy, jako jsou akvariijní rybičky, domácí zvířata (králíci, morčata, fretky, plazi, ...), hospodářská zvířata (kozy, ovce, prasata) či terapie za pomoci exotických zvířat. (Müller, 2014, s. 449-453)

Jednotlivé metody animoterapie:

Animal Assisted Activities – AAA – aktivity za pomoci zvířete – jde o přirozený kontakt člověka se zvířetem, a to s cílem zlepšení kvality života klienta nebo o rozvoj a zlepšení sociálních dovedností.

Animal Assisted Therapy – AAT – terapie za pomoci zvířete – jde o přirozený kontakt člověka se zvířetem, a to s cílem zlepšení psychického nebo zdravotního stavu klienta.

Animal Assisted Education – AAE – vzdělávání za pomoci zvířete – jde o přirozený kontakt člověka se zvířetem, a to se zaměřením na zlepšení či rozšíření výchovy, vzdělávání nebo sociálních dovedností klienta.

Animal Assisted Crisis Response – AACR – krizová intervence za pomoci zvířete – jde o přirozený kontakt zvířete s člověkem, jenž se ocitl v krizovém prostředí, jde především o odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického a fyzického stavu klienta. (Velemínský, 2007, s. 30-35)

3.10 Arteterapie

Jestliže mluvíme o arteterapii, tak zároveň mluvíme o expresivní terapii, kdy slovo expresivní lze charakterizovat jako spontánnost, zážitek či prožitek. Ačkoliv má exprese znaky spontánnosti, tak zároveň oplývá i uspořádaností a vnitřním řádem člověka. Vymezení samotné exprese nám poukazuje na cíl, jenž expresivní terapie mají, a to je možnost prostřednictvím umění vyjádřit vlastní pocity či nálady.

Na arteterapii lze nahlížet ze dvou úhlů, a to širšího a užšího. Širší pojetí arteterapie se stává nadřazeným pojmem pro všechny expresivní terapie, jako je dramaterapie, poetoterapie, muzikoterapie či taneční terapie a jde tedy o využívání jakýchkoliv forem umění v práci

s klientem. Užší pojetí arteterapie poté využívá pro práci s klientem pouze výtvarného umění, které má vyjádřit klientovy pocity, nálady a stavy.

Lze se setkat s několika možnostmi definice arteterapie, přičemž některé z nich zní:

„Arteterapie je psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám (v užším pojetí formám výtvarného umění, v širším i jiných uměleckých oborů).“

„Arteterapie je jedním z psychoterapeutických postupů. Opírá se o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde při ní o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Výtvarný projev lze vymezit jako vyjádření pocitů, názorů, emocí či pojetí vnitřního světa člověka pomocí výtvarných prostředků.“

„Arteterapie je práce týmová a musí být prováděna ve spolupráci s psychologem, psychiatrem nebo pedagogem. Pomáhá psychologovi zpřesnit diagnózu a prognózu, hlavně však je zaměřena do rozvoje tvořivých (kreativních) schopností klienta a na jeho citový vývoj. Význam a hodnota výtvarné práce spočívá v procesu činnosti, v pozitivním vztahu mezi arteterapeutem a pacientem.“ (Müller, 2014, s. 77-78)

Česká arteterapeutická asociace definuje arteterapii jako: *„Léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné, a artpsychotherapie, kde výtvary a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.“* (Arteterapie, 2020)

Arteterapie ve vztahu terapeut-klient napomáhá k vyjádření sebe sama v rámci psychotraumatizujících zážitků, které klient prožil během svého života. Může tak docházet k rozvoji vnímání, osobnosti, ale také k rozvoji oblasti duchovní, intelektové, citové, což může vést až k sebeuzdravení. Výtvarné umění je využíváno jako prostředek v rámci komunikace. Absolutním těžištěm je tvůrčí proces samotný, nikoliv hodnocení vzniklého díla. (Pipeková, Vítková, 2001, s. 105-106)

Dvě základní pojetí arteterapie:

- **jako psychoterapeutická disciplína** – hlavní váha v tomto pojetí je přenesena na samotný proces tvorby klienta, jedná se o sebeúzdavný mechanismus tvoření, který poté není dále interpretován,
- **jako psychodiagnostická disciplína** – v tomto pojetí se se samotným procesem tvoření a finálním výtvořem dále pracuje. (Müller, 2014, s. 78)

Formy práce v arteterapii

- **Individuální arteterapie** – terapeut pracuje pouze s jedním klientem dle dohody. Dohoda obsahuje četnost a délku sezení, způsob práce, tedy s čím bude klient pracovat. Individuální arteterapie je založena na vztahu terapeut-klient, kdy by se měla respektovat určitá pravidla – přirozenost ze strany terapeuta, respektování klienta, komunikace musí být pro klienta srozumitelná atd.
- **Skupinová arteterapie** – terapeut pracuje se skupinou klientů, dle předem domluvených pravidel, která jsou stejná jako u individuální arteterapie. Rozdíl u skupinové arteterapie na rozdíl od individuální můžeme spatřovat ve skupinové dynamice. Ta je souhrnem skupinového dění a interakcí, vytváření interpersonálních vztahů a interakce mezi členy skupiny. Kromě samotné práce a přístupů terapeuta může klient využívat i zkušeností ostatních klientů. (Arteterapie, 2020)

3.10 Trénink paměti

Stárnutí s sebou přináší řadu změn, které podmiňují zranitelnost organismu, klesají určité schopnosti a s nimi i celkový výkon, které však člověk dokáže kompenzovat, a to externí a interní kompenzací. Externí kompenzace zahrnuje například využívání kompenzačních pomůcek, jež jsou spjaty s omezenými pohybovými možnostmi. S tím se pojí také způsob a typ dopravy právě vzhledem k pohybovým možnostem. Interní kompenzace se naopak soustřeďuje na kognitivní funkce či trénink paměti. Tyto kompenzace se dále doplňují selekcemi, které omezí člověka na takové činnosti, které zná a dobře je stále zvládá. (Špatenková, 2004, 65-72)

Právě trénink paměti je jednou z prevencí poruch paměti. „*Kromě vlastního trénování paměti můžeme využít spoustu dalších činností, jimiž mozek aktivujeme. Jsou vhodné samozřejmě i pro ty, které trénování paměti nebaví a nechtějí se mu věnovat, ale k jiným činnostem jsou otevřenější. Výborné je třeba psaní deníku či sepisování vlastních vzpomínek. Při psaní si lépe utřídíme myšlenky, procvičíme pravou i levou hemisféru, při čtení si pak připomeneme*

konkrétní vzpomínky, dle okolností si přesně vybavíme ten konkrétní den, situaci. Sepisování vlastních vzpomínek lze pojmout kreativně nejen po stránce stylistické, ale také výtvarné- vzpomínky můžeme doplnit kresbami, kolážemi apod.“ (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 32)

Mezi další činnosti, které jsou prospěšné pro trénink paměti, můžeme zahrnout jakékoliv tvůrčí činnosti, neboť právě ty zaměstnávají pravou mozkovou hemisféru. Je to například překreslování jednoduché kresby, spojování čísel, dokreslení druhé poloviny obrazce apod. Právě co největší využívání pravé mozkové hemisféry přispívá k oddálení různých degenerativních onemocnění mozku. Dále jsou to stolní hry, ať už deskové či karetní, které napomáhají k procvičení kognitivních funkcí zábavným způsobem. Ale například i takové sledování televize, které je veskrze pasivní, se dá pojmout aktivně. Senior si například může vybavovat jména herců, názvy filmů apod. Velmi prospěšné je hlasité čtení, které propojuje obě mozkové hemisféry a přispívá k lepšímu zapamatování si textu. Zároveň je ke zraku také zapojen sluch. Stejně tak, jako je důležité procvičovat pravou mozkovou hemisféru, je důležité procvičovat i tu levou, která je centrem logického myšlení. Tu lze cvičit pomocí logických her, jako jsou šachy či dáma. Velmi přínosné jsou i kvízové hry typu Česko. (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 32-35)

Praktická cvičení na trénink paměti:

- zapamatování si znaků a symbolů dle předlohy,
- zapamatování si a doplňování známých pranostik,
- procvičování epizodické paměti (přečtení textu a jeho následovné vybavení děje),
- procvičování slovní paměti (doplňování slov, doplňování písmen),
- procvičování koncentrace pozornosti pomocí citátů, čísel, slov atd.,
- procvičování logického myšlení (přiřazování správných slov, analogie),
- procvičování kreativity (vymýšlení příběhů, asociace k obrazcům, kreslení piktogramů k předem daným slovům, vybarvování). (Suchá, Jarolímová, 2017, s. 50-117)

Shrnutí

V rámci této kapitoly jsme se podrobněji seznámili s jednotlivými terapiemi, které se u klientů s Alzheimerovou nemocí, ale také s jinými stařeckými demencemi, využívají. Jak je možné pozorovat, spektrum terapií je velmi široké. Mezi nejznámější a nejpoužívanější terapie patří: ergoterapie, fyzioterapie, animoterapie, bazální stimulace či reminiscenční terapie. Avšak je nutné zdůraznit, že toto je jen pouhý výčet terapií, které existují a které se v praxi využívají.

4 SeneCura s.r.o.

Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce je věnována společnosti SeneCura, ve které probíhal výzkum praktické části. V návaznosti na toto sociální zařízení je zmíněn postup poskytování sociálních služeb, zákon o sociálních službách a s ním spjaté standardy kvality sociálních služeb.

„*Život pokračuje s námi.*“ Takto zní motto společnosti SeneCura, která se v České republice stala jedním z největších nestátních provozovatelů Domovů pro seniory (DS) a Domovů se zvláštním režimem (DZR), kde je zajišťována péče 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu.

4.1 Historie

V roce 2008 vstupuje SeneCura na český trh a je založena společnost Senior Holding s.r.o. a později v roce 2010 jako SeneCura s.r.o. O šest let později, tedy v roce 2014, je položen základní kámen zařízení SeniorCentra Klamovka v Praze a zároveň je položen základní kámen při rekonstrukci SeniorCentra v Chrudimi. Tato dvě zařízení se s odstupem času stala vlajkovými loděmi pro celou společnost SeneCura a její ostatní zařízení v České republice.

V roce 2015 se SeneCura stala součástí francouzské skupiny ORPEA, která se svým přístupem zasloužila o vizitku lídra v oblasti péče o seniory v Evropě. Tentýž rok dochází ke slavnostnímu otevření SeniorCentra Klamovka a SeniorCentra Chrudim.

Od roku 2017 se společnost SeneCura může pyšnit tím, že nevynechala ani jeden jediný rok, kdy by neotevřela nové zařízení. Konkrétně k dnešnímu roku můžeme hovořit o 16 zařízeních, a to:

- SeniorCentrum Havířov (38 lůžek DS, 111 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Hradec Králové (23 lůžek DS, 111 lůžek DZR + 15 lůžek odlehčovací služby)
- SeniorCentrum Chrudim (34 lůžek DS, 60 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Klamovka - Praha (56 lůžek DS, 60 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Kolín (26 lůžek DS, 56 lůžek DZR + 20 lůžek odlehčovací služby)
- SeniorCentrum Liberec (50 lůžek DS, 60 lůžek DZR + 6 lůžek odlehčovací služby)
- SeniorCentrum Modřice - Brno (46 lůžek DS, 109 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Olomouc (32 lůžek DS, 80 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Písek (109 lůžek DS)
- SeniorCentrum Plzeň (22 lůžek DS, 120 lůžek DZR)

- SeniorCentrum Slivenec-Praha (45 lůžek DS, 95 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Šanov (36 lůžek DS, 84 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Šterboholy - Praha (52 lůžek DS, 80 lůžek DZR + 8 lůžek odlehčovací služby)
- SeniorCentrum Telč (62 lůžek DS, 30 lůžek DZR + odlehčovací služba)
- SeniorCentrum Terezín (45 lůžek DS, 99 lůžek DZR)
- SeniorCentrum Chotěboř (122 lůžek, prozatím registrace pro 20 lůžek DS a 20 lůžek DZR)

4.2 Současnost

V současnosti společnost SeneCura provozuje na 16 zařízení, kdy kapacita činí neuvěřitelných 2166 lůžek. Cílovou skupinou DS jsou senioři od 60 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost, a to buď z důvodu věku či zdravotního stavu, kteří vyžadují pomoc od druhé osoby. Cílovou skupinou DZR jsou poté senioři od 55 let, v některých domovech i od 50 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodů Alzheimerovy nemoci, stařecké demence či demencí spjatých s poruchami orientace a paměti, kteří vyžadují pomoc od druhé osoby.

Cílem společnosti SeneCura je klienty podporovat a motivovat v udržení soběstačnosti, pomoci jim při vytváření a udržování sociálních vazeb či je pobízet k aktivnímu trávení volného času pro zachování motorických, smyslových a rozumových dovedností.

SeniorCentra zajišťují péči o klienty 24 hodin denně, sedm dnů v týdnu, kdy je zajištěna zdravotnická, ošetrovatelská i sociální péče.

4.3 SeneCura SeniorCentrum Chrudim s.r.o.

Základní kámen SeniorCentra v Chrudimi byl položen roku 2014, kdy Domov vešel do rozsáhlé rekonstrukce budovy, která pochází již z roku 1926. Slavnostního otevření se SeniorCentrum dočkalo o rok později, tedy v roce 2015.

Kapacita Domova činí 94 lůžek, přičemž 24 lůžky disponuje Domov pro seniory, který je rozdělený do dvou domácností, a to domácnost u Nováků (12 lůžek) a domácnost U Veselých (12 lůžek). Domov se zvláštním režimem poté disponuje 70 lůžky a je rozdělen do 7 následujících domácností: domácnost U Novotných (10 lůžek), domácnost u Svobodů (10 lůžek), domácnost U Horáků (10 lůžek), domácnost U Černých (10 lůžek), domácnost U Dvořáků (10 lůžek), domácnost U Procházků (10 lůžek) a domácnost U Kučerů (10 lůžek).

Jak si můžeme všimnout, domácnosti jsou pojmenovány dle nejčastějších českých příjmení, a to pro snadnější orientaci klientů v prostorech Domova.

Chrudimské SeniorCentrum je rozděleno do tří podlaží, kdy se v prvním podlaží, přízemí, nachází tři domácnosti Domova se zvláštním režimem. Dvě z domácností mají tu výhodu, že mají klienti přímý vstup na zahradu Domova. Druhé podlaží je celé vyhrazeno pro Domov se zvláštním režimem. Poslední, třetí podlaží, je celé vyhrazeno pro Domov seniorů a disponuje dvěma slunnými terasami. (SeneCura, 2020)

A právě chrudimské SeniorCentrum společnosti SeneCura se stalo působištěm, ve kterém byl uskutečněn výzkum bakalářské práce.

4.4 Poskytování sociálních služeb

Rok 1989 s sebou přinesl značné změny, které zasáhly i oblast sociálních služeb. S postupujícím časem a požadavky společnosti, přestaly být sociální zařízení zřizovány pouze státem, ale začaly být poskytovány i nestátními neziskovými organizacemi, soukromými osobami, církví či kraji. I samotný vstup a politika Evropské Unie ovlivnila chod sociálních služeb.

Po fázi rozšiřování vzešla do popředí kvalita poskytovaných služeb, její pravidla, přístup ke klientům, ale zároveň i k zaměstnancům či na odbornou kvalifikaci pracovníků, jež sociální služby zajišťují. V současné době je hlavní důraz kladen na takové sociální služby, které dbají na dodržování lidských práv při jejich poskytování, na respektování svobody a zajištění důstojného života svých klientů. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 67)

4.4.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění

1. ledna 2007 vstoupil v České republice v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který do praxe zavedl nové pojmy, jako jsou standardy kvality sociálních služeb, příspěvek na péči, registr poskytovatelů sociálních služeb a jiné.

Zákon legislativně definuje jednotlivé druhy sociálních služeb a rozděluje je na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči,

podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.

Tento zákon se použije na právní vztahy, které nejsou upraveny přímo použitelným předpisem Evropské unie.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., MVCR, 2021)

Dále zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování podpory a pomoci osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Obsahuje jednotlivé druhy sociálních služeb, viz. výše či rozsah činností, které musejí být poskytovanou službou zajištěny. Dále je možné v zákoně nalézt podmínky pro vydání oprávnění na poskytování sociálních služeb, tzv. registraci, upravuje kontrolu poskytování sociálních služeb, tzv. inspekce či je zde možné nalézt předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a kvalifikační předpoklady pro pracovníka v sociálních službách. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 67-71)

Důležitou součástí zákona o sociálních službách je vyhláška č. 505/2006 Sb., která obsahuje hodnocení schopnosti zvládnání základních životních potřeb, rozsah úkonů v rámci základních činností či maximální výši úhrad za poskytování sociální služby. Velmi důležitou částí této vyhlášky je i obsah standardů kvality sociálních služeb. (Vyhláška č. 505/2006 Sb. – vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, MVCR, 2021)

4.4.1.1 Standardy kvality sociálních služeb

Po roce 1989 prošel systém sociální péče značnými proměnami. Po fázi rozšiřování vzešla do popředí kvalita poskytovaných služeb, nastavení pravidel sociálních služeb či přístup ke klientům a zaměstnancům, kteří péči zajišťují.

„Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb., MVCR, 2021)

„Hlavním smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva uživatelů, ale i pracovníků, kteří konkrétní služby poskytují. Standardy kvality jsou formulovány obecně, protože jsou zaměřeny na všechny typy sociálních služeb. Jednotlivé standardy jsou rozloženy do kritéria, podle kterých lze soudit, zda konkrétní služba toto kritérium splňuje.“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 54)

Standardy kvality sociálních služeb jsou založeny na těchto principech:

- **dodržování práv uživatelů** – zařízení usiluje o vytvoření takových podmínek, v nichž uživatel může naplňovat svá práva,
- **respektování volby uživatelů** – vytvoření takových podmínek, ve kterých se uživatel sociální služby může cítit důstojně a rozhodovat se dle svého rozhodnutí,
- **individualizace podpory** – služba se přizpůsobuje uživateli,
- **zaměření na celek** – na situaci uživatelů sociálních služeb se pohlíží v souvislostech, nikoli pouze v dílčích aspektech,
- **flexibilita** – služba se přizpůsobuje potřebám uživatele, nikoliv uživatel potřebám pracovníků, režimu zařízení či způsobům práce.

Cílem standardů kvality sociálních služeb je zvýšení kvality poskytované služby, zajištění ochrany práv a svobod uživatelů služby, rovný přístup k plnohodnotnému životu či podpora v nezávislosti na autonomii. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., MVCR, 2021 a dále Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 67-75)

Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. definuje jednotlivé standardy kvality sociálních služeb, a to následovně:

- 1) **Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb** – zde jsou definovány cíle, postupy a poslání dané služby, tento závazek napomáhá k tomu, aby lidé nebyli vylučováni z přirozených vazeb a mohli tak uplatňovat svou vůli; organizace, jež poskytují sociální péči, chrání klienta před negativním hodnocením.
- 2) **Ochrana práv osob** – zde jsou definovány oblasti, při nichž by mohlo dojít k ohrožení práv klientů sociálních služeb, a zároveň zde nalezneme pravidla, která zamezují ohrožování těchto práv.
- 3) **Jednání se zájemcem o sociální službu** – daná organizace jasně a srozumitelně informuje o službách, které nabízí; uzavírá smlouvy o službě; sama organizace si stanovuje pravidla pro odmítnutí zájemce.

- 4) **Smlouva o poskytování sociální služby** – je uzavírána ústně nebo písemně – pokud však obsahuje ubytování či zajištění základních práv, tak musí být vždy písemná; klient může smlouvu kdykoliv vypovědět; uzavření je možné jen za předem stanovených podmínek; je předem stanoven postup pro zajištění náhradní služby.
- 5) **Individuální plánování průběhu sociální služby** – zde nalezneme pravidla pro plánování služeb; klient má právo měnit osobní cíle v průběhu poskytované služby; klíčový pracovník je odpovědný za plán a realizaci služby; naplňování cílů klienta je sledováno; organizace musí mít vypracovaný způsob, jakým budou sdělovat informace o klientovi.
- 6) **Dokumentace o poskytování sociální služby** – je předem stanoveno, jaké údaje se budou o klientovi shromažďovat; jak dlouho se budou archivovat; evidence klientů může být v určitých případech anonymní.
- 7) **Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby** – klient je předem informován o tom, jak a jakým způsobem si může stěžovat a komu si může stěžovat; jakým způsobem bude se stížností naloženo a jak bude vyřízena + v jaké lhůtě bude vyřízena; stížnosti na kvalitu či způsob služeb musí být podán písemnou formou; klient, jenž si chce stěžovat, může k podání stížnosti využít svého zástupce nebo tlumočnicka.
- 8) **Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje** – to znamená spolupráce s jinými dostupnými službami veřejnosti; podpora kontaktu klienta s rodinou, jakmile však dojde ke konfliktu v osobních vztazích, poskytovatel zůstává neutrální.
- 9) **Personální a organizační zajištění sociální služby** – je stanovena struktura a počet pracovních míst; kvalifikační a jiné předpoklady; pravidla pro přijímání a zaškolování pracovníků; s klientem, jenž má zvláštní potřeby, pracuje pouze příslušně vzdělaný a zaškolený personál.
- 10) **Profesní rozvoj zaměstnanců** – jsou stanoveny postupy pro hodnocení pracovníků; musí existovat oboustranná komunikace mezi pracovníky a vedením; jsou zajištěny programy pro další vzdělávání pracovníků; je možná konzultace pracovníků s nezávislým odborníkem.
- 11) **Místní a časová dostupnost služby** – je určeno místo a doba, kdy bude služba dostupná.
- 12) **Informovanost o poskytované sociální službě** – poskytovatel sociální služby má srozumitelně zpracované informace týkající se osob, pro které je služba určena.

- 13) Prostředí a podmínky** – sociální služba je zajištěná materiálně, technicky, hygienické podmínky odpovídají poskytované sociální službě; prostředí, ve kterém je poskytována sociální služba, je důstojné a odpovídá osobám a jejich individuálním potřebám, pro které je služba určena.
- 14) Nouzové a havarijní situace** – nouzové a havarijní situace jsou definovány; pracovníci jsou seznámeni s postupy, jimiž se budou v dané situaci řídit; o vzniklých situacích je vedena dokumentace.
- 15) Zvyšování kvality sociální služby** – organizace má zavedené způsoby, pomocí nichž bude kontrolovat, zda jsou služby poskytovány v souladu s veřejným závazkem a zdali jsou naplňovány cíle klientů; je zajištěn způsob, jakým bude zjišťována spokojenost klientů, kteří službu využívají; do hodnocení poskytované služby jsou zapojeni zaměstnanci, právnické osoby, ale také zainteresované fyzické osoby. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., MVCR, 2021)

Úvod o poskytování sociálních služeb, vymezení zákona o sociálních službách a standardů kvality úzce souvisí se společností SeneCura s.r.o. Toto zařízení se řídí zákonem o sociálních službách a ve své činnosti respektuje standardy kvality sociálních služeb. V chrudimském zařízení společnosti SeneCura byl proveden výzkum, který se nachází v empirické části, která navazuje v dalších kapitolách této bakalářské práce.

II Empirická část

Empirická část bakalářské práce je věnována výzkumnému šetření, jehož cílem je zjistit, jakých terapeutických metod se u osob s AN využívá, jakým způsobem na dané klienty působí, případně zdali ovlivňují jejich emoční a kognitivní schopnosti. Dále obsahuje vymezení kvalitativní metodologie, jež byla při výzkumu využita a jejích jednotlivých metod, které byly použity, a to analýza dokumentů, pozorování, rozhovory, které byly vedeny jak s aktivizačními pracovníci, tak s klientem, jenž trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci ze SeneCura SeniorCentra Chrudim. Zároveň byla na tomto klientovi provedena případová studie, která celý výzkum sjednocuje. Části pozorování a případová studie, které se nachází v empirické části, jsou doplněny o autentické fotografie, které však nejsou vloženy v přílohách, ale nachází se vzhledem k lepší názornosti přímo v textu.

5 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části je zjistit, jakých terapeutických přístupů se u osob s Alzheimerovou nemocí využívá, které terapie se využívají nejčastěji a jaký je jejich efekt v oblasti emoční, kognitivní a sociální.

6 Metodologie výzkumu

Následující kapitola obsahuje vymezení kvalitativního výzkumného designu, který byl v rámci výzkumu použit, dále jsou objasněny jeho jednotlivé metody, jako je analýza dokumentů, pozorování, rozhovor a případová studie.

6.1 Kvalitativní výzkum

Pána tvrdí, že: „*Obecně pojmem kvalitativní výzkum rozumíme každý výzkum, který nevychází ze statistických zhodnocení, přesněji řečeno nepoužívá ke svým výstupům kvantifikační postupy. Jde o výzkum, který svou zaměřeností se soustřeďuje na oblast lidských příběhů, postojů, vztahů, společenských hnutí a organizací, přičemž ke svým výstupům jako demonstrační příklad používá kvantitativních ukazatelů a jejich zhodnocení, analýza je kvalitativní.*“ (2007, s. 52)

V kvalitativním výzkumu se shromažďují data, která jsou získána za pomoci kvantitativních postupů, které jsou dále klasifikovány a propojovány s kvalitativním výzkumem. Jedná se tedy o nematematický postup, o analýzu údajů, které byly získány ze studia pramenů, pozorování, rozhovorů či za pomoci grafických výtvorů, a to za účelem vyjádření poznatků v určité problematice. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je odhalení podstaty jevů za pomoci detailních informací.

Kvalitativní výzkum využívá na rozdíl od kvantitativního méně respondentů a snaží se o získání podstaty získaných informací. K jejich závislosti, provázanosti, pravidelnosti a významnosti, využívá induktivního přístupu, kdy se získané údaje předběžně formulují do závěrů, tzv. pracovních hypotéz, které se následně ověřují. Kvalitativní výzkum především usiluje o platnost výsledků, tedy toho, co chtěl zjistit. Výsledek výzkumu by se tedy měl ztotožňovat s jeho cílem. (Pána, 2007, s. 52-57)

První metodou, jež je při výzkumu bakalářské práce využita, je analýza dokumentů. Analýzou dokumentů se rozumí studium hmotných záznamů lidské činnosti, které primárně nevznikly za účelem jejich zkoumání. Při kvalitativním výzkumu se nejčastěji setkáváme s analýzou písemných dokumentů, mezi něž můžeme řadit osobní deníky, třídní knihy, literární díla, statistiky, daňová přiznání, telefonní účty, osobní spisy, novinové články, soudní spisy či osobní korespondenci. (Pána, 2007, s. 41-44) V našem případě se jedná o osobní dotazník, který klient vyplnil při nástupu do zařízení, osobní složku klienta, individuální plán (IP), zdravotní dokumentaci, sociální dokumentaci, knihu života či zápisy od PSS a ZS v počítačovém programu IS Cygnus, který se v sociálních službách používá.

Druhou metodou je pozorování, které má vždy výběrový charakter. Mezi hlavní rysy pozorování patří systematickost, plánovitost, tzv. program pozorování, který obsahuje prostředky a techniky, které budou využity při shromažďování materiálu a časový postup. Dále sem patří objektivnost, jakožto objektivní, přesné a pravdivé podchycení průběhu pozorování.

Pozorování je možné dělit na:

- **zjevné přímé** – výzkumník osobně sleduje zkoumaný materiál (osobu, zvíře, věc),
- **skryté přímé** – kdy je výzkumný materiál sledován např. přes skrytou kameru, videozáznam atd.

Z hlediska délky trvání je dále děleno na:

- **krátkodobé** – a to v rámci několika minut či hodin a ve většině případů slouží k přípravě, vytváření škál či hypotéz,
- **dlouhodobé** – zahrnuje delší časový úsek, a to většinou v rámci měsíců, ale i let, pro oba typy výzkumu, tedy jak pro kvantitativní, tak kvalitativní, je dlouhodobé pozorování vhodnější.

Cílem pozorování je formulace výzkumných otázek, jejich zpřesňování a prověřování a v neposlední řadě přeměna na teorii, která je předmětem výzkumu. (Pána, 2007, s. 16-17) V našem výzkumu jsme konkrétně použili zjevné přímé pozorování a z hlediska délky trvání to bylo pozorování krátkodobé.

Třetí metodou, která je využita ve výzkumu bakalářské práce, je rozhovor neboli interview. Ten je považován za jeden z nejdůležitějších nástrojů kvalitativního výzkumu. Jedná se o plánované získávání dat, kdy je dotazovaný za pomoci přesně formulovaných otázek pobízen k odpovědím. Tento způsob je označován jako řízený rozhovor. Pro vědecké účely je využíván standardizovaný rozhovor, který je předem připravený, přesně formulovaný a je sestaven od obecnějších otázek ke konkrétnějším. Jedná se o osobní rozhovor, který je nejen výzkumníkem veden, ale zároveň si vede záznam z rozhovoru. Posledním typem rozhovoru je rozhovor volný, který má sice širší záběr, ale zjištěná data jsou velmi těžko zpracovatelná. Ve většině případů se tedy využívá jako doplňující k ostatním formám technik. Mezi zvláštní formy rozhovorů můžeme zařadit hloubkové neboli intenzivní interview. Respondent odpovídá na předem připravené otázky, ale jestliže dojde při rozhovoru ke změně situace, přebírá respondent rozhovor do vlastních rukou dle svého uvážení. Svým vstoupením do rozhovoru tak svým potenciálem mění jeho průběh. (Pána, 2007, s. 68-69) V našem výzkumu jsou použity

rozhovory standardizované, a to jak v případě rozhovorů s aktivizačními pracovníci, tak s klientem. Viz. kapitoly 7.2 a 7.3.

Poslední metodou, která je ve výzkumu využita, je případová studie. Dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007) má případová studie, jež je využívána pro výzkumné účely, dlouhou historii. Původně byla využívána jako nástroj pro práci s nejrůznějšími klienty, kdy bylo studium těchto klientů prováděno na zakázku a výsledky poté sloužily například v psychologii, medicíně, ale také se zasloužily o rozvoj pedagogiky. Avšak v první polovině 20. století začala případová studie sloužit jako dlouhodobý výzkumný záměr, který přinášel prospěch jednak zkoumanému pacientovi, studentovi či organizaci, ale také teoriím jednotlivých disciplín. (2007, s. 96-97) Vymezení pojmu případové studie však není vždy jednotné. „*Hranice mezi jednotlivými pojetími však nejsou příliš ostré a v zásadě lze říci, že případová studie, jak vyplývá z názvu, je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případů.*“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 97)

Mezi charakteristické rysy případové studie dle Yin patří:

- případ, který je předmětem výzkumu, je integrovaným systémem s vymezenými časovými i prostorovými hranicemi,
- zkoumání sociálního jevu probíhá vždy v reálném kontextu, a to za co nejpřirozenějších podmínek, ve kterých se jev vyskytuje,
- pro získání co nejvíce relevantních údajů jsou využívány veškeré zdroje a metody sběru dat, které jsou dostupné. (Yin in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 13-14)

V případě našeho výzkumu je objektem případové studie klient Petr, který trpí lehkým stupněm AN. Vhodný klient byl do případové studie vybrán až po řadě konzultací s vedoucí sociální pracovnící a vrchní sestrou zařízení SeneCura SeniorCentra Chrudim. Zkoumání probíhalo po dobu osmdesáti hodin a vzhledem k aktuální situaci probíhalo pouze v rámci chrudimského Domova společnosti SeneCura. Aby byla případová studie co nejkvalitnější, byly využívány následující zdroje a metody sběru dat: pozorování, rozhovor, analýza dokumentů – zdravotní dokumentace, sociální dokumentace, kniha života, IP, zápisy od PPS a ZS v IS Cygnus nebo osobní složka klienta.

6.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka (HVO) bakalářské práce zní: „*Jaké terapeutické přístupy u osob s Alzheimerovou nemocí využíváte?*“ Hlavním cílem této otázky je zjistit, jaké terapeutické

metody se u klientů s tímto onemocněním využívají v organizaci SeneCura, konkrétně v SeniorCentru Chrudim. V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku navazují i vedlejší výzkumné otázky, a to VVO 1 „*Jaké účinky mají výše zmiňované přístupy na tyto klienty?*“ a VVO 2 „*Jsou tyto terapeutické metody vhodné pro klienty s Alzheimerovou nemocí?*“. Při aktivizaci klientů, jenž trpí Alzheimerovou nemocí, je velmi důležité pracovat s informacemi, které je možné získat od klienta samotného či jeho nejbližší rodiny. Je nutné si uvědomit, že ne každý terapeutický přístup je vhodný pro každého klienta a je tak na místě přistupovat k danému klientovi individuálně. Cílem vedlejších výzkumných otázek je zjistit, zdali mají terapeutické metody na tyto klienty nějaký dopad a jak a jestli vůbec je ovlivňují po emoční a kognitivní stránce.

7 Analýza a interpretace dat

Rozhovoru se zúčastnily dvě aktivizační pracovnice ze SeneCura SeniorCentra Chrudim, které mají s touto prací několikaleté zkušenosti a jsou takřka v každodenní interakci klient-terapeut-terapeutická aktivita. Cílem rozhovorů bylo zjistit, jaké terapeutické přístupy u osob s Alzheimerovou nemocí využívají, jaké se provádějí nejvíce, zda-li jsou pro klienty s tímto typem onemocnění vhodné a v neposlední řadě, jak a jestli vůbec tyto přístupy ovlivňují emoční a kognitivní složku klienta.

Dále byl rozhovor proveden s klientem, který trpí lehkým stupněm AN, a to pro zjištění oblíbenosti daného terapeutického přístupu, četnosti návštěv a účinků, které by se měly díky terapiím dostavovat.

Pro zachování anonymity jsou aktivizační pracovnice dále označovány jako „Aktivizační pracovnice V“ a „Aktivizační pracovnice L“. V případě klienta je uváděno pouze „Klient Petr, 84 let“.

Předmětem pozorování byla především práce aktivizačních pracovnic při terapeutických přístupech u osob s Alzheimerovou nemocí a dále klienta, který trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci a těchto terapií se zúčastňuje. Cílem pozorování bylo zjistit, jak probíhají terapeutické přístupy v praxi.

7.1 Výběr respondentů

Nejprve si představíme jednotlivé respondenty.

Aktivizační pracovnice V. – 5 let praxe aktivizační pracovnice u klientů s Alzheimerovou nemocí

Aktivizační pracovnice L. – 3 roky praxe aktivizační pracovnice u klientů s Alzheimerovou nemocí

Klient Petr – 84 let, trpí lehkým stupněm AN s pozdním nástupem

7.2 Rozhovory s aktivizačními pracovníci

Konstrukci rozhovorů s aktivizačními pracovníci tvořily následující otázky:

1. Jaké terapeutické přístupy využíváte u klientů s AN?
2. Které metody se provádějí nejvíce? A jaké mají účinky na klienty s AN?
3. Myslíte si, že jsou tyto metody pro klienty s AN vhodné? Proč ano/ne?
4. Kombinujete u jednoho klienta více metod? Pokud ano, jaké?

5. Tvoříte u klientů individuální plán? Pracujete s tím, co měl daný klient během života rád, jakou dělal práci, jaké měl koníčky apod.?
6. Jak se k novým terapeutickým přístupům dostáváte a jakým způsobem se jim učíte?

Otázka č. 1: Jaké terapeutické přístupy využíváte u klientů s AN?

Odpovědí na tuto otázku se dostavilo mnoho, avšak obě aktivizační pracovnice se shodují na následujících terapeutických přístupech, které se v chrudimském Domově u klientů s AN využívají: kognitivní sady, snoezelen, bazální stimulace, trénink paměti, který probíhá formou čtení knih, časopisů, prohlížení fotografií, obrazů, ale také sledování filmů, které probíhá v rámci filmového klubu, dále vaření, které stimuluje jak zrak, čich, chuť, tak hmat.

Jak v rozhovoru vypověděla aktivizační pracovnice V.: *„U klientů s Alzheimerovou nemocí využíváme převážně snoezelen, muzikoterapii, kognitivní sady, dále se provádí i bazální stimulace. Důležitý je individuální přístup ke klientům. Hodně se čte z knih, které si klienti sami vyberou. Dále uspořádáváme filmový klub, kde se promítají především černobílé filmy. Vesměs se hodně věnujeme vzpomínkovým terapeutickým postupům, a to v rámci pečení, vaření, což je vlastně jedna z aktivitací k podněcování vjemů u klientů, aby to nebylo čistě jenom o fyzickém podněcování například v rámci fyzioterapie.“* Dále je to ale například animoterapie, vycházky po okolí, ale také výlety na hrady, zámky a jinak známá místa.

Otázka č. 2: Které metody se provádějí nejvíce? A jaké mají účinky na klienty s AN?

Metody, které se u klientů s Alzheimerovou nemocí využívají nejčastěji, jsou bazální stimulace, reminiscenční terapie, muzikoterapie, animoterapie nebo fyzioterapie. Aktivizační pracovnice V. dodává, že: *„Velice se nám osvědčilo relaxační křeslo, které má padesátiminutový program. To samé platí u snoezelenu, kde tyto programy jsou různé délky a různých možností a klienti se v rámci této terapie vnitřně uklidní, zrelaxují, odpočinou si a pokud je to možné a jsou klienti schopní nám sdělit, že se jim tato terapie líbí, což jsou většinou klienti DS, tak se tato terapie intenzivně opakuje.“*

Účinky jsou dle slov aktivizačních pracovnic různé. Častokrát, a to především u nových klientů, se experimentuje a zkouší se, co danému klientovi vyhovuje či nevyhovuje. Ale například u bazální stimulace nebo u snoezelenu dochází k uvolnění, relaxaci a někdy i ke klidnému spánku, který je u klientů s tímto onemocněním velmi vzácný. U pravidelné reminiscenční terapie jsou vidět mírná zlepšení a postupné vybavení si informací z dlouhodobé paměti.

Velmi dobře pozorovatelné jsou pokroky při fyzioterapii, která podporuje klienta v cestě k tomu, aby zůstal mobilní a nepotřeboval tak k pohybu žádné kompenzační pomůcky.

Otázka č. 3: Myslíte si, že jsou tyto metody pro klienty s AN vhodné? Proč ano/ne?

Obě aktivizační pracovnice se shodly na tom, že z výše uvedených terapeutických přístupů je většina naprosto vhodná a téměř šitá na míru pro klienty právě s Alzheimerovou nemocí.

Je však nutné mít na paměti, a to dodává sama aktivizační pracovnice L., že: „*Snažíme se klienty neinfantilizovat. Děláme s nimi věci, které jsou úměrné k jejich věku, jsou cílené. Kreslíme si a vybarvujeme obrázky, ale nedáváme klientům vybarvovat například omalovánky, které jsou určené dětem. Dáváme jim kytky nebo něco podobného, co si můžou vybarvit, což je normální, ale nedáváme jim autíčka, mašinky, sněhuláky a tak.*“

Otázka č. 4: Kombinujete u jednoho klienta více metod? Pokud ano, jaké?

I v tomto případě se aktivizační pracovnice shodly na tom, že je v Domově určitý počet klientů, u kterých se kombinují různé terapeutické metody. Jsou to především klienti, kteří se nachází v prvním, případně druhém stupni onemocnění, a jde tak o maximální snahu zachování soběstačnosti. Nejčastěji to jsou následující metody: fyzioterapie, která přispívá k zachování mobility, dále reminiscenční terapie a trénink paměti, které jsou zaměřené na procvičování krátkodobé a dlouhodobé paměti, ale především je to nácvik běžných denních aktivit, jako je oblékání, svlékání, nazouvání a zouvání bot, čištění zubů, sprchování, úklid pokoje, příprava a přijímání stravy atd., kterými se společně s PSS snaží o udržení kvalitního života.

Aktivizační pracovnice L. v rozhovoru vypověděla: „*Máme tady momentálně novou klientku, u které se hodně využívá kognitivní sada, která obsahuje speciální karty. Je využívána především proto, že klientka nemůže vzhledem ke svému onemocnění využívat verbální komunikaci. Spíše používá různá gesta a zvuky, takže jsou pro klientku udělané speciální karty, pomocí kterých s námi mluví. U této klientky dále docházíme i v rámci rehabilitace, kde probíhá protahování horních i dolních končetin, dále trénujeme i jemnou motoriku, aby byla klientka schopná si například vyčistit zuby nebo se najíst a napít. Různými míčky a doplňkovými sadami na cvičení ji masírujeme, a to včetně bazální stimulace.*“

Otázka č. 5: Tvoříte u klientů individuální plán? Pracujete s tím, co měl daný klient během života rád, jakou dělal práci, jaké měl koníčky apod.?

Při odpovědích na tuto otázku se aktivizační pracovnice sešly v názorech, že konkrétně v tomto Domově se ke klientům přistupuje velmi individuálně. Individuální plány se tvoří ihned

s příchodem klienta do zařízení spolu s knihou života, která se tvoří za přítomnosti rodinných příslušníků.

Individuální plány se obnovují po šesti měsících a pečlivě se dohlíží na to, aby byly naplňovány přání a potřeby klienta. Individuální přístup se odráží také v terapeutických přístupech. Např. pokud daný klient neměl během života rád zvířata a vypověděl to on sám nebo jeho nejbližší rodina, tak s touto informací aktivizační pracovníce pracují a klienta do terapií, jež zvířata obsahují, nezapojují.

Otázka č. 6: Jak se k novým terapeutickým přístupům dostáváte a jakým způsobem se jim učíte?

Aktivizační pracovníce V. říká: „K novým terapiím se dostáváme vzdáváním, jak akreditovanými kurzy, tak samostudiem. Samozřejmě vyhledáváme co nejvíce možných způsobů.“ K novým terapeutickým přístupům se tedy aktivizační pracovníce dostávají pomocí kurzů, školení či sdílením s jinými domovy SeneCura, kde se jim zároveň i učí a vidí, jak probíhají v praxi. Také však čerpají inspiraci pomocí samostudia literatury nebo internetu, jak dodala aktivizační pracovníce L.

Shrnutí rozhovorů s aktivizačními pracovníci

Z rozhovorů s aktivizačními pracovníci vyplývá, že spektrum terapeutických přístupů je u osob s Alzheimerovou nemocí velmi široké a pestré. Navíc, jak je patrné, se ke klientům Domova SeneCura SeniorCentra Chrudim přistupuje velmi individuálně a klient se tak například nemusí dostávat do stresových situací tím, že by musel vykonávat činnost, která mu není příjemná či ji dělat nechce.

7.3 Rozhovor s klientem trpícím lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci

V rámci rozhovoru s klientem Petrem, který trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci, byly kladeny následující čtyři otázky:

1. Jakým způsobem vyplňujete svůj volný čas v tomto zařízení? Máte nějaké koníčky?
Rituály?
2. Zúčastňujete se některých terapeutických metod, které v tomto zařízení probíhají?
Pokud ano, jakých?
3. Která z výše uvedených terapeutických metod je Vaší nejoblíbenější? Jak často se jí zúčastňujete?

4. Domníváte se, že Vás některá z metod, kterých se zúčastňujete, nějakým způsobem ovlivňuje po emoční a kognitivní stránce?

Otázka č. 1: Jakým způsobem vyplňujete svůj volný čas v tomto zařízení? Máte nějaké koníčky? Rituály?

Klient Petr tráví volný čas v zařízení mnoha různými způsoby. Dle jeho slov je výplň dne častokrát ovlivňována ročním obdobím či počasím. Petr v rozhovoru vypověděl, že: „*Mým koníčkem je myslím si čtení denního tisku. Každý ráno potřebuju novy noviny, abych věděl, co se děje ve světě novýho.*“ Mezi jeho koníčky patří luštění křížovek, osmisměrek a hraní karetních her. Od jara při hezkém počasí tráví většinu času venku na zahradě, kde si sám vytvořil záhon, na kterém pěstuje jahody, rajčata a okurky. Právě zahradničení je jeho koníčkem již od mládí.

Otázka č. 2: Zúčastňujete se některých terapeutických metod, které v tomto zařízení probíhají? Pokud ano, jakých?

Klient na tuto otázku odpověděl: „*Rád se zúčastňuju všeho, co tady probíhá. Hlavně výlety mám rád.*“ Třikrát týdně chodí cvičit do fitness centra, kde na něho dohlíží pracovnice fitness centra, které s ním procvičují jak horní, tak dolní končetiny. Klient trpí po úrazu velkými bolestmi levé kyčle, avšak díky vhodné fyzioterapii dokáže tyto bolesti zcela eliminovat. Mezi další terapie, kterých se zúčastňuje, patří například animoterapie či muzikoterapie. Dále se zúčastňuje výletů, které v Domově probíhají, a to jak do blízkého okolí, tak na vzdálenější místa.

Otázka č. 3: Která z výše uvedených terapeutických metod je Vaší nejoblíbenější? Jak často se jí zúčastňujete?

Klient Petr vypověděl, že nemá žádnou nejoblíbenější terapeutickou metodu, ale má rád jakoukoliv chvíli, kdy si s ním přijde někdo popovídat, když ho někdo vezme ven, na vycházku, na výlet. Je mu velmi blízký styk s lidmi, a pokud se mu jej dostává dostatek, je tak nejspokojenější. Jak sám říká: „*Mám rád cokoliv. To já všechno беру. Hlavně tancovat.*“ Dodává se smíchem.

Otázka č. 4: Domníváte se, že Vás některá z metod, kterých se zúčastňujete, nějakým způsobem ovlivňuje po emoční a kognitivní stránce?

Po emoční stránce klienta nejvíce ovlivňuje právě styk s jinými lidmi, ale také jakákoliv forma animoterapie, neboť má velmi blízký vztah ke zvířatům. Jak klient říká: „*Tohle mě právě nabíjí tou energií, kterou mám pak po celý den a mám dobrou náladu.*“ Na druhou část otázky klient

nevěděl, jak má přesně odpovědět, a tak mu bylo objasněno, co kognitivní stránka znamená a jakým způsobem se dají kognitivní schopnosti rozvíjet. Petr říká, že: „*Nejvíc mi pomáhat ty, no osmisměrky, ty mi trénujou tu moji hlavu, ale taky noviny. Ty mě informujou o tom, co se děje venku no..*“ V neposlední řadě je to slečna logopedka, která s klientem trénuje řeč, která se věkem a zmíněným onemocněním zhoršuje.

Shrnutí rozhovoru s klientem

Z rozhovoru s klientem Petrem vyplývá, že se velmi rád zúčastňuje jakýchkoliv terapeutických metod a akcí, které se v Domově uskutečňují. Ty mu do určité míry pomáhají jak po fyzické, tak emoční stránce. Zároveň z rozhovoru vyplývá, že je klient komunikativní, přátelský, má rád pozornost jiných lidí, je akční a ve svém věku, neuvěřitelných osmdesát čtyři let, má neustále dostatek energie do života.

7.4 Pozorování

Zúčastněné pozorování praktikovaných terapeutických metod u osob s Alzheimerovou nemocí probíhalo 80 hodin v SeneCura SeniorCentrum Chrudim s.r.o., které je specializováno na klienty, kteří onemocněli Alzheimerovou nemocí, Parkinsonovou chorobou či jinými stařeckými demencemi.

Jak můžeme níže vidět, je pro klienty v tomto zařízení tvořen týdenní plán terapeutických aktivit, který je doplněn o piktogramy a nese název Plán aktivit pro tento týden. Je vyvěšen na každé z devíti domácností a na přehledných veřejných místech, aby jak klienti, tak jejich rodinní příslušníci mohli vidět, kdy a jaká terapie probíhá.



Plán aktivit pro tento týden

25. ledna pondělí	26. ledna úterý	27. ledna středa	28. ledna čtvrtek	29. ledna Pátek
1432 – Požár poškodil Staroměstskou radnici.	1993 – Václav Havel byl zvolen prezidentem Česka.	1945 – Osvobození koncentračního tábora v Osvětimi.	1919 – Byla založena Masarykova univerzita.	Na Saleského Františka mezuzina si často zapíká.
svátek slaví Miloš	svátek slaví Zora	svátek slaví Ingrid	svátek slaví Otýlie	svátek slaví Zdislava
9:00 – 11:30 Individuální cvičení na domácnostech DZR 	9:00 – 10:30 Individuální aromaterapie na pokojích klientů ve II. patře 	9:00-11:30 Individuální luštění křížovek ve II. patře v obýváku 	9:00 – 11:30 Individuální cvičení na domácnostech DS 	9:00 – 11:30 Posezení u kávy na domácnosti U Černých
9:00-11:30 Poslech hudby na domácnosti U Svobodů 	9:00-11:30 Dámský klub 	9:00-11:30 Procvičování jemné motoriky U Dvořáků 	9:15-11:30 Individuální snoezelen v relaxační místnosti 	9:15-11:30 Individuální Filmový klub na domácnostech DZR
14:30 -15:30 Čtení z denního tisku na domácnosti U Kučerů 	14:00 -15:30 Individuální Canesterapie na domácnostech 	13:00 – 14:30 Hraní společenských her v obýváku ve II. patře 	13:00 -14:30 BINGO 	14:00 – 15:30 Vycházky po malé zahradě
14:30-15:30 Individuální práce s kognitivními sadami ve II. patře 		14:30-15:30 Hraní a zpěv na varhany v kapli našeho Domova 	15:00 – 15:30 Vycházky po malé zahradě 	14:00-15:30 Individuální bazální stimulace na domácnostech v II. patře

V současné době do odvolání jsou z důvodu karanténních opatření aktivity max. do 10 klientů

Obr. 1 Plán aktivit 25. 1. – 29. 1. 2021

Podle tohoto týdenního plánu se uskutečňují vybrané terapeutické metody. Jak je možné vidět, terapie probíhají jak skupinově, tak individuálně, a to vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta a jeho schopnostem. Každý den je jiný a nabízí několik terapií, kterých se klienti mohou zúčastnit.

Pozorování bylo zaměřeno na klienta Petra, který se denně zúčastňuje fyzioterapie především v dopoledních hodinách. Při fyzioterapii procvičuje dolní končetiny, a to na speciálně upraveném rotopedu pro seniory. Poté se přemísťuje do relaxační místnosti, kde mu je dvakrát týdně provedena masáž šíje, zad, horních a dolních končetin. Zároveň každý čtvrtek dochází na kinezioterapii, která mu pomáhá od bolestí levé kyčle.

V odpoledních hodinách se poté zúčastňuje terapií, které jsou nabízeny aktivizačními pracovníci. V době pozorování se uskutečnil pánský klub, který je mezi klienty mužského pohlaví velmi oblíbený, neboť se mezi sebou mísí klienti z různých domácností a častokrát tak při pánském klubu narazí na starého známého. Pánský klub probíhá jednou měsíčně a pánové v něm naleznou téměř vše. Od zábavy, pobavení, přes hraní her až po odpočinek. Pro pány je tematicky přichystána místnost, v pozadí je puštěn dobový film, je připraveno drobné pohoštění ve formě kanapek, slaného i sladkého a samozřejmě nesmí chybět sklenička něčeho dobrého. Výhodami pánského klubu je bezesporu možnost poznat nové lidi, odpoutat se od stereotypu a načerpat energii na další dny. Pro pány jsou připraveny různé druhy her od těch karetních až po deskové.

Avšak neméně důležité je zmínit i individuální terapeutické metody, které probíhají u klientů, kteří se nachází ve druhém až třetím stupni Alzheimerovy nemoci, jsou po úrazech či po cévní mozkové příhodě (CMP), a jsou tak upoutáni na lůžko. U těchto klientů probíhá například bazální stimulace, která je častokrát doprovázena multisenzorickou stimulací, též známou jako snoezelen. Klienti jsou přemístěni do speciálně upravené místnosti, která je vybavená relaxačním křeslem, které má několik druhů programů. Klienti jsou do tohoto křesla napoložováni, je přes ně dána speciální zátěžová deka, pustí se relaxační hudba, osvědčený je i aroma difuzér, na zeď se pustí promítání obrázků, například oblohy, louky či lesa a aktivizační pracovníci danému klientovi provádí právě výše zmiňovanou bazální stimulaci, a to především tu somatickou. Právě díky dotekům a různým tlakovým stlačení si klient i přes onemocnění uvědomuje své vlastní tělo a na tyto podněty určitým způsobem reaguje. Například škrabnutím ruky, pohnutím prstů, stlačení ruky aktivizační pracovníci, křikem či změnou výrazu ve tváři.

Díky kombinaci těchto dvou terapií se klient uvolní, zrelaxuje a při pravidelné účasti jsou pozorovatelná i drobná zlepšení.

Na obrázku 2 můžeme vidět relaxační místnost, která je určená na masáže, kinezioterapii, ale také je vybavena relaxačním křeslem a snoezelenem. Na obrázku 3 můžeme pozorovat relaxační křeslo, které má různé programy s různými intervaly. Do tohoto křesla jsou klienti napoložováni, je přivezen snoezelen (na obr. 2 vpravo dole), ztlumí se světlo a je prováděna například bazální stimulace. Právě díky těmto terapiím jsou klienti zrelaxováni, odpočinou si a častokrát se dostavuje i kvalitní spánek, který je v běžných případech velmi ojedinělý.



Obr. 2 Relaxační místnost



Obr. 3 Relaxační křeslo

Shrnutí pozorování

Z pozorování vyplývá, že spektrum terapeutických metod, které lze využívat u klientů s Alzheimerovou nemocí, je velké množství, avšak především je třeba dbát na individuální přístup k danému klientovi, znalost diagnózy a životního příběhu. Díky vhodnému výběru terapeutických metod a jejich pravidelnosti se mohou dostavit jak fyzická, tak psychická zlepšení. Avšak absolutním základem terapií je to, aby se při nich klient cítil uvolněně, nezúčastňoval se jich pod určitým tlakem a byly provozovány správnou technikou.

8 Případová studie

V případové studii je objektem zkoumání klient Petr, 84 let, který trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem. V rámci případové studie jsou popsány jednotlivé vývojové fáze, životní milníky, důležitá data, události, a to vše až do dnešní doby.

Klient Petr se narodil v roce 1936 v Pardubicích. Společně s rodiči, s otcem Pavlem, který pracoval jako zámečnický a redaktor v Semtíně a matkou Zdenkou, která později pracovala jako sekretářka ředitele Semtína v oblasti tajných dokumentů, vyrůstal v Rosicích nad Labem. Petr pochází z pěti synů. Jako první se narodil právě klient Petr, druhý byl Jiří, třetí Richard, čtvrtý Zdenek a pátý, poslední byl Pavel (viz. obrázek 4). Základní školu navštěvoval v Rosicích nad Labem, ale vzhledem k četnému cestování i v jiných městech. U klienta byla však v období pubescence objevena epilepsie, a tak mu nebylo umožněno vystudovat střední školu. Proto se společně s rodiči rozhodl pro studium na středním odborném učilišti, na kterém se vyučil jakožto obráběč kovů.



Obr. 4 Zleva Petr, Pavel, Zdenek, Richard a Jiří (r. 1954)

Vzhledem k onemocnění, kterým trpěl, hledali s rodiči různé varianty, a tak se ještě během studia na základní škole odstěhovali z Rosic nad Labem do Rohovládovy Bělé, kde otec získal lepší pracovní pozici. Avšak někdejší doba si vyžádala několikero stěhování během Petrova dospívání. Z Rohovládovy Bělé se přestěhovali do Dobrušky u Nového Města nad Metují. Zde žili přibližně 1-2 roky. Časově se pohybujeme okolo 8.-9. roku klienta. Poté následovalo ještě několik změn bydliště. Přestěhovali se například do Krkonoš, na které klient Petra vzpomíná velmi rád. Předposlední stěhování se uskutečnilo až do dalekých Karlových Varů,

kde na pozici ředitele místního divadla, pracoval klientům strýc, bratr z otcovy strany. Ten svému bratrovi, otcovi klienta, nabídl pracovní místo jakožto řidič autobusu, který vozil divadelní herce po vystoupeních. Zde také Petr dostudoval po řadě změn základní školu. A právě v Karlových Varech procítl jeho cit k divadelnictví a herectví. Ve finále se však vrátili zpět do rodných Rosic. V Pardubicích poté Petr vystudoval střední odborné učiliště. Okolo 19. roku se o slovo přihlásilo opět Petrovo onemocnění, epilepsie. Lékařka klientovi doporučila dlouhodobou hospitalizaci v jednom z pražských sanatorií, které se na léčbu epilepsie zaměřovalo. A tak přišlo další stěhování, tentokrát do Prahy, do sanatoria specializovaného na epileptické záchvaty. Zde Petr strávil dlouhé čtyři roky svého života, které však vyléčení od záchvatů nepřinesly. Po návratu z léčení se Petrovi naskytla pracovní nabídka v Semtíně, kterou vzhledem k okolnostem, pracoval zde také jeho otec a později i matka, přijal. A právě v Semtíně začala Petrova pracovní kariéra.

Změna však přišla okolo 30. roku, kdy se jeho zdravotní stav ohledně epileptických záchvatů nezlepšoval. Jednoho dne však jeho ošetřující lékařka přišla s návrhem, aby veškeré léky na epilepsii vysadil a povedlo se. Petr se zbavil veškerých záchvatů, a to až do dnešní doby. V této době také poznává svou první ženu, na jejíž jméno si vzhledem ke svému onemocnění nemůže vzpomenout. O pár měsíců později se společně stěhují do bytu v pardubických Polabinách. Během jednoho roku spolu zplodili svého prvního potomka, syna. Ani jeho jméno si však Petr nemůže vybavit. Dle slov Petra na svou první ženu nevzpomíná rád, neboť se jej pokusila při jedné z hádek zabít – chtěla ho pobodat kuchyňským nožem. Jejich manželství nemělo dlouhého trvání a po jednom roce soužití se rozvedli. Přibližně o pět let později Petr poznává svou druhou ženu, Vlastu, se kterou již našel štěstí. Společně se přestěhovali do domu ve Starých Čivicích. Petr s Vlastou společně zplodily dvě děti, dceru Miroslavu a syna Petra. V těchto letech, přibližně v 36 letech, udělal Petr zásadní rozhodnutí. Odešel ze Semtína a začal se věnovat tomu, co ho bavilo – sportu. Vzhledem k tomu, že vedl sportovní kroužek při Sokolu, mu byla nabídnuta, dle slov Petra, pracovní nabídka snů. Začal pracovat jako učitel tělocviku na základní škole v Černé za Bory, čemuž se věnoval až do odchodu do důchodu a značnou část i v důchodovém věku.

Během dospívání, a především dospělosti, si Petr našel zálibu v divadelnictví, čemuž se společně s rodinnými příslušníky řadu let věnoval. Právě díky divadelnictví našel lásku a krásu cestování, které ho provádělo po celý život. Petr procestoval řadu cizích zemí, jako je Rusko, Slovinsko, Slovensko, Bulharsko, Chorvatsko nebo Itálie. Nejvíce si však užíval cestování po rodné zemi, a především po československých horách. Oblíbil si turistiku a také lyžování. Mezi

další koníčky patřily ale také běžky, v letních měsících jízda na kole, plavání, s přáteli a sourozenci sjížděl české, ale i slovenské řeky. Na Seči si společně se svým druhým synem, Petrem, postavil chatu a pořídil si plachetnici, která se stala jeho největší zálibou a chloubou. Na tuto dobu, kdy se jezdil rekreovat na Seč, klient velmi rád vzpomíná. K těmto všem koníčkům ještě přibylo zahradničení a pěstování ovoce a zeleniny. Tuto zálibu si Petr uchoval až do dnešní doby. Společně se svou druhou manželkou, Vlastou, měli u domu velké hospodářství, chovali býky, ovce, kozy a slepice.

Na následujících dvou fotografiích můžeme pozorovat klienta Petra při jeho nejoblíbenějších koníčcích. Na obr. 5 jej můžeme pozorovat při lyžování, kterému se začal učit již v jeho sedmi letech, tedy v roce 1943. Na obr. 6 je Petr již sedmadvacetiletý a nachází se v Krkonoších nedaleko hory Sněžky při horské túře se svými přáteli v roce 1963.



Obr. 5 Petr učící se lyžovat



Obr. 6 Petr v Krkonoších

Po odchodu do důchodu se i nadále Petr věnoval pozici tělocvikáře na základní škole, zahradničení a cestování. Jeho zdravotní stav však začala ovlivňovat Alzheimerova nemoc s pozdním nástupem. Do svých 80 let byl Petr schopný žít v domácím prostředí, starat se o sebe, o svou ženu i domácnost. Během roku 2016 však společně se svou dcerou, Miroslavou, došli k rozhodnutí, že již není v jeho možnostech žít v rodinném domě – klient v předchozích letech utrpěl úraz levé kyčle a výrazně se zhoršila jeho mobilita. V srpnu téhož roku Petr nastupuje do ještě tehdejší Senior Rezidence v Chrudimi. Od roku 2016 je tedy Petr klientem SeneCura SeniorCentra Chrudim, kde je ubytován na domově pro seniory, na domácnosti U Nováků.

S Domovem je velmi spokojený, chválí si péči, stravu i rehabilitace. Na přání Petra mu byl v roce 2017 zřízen záhon, na kterém pěstoval tři druhy jahod. Později k jahodám přibyly také okurky a rajčata.

Petr, ačkoliv trpí Alzheimerovou nemocí a stále jsou zde rizika spjatá s epilepsií, je soběstačný. Hygienu a péči o zevnějšek zvládá sám, dopomoc je nutná pouze u sprchování či koupání se ve vaně, a to jen z důvodů možného uklouznutí a případného úrazu. Při chůzi, která je narušená úrazem levé kyčle, mu je oporou chodítka. To využívá také jako opěrný bod nebo židli, když se vydává na delší vzdálenosti, například k lékaři nebo na výlet. Petr se stravuje pomocí celého příboru, tedy lžice, vidličky a nože. Žádnou potravinovou intolerancí netrpí, jeho nejoblíbenější pokrmy jsou především ty sladké. Klient Petr je velmi komunikativní, má rád společnost druhých lidí. Sám si dokáže říci, s kým chce a nechce trávit čas, kdo mu je příjemný. Petr se velmi rád zúčastňuje akcí, které jsou v rámci Domova pořádány. Jednou z nejoblíbenějších akcí je Zahradní slavnost, která se koná každý rok na podzim v září, neboť na ní hraje hudba, má si s kým zatancovat a je vždy podáván výborný burčák. Do budoucích let má Petr ještě jedno přání – znovu se podívat na horu Sněžku, kterou v mládí navštěvoval každý rok.

Shrnutí případové studie

V případové studii byl objektem zkoumání klient z chrudimského Domova společnosti SeneCura, Petr, kterému je 84 let. Jak studie vypovídá, Petr měl velmi zajímavý a pestrý život. Během svého dospívání se společně s rodiči a sourozenci několikrát stěhoval na různá místa v České republice. Zároveň však jeho život velmi ovlivnilo onemocnění, kterým trpěl, epilepsie. Tu se však okolo 30. roku věku Petra podařilo eliminovat natolik, že do dnešní doby Petr neutrpěl už ani jeden záchvat.

Petrův život výrazně ovlivnily dvě ženy, manželky. Ta první bohužel však do jisté míry nešťastně, avšak ta druhá, Vlasta, mu přinesla do života štěstí. Petr má tři potomky. Syna z prvního manželství, na jehož jméno si však nepamatuje. Ve druhém manželství mu Vlasta porodila dceru Miroslavu a syna Petra.

Petrův život hojně vyplňovalo cestování, které bylo jeho největší zálibou. Ale bylo to také zahradničení, které jej provází do dnešní doby. I přes to, že se momentálně Petr nachází v domově pro seniory a stejně tak, jako většina lidí v jeho věku, trpí různými druhy nemocí, je plný elánu, dobré nálady a stále se těší na to, co přinese zítřek.

9 Diskuse

Díky členění bakalářské práce, která byla rozdělena na teoretickou a empirickou část, je možné propojit teorii s praxí. Mezi tím, co nás teoretická část uvedla do psychických onemocnění současnosti, definovala cílovou skupinu, nastínila samotnou AN, její příznaky a stádia, a nakonec představila jednotlivé terapie, které jsou u této cílové skupiny využívány, jako je například fyzioterapie, ergoterapie, bazální stimulace, reminiscenční terapie či animoterapie. Naopak empirická část díky metodám kvalitativního výzkumu, které byly ve výzkumu použity, a to především rozhovory či pozorování, ukazuje, že jsou terapie, jež jsou popsány v teoretické části práce, v praxi využívány a mají prokazatelně viditelné výsledky.

Díky rozhovorům jak s aktivizačními pracovníci, tak s klientem, jsme se přesvědčili o tom, že spektrum nabízených terapeutických přístupů je u osob s Alzheimerovou nemocí opravdu velké a pestré. Aktivizační pracovníci se díky akreditovaným kurzům a školením seznamují se stále novými terapiemi, které mají možnost vidět na vlastní oči a poté je mohou rovnou aplikovat do praxe. V rámci pozorování jsme se mohli podrobněji podívat na to, jak jednotlivé terapie probíhají a jaké účinky na klienty mají.

I přes to, že jsem si sama mohla pozici aktivizační pracovníce před lety vyzkoušet, terapie se stále vyvíjí a obměňují. Například bazální stimulace se využívá čím dál častěji, což za dob mého působení v pozici aktivizační pracovníce, nebylo tolik okázalé. Přesvědčila jsem se o tom, jak uklidňující dopady má bazální stimulace na klienty a v jaké míře je dokáže zrelaxovat a zároveň dovést k uvědomění si vlastního těla.

Vzhledem k vlastním pracovním zkušenostem jakožto aktivizační pracovníce ve výše zmiňovaném SeneCura SeniorCentru Chrudim, musím podotknout, že je nutné dbát na individuální přístup u každého klienta zvláště. Jestliže jednomu klientovi vyhovuje například bazální stimulace, automaticky to neznamená, že to bude vyhovovat i druhému klientovi. Senioři, kteří trpí různými druhy demencí, jsou velmi citliví a lehce zranitelní, a tak přítomnost do jisté míry cizího člověka a jeho doteky, nemusí vždy přijmout kladně. Zároveň je velmi důležité pracovat s životním příběhem klienta, věnovat pozornost jeho zdravotnímu stavu a adekvátně tak vyvodit, čeho je daný klient schopný. V neposlední řadě bych chtěla zdůraznit, že i přes onemocnění, která v současnosti populaci sužují, je stále dosti velké spektrum možností, jak je možné seniorům život zpříjemnit a zkvalitnit. A proto jsem si také pro výzkum bakalářské práce vybrala právě SeneCura SeniorCentrum Chrudim, neboť mohu s jistotou říct,

že se zaměstnanci tohoto domova snaží o maximální spokojenost jak klientů, tak jejich rodinných příslušníků.

Závěr

Možnosti využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí jsou velmi širokým a diskutovaným tématem, kterému se věnuje celá řada autorů a organizací. Cílem teoretické části bakalářské práce bylo definovat jednotlivé terapeutické metody, které se u klientů s tímto typem onemocnění mohou více či méně využívat. Součástí teoretické části byl úvod do psychických onemocnění současné doby, definice cílové skupiny, tedy osob, jež onemocněly Alzheimerovou nemocí.

V návaznosti na cílovou skupinu jsou zmíněny i pečující osoby, a to jak z domácího prostředí, tak z ústavní péče, které sehrávají v životě takového klienta významnou roli. Jedna samotná kapitola se věnovala definici Alzheimerovy nemoci, jejím příznakům a stádiím. Stěžejní část bakalářské práce se poté věnuje terapeutickým metodám, jako je psychoterapie, fyzioterapie, ergoterapie, bazální stimulace, reminiscenční terapie, trénink paměti, animoterapie či arteterapie, a to včetně jasné a přehledné definice.

Poslední a neméně důležitá kapitola teoretické části byla věnována SeneCura SeniorCentru Chrudim, jakožto organizaci, ve které se uskutečnil výzkum empirické části bakalářské práce. Součástí poslední kapitoly je přehled nejdůležitějších částí zákona o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb, které se k problematice vztahují. Tím je teoretická část uzavřena.

V empirické části bakalářské práce byly za pomoci metod kvalitativního výzkumu, analýzy dokumentů, pozorování, rozhovorů či případové studie, zjištěny terapeutické metody, které se u osob s Alzheimerovou nemocí využívají v praxi. V rámci rozhovorů s aktivizačními pracovníci a pozorováním jsme zjistili, že se v SeneCura SeniorCentru Chrudim využívá fyzioterapie, ergoterapie, muzikoterapie, bazální stimulace, reminiscenční terapie, za pomoci nejen kognitivních sad se provádí trénink paměti. Trénink paměti ale také probíhá formou výletů na známá místa, za pomoci sledování dobových filmů, poslechem hudby či předčítáním z knih. Zde si můžeme povšimnout propojení reminiscenční terapie a tréninku paměti. Velmi oblíbenou terapií je v chrudimském Domově společnosti SeneCura animoterapie, a to jak Canisterapie, tak F elinoterapie.

Z rozhovorů s aktivizačními pracovníci jsme se dozvěděli, že nejčastějšími terapiemi je právě animoterapie, muzikoterapie, fyzioterapie, trénink jemné a hrubé motoriky, ale také ergoterapie.

Z pozorování vyplývá, že vhodným zvolením terapie a individuálního přístupu ke klientovi, může docházet k pozitivním změnám jak po emoční, tak kognitivní stránce.

Nedílnou součástí empirické části je případová studie. Objektem zkoumání byl klient Petr, který trpí lehkým stupněm Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem. Případová studie (viz. str. 54-57) mapuje život Petra od narození, byly zmíněny jeho životní milníky a je doplněna o autentické fotografie z rodinných alb klienta.

Hlavním cílem výzkumu práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí. Cíl výzkumu práce byl naplněn, neboť jsme se díky rozhovorům jak s aktivizačními pracovníci, tak s klientem, který tímto onemocněním trpí, dozvěděli, jaké terapie jsou v praxi využívány, které jsou prováděny nejčastěji a k jakým změnám může u klientů s Alzheimerovou nemocí docházet. Některé z terapií, které zmiňují aktivizační pracovníci, byly již zmíněny v teoretické části práce, a je tak možné si povšimnout, že ačkoliv jsou určité terapie zaneseny do praxe již delší dobu, jsou stále aktuální a hojně využívány.

Vzhledem k vývoji společnosti je práce s klienty s Alzheimerovou nemocí velkou výzvou a je potřeba se v přístupech k této specifické skupině stále rozvíjet a zdokonalovat, a to nejen po terapeutické, ale také pečovatelské stránce. Terapeutické přístupy mají v praxi viditelné výsledky. Jejich efektivita je významná, neboť díky vhodně zvoleným terapeutickým přístupům může docházet ke zpomalení nemoci, zlepšení fyzického, ale také psychického stavu klienta.

V rámci praxe jsou terapeutické přístupy velkou výzvou nejen pro samotné terapeuty, ale také pro pracovníky v sociálních službách. Pokud by se PSS mohli zúčastňovat kurzů nebo školení a viděli, jak se daná terapie správně provádí, mohli by je poté zakomponovat do samotné péče o klienty, čímž by ještě zdokonalili prováděnou péči.

Seznam použitých zkratek

AD – Alzheimer's Disease

ADL – Běžné denní aktivity

AN – Alzheimerova nemoc

CMP – Cévní mozková příhoda

DS – Domov seniorů

DZR – Domov se zvláštním režimem

HVO – Hlavní výzkumná otázka

IADL – Instrumentální běžné denní aktivity

IP – Individuální plán

IS – Informační systém

PADL – Personální běžné denní aktivity

PSS – Pracovník v sociálních službách

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

VVO 1 a 2 – Vedlejší výzkumná otázka 1 a 2

ZS – Zdravotní sestra

Seznam použité literatury

1. Česká arteterapeutická asociace. *Arteterapie* [online]. Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2021 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/>
2. BICKOVÁ, Lucie a Dana HRDINOVÁ. *Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním*.
3. Česká ergoterapeutická asociace. *Ergoterapie* [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2021 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/>
4. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. 3. 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. ISSN 1211 1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
5. ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 29. 11. 2006 o provádění některých ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. ISSN 1211 1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
7. GIBSON, Faith. *Reminiscence and Recall*. London: Age Concern, 1994. ISBN 978-08-624-2142-7.
8. HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. 1. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
9. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
10. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
11. JANKŮ, Kateřina. *Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení*. Ostrava: Univerzita Ostrava, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7.
12. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
13. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
14. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

15. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
16. MÁTL Ondřej, Martina MÁTLOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s., 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.
17. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *MPSV* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
18. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7.
19. NORRIS, Andrew. *Reminiscence with Elderly People*. Bicester: Winslow Press, 1997. ISBN 978-08-638-8041-4.
20. PÁNA, Lubomír a Miroslav SOMR. *Metodologie a metody výzkumu*. České Budějovice: VŠERS, 2007. ISBN 978-80-86708-52-2.
21. PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči: Therapien in der sonderpädagogischen Behandlung*. 2., rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
22. SeneCura. *SeneCura* [online]. Praha: SeneCura, 2021 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://senecura.cz/>
23. SUCHÁ, Jitka a Eva JAROLÍMOVÁ. *Trénink paměti pro seniory: prevence Alzheimerovy choroby a dalších závažných onemocnění*. Brno: Edika, 2017. ISBN 978-80-266-0570-6.
24. Státní zdravotní ústav. *SZÚ* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2021 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/>
25. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
26. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize-psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
27. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
28. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Praha: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
29. ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas pro klienta

Příloha č. 2: Souhlas s poskytnutím nahrávaného rozhovoru pro klienta

Příloha č. 3: Souhlas s poskytnutím nahrávaného rozhovoru pro aktivizační pracovnice

Příloha č. 1: Informovaný souhlas pro klienta

Informovaný souhlas

Vážený kliente,

jmenuji se Barbora Andrejová a jsem studentkou humanitních studií na Univerzitě Pardubice a pro svou práci, která nese název Možnosti využití terapeutických přístupů u osob s Alzheimerovou nemocí, sbírám informace, které získám pomocí pozorování Vaší osoby při běžných denních aktivitách a terapeutických přístupech. Proto Vás žádám o souhlas, abych mohla být následujících 10 dnů ve Vaší přítomnosti. Zároveň Vás žádám o souhlas o poskytnutí a zveřejnění osobních fotografií.

Informace budou použity výhradně do mé bakalářské práce a nebudou nikde jinde zveřejněny. V případném užití informací o Vaší osobě bude zveřejněno pouze křestní jméno a Váš věk. Při tvorbě mé bakalářské práce mi zároveň pomůže krátký rozhovor s Vámi v rámci případové studie.

Děkuji za spolupráci,

Barbora Andrejová

Souhlasím, abych byl součástí výzkumu bakalářské práce.

ANO / NE

Jsem ochotný poskytnout rozhovor, který bude nahráván a ihned po jeho užití v bakalářské práci bude smazán.

ANO / NE

V, dne

Podpis

Příloha č. 2: Souhlas s poskytnutím nahrávaného rozhovoru pro klienta

Souhlas s poskytnutím rozhovoru – klient

Já

souhlasím s poskytnutím a nahráváním rozhovoru pro účely výzkumu bakalářské práce studentky Barbory Andrejové.

Nahrávka rozhovoru bude po užití v bakalářské práci ihned vymazána.

ANO / NE

V, dne

Podpis

Příloha č. 3: Souhlas s poskytnutím nahrávaného rozhovoru pro aktivizační pracovnice

Souhlas s poskytnutím rozhovoru – aktivizační pracovnice

Já,

souhlasím s poskytnutím a nahráváním rozhovoru pro účely výzkumu bakalářské práce studentky Barbory Andrejové.

Nahrávka rozhovoru bude po užití v bakalářské práci ihned vymazána.

ANO / NE

V, dne

Podpis

Seznam ilustrací

Obr. 1 Plán aktivit 25.1.-29.1. 2021

Obr. 2 Relaxační místnost

Obr. 3 Relaxační křeslo

Obr. 4 Zleva Petr, Pavel, Zdenek, Richard a Jiří (r. 1954)

Obr. 5 Petr učící se lyžovat

Obr. 6 Petr v Krkonoších