

Aktivizace klientů s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociální péče

Hana Matějčková

Bakalářská práce
2011/2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana MATĚJČKOVÁ**
Osobní číslo: **H09240**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Aktivizace klientů s Alzheimerovou chorobou
v zařízení sociální péče**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části seznámit s problematikou Alzheimerovy nemoci, a to s patofyziologií, příznaky, diagnostikou, klasifikací a léčbou onemocnění. Specifikovat zásady ošetrovatelské péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Představit Českou Alzheimerovskou společnost a seznámit s rozsahem působnosti této společnosti.

V praktické části formou rozhovorů a pozorování zjistit nabídku aktivizačních metod uživatelům zařízení sociální péče. Zjistit, jestli mají uživatelé o aktivizaci zájem, kterým aktivitám dávají přednost a vliv těchto metod na fyzický a psychický stav klientů. Na základě výsledků šetření vytvořit nabídku aktivizačních činností pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CALLONE, Patricia R., 2008. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1314-4.

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

PIDRMAN, Vladimír, 2007. Demence. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. Základy arteterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**

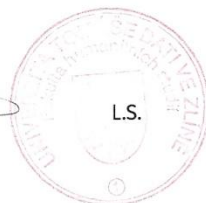
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


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




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 1.3.2012

Matejka

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou Alzheimerovy nemoci, a to patofyziologií, příznaky, diagnostikou, klasifikací a léčbou onemocnění.

V praktické části formou rozhovorů a pozorování zjišťuji nabídku aktivizačních metod uživatelům zařízení sociální péče. Zkoumám, jestli mají uživatelé o aktivizaci zájem, jakým aktivitám dávají přednost a vliv těchto metod na fyzický a psychický stav klientů.

Na základě výsledků šetření vytvořím nabídku aktivizačních činností pro praxi.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, zapomnětlivost, duševní

ABSTRACT

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with Alzheimer's disease, its pathophysiology, symptoms, diagnosis, classification and treatment.

In the practical part it is found out how big is the offer of activation methods for users of social care facilities. It is done by interviews and observations. The research examines whether the users are interested in the activation, which activities they prefer and the impact of these methods on physical and mental state of clients. Based on survey results, a range of motivating activities for practice use is created.

Keywords: Alzheimer's disease, dementia, forgetfulness, mental

Děkuji Mgr. Anně Krátké PhD. za podporu, odborné vedení, za cenné podněty a rady při vypracování mé bakalářské práce.

Rovněž děkuji všem respondentům, kteří věnovali svůj čas na rozhovor, a také děkuji rodičům, kteří mi poskytli významnou podporu při psaní mé bakalářské práce.

Motto:

„Člověk začne chápat život, teprve když začne myslet na smrt.“

Jiří Hubač

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEMENCE	12
1.1 DEFINICE POJMU	12
1.2 KLASIFIKACE DEMENCE	13
1.3 PŘÍZNAKY DEMENCE	13
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	15
2.1 ALOIS ALZHEIMER	15
2.2 PATOFYZIOLOGIE ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	15
2.3 ETIOLOGIE ALZHEIMEROVY CHOROBY	16
2.4 KLINICKÝ OBRAZ	17
2.5 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	18
2.6 DIAGNOSTIKA	18
2.6.1 Anamnéza.....	18
2.6.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí	18
2.6.3 Zobrazovací metody.....	19
2.7 LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE	19
2.7.1 Nefarmakologická léčba.....	19
2.7.2 Farmakoterapie.....	19
3 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST	21
3.1 SEZNÁMENÍ SE SPOLEČNOSTÍ.....	21
3.2 PROJEKTY ČALS.....	21
3.3 SLUŽBY ČALS	22
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	23
4.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	23
5 AKTIVIZACE SENIORŮ	24
5.1 ARTETERAPIE	24
5.2 MUZIKOTERAPIE	25
5.3 ERGOTERAPIE.....	25
5.4 TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE	26
5.5 ORIENTACE V REALITĚ	26
5.6 KOGNITIVNÍ REHABILITACE.....	26
5.7 SENZORICKÁ STIMULACE	27
5.8 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	27
5.9 TERAPEUTICKÉ VAŘENÍ (PEČENÍ).....	27
5.10 PET-TERAPIE	28
5.11 APLIKACE SVĚTLA.....	28
5.12 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
6 METODOLOGIE	30

6.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	30
6.2	METODIKA PRŮZKUMU.....	30
6.3	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	31
6.4	CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ	31
6.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	31
6.6	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK ROZHOVORU.....	32
6.7	CHARAKTERISTIKA POZOROVACÍHO ARCHU	32
7	VLASTNÍ VÝZKUM	33
7.1	ROZHOVORY	33
7.1.1	Rozhovor R1	33
7.1.2	Rozhovor R2	35
7.1.3	Rozhovor R3	38
7.1.4	Rozhovor R4	40
7.1.5	Rozhovor R5	42
7.1.6	Komentář k rozhovorům	44
7.2	POZOROVÁNÍ.....	44
7.2.1	Poslouchání hudebního pořadu ... a tuhle znáte?	44
7.2.2	Návštěva canisterapeutického psa.....	45
7.2.3	Prohlížení fotografií	45
7.2.4	Ranní kondiční cvičení.....	46
7.2.5	Krmení andulek.....	46
7.2.6	Práce s ubrouskem.....	46
7.2.7	Procházka po areálu	47
7.2.8	Vystoupení Mateřské školy Jedlí	47
7.2.9	Velikonoce	47
8	KARTOTÉKA ČINNOSTÍ PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	48
9	DISKUZE	49
	ZÁVĚR	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	52
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	54
	SEZNAM OBRÁZKŮ	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Téma pro zpracování své bakalářské práce „**Aktivizace klientů s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociální péče**“, jsem si vybrala záměrně. Přišlo mi zajímavé a blízké.

O problematiku Alzheimerovy demence (dále jen AD) jsem se začala zajímat v prvním ročníku na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, kdy jsme měli absolvovat praxi v domovech důchodců. V Jedlí byl v roce 2006 zřízen Domov se zvláštním režimem určený pro postižené AD. Protože v Jedlí bydlím, zažádala jsem o splnění praxe tam. Během dvou měsíců práce v tomto zařízení mě problematika uživatelů s Alzheimerovou chorobou zaujala.

V teoretické části se zaměřuji na pojmy demence, Alzheimerova choroba, České Alzheimerovské společnosti, seznamuji čtenáře s částí Zákona o sociálních službách a zabývám se aktivizací seniorů.

První kapitola teoretické části se zabývá demencí, její klasifikací a příznaky. Ve druhé kapitole se věnuji Alzheimerově demenci popsané Aloisem Alzheimerem, o kterém se v kapitole také zmiňuji. Dále se zabývám patofyziologií AD, její etiologií, klinickým obrazem, rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou. Ve třetí kapitole seznamuji čtenáře s Českou Alzheimerovskou společností a informuji o jejich projektech a službách. Čtvrtá kapitola shrnuje sociální služby, respektive informuje o činnostech domovů se zvláštním režimem. Pátá kapitola je stěžejní kapitolou v teoretické části. Jsou v ní zpracovány aktivizační metody vhodné pro seniory s AD.

V praktické části je zpracován průzkum, kterým jsem se snažila zjistit, jaká je nabídka aktivizačních metod pro klienty Domova se zvláštním režimem v Jedlí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Pod pojmem Alzheimerova choroba si představíme starší osobu, která nemůže nic najít, netrefí cestu domů, nepoznává známé lidi a podobně. Opravdu i tak se může jevit pacient trpící touto demencí.

1.1 Definice pojmu

„Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a předpony „de“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená „šilový“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání (Loucká, Pavla, 2002 cit. podle Kučerová, 2006). Jako první v medicíně tento termín použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicina“ v prvním století našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814“ (Raboch, Jiří, 2003 cit. podle Kučerová, 2006, s. 9).

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definice demence zní: „Demence (F 00-F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“

V publikaci *Demence a jiné poruchy paměti* autoři Jiráček, Holmerová, Borzová et al. (2009) popisují demenci jako poruchu, u které dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce zahrnujeme kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit. Kromě postižení kognitivních funkcí dochází k postižení dalších funkcí. U demencí jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je neostré, poněkud schematické, uvedené okruhy se navzájem prolínají: kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a cyklu spánek – bdění. Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí.

Pidrman (2007) vymezil pojem demence jako syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.

1.2 Klasifikace demence

Více než šedesát různých onemocnění vede ke vzniku demence. V odborné literatuře existuje řada rozdělení demencí, která se v průběhu času měnila. Pro každodenní praxi je dělení demencí uvedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize¹.

Podle MKN-10 dělíme demence²:

1. Demence u Alzheimerovy nemoci
2. Vaskulární demence
3. Demence u jiných nemocí zařazených jinde
4. Neurčená demence

1.3 Příznaky demence

Jak už bylo zmíněno, u demencí bývají postiženy kognitivní funkce, ovlivněny aktivity denního života a objevují se behaviorální a psychologické příznaky. U demencí se vyskytují zejména poruchy paměti, poruchy chování nebo poruchy exekutivních funkcí, což znamená, že jedinci nejsou schopni plánovat a provádět složitější úkony. Aktivity denního života, jako hygienická péče, péče o sebe sama, najezení, napití, oblékání a podobně jsou ovlivněny podle stadia závažnosti demence. Nejprve jsou postiženy tzv. instrumentální aktivity denního života, jako například nákup potravin, vaření či praní. Později se vyskytuje postižení bazálních aktivit, jako přemísťování z lůžka na židli nebo koupání. Ve velmi těžkých případech jsou jedinci plně odkázáni na péči druhé osoby. Poruchy chování mohou

¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO) a na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Na přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností podílela i Česká republika. 43. plenární zasedání Světového zdravotnického shromáždění WHO se usneslo přijmout MKN ve znění desáté decenální revize s novým názvem "Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)", s účinností od 1. 1. 1993. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994.

² Podrobné dělení demencí podle MKN je uvedeno v příloze

být různé. Tyto poruchy bývají pro samotného postiženého i jeho blízké obtížné, jedinci mohou utíkat z domova, ničit věci, vykřikovat, napadat ostatní. Pacienti mívají často bludy a halucinace, kterým pevně věří a přesvědčují o nich okolí. Dále se často objevují kolísavé poruchy emocí, vztek, smutek s pláčem, deprese. Pacienty postihují poruchy spánku. Může se jednat o nespavost, nadměrnou spavost či posun spánkového cyklu nebo spánkové inverzi.

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Alzheimerova demence je nejčastějším typem demence, hned potom následuje kombinace alzheimerovsko – vaskulární forma demence. Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů a v důsledku toho k mozkové atrofii. To má pak za následek vznik syndromu demence“ (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 29).

2.1 Alois Alzheimer

Alois Alzheimer, německý psychiatr, v roce 1906 poprvé popsal „podivně těžké onemocnění mozkové kůry“. Nikdo ho v tu dobu nebral vážně. Nyní se Alzheimerovo jméno skloňuje ve všech pádech. „Demencí neboli mozkovým onemocněním, které po něm bylo pojmenováno, nyní ve světě trpí podle odhadů až 37 milionů lidí, v České republice jich bylo v roce 2008 evidováno 120 000“ (Callone et. al, 2006)

„Bláznivý lékař s mikroskopem“, jak se Alzheimerovi říkalo, zjistil základní mechanismus nejtěžší a nejčastější formy stařecké demence: ukládání jednoho druhu bílkoviny v mozkové kůře vede k odumírání nervových buněk. Proč se bílkovina tak masivně usazuje, není zcela jasné dodnes. Proto je také Alzheimerova nemoc stále neléčitelná a průběh lze pouze o několik měsíců až let zbrzdit. Nejznámější obětí nemoci byl zřejmě bývalý americký prezident Ronald Reagan³.“ (Před 105 lety Alois Alzheimer poprvé referoval o lidské demenci, 2011)

2.2 Patofyziologie Alzheimerovy demence

V publikaci Demence a jiné poruchy paměti Jirák a kolektiv (2009, s. 29) uvádí: „V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá *beta*-amyloid. Tato bílkovina tvoří krystalky, kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Vznikají tak útvary, kterým se říká neuritické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato mozková oblast postižena funkčně. *Beta*-amyloid vzniká z bílkoviny, která je v mozkových buňkách přítomna za normálních okolností, je tělu

³ Ronald Wilson Reagan (6.2.1911 – 5.6.2004) byl 40. prezident Spojených států amerických a 33. guvernérem Kalifornie.

vlastní, nezbytná. Tato bílkovina se nazývá amyloidový nekurzorový protein. Ten je štěpen za normálních okolností enzymem nazývaným *alfa*-sekretáza na krátké rozpustné fragmenty, které mají svůj fyziologický význam (zatím ne zcela jasný, zřejmě se podílejí na plasticitě nervových buněk a chrání je před poškozením). Za patologických podmínek Alzheimerovy choroby je amyloidový nekurzorový protein následně štěpen enzymy *beta*- a *gamma*-sekretázami, které vytvářejí podstatně delší fragmenty než při štěpení *alfa*-sekretázou. Tyto delší fragmenty neplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustnými, srážejí se a polymerují. Tak vzniká *beta*-amyloid.

Druhá základní neuropatologická změna u Alzheimerovy choroby se odehrává přímo v neuronech. Dochází tam k degeneraci bílkoviny, jež se nazývá tau-protein. Změněný tau-protein vytváří vlákna, která mají tvar dvojité šroubovice, a ta jsou pak podkladem útvarů, kterým se říká neurofibrilární klubka. Neuronci obsahují neurofibrilární klubka neplní svou funkci a postupně zanikají.

V dalších stádiích Alzheimerovy choroby jsou porušeny i ostatní systémy neurotransmiterů, například systém excitačních aminokyselin. V důsledku toho je narušena schopnost učení se novým paměťovým obsahům.“ (Jiráková et al., 2009, s. 29)

2.3 Etiologie Alzheimerovy choroby

„Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění – převyšuje výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod“ (Jiráková et al., 2009, s. 21).

Jiráková a kolektiv (2009) uvedli, že v naší republice trpí demencí 100 000 osob, což je přibližně 1 % všech občanů. V populaci starší 65 let je četnost výskytu asi 5 %. V kategorii nad 85 let už demencí trpí 30 – 50 % jedinců.

„Alzheimerova choroba je onemocnění především vyššího věku a s věkem riziko vzniku onemocnění stoupá. Ve skupině 65letých jsou postiženi zhruba 2 – 3 %, každých 5 let se toto procento zdvojnásobuje. Ve skupině 80letých je postižena polovina populace. Existují ale i vzácnější formy s časným začátkem vzniku, např. již kolem 40. – 50. roku. V současné době se odhaduje, že je ve světě kolem 20 milionů lidí, trpících Alzheimerovou chorobou. V České republice se počet postižených odhaduje na cca 80 000.“ (Víte, kolik lidí touto nemocí trpí?, 2003)

2.4 Klinický obraz

Alzheimerova choroba je chronická, nenápadná, postupně se rozvíjející demence, která se diagnostikuje poruchou poznávacích funkcí, špatnou orientací v prostoru a následkem toho i blouděním. Orientaci v prostoru lze testovat kreslením vzájemně se protínajících obrazců podle předlohy. Postupem vývoje jedinci zapomínají jména, tváře, pojmy, nemají již takovou slovní zásobu. Zpomaluje se jim myšlení, snižuje intelekt. Může dojít ke ztrátě sexuálních zájmů, nebo naopak se může objevit hyperaktivita nebo nepřiměřené projevy sexuality. Nejvíce je postižena schopnost zapamatovat si nové poznatky, na druhou stranu dlouhodobá paměť bývá zachována relativně dlouho.

Pidrman (2007) popisuje řeč jako obsahově chudou a stereotypní, přítomny jsou verbigerace (stereotypní opakování jednoho slova), perseverace (ulpívání na jednom tématu, jedné myšlence, k čemuž se nemocný opakovaně vrací). Myšlení je zabíhavé, rozjíždivé, nevypravné. Mohou se objevit i bludy. V terminálních stádiích se mohou objevit i halucinace.

Mění se osobnost jedince, je sebestředný, sobecký podezřívavý, přestává o sebe pečovat. Nemá o nic zájem, nemá motivaci, aktivity. Zatím jsem mluvila pouze o kognitivních poruchách, ale ve stejné míře jsou narušeny i aktivity denního života a skupiny symptomů behaviorálních.

Aktivity denního života (ADL) podle Pidrmána (2007) zahrnují celou škálu běžných činností nemocného. Jde kupříkladu o schopnost nakládat s penězi, udat správně čas, schopnost telefonovat, oblékat se, schopnost udržovat stravovací návyky, vyplnit čas tvořivou činností.

Typické pro Alzheimerovu chorobu je postupné zhoršování instrumentálních všedních činností, a to jízda dopravním prostředkem, nákup potravin, uvaření, domácí práce, vyprání osobního prádla, telefonování, užívání léků, odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou. Také k tomu patří zhoršení aktivit denního života, což je najedení, napití, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, stolice, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině, po schodech.

„Behaviorální změny zahrnují další psychopatologické symptomy mimo oblast příznaků kognitivních, které se v průběhu demence mohou vyskytnout. Jedná se o poruchy chování a některé další chorobné projevy. Jde zejména o vznětlivost, agitaci, změny nálad, a to především úzkost, depresi, apatii, někdy i elaci nálady. Dalšími příznaky jsou noční bloudění,

psychotické příznaky, jako je výskyt bludů (zejména vztahovačných a perzekučních) a halucinací“ (Pidrman, 2007, s. 40).

Od objevení se prvních příznaků do smrti může uplynout až 10 let. V konečném stadiu je postižený zcela imobilní a umírá na nějaké přidružené onemocnění.

2.5 Rizikové faktory

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je vysoký věk nemocného, dále je jako rizikový faktor prokázána rodinná anamnéza a ženské pohlaví, nižší vzdělání nebo časté úrazy hlavy.

2.6 Diagnostika

2.6.1 Anamnéza

Sám pacient si mnohdy neuvědomuje svůj problém, proto je důležité, aby si problému všimli ostatní. Další osoba, ať už je to příbuzný či jiná pečující osoba, hlásí lékaři data o době a délce vzniku, průběhu onemocnění i osobní anamnestické údaje postiženého. Z těchto údajů pátráme po úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocnění srdce, cukrovce, poruchách metabolismu tuků, léčených depresích, přítomnosti demence u přímých příbuzných a po užívaných lécích. (Jirák et. al, 2009)

2.6.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

Vyšetřujeme neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou narušené: paměť, řeč, schopnost orientovat se v prostoru, schopnost obsluhovat televizi, mobil, auto, domácí spotřebič, poznávací funkce, plánování a ukončení úkolu, zvládání zaměstnání, změny chování a osobnosti. Několik testů pro zjištění diagnózy provádí psycholog, psychiatr a neurolog.

Nejpoužívanějším testem je MMSE (Mini-Mental State Examination), který testuje orientaci, zapamatování, počítání, poznávání a pojmenování předmětů, splnění úkolu, překreslení obrázku a opakování věty.

Další orientační testy jsou Wechslerova škála paměti (testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování a především poskytuje informace o slovní a zrakové paměti), WAB (testy řečových funkcí), Test řečové plynulosti a jiné. (Jirák et. al, 2009)

2.6.3 Zobrazovací metody

CT a MR upozorňují na morfologické odchylky.

SPECT a PET zjišťuje informace o kvalitě mozkového metabolismu, mozkového krevního průtoku, o přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů.

EEG ukazuje změnu mozkové aktivity. (Jirák et. al, 2009)

2.7 Léčba Alzheimerovy demence

Alzheimerovy choroba je nevyléčitelná, ale můžeme dosáhnout zpomalení průběhu nemoci. Léčbou oddalujeme nutnost hospitalizace.

Léčbu onemocnění zajišťuje ošetřující lékař spolu s psychiatrem a neurologem. Pro představu zmíním pár základních postupů léčby.

2.7.1 Nefarmakologická léčba

Behaviorální léčba zahrnuje životní styl, fyzickou aktivitu, psychickou aktivitu, optimalizaci sensorických funkcí a nutrici.

Životní styl – poučení pacienta, přátelská atmosféra, zachováváme jeho sociální funkčnost.

Přiměřená fyzická aktivita – aby nedocházelo ke spánkové inverzi a duševnímu chátrání, měli bychom do denního režimu zařadit taneční a pohybovou aktivitu.

Psychická aktivita – aby nedocházelo k psychickému rozladění nemocného, neměli bychom ho vystavovat zbytečné změně prostředí, necháme mu k dispozici hodiny a kalendář.

Optimalizace sensorických funkcí – musíme vědět, do jaké míry je postižen sluch a zrak nemocného, aby nedocházelo k nedorozumění.

Péče o nutrici – starší lidé obvykle nejsou schopni dodržovat správné stravovací návyky a zajistit odpovídající složení stravy.

2.7.2 Farmakoterapie

„Pro úspěšný způsob léčby AN ovlivňujeme acetylcholinergní systém, a to podáním inhibitorů cholinesteráz, prekurzorů acetylcholinu, agonistů nikotinových a muskarinových receptorů, ovlivněním acetylcholinergního systému cestou jiných mediátorů nebo některými dalšími cestami“ (Pidrman, 2007, s. 112).

Kognitivní farmakoterapie BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence) zahrnuje inhibitory cholinesteráz, donepezil, galantamin, rivastigmin.

Nekognitivní farmakoterapie BPSD zahrnuje léčbu antipsychotiky, antidepresivy, anxiolytiky a hypnotiky.

3 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

3.1 Seznámení se společností

Česká alzheimerská společnost (ČALS) vznikla v roce 1996 a jako občanské sdružení byla zaregistrována v roce 1997. Sídlí v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích. První alzheimerská společnost ve světě vznikla o 20 let dříve v Kanadě. Byla založena na základě požadavků některých profesionálů a rodinných příslušníků pacientů s demencí. Zdálo se jim, že u nás není demenci věnována dostatečná pozornost. ČALS dnes funguje již 15 let a má za sebou mnoho úspěchů.

Společnost poskytuje služby komunitního typu na rozhraní sociálního a zdravotnického typu. Kontaktní místa jsou rozmístěna po celé České republice.

Cílem organizace je pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které patří jak samotní postižení, tak i rodinní příslušníci.

Činnost ČALS je financována zpravidla projektově z různých zdrojů a nebyla by možná bez veřejných prostředků z dotací a grantů, ani soukromých finančních darů firemních a individuálních dárců. ČALS také každoročně v červnu pořádá veřejnou sbírku Pomerančový týden. Během Pomerančového dne upozorňujeme na problematiku Alzheimerovy choroby, distribuujeme informační materiály a ve spolupráci s našimi kontaktními místy pořádáme i další akce (například Koncerty pro vášku). Kontaktní místa pořádají každoročně v tomto termínu také veřejnou sbírku, jejíž výtěžek slouží ke zlepšení péče o osoby trpící demencí v kontaktních místech. (Alzheimer, © 2012)

3.2 Projekty ČALS

Česká alzheimerská společnost realizuje celou řadu projektů a služeb. Vybrala jsem jeden, který mi přijde velice zajímavý.

Jde o dlouhodobý projekt Bezpečný návrat, který pomáhá lidem, kteří jsou ohroženi blouďením. Projekt se jmenuje Bezpečný návrat, protože nemocní trpící demencí ztrácejí orientaci na známých místech. Cílem projektu je pomoci nemocnému nalézt cestu domů. Účastník programu má náramek na ruce s kódem a telefonním číslem na organizaci. Když se účastník ztratí, může se vyhledat podle údajů na náramku.

3.3 Služby ČALS

Společnost poskytuje dvě sociální služby, a to konzultace (poradenství) lidem trpícím demencí a jejich blízkým a respitní péči v domácnosti.

Česká alzheimerovská společnost prostřednictvím respitní péče usiluje o to, aby uživatelé se syndromem demence měli zajištěnou pomoc ve vlastní domácnosti v době, kdy se o ně nemůže postarat pečující, který potřebuje nezbytný odpočinek či prostor pro zařízení nezbytných věcí (jako jsou návštěvy u lékaře, úřadu apod.). Repitní péče v domácnosti je určena lidem, u nichž byl diagnostikován syndrom demence (jsou zpravidla starší 50 let), o které doma pečuje osoba, která potřebuje nezbytný odpočinek od celodenní péče. Odlehčovací služby zajišťují péči po dobu odpočinku pečujícího a to v rozsahu daném zákonem: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Jiráková et. al, 2009)

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen Zákon o sociálních službách) nám popisuje, jak mohou sociální služby pomoci a podporovat občany v nepříznivé sociální situaci. Sociální služby zahrnují jak sociální poradenství a služby sociální prevence, tak i služby sociální péče. Služby sociální péče pomáhají zajistit občanům fyzickou i psychickou soběstačnost a snaží se o jejich zapojení do běžného života ve společnosti. Mezi služby sociální péče patří mimo jiné Domovy se zvláštním režimem.

4.1 Domov se zvláštním režimem

V zákonu o sociálních službách v § 50 se uvádí, že v domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách.

Při poskytování pobytových sociálních služeb je režim přizpůsoben specifickým potřebám těchto jedinců. Domovy se zvláštním režimem poskytují podle Zákona o sociálních službách tyto základní činnosti:

- poskytování pobytu a stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

5 AKTIVIZACE SENIORŮ

„Aktivizace je širěji nespécifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti“ (Hartl, 2000, s. 27).

V této kapitole se zabývám aktivizačními metodami pro osoby trpící AD. Největší inspirací pro mě byla publikace „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“ od autorek Holmerové, Jarolímové a Suché, protože jedna z hlavních autorek, Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD., je předsedkyní České gerontologické a geriatrické společnosti a spoluzakladatelkou ČALS.

Pacienti s demencí nemají tak velkou fantazii, takže vymyslet nějakou tvůrčí aktivitu a motivovat je bývá velice těžké. Při arteterapeutických činnostech by dílo mělo mít užitek, jako zdobit chodbu. Podporuje to lepší motivaci. Pochvala za dobře odvedenou práci je nutností. Pro výběr vhodných aktivizačních metod se provádí testování, které se skládá ze tří částí: rozhovor s rodinou a pacientem, pozorování v běžných situacích a ze samotného testování.

„Aktivity posilují lidskou důstojnost a sebeuvědomění, protože dávají účel a smysl životu člověka obecně, to platí také zejména pro pacienty s demencí. Aktivity vytvářejí také mezníky času, strukturují den každého jedince“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s.140).

Cílem aktivizace je zlepšení nebo udržení dovedností, vyplnění volného času, prevence hospitalismu, pozitivní vliv na emoční stav pacienta, pravidelný režim. Na pacienty nepospícháme. Měla by být rovnováha mezi časem, kdy jsou pacienti aktivní a časem, kdy jsou v klidu.

5.1 Arteterapie

Arteterapie je poměrně mladá disciplína. V širším smyslu slova znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapii můžeme rozdělit na receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie je vnímání uměleckého díla, například návštěvy výstav a galerií. Arteterapie produktivní znamená použití konkrétních tvůrčích činností jako kresby, modelování, malby.

Arteterapii lze aplikovat formou individuální nebo skupinové terapie. Při individuální terapii má klient svého arteterapeuta, se kterým si vytvoří emocionální zážitek. Tato terapie je vhodná pro problémy vyžadující velkou pozornost terapeuta a není dobré, aby u toho bylo více klientů. Skupinová arteterapie je náročnější hlavně pro terapeuta. Skupinová terapie

má řadu výhod, sociální učení je rychlejší a intenzivnější, klienti s podobnými problémy se mohou podpořit, je demokratičtější a má ekonomický efekt. Na druhou stranu má také pár nevýhod, je méně diskrétní, je těžší skupinu organizačně zvládnout, je zapotřebí pohotovost a obratnost terapeuta. (Šicková-Fabricsi, 2002)

Pro arteterapeutickou praxi jsou důležité prvky imaginace, animace, koncentrace, restrukturalizace, transformace a rekonstrukce.

5.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie ve smyslu hudby a tance se používá od nepaměti. V prvotním smyslu byla hudba chápána jako forma komunikace s nadpřirozenými silami, nejčastěji byl prováděn rituál. Ve zdravotnictví se muzikoterapie používá ke splnění fyzické, emocionální, kognitivní a sociální potřebě jednotlivců všech věkových kategorií. Hudební terapeuti využívají hudbu ke zlepšení paměti, zdraví a identity. (Sorrel, 2008)

Použití některých prvků muzikoterapie napomáhá u pacientů trpících Alzheimerovou chorobou k pohodě, posiluje jeho sebevědomí. Techniky muzikoterapie lze využívat po celý den. Rozdělujeme je na techniky aktivizační, kdy je klient aktivně zapojen a techniky pasivní, tedy napomáhající uvolnění, relaxaci. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.3 Ergoterapie

Ergoterapie se původně nazývala léčba prací. Jestliže vybraná činnost podporuje psychické a fyzické funkce, napomáhá návratu funkčních schopností. Ergoterapie je součástí péče o klienta, podporuje aktivní začlenění do společnosti a přispívá k zachování optimální kvality života. Pomocí ergoterapie klienta aktivizujeme, nacvičujeme soběstačnost a snažíme se o co nejdélejší zachování jeho návyků a dovedností. Pokud tyto dovednosti neprocvičujeme, velmi brzy může dojít k jejich ztrátě. (Jelínková, 2009)

Tato terapie je vhodná pro použití u pacientů s demencí. Podle oficiálního letáku České asociace ergoterapeutů je ergoterapie zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.4 Tanečně pohybová terapie

Carl Gustav Jung v roce 1916 použil jako psychoterapeutickou techniku v tanci aktivní imaginaci. Tuto techniku dále rozvinula Mary Whitehouseová. (Chodorowová, 1991)

Taneční a pohybová terapie je psychoterapeutické použití pohybu jako proces posilující emocionální, kognitivní, sociální a fyzickou integraci jedince. Tanečně-pohybová terapie je založena na interakci těla a mysli. Aktivita je zcela na klientovi, ukazuje nám svou osobnost. Podporuje psychomotorický vývoj na základě znalosti vývojových stádií. (Tanečně pohybová terapie, 2010)

Nejvhodnější formou pro pacienty postižené demencí je taneční terapeutická hodina v kruhu. Pacienti tak mají možnost vzájemně se pozorovat a napodobovat terapeuta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.5 Orientace v realitě

Terapii realitou řadíme do psychiatrické léčby. Můžeme ji použít u všech lidí trpících psychiatrickými problémy. Pacienti trpící určitými psychiatrickými problémy, neuspokojují své základní potřeby a všichni popírají realitu okolního světa. Někdo porušuje zákon, jiný morální pravidla. Každý má svoje „řešení“ problému. Úspěšná terapie závisí na pacientovi, který přestane popírat svět a uzná skutečnost. (Glasser, 1975)

Tato metoda se snaží zlepšit celkovou orientaci, zmenšit zmatenost a maximalizovat nezávislost a sociální interakci pacienta.

„Orientace realitou je edukační technikou, která umožňuje pacientovi trpícímu kognitivní poruchou rozumět situacím, které jej obklopují, po dobu co nejdéle. Tato metoda, pokud není užívána citlivě, může ale naopak poruchy chování nebo agresivitu vyprovokovat. Proto je užitečné se s ní seznámit blíže“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 174).

5.6 Kognitivní rehabilitace

Ke zlepšení poznávacích funkcí, jako soustředění pozornosti, myšlení, paměti, čtení, psaní apod., provádíme kognitivní trénink. Vhodné aktivity v rámci kognitivního tréninku jsou pravidelné čtení s výkladem textu, učení se něčemu novému, trénování početních schopností, psaní, udržování kontaktů, luštění a společenské hry. Protože u pacientů trpících demencí je postižena krátkodobá paměť a dlouhodobá bývá zachována déle, využíváme cvičení procvičující paměť krátkodobou u lehké formy, zatímco u pacientů s demencí pokro-

čilejší využíváme cvičení, při kterém zapojují paměť dlouhodobou, jako říkadla nebo přísloví. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.7 Senzorická stimulace

Jako součást kognitivní rehabilitace můžeme považovat také senzorickou stimulaci. Určité informace si do paměti ukládáme pomocí smyslových orgánů. Máme paměť sluchovou, zrakovou, čichovou, chuťovou a hmatovou. Tyto smysly ztrácí ve stáří svou funkčnost, proto je musíme posilovat.

Hmatová stimulace je vhodná pro pacienty v počátečním nebo středním stádiu demence. Účastníci ohmatávají různé látky a povrchy.

Čichová stimulace je vhodná pro pacienty ve všech stádiích demence. Cvičení spočívá v poznávání různých druhů koření podle vůně. Cvičení lze spojit s reminiscenční terapií – pacienti mohou zavzpomínat, do jakého jídla se dává to dané koření apod.

Při zrakové stimulaci pacienti dostanou jednu barevnou kartičku a mají za úkol vyjmenovat co nejvíce věcí stejné barvy. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.8 Reminiscenční terapie

Jde o aktivizační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. U zdravých seniorů má tato aktivita preventivní a aktivizační význam. Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Tato metoda je účinná, levná a snadno aplikovatelná, proto bychom ji měli zahrnout do péče o demenční pacienty. Pomůcky pro terapii mohou být různé. Záleží na kreativitě terapeuta, může si zvolit staré fotografie, knihy, starší předměty (mlýnek na kávu, valchu, staré pero). Vhodné je spojit reminiscenční terapii se smyslovou stimulací. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.9 Terapeutické vaření (pečení)

K této činnosti není třeba pacienty nějak zvlášť motivovat. Využijí dávno naučených dovedností, mají radost z díla, z vůně i chuti připraveného pokrmu. Pacienti zvládají loupání, krájení, strouhání, vypeckování různého ovoce, louskání ořechů, míchání a hnětení těsta, vykrajování formiček a mnoho dalšího. Terapeut přiřazuje činnosti pacientům individuálně podle stavu. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

5.10 Pet-terapie

Pet-terapie je léčba pomocí zvířat. Lidé a zvířata mají velice úzce propojený vztah. Zvířata mají pozitivní účinky na fyzický a psychický stav pacienta. Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, ke zklidnění srdeční činnosti a celkovému uklidnění.

5.11 Aplikace světla

Pacienti s demencí často trpí poruchami spánku. Proto je vhodná terapie světlem, která upravuje denní rytmus. Starší lidé v noci nemohou usnout, budí se a naopak ve dne jsou ospalí, unavení a mají tendenci pospávat. Světlo a tma ovlivňují denní rytmus. Léky na spaní způsobují u dementních pacientů řadu nežádoucích účinků, proto bychom se jim měli vyvarovat a dát přednost nefarmakologické léčbě. K té patří dostatečný aktivní režim ve dne a ve večerních hodinách a úprava vnějších stimulů, jako hluk a světlo. Především v institucích pro tyto pacienty bychom si měli dávat větší pozor na dostatečné osvětlení přes den.

5.12 Bazální stimulace

Bazální stimulace je v poslední době velice známou metodou, která se pomalu začíná využívat běžně v praxi. Mohla bych o této metodě napsat několik stran, ale shrnu jen to důležité. A sice, že koncept bazální stimulace je nejvíce využíván v péči o pacienty v terminálním stádiu demence.

Bazální stimulace se využívá u pacientů v závažném stavu, po vážných poraněních, onemocněních a poraněních mozku a při dlouhodobé poruše vědomí. Tato metoda umožňuje pacientům s postiženým vnímáním, myšlením a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav stimulací smyslových orgánů pomocí somatických, vibračních, vestibulárních, smyslových, komunikačních a sociálně emocionálních podnětů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE

6.1 Cíle průzkumu

1. Zjistit, jaká je nabídka aktivizačních metod pro klienty Domova se zvláštním režimem v Jedlí.
2. Zjistit, jak klienti spolupracují s personálem při aktivitách.
3. Zjistit, jak uživatelé reagují na různé aktivizační metody.
4. Připravit kartotéku aktivizačních činností.

6.2 Metodika průzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem se rozhodla využít kvalitativní výzkum. Použila jsem metodu přímého, nezúčastněného, zjevného pozorování klientů a polostandardizovaných rozhovorů s personálem zařízení. Nejprve jsem se zaměřila na rozhovory s personálem, kde jsem zjišťovala, jakým způsobem vedou uživatele k soběstačnosti či jaké využívají aktivizační metody. Rozhovory proběhly individuálně s různými pracovníky zařízení a v praktické části jsem je označila jako R1 – R5. Poté jsem metodou pozorování zkoumala chování klientů při jednotlivých aktivizačních metodách. Předmětem zkoumání byli především uživatelé s lehčí formou Alzheimerovy demence. Pozorované klienty označuji jako K1 - K6.

Kvalitativní výzkum – Podle Hendla (2005) je kvalitativní výzkum procesem hledání porozumění založeným na zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník provádí průzkum v přirozených podmínkách.

Pozorování – Cílem pozorování je zkoumání chování jedince nebo skupiny (Hendl, 2005). Jde o záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů spojené s registrací charakteristických údajů (Kutnohorská, 2009).

Přímé pozorování – Jedná se o pozorování samotným výzkumníkem, týká se pozorování sociálních jevů, procesů nebo činností podle stanoveného plánu bez dotazování a ovlivňování pozorovaného objektu (Kutnohorská, 2009).

Zúčastněné pozorování – Výzkumník se v terénu účastní situace, kterou pozoruje (Kutnohorská, 2009; Hendl, 2005).

Zjevné pozorování – Objekt pozorování ví, že je pozorován (Kutnohorská, 2009).

Rozhovor – Rozhovor je jednou z hlavních metod sběru kvalitativních dat, kterou tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí (Hendl, 2005).

Polostandardizovaný rozhovor – Vyznačuje se definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací (Hendl, 2005, s. 164).

6.3 Charakteristika vzorku respondentů

Průzkum jsem realizovala v Domově se zvláštním režimem v Jedlí, který jsem navštěvovala také v rámci odborné praxe v prvním ročníku na UTB. K pozorování jsem si po dohodě s vrchní sestrou vybrala šest klientů různé věkové kategorie a různého stupně postižení, především však s lehčí formou Alzheimerovy demence. Pomocí rozhovoru jsem se dotazovala zaměstnankyň v jednotlivých pracovních pozicích, a to vrchní sestry, sestry, pracovníce v sociálních službách, sociální pracovníce a rehabilitační pracovníce.

6.4 Charakteristika zařízení

Domov se zvláštním režimem Jedlí je příspěvková organizace. Organizačně je přidělen k Domovu důchodců Štítý, p. o. Jeho zřizovatelem je Olomoucký kraj. Domov se zvláštním režimem Jedlí je členem Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Provoz domova byl zahájen 1. 2. 2006 po celkové rekonstrukci objektu. V průběhu několika dní byla kapacita 45 lůžek plně využita.

Podle stupně postižení Alzheimerovou chorobou jsou uživatelé umístěni ve třech podlažích zařízení. Pokoje jsou dvoulůžkové, jeden třílůžkový, se sociálním zařízením na každém pokoji. V budově je klubovna k individuálním i skupinovým terapiím. O uživatele zařízení pečují 8 sester, 20 pracovníků v sociální službě, 2 rehabilitační pracovníce a 2 sociální pracovníce.

Posláním sociálního zařízení je poskytování pobytových služeb osobám, které jsou postiženy Alzheimerovou chorobou, dosáhly důchodového věku nebo jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby alespoň ve stupni I a mají trvalý pobyt na území Olomouckého kraje.

6.5 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení otázek rozhovoru a pozorovacího archu, vhodnost otázek jsem konzultovala s vedoucí práce. Zpracovala jsem otázky rozhovoru a s povolením vrchní sestry zařízení jsem provedla pilotní studii – interview. Otázky se zdály být

srozumitelné, až na jednu, kterou jsem poté přeformulovala. Rozhovory i pozorování jsem prováděla během volných dní v lednu 2012 a na Velikonoční pondělí 9. 4. 2012.

6.6 Charakteristika položek rozhovoru

V úvodu rozhovoru jsem se zaměřila na respondenta, jak dlouho pracuje v zařízení, jaké má vzdělání a kde pracoval před nástupem do zařízení. Rozhovor má 18 otázek, které se zaměřují na podporu soběstačnosti a aktivizaci klienta. Otázky rozhovoru příkládám v příloze č. 1.

6.7 Charakteristika pozorovacího archu

Do pozorovacího archu jsem zaznamenávala, jak uživatelé reagují na různé aktivizační metody. V úvodu se zaměřuji na délku trvání aktivity, datum, čas a provozovatele aktivity. Pozorovala jsem určité jevy: mimické projevy klientů, jejich slovní vyjádření a ochotu spolupracovat. Pozorovací arch příkládám v příloze č. 2.

7 VLASTNÍ VÝZKUM

7.1 Rozhovory

Rozhovory probíhaly vždy soukromě, nikdo další nebyl přítomen. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 30 – 45 minutami.

7.1.1 Rozhovor R1

První rozhovor jsem vedla s paní Z., která v zařízení pracuje již 5 let jako všeobecná sestra. Před nástupem do Domova se zvláštním režimem pracovala ve zdravotnictví 21 let jako porodní asistentka.

Otázky k rozhovorům:

1. ***Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC?***

Podle stadia nemoci. Důležité je stále opakování činností, každodenní stejné úkony. Například hrneček na stejném místě, jinak by nevěděli, že se mají napít.

2. ***Jaké používáte testy, škály?***

Barthelův test základních všedních činností

Morse test – MFS – test hodnotící riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice

Při příjmu objektivní pozorování v průběhu vyšetření a získávání informací sestrou (orientace, odpověď na dotaz, řeč a způsob vyjadřování, oční kontakt, rozsah pozornosti, psychický stav)

3. ***Provádíte s uživateli rehabilitační kondiční cvičení? Jak často a jakým způsobem?***

Ti chodící mají každý den rozcvičku s rehabilitační pracovníci, u ležících se provádí pasivní cvičení končetin i celého těla.

4. ***Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?***

Podle stavu klienta, sociální pracovníce si bere individuálně uživatele do klubovny, kde s nimi pracuje. Potom máme tzv. plánování, každá sestra a ošetřovatelka je klíčovou pracovnící jednoho nebo dvou klientů. V praxi to znamená, že je v kontaktu s rodinou uživatele, řeší s nimi oblečení, hygienické potřeby a podobně, navrhuje plán ošetřování svým kolegům podle aktuálního stavu a potřeb svého klienta. Plánování se uskutečňuje co 3 měsíce.

5. Je součástí aktivizace Vašich uživatelů s Alzheimerovou demencí arteterapie? Jaké prvky?

Ano, v klubovně se sociální pracovníci – lepení, práce s plastelínou, malování, ...

„S téma našima je to složitý.“

6. Využíváte metody pet-terapie? Dochází do Vašeho zařízení canisterapeutický pes?

Dochází k nám paní se psem, králíčkem a v zařízení chováme andulky.

7. Používáte prvky muzikoterapie?

Ano, jedna sestřička hraje uživatelům na kytaru, pouštíme jim v televizi pořady s dechovkou, někteří mají na pokojích přehrávače, které jim donesli příbuzní. Sociální pracovníce jim půjčí bubínek nebo různá štěrchadla. Někteří i tancují.

8. Zařazujete do péče i koncept bazální stimulace?

Prošli jsme kurzem bazální stimulace, tak se ji snažíme praktikovat. Používáme hlavně iniciální dotek.

9. Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?

Procházky, jezdí se do sousední vesnice na ples do domova důchodců, vystoupení mateřské školy, dochází kněz na mše, harmonikář, promítání filmů, Mikuláš, každoroční zahradní slavnost, na kterou jsou pozváni i rodinní příslušníci, výlety mimo Domov do kavárničky, do mini ZOO Rapotín, na vánoční výstavy.

10. Využíváte při práci se seniory reminiscenční terapie? Pokud ano, provádíte ji individuálně či skupinově?

Doporučujeme všem rodinám, aby donesly fotky, obrázky či diplomy a podobně. Také aby nám napsaly, kdo a co je na fotkách, abychom o tom mohli mluvit s klienty.

11. Jakým způsobem pomáháte seniorům s orientací v prostoru?

Uživatelé mají na dveřích jméno nebo obrázek, např. pan Hruška měl na dveřích hrušku.

12. Umožňujete uživatelům Vašeho zařízení orientovat se v místě a čase, například pomocí hodin a kalendáře?

Máme pro uživatele k dispozici hodiny, kalendáře, televize, rádia, časopisy.

13. Jakým způsobem oslovujete klienty?

Podle jejich přání, nebo přání rodiny. Vždy vykáme. Je to pro všechny zaměstnance uvedeno v dokumentaci.

14. Mají uživatelé možnost chodit na procházky?

Ano, chodí i v zimě. Ale pouze ti mobilní a s doprovodem.

15. Které aktivity uživatelé vyhledávají?

Koukání na televizi, poslouchání hudby. Sami moc aktivity nevyhledávají, musíme je spíše zaměstnávat.

16. Jsou i tací klienti, kteří odmítají metody aktivizační péče?

Ano, nenutíme je.

17. V případě neklidu uživatele používáte nějaká zvláštní opatření?

Dáváme postranice k posteli a popruhy na křeslo, ovšem musí to být schváleno od ošetřujícího lékaře a psychiatra a rodina musí být informována a musí s tím souhlasit.

18. Jaká je spolupráce s příbuznými uživatelů?

Většinou kladná. S rodinou komunikuje převážně klíčový pracovník.

7.1.2 Rozhovor R2

Druhý rozhovor mi poskytla paní P., která v zařízení pracuje již dva a půl roku jako sociální pracovnice. Před nástupem do Domova se zvláštním režimem pracovala 3 roky v občanském sdružení SAVORE – volnočasové aktivity s romskými dětmi a občanská poradkyně.

Otázky k rozhovorům:

1. Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC? Při příjmu uživatele mapujeme schopnosti a po té udržujeme jejich schopnosti po celou dobu pobytu při každodenních činnostech – pokud člověk ještě něco zvládne, dopomáháme a dohlížíme při oblékání, jinak neoblékáme.

2. Jaké používáte testy, škály?

Barthelův test základních všedních činností

Morse test – MFS – test hodnotící riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice

Objektivní pozorování v průběhu vyšetření a získávání informací sestrou

3. Provádíte s uživateli rehabilitační kondiční cvičení? Jak často a jakým způsobem? Denně ráno provádíme kondiční cvičení na židlích – skupinově, poté během

dne pasivní a aktivní rehabilitační cvičení individuální – chůze, protahování končetin, polohování pomocí rehabilitačních pomůcek, masáže, jízda na rotopedu, procházky po okolí, cvičení s rehabilitačními míčky.

4. **Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?** *Dle zvyků obyvatele, jeho schopností, nálady, a hlavně jeho vůle, zda vůbec chce.*
5. **Je součástí aktivizace Vašich uživatelů s Alzheimerovou demencí arteterapie? Jaké prvky?** *Ano, ale již tomu neříkáme arteterapie, ale pouze tvořivá dílna. Obyvatelé se zapojují dle svých schopností a nálady, jeden vybírá ubrousek s motivem na decoupage, druhý jej stříhá, třetí s pomocí lepí.*
6. **Využíváte metody pet-terapie? Dochází do Vašeho zařízení canisterapeutický pes?** *Ano, 1x za 14 dní dochází canisterapeutický tým. Od září 2011 máme v zařízení pro obyvatele k dispozici 2 andulky vlnkované pro psychosociální pocit. Schopnější uživatelé o ně mohou pečovat, krmit je nebo se jen dívat.*
7. **Používáte prvky muzikoterapie?**
Ano.
8. **Zařazujete do péče i koncept bazální stimulace?** *Ano, jedná se zejména o používání konceptu u nekomunikujících obyvatel oslovení, polohování – hnízdo, mumie, masáže podporující dýchání atp.*
9. **Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?**
 - *Muzikoterapie – používáme při zpěvu Orffovy nástroje, zpěv lidových písní, poslech písní*
 - *Canisterapie – aktivity se psem*
 - *Zooterapie – 2 andulky vlnkované – péče o andulky*
 - *Tvořivá dílna dle období, svátků*
 - *Reminiscence – vzpomínání na život dle vlastních fotografií obyvatele*
 - *Zavádíme aromaterapii – prozatím spíše jen vůně různého koření, později i promazávání rukou vonnými oleji*
10. **Využíváte při práci se seniory reminiscenční terapie? Pokud ano, provádíte ji individuálně či skupinově?** *Ano, jen individuálně vzhledem k cílové skupině. Je potřeba se věnovat obyvatele při prohlížení vlastních fotografií. Max. 2 lidem, když se jedná o manželský pár.*
11. **Jakým způsobem pomáháte seniorům s orientací v prostoru?**

Všechny místnosti jsou označeny velkými tiskacími písmeny, na dveřích pokojů jsou napsána jména jednotlivých uživatelů.

- 12. Umožňujete uživatelům Vašeho zařízení orientovat se v místě a čase, například pomocí hodin a kalendáře?** *Jistě, na mobilním oddělení je velký dřevěný kalendář (viz příloha č. 4), na jednotlivých patrech na nástěnkách máme i informaci o roku velkými písmeny, o měsíci a ročním období, to samé u nástěnného kalendáře, individuálně má převážná většina obyvatel v pokoji hodiny a někteří také stolní kalendáře. Ráno i během dne pracovníce informují obyvatele o dni, měsíci, roku, hodině (odpoledne, poledne atp.), svátcích, počasí venku atp. Při terapiích si říkáme také orientaci v čase např. trénink paměti, tvořivá dílna – vánoční, povídáme si o adventu při činnosti, posloucháme koledy. Dle výzdoby mají možnost si obyvatelé uvědomit vánoční čas, Velikonoce, jaro, podzim atp.*
- 13. Jakým způsobem oslovujete klienty?** *Vždy vykáme (vycházíme z domovského etického kodexu pracovníka), poté si uživatel (případně příbuzný, podle stavu) může vybrat, zda máme oslovovat paní a příjmení či křestní jméno či oba způsoby kombinovat.*
- 14. Mají uživatelé možnost chodit na procházky?** *Jistě, pouze v doprovodu rodinných příslušníků či personálu, naši obyvatelé jsou ohroženi dezorientací a mohli by zabloudit. Pokud by se vyskytl někdo opravdu se schopností se orientovat v místě, tedy mimo Domov, bylo by toto možné i bez doprovodu, je však třeba zvážit vzhledem k naší cílové skupině. Jsou u nás obyvatelé všichni dezorientováni avšak někdo více druhý méně.*
- 15. Které aktivity uživatelé vyhledávají?** *Je to zejména canisterapie, kterou vítají, muzikoterapie, tvořivá dílna, promítání, procházky a vyjíždky mimo Domov a také zejména promítání filmů pro pamětníky na velké plátno či vystoupení dětí MŠ a ZŠ, vystoupení harmonikáře, povídání si s pracovníci Domova, prohlížení svých vlastních fotografií donesených rodinou (reminiscence), oblíbený je také trénink paměti, duchovní chvílky pro věřící.*
- 16. Jsou i tací klienti, kteří odmítají metody aktivizační péče?** *Ano, ale spíše je to dle nálady uživatele a jejich aktuálního zdravotního stavu. Pracujeme se zvyky, které nám rodina sdělí, v adaptačním období sledujeme různými technikami denní život uživatelů v Domově a sledujeme, zda je jim příjemně či nepříjemně ve společnosti*

ostatních uživatelů, při aktivizacích. Pokud rodina řekne, že je obyvatel nespolečenský, samotářský, toto respektujeme.

17. V případě neklidu uživatele používáte nějaká zvláštní opatření?

Pouze se souhlasem lékaře.

18. Jaká je spolupráce s příbuznými uživatelů?

Různá, ale domluvíme se.

7.1.3 Rozhovor R3

Další rozhovor jsem vedla s paní L., která v zařízení pracuje již 6 let jako pracovnice v sociální službě. Před nástupem do Domova se zvláštním režimem nepracovala ve zdravotnictví.

Otázky k rozhovorům:

1. Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC?

Je to různé, podle schopnosti uživatele. Ti mobilnější se ráno umyjí v koupelně (s dopomocí), pomůžeme jim se obléct, zavedou se do jídelny na snídani a pak mají program. Ten je různý. Ti, co jsou na tom hůř, se umyjí na lůžku (1x týdně celková koupel) a necháváme je v pyžamu. Většina uživatelů nosí pleny.

2. Jaké používáte testy, škály?

Barthelův test základních všedních činností

Morse test – MFS – test hodnotící riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice

Při příjmu objektivní pozorování v průběhu vyšetření a získávání informací sestrou (orientace, odpověď na dotaz, řeč a způsob vyjadřování, oční kontakt, rozsah pozornosti, psychický stav)

Úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti uživatelů Domova se zvláštním režimem

3. Provádíte s uživateli rehabilitační kondiční cvičení? Jak často a jakým způsobem?

Chodící každý den s rehabilitační sestrou, u ležících pasivní rehabilitace celého těla, polohování.

4. Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?

Máme tady individuální plánování – každý uživatel má určeného odpovědného pracovníka, je zajištěna výměna informací mezi pracovníky i poskytování informací rodině (pouze o oš. péči).

5. Je součástí aktivizace Vašich uživatelů s Alzheimerovou demencí arteterapie?

Jaké prvky?

Součástí zařízení je klubovna, ve které sociální pracovníce pracuje s klienty – např. podle ročních období dělají výzdobu apod.

6. Využíváte metody pet-terapie? Dochází do Vašeho zařízení canisterapeutický pes?

Chodí k nám canisterapeutický pes, králíček a nově máme dvě andulky.

7. Používáte prvky muzikoterapie?

Ano, pouštíme jim rádio, v televizi dechovky, zpíváme.

8. Zařazujete do péče i koncept bazální stimulace?

Udělali jsme si kurz bazální stimulace, takže to používáme.

9. Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?

Kromě zmíněných jsou to vystoupení dětí z MŠ a ZŠ Jedlí, vystoupení DUA CONDOR, návštěva Mikuláše, hudební vystoupení harmonikáře, zahradní slavnost (i pro rodinné příslušníky), účastníme se na tanečním odpoledni v DD Štítý, slet čarodějnic, Velikonoční bohoslužba, mše, promítání filmů v jídelně, ...

10. Využíváte při práci se seniory reminiscenční terapie? Pokud ano, provádíte ji individuálně či skupinově?

Skupinově se chodí dívat na retrokoutek (viz příloha č. 4), kde máme staré nádoby, budíky, psací stroj a různé fotky. Individuálně mají klienti na pokojích fotky, někteří diplom, nějaké své věci, co jim přinese rodina.

11. Jakým způsobem pomáháte seniorům s orientací v prostoru?

Pomocí piktogramů – obrázky s nápisem (viz příloha č. 4).

12. Umožňujete uživatelům Vašeho zařízení orientovat se v místě a čase, například pomocí hodin a kalendáře?

Ano, dřevěným kalendářem, na pokojích jsou umístěny hodiny a stolní kalendáře. Při terapiích si povídají o aktuálních tradicích a zvycích.

13. Jakým způsobem oslovujete klienty?

Uživatelé nebo rodinní příslušníci si vyberou způsob oslovování. Používáme buď paní Marie, nebo paní Nováková.

14. Mají uživatelé možnost chodit na procházky?

Ano, ti schopní s doprovodem.

15. Které aktivity uživatelé vyhledávají?

Uživatelé jsou rádi, když je nějaká činnost – pohladí psa, poslouchají hudbu.

16. Jsou i tací klienti, kteří odmítají metody aktivizační péče?

To je různé, záleží na zdravotním stavu a náladě.

17. V případě neklidu uživatele používáte nějaká zvláštní opatření?

Dáváme postranice, popruhy na křeslo – vše se souhlasem lékaře.

18. Jaká je spolupráce s příbuznými uživateli?

Většinou kladná.

7.1.4 Rozhovor R4

Tento rozhovor mi poskytla paní D., která v zařízení pracuje již 6 let jako rehabilitační pracovnice. Před nástupem do Domova se zvláštním režimem pracovala ve zdravotnictví 24 let.

Otázky k rozhovorům:

1. Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC?

Pořád nutíme uživatele aktivně se o sebe postarat při jídle, pití. Dohlížíme, aby si nabrali jídlo na lžici, dali ji do pusy, napili se. Doprovázíme je na toaletu, oblékání pomalu není schopen nikdo. Naše hlavní náplň je dohled a doprovod. Snažíme se, aby ti jedinci, kteří chodí a ještě vnímají pokyny, vydrželi být co nejdéle schopní.

2. Jaké používáte testy, škály?

Barthelův test základních všedních činností

Morse test – MFS – test hodnotící riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice

Při příjmu objektivní pozorování v průběhu vyšetření a získávání informací sestrou (orientace, odpověď na dotaz, řeč a způsob vyjadřování, oční kontakt, rozsah pozornosti, psychický stav)

Úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti uživatelů Domova se zvláštním režimem

3. Provádíte s uživateli rehabilitační kondiční cvičení? Jak často a jakým způsobem?

Ano, provádíme půlhodinové ranní rehabilitační kondiční cvičení na židličkách u chodících jedinců.

4. Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?

Dělíme uživatele podle fyzických schopností – chodící, sedící, ležící.

5. Je součástí aktivizace Vašich uživatelů s Alzheimerovou demencí arteterapie?

Jaké prvky?

Naši uživatelé se účastní arteterapie v klubovně se sociální pracovníci.

6. Využíváte metody pet-terapie? Dochází do Vašeho zařízení canisterapeutický pes?

Ano, uživatelé mají možnost účastnit se na terapii se zvířaty.

7. Používáte prvky muzikoterapie?

Ano, pouštíme jim hudbu jako kulisu ke cvičení.

8. Zařazujete do péče i koncept bazální stimulace?

Ano, zařazujeme. Všichni jsme povinně prošli kurzem bazální stimulace.

9. Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?

Z těch, co se týkají rehabilitace, mohu uvést pouze rotoped, házení nebo koulení balonem, procházky po ústavu i mimo ústav. Více možností naši uživatelé nevyužijí vzhledem ke stadiu onemocnění.

10. Využíváte při práci se seniory reminiscenční terapie? Pokud ano, provádíte ji individuálně či skupinově?

Jenom individuálně fotky.

11. Jakým způsobem pomáháte seniorům s orientací v prostoru?

Vesmůž žádný uživatel není orientovaný.

12. Umožňujete uživatelům Vašeho zařízení orientovat se v místě a čase, například pomocí hodin a kalendáře?

Máme hodiny i kalendář. Umožňujeme jim to, ale výsledky nejsou žádné.

13. Jakým způsobem oslovujete klienty?

Vykáme, máme na nástěnce vyvěšené, co si přeje rodina.

14. Mají uživatelé možnost chodit na procházky?

Pokud jim to zdravotní stav dovolí a taky záleží na počasí.

15. Které aktivity uživatelé vyhledávají?

Nevyhledávají aktivity. „Kam je posadiš, tam je najdeš.“

16. Jsou i tací klienti, kteří odmítají metody aktivizační péče?

Ano, nedonutíme je, aby např. šli ven nebo chodili chvíli po chodbě.

17. V případě neklidu uživatele používáte nějaká zvláštní opatření?

Fixační kalhotky, postranice, jídelní stůl přisunutý ke křeslu, aby nespadli.

18. Jaká je spolupráce s příbuznými uživateli?

„Dobrá i špatná, dál to nebudu rozebírat.“

7.1.5 Rozhovor R5

Poslední rozhovor jsem vedla s paní A., která v zařízení pracuje již 6 let jako vrchní sestra. Před nástupem do Domova se zvláštním režimem pracovala ve zdravotnictví 25 let.

Otázky k rozhovorům:**1. Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC?**

Uživatele, kteří jsou aspoň trochu soběstační, vedeme k tomu, aby dodržovali denní režim s dohledem – učešání, umytí rukou, obličej.

2. Jaké používáte testy, škály?

Barthelův test základních všedních činností

Morse test – MFS – test hodnotící riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice

Při příjmu objektivní pozorování v průběhu vyšetření a získávání informací sestrou (orientace, odpověď na dotaz, řeč a způsob vyjadřování, oční kontakt, rozsah pozornosti, psychický stav)

Úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti uživatelů Domova se zvláštním režimem

3. Provádíte s uživateli rehabilitační kondiční cvičení? Jak často a jakým způsobem?

Pravidelně cvičí s rehabilitačními pracovníky.

4. Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?

Podle toho, co je jedinec schopen zvládnout.

5. Je součástí aktivizace Vašich uživatelů s Alzheimerovou demencí arteterapie?

Jaké prvky?

Naši uživatelé už nejsou schopni zvládnout veškerou činnost, přesto se snažíme o jednodušší prvky.

6. Využíváte metody pet-terapie? Dochází do Vašeho zařízení canisterapeutický pes?

Ano, pes, králik.

7. Používáte prvky muzikoterapie?

Ano, jako kulisu využíváme televizi a rádio.

8. Zařazujete do péče i koncept bazální stimulace?

Všichni jsme povinně dělali kurz.

9. Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?

Zveme děti z místní mateřské školy. Aktuálně k období byl vánoční koncert nebo návštěva Mikuláše.

10. Využíváte při práci se seniory reminiscenční terapie? Pokud ano, provádíte ji individuálně či skupinově?

Tato terapie se provádí individuálně na pokojích.

11. Jakým způsobem pomáháte seniorům s orientací v prostoru?

Uživatelé nejsou schopni samostatné orientace v prostoru, což vyžaduje neustálý dohled a doprovod.

12. Umožňujete uživatelům Vašeho zařízení orientovat se v místě a čase, například pomocí hodin a kalendáře?

Někteří k dispozici mají hodiny a kalendář, ale spíše jako doplněk vybavy pokoje.

13. Jakým způsobem oslovujete klienty?

Vykáme vždy!

14. Mají uživatelé možnost chodit na procházky?

Ano, snažíme se i s těmi méně schopnými trávit čas na zahradě, třeba i na vozíku.

15. Které aktivity uživatelé vyhledávají?

Málokterý uživatel je schopný sám vyhledávat jakoukoliv aktivitu.

16. Jsou i tací klienti, kteří odmítají metody aktivizační péče?

To je různé, záleží na zdravotním stavu a náladě.

17. V případě neklidu uživatele používáte nějaká zvláštní opatření?

Jsou to fixační kalhotky, postranice, stolky. Ovšem musí to být nařízeno od lékaře a schváleno od rodiny.

18. Jaká je spolupráce s příbuznými uživatelů?

Někteří jsou ve spolupráci aktivní, ale jsou i tací, kteří přistupují k zařízení jako by mělo nahradit jejich rodinu.

7.1.6 Komentář k rozhovorům

Rozhovory jsou obsahem téměř stejné. Zajímavé bylo, že každá pracovnice pochopila některé otázky odlišně, se zaměřením na svou práci v Domově se zvláštním režimem.

Například v první otázce: „Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC?“ se sestra zaměřuje na opakování každodenních činností, sociální pracovnice na zmapování schopností uživatele při přijetí, pracovnice v sociální službě na ranní hygienu a rehabilitační pracovnice má za cíl udržet klienty co nejdéle schopné.

V otázce číslo 4: „Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?“ jsem se dozvěděla více o individuálním plánování. Velkou roli při aktivizaci klientů hraje sociální pracovnice, která zaměstnává uživatele v klubovně. Rehabilitační pracovnice se řídí fyzickým stavem klienta a jeho schopnostmi, zda je chodící či ležící.

Devátá otázka: „Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?“ zahrnuje většinu činností, kterých se domov zúčastňuje. Sestra, pracovnice v sociální službě i sociální pracovnice se zabývaly akcemi, zatímco rehabilitační pracovnice zdůraznila další rehabilitační pomůcky, které může využívat – rotoped, balonky.

Z rozhovorů jsem zjistila, jaké metody využívají pro práci s klienty, jaké jsou zvyklosti v zařízení. Většina klientů již není schopná komunikovat a aktivně se zapojovat, ale i pro tyto uživatele je připraven program.

7.2 Pozorování

Upozornila jsem vrchní sestru, že budu provádět pozorovací šetření. Klienty jsem pozorovala při činnostech, do kterých jsem se aktivně zapojovala. Pozorovací arch jsem vyplňovala průběžně.

7.2.1 Poslouchání hudebního pořadu ... a tuhle znáte?

Aktivita probíhala pod vedením pracovnice v sociální službě 14. ledna v dopoledních hodinách a trvala 20 minut.

Jde o prvek muzikoterapie. Na patře, kde jsou umístěni uživatelé lehké formy demence, se sešlo 8 zájemců o poslouchání dechové hudby. Posedali si do křesel a pracovnice v sociální službě pustila pořad České televize ... a tuhle znáte? Mezi těmito osmi zájemci jsem pozorovala 4 klienty, které nazývám K1, K2, K3 a K4.

Uživatelé K1, K2 a K3 byli rádi a usmívali se. K4 se nijak neprojevoval, spolupráce byla slabá. Na požádání netleskal do rytmu jako ostatní, neprojevoval žádné emoce. K1, K2 a K3 si pobroukávali písničky a tleskali do rytmu spolu s pracovníci. Na konci písničky zatleskali.

Podle mého názoru je poslouchání hudby a zpívání nejlepším způsobem odreagování se. Klienti byli spokojeni s touto činností a myslím, že byli i šťastnější.

7.2.2 Návštěva canisterapeutického psa

Canisterapeutický tým navštívil zařízení 18. ledna ve 14 hodin a zdržel se necelé 2 hodiny.

Nejprve pes v doprovodu své paní navštívil třetí patro, kde jsou klienti s těžkou formou demence. Z těchto uživatelů jsem si k pozorování vybrala K6. Poté pes ve druhém patře potěšil klienty se středně těžkou formou demence, kde jsem pozorovala uživatele K5. A nakonec nejdéle strávil čas v patře prvním, u klientů s lehčí formou demence.

K6 reagoval na psa otevřením očí. Uživatel ležel v posteli, a když si k němu pes lehнул, klient naznačoval, že ho chce pohladit. K5 seděl v křesle a na přicházejícího psa se usmíval. Poté ho hladil. K1, K3 a K4 psovi dávali jednoduché pokyny, jako lehni, sedni. Svou radost projevovali tleskáním a usmívali se. K2 odmítl se slovy: „Nemám zvířata rád.“

Terapie se zvířaty se mohou klienti zúčastnit, pokud mají zájem. Jen pár uživatelů odmítlo.

7.2.3 Prohlížení fotografií

Prvek reminiscenční terapie zaměřující se na klientovy fotografie jsem prováděla já sama individuálně na pokojích 14. ledna ve 14 hodin a tato činnost trvala dohromady asi 50 minut.

K1, K2, K3 a K4 se rádi zapojovali do aktivity. K1, K2 a K3 byli aktivní a sami vyprávěli o rodině a vzpomínali na zážitky z fotek. K4 odpovídal spíše pasivně, ale myslím, že byl rád středem mého zájmu. K5 se usmíval. Fotku jsem popisovala spíše já a on pouze přikyvoval. K6 se na fotky jen díval a poslouchal mě.

I pro uživatele K6, který má těžší formu demence, bylo prohlížení fotografií narušením stereotypního programu dne.

7.2.4 Ranní kondiční cvičení

Ranní kondiční cvičení se provádí každý den v 8:40 na židlích v prvním patře s rehabilitační pracovnící a trvá asi 30 minut. Klienti různě zvedají ruce a nohy od země. Vše podle zdravotního stavu a nálady.

K4 se nesnažil nijak reagovat, koukal se u toho na televizi a nespolupracoval. K1 a K2 na výzvu cvičili. K3 byl nadšený z aktivity, radost projevoval pomocí citoslovce „jů“ a tleskal si.

Někteří klienti cvičit nechtějí, někteří dost dobře nerozumí, co se po nich chce. Ale ve velké většině mají uživatelé radost z jakékoli aktivity.

7.2.5 Krmení andulek

Krmení andulek probíhalo 16. ledna od 10:15 hodin s pracovnící v sociální službě a trvalo 15 minut.

Pozorovala jsem klienty K1, K2, K3 a K4. Andulky klienti krmili s pomocí pracovníce v sociální službě.

K1 a K3 byli ochotní hodit zrní andulkám a s radostí se koukali. K4 se pouze koukal, ale ke kleci se nepřiblížil. K2 opět odmítl tuto aktivitu, protože nemá rád zvířata.

Ne každý člověk má dobrý vztah ke zvířatům, proto nikdo není nucen do této činnosti. Na druhou stranu, kdo má zvířata rád, pravidelné krmení andulek si chválí a těší se z něj.

7.2.6 Práce s ubrouskem

Metoda arteterapie probíhala v klubovně se sociální pracovnící 19. ledna od 10:15 hodin, trvala pouhých 10 minut.

Tato činnost se až tak moc všem nelíbila. Klienti nebyli tak zruční, jak se očekávalo. Byli spíše zklamaní. Měli za úkol vystřihovat obrázky z časopisů a lepit je na papír. Z pozorovaných klientů se zúčastnili K1, K2, K3 a K4. Tato činnost se brzy po začátku ukončila a nahradila jiným programem.

Arteterapie se celkem zúčastnilo šest klientů. Bavilo to pouze jednoho, který je schopnější. Ostatní si tuto činnost neužili a byli spíše smutní. Místo toho šli na procházku.

7.2.7 Procházka po areálu

Procházka byla náhradní program místo arteterapie. Pobyt venku trval asi 1 hodinu.

Na procházku si vyšli uživatelé K1, K2, K3 a K4 v doprovodu rehabilitační pracovníce. K5 na vozíku vezla sestra. Ven šlo více klientů a seděli na lavičkách v parku areálu.

Všech pět klientů bylo venku spokojeno. Vyhřívali se na sluníčku. Někteří s námi aktivně mluvili, jiní pouze odpovídali. S pracovníci si ukazovali nedaleký kostel, pole a školu. K3 se zastavil naproti školní zahradě, kde byly děti venku, volal na ně „ahoj“ a mával jim.

7.2.8 Vystoupení Mateřské školy Jedlí

Vystoupení proběhlo 24. ledna v 9:15 hodin a trvalo 25 minut.

Místní mateřská škola vystupuje v domově podle domluvy, většinou však při příležitosti nějaké události, jako např. Den matek nebo Vánoce. Do jídelny jsou doprovázeni klienti z prvního a druhého patra (s lehkou a středně těžkou formou AD).

K1, K2, K3, K4 a K5 dětem tleskali, usmívali se. K1, K2 a K3 s dětmi spolupracovali, zpívali s nimi písničky. K3 měl slzy v očích, když děti odcházely. K2 zhodnotil vystoupení jako příjemné zpestření dne a doufá, že snad brzy přijdou zase.

Zajímavé bylo, jak reagovaly děti na uživatele. Bylo pro ně těžké soustředit se na vystoupení, hlavně pro ty menší. Někteří klienti mají nasogastrické sondy, jiní pořád mluví. Naštěstí většina klientů s dětmi spolupracuje, směje se a tleská.

7.2.9 Velikonoce

Velikonoční pondělí letos připadlo na 9. dubna. Kolem 10. hodiny přišli koledovat syn a vnuk od pracovníce v sociální službě a vyšlehali užívatelky. Všechny v prvním patře měly radost, smály se a pár z nich i vnoučka pohladilo po tváři.

Velikonoce a s tím spojená pomlázka jsou jen jednou do roka, tudíž je to pro uživatele zařízení vzácná chvíle. A jsem ráda, že jsem mohla vidět to nadšení a vděčnost ve tvářích klientek.

8 KARTOTÉKA ČINNOSTÍ PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Při své práci jsem sledovala používané aktivizační metody a rozhodla jsem se napomoci k jejich rozšíření vypracováním kartotéky her pro udržení různých dovedností klientů. Připravila jsem proto soubor možných činností, které by mohly sociální pracovníce příležitostně využívat. Jde o několik her kognitivních, motorických, hudebních a výtvarných. Čerpala jsem ze svých zkušeností během předchozí odborné praxe v Domově se zvláštním režimem v Jedlí, ale i v podobných zařízeních jako je léčebna pro dlouhodobě nemocné, v dětském domově nebo na brigádě v mateřské škole. Použila jsem hry všeobecně známé jako například Pexeso, Člověče, nezlob se, ale i méně známé jako Loto. Také jsem se inspirovala v literatuře.

Uvedené hry je nutné přizpůsobovat schopnostem i momentálnímu stavu jednotlivých klientů. Například u pexesa vybereme jen několik dvojic obrázků.

Aktivizační činnosti jsem zpracovala do brožury, jejíž obsah příkládám v příloze č. 3.

9 DISKUZE

Cíl č. 1: *Zjistit, jaká je nabídka aktivizačních metod pro klienty Domova se zvláštním režimem v Jedlí.*

K tomuto cíli se vztahovaly otázky v rozhovoru č. 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11 a 14.

Průzkumem bylo zjištěno, že se používají tyto metody:

Arteterapie podle odborné literatury znamená použití tvůrčích činností jako kresby, modelování, malby. V Domově se zvláštním režimem v Jedlí je realizována arteterapie, kterou nazývají tvůrčí dílna, v podobě stříhání obrázků, lepení, malování, zdobení květináčů a podobně.

Muzikoterapii v zařízení využívají jak aktivně – zpěv, hra na hudební nástroje, tak i pasivně – poslouchání hudby, sledování hudebních pořadů.

Ergoterapie má za úkol udržet klienta co nejdéle soběstačného v oblasti oblékání, použití WC, najedení, napití a osobní hygieně. V sociálním zařízení považují soběstačnost klientů za důležitou a snaží se uživatele vést k samostatnosti. Zvláště u jedinců s lehčí formou demence se snaží pouze dohlížet a dopomáhat při těchto činnostech.

Vzhledem ke schopnostem klientů je těžké zajistit **tanečně-pohybovou terapii**. Těch pár schopnějších uživatelů, kteří to zvládnou, jezdí na seniorský ples do Domova důchodců ve Štítech.

Orientace v realitě je poskytována prostřednictvím zaměstnanců, kteří uživatele informují o ročním období, významných událostech, sdělují jim, jaký je den, co mají k obědu a podobně. Dále mají klienti k dispozici velký nástěnný kalendář na chodbě a hodiny a stolní kalendář na pokoji. Součástí orientace v realitě je také oslovení klienta takovým způsobem, aby věděl, že se oslovení týká jeho. Zařízení také využívá označení pokojů klientů jmennými, popřípadě obrázky. Společné prostory označují piktogramy (příloha č. 4).

Ve svém průzkumu jsem došla ke zjištění, že žádný dotazovaný zaměstnanec nezná termín **kognitivní terapie**. Po vysvětlení jsme se dobraly k tomu, že tuto terapii používají intuitivně, ale spíše zaměstnávají uživatele pomocí ostatních terapií.

Senzorickou stimulací zaměřenou na všechny smysly zatím v Domově se zvláštním režimem v Jedlí nevyužívají. Nově zařadili do programu aromaterapii – poznávání různého koření a promazávání rukou vonnými oleji.

V domově využívají **reminiscenční terapii** jak individuální, při které s klientem vzpomínají na zážitky z fotografií, tak skupinovou, kdy se klienti chodí dívat do reminiscenčního koutku se starým nábytkem.

Terapeutické vaření či pečení není v zařízení možné vzhledem ke schopnostem a dovednostem uživatelů.

Pet-terapie může být podle literatury prováděna dvěma způsoby. Je možné chovat zvíře v zařízení nebo do zařízení může docházet canisterapeutický tým. Obě tyto možnosti jsou v Jedlí využívány. Chovají dvě andulky a 1x za 14 dní tam dochází canisterapeutka se psem a králíkem.

Aplikace světla je metoda, která upravuje denní rytmus. Pečovatelé dbají na dodržování denního režimu, tudíž je tato metoda poskytována.

Všichni zaměstnanci prošli kurzem **bazální stimulace** a snaží se své poznatky aplikovat v praxi. Využívají převážně iniciální dotek u klientů s těžší formou AD.

Cíl č. 2: Zjistit, jak klienti spolupracují s personálem při aktivitách a cíl č. 3: Zjistit, jak uživatelé reagují na různé aktivizační metody, shrnu.

Pomocí pozorování bylo zjištěno, jak klienti reagují při aktivitách.

Klient K1 byl aktivní a spolupracoval se všemi zaměstnanci. Klient K2 byl aktivní při všech pozorovaných činnostech, až na krmení andulek a návštěvy canisterapeutického psa. Ale oznámil mi, že nemá rád zvířata. Klienta K3 bych popsala jako aktivního nadšence se zájmem o jakoukoli činnost. K4 byl spíše pasivní a spolupráce s ním byla velice slabá. Klient K5 nebyl tolik aktivní, protože jeho zdravotní stav není natolik dobrý. Ale v rámci svých schopností se zúčastňoval s nadšením. K6 je ležící uživatel s těžší formou AD. I přesto byl rád za návštěvu psa i za prohlížení fotografií.

Myslím si, že všichni uživatelé byli rádi středem mého zájmu a měli dobrý pocit, že i o ně se někdo zajímá.

Cíl č. 4: Připravit kartotéku aktivizačních činností.

Navržený zásobník her jsem předala příslušným pracovnícům k nahlédnutí, posouzení a případnému vyzkoušení. Tato aktivita se setkala s příznivým ohlasem u sociálních pracovníků.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou aktivizačních metod pro uživatele s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociální péče. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaká je nabídka aktivizačních metod pro klienty Domova se zvláštním režimem v Jedlí, abych na základě výsledků šetření mohla vytvořit nabídku aktivizačních činností pro praxi.

Jako výzkumnou metodu jsem použila rozhovory a pozorování. Pomocí rozhovorů se zaměstnanci jsem chtěla zjistit, jak v zařízení podporují klienty v soběstačnosti a jaké uživatelům nabízí aktivizační metody. Spolupráce byla výborná, s žádnou pracovnící jsem neměla problém. Na pracoviště jsem docházela ve svém volném čase, tudíž jsem měla dost prostoru pro zpracování praktické části mé bakalářské práce. Pozorováním klientů jsem chtěla zjistit, jak spolupracují s personálem při různých aktivitách a jak na danou aktivitu reagují. Pobyt v zařízení sociální péče byl pro mě poučný a zajímavý.

Z výsledků je zřejmé, že Domov se zvláštním režimem v Jedlí má pestrou nabídku aktivizačních činností pro uživatele s diagnózou Alzheimerova choroba. Pro tyto uživatele je aktivizace jedinou pracovní náplní dne a proto si myslím, že by bylo dobré činnosti obměňovat. Na druhou stranu chápu, že nelze vymýšlet nebo hledat v literatuře na každý den jinou činnost. Proto jsem vytvořila malou kartotéku činností pro klienty s Alzheimerovou chorobou a věřím, že tak pomohu týmu zdravotníků k rozšíření nabídky aktivizačních metod pro klienty. A snad tím tak trochu pomohu k vyšší kvalitě života klientů, kteří zde tráví svůj podzim života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CALLONE, R. Patricia et. Al. 2006. Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4

CAMPBELL, Jean. 1998. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál. ISBN 80-7178-428-1

ELLIS, Albert a Catherine MacLAREN. 2005. Racionálně emoční a behaviorální terapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-947-X

GLASSER, William. Terapie realitou: jak najít skutečný vztah k realitě. 1. vydání. Přeložila Hana LOUPOVÁ. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-493-1

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X

HENDL, Jan. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-1

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

CHODOROWOVÁ, Joan. 1991. Taneční terapie a hlubinná psychologie. Imaginace v pohybu. Praha: Triton. ISBN 80-7254-554-X

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. 2009. Ergoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7

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

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. 2009. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2006. Základy psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0

KUČEROVÁ, Hana. 2006. Demence v kazuistikách. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4

LIEBMANN, Marian. 2005. Skupinová arteterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-864-3

MÜLLER, Oldřich. 2005. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3

PIDRMAN, Vladimír. 2007. Demence. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5

ŠICKOVÁ - FABRICI, Jaroslava. 2002. Základy arteterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. 1998. Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál. ISBN 80-7178-557-1

Informace z internetu:

Česko. Zákon č. 108 ze dne 13. června 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. Dostupné také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>. ISSN 1211-1244.

SORREL, Jeannette A. a Jeanne M. SORREL. Music as a Healing Art for Older Adults. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services [online]. 2008. Thorofare, Mar 2008 [cit. 2011-11-24]. ISBN 02793695. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/225531826?accountid=15518>

Před 105 lety Alois Alzheimer poprvé referoval o lidské demenci, 2011. Medical Tribune [online]. Únor 2011, [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/24585>

Tanečně pohybová terapie, 2010. Mezinárodní konference expresivních terapií Space For Art Therapies [online]. [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org/ceska-asociace-tanecni-a-pohybove-terapie.html>

Víte kolik lidí touto nemocí trpí?, 2003. Gerontologie [online]. [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>

ALZHEIMER, © 2012. Česká Alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AN	Alzheimerova nemoc
AD	Alzheimerova demence
tzv.	Takzvaně
ADL	Aktivita denního života
MMSE	Mini-Mental State Examination
WAB	Testy řečových funkcí
CT	Počítačová tomografie
MR	Magnetická rezonance
SPECT	Tomografická scintigrafie
PET	Pozitronová emisní tomografie
EEG	Elektroencefalografie
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
ČALS	Česká Alzheimerovská společnost
č.	Číslo
Sb.	Sbírka
§	Paragraf
R1 – R5	Rozhovor první až pátý
K1 – K6	Klient první až šestý
UTB	Univerzita Tomáše Bati
p.o.	Příspěvková organizace
např.	Například
apod.	A podobně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Kalendář

Obrázek č. 2: Retrokoutek

Obrázek č. 3: Piktogram

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky rozhovoru

Příloha č. 2: Pozorovací arch

Příloha č. 3: Obsah kartotéky činností pro klienty s Alzheimerovou chorobou

Příloha č. 4: Fotografie

PŘÍLOHA Č. 1: OTÁZKY ROZHOVORU

Otázky k rozhovorům:

1. Jakým způsobem vedete uživatele s Alzheimerovou chorobou k soběstačnosti v oblasti hygieny, najedení, napití, oblékání, použití WC?
2. Jaké používáte testy, škály?
3. Provádíte s uživateli rehabilitační kondiční cvičení? Jak často a jakým způsobem?
4. Čím se při výběru aktivizačních činností řídíte?
5. Je součástí aktivizace Vašich uživatelů s Alzheimerovou demencí arteterapie? Jaké prvky?
6. Využíváte metody pet-terapie? Dochází do Vašeho zařízení canisterapeutický pes?
7. Používáte prvky muzikoterapie?
8. Zařazujete do péče i koncept bazální stimulace?
9. Jaké další aktivizační metody ve Vašem zařízení využíváte?
10. Využíváte při práci se seniory reminiscenční terapie? Pokud ano, provádíte ji individuálně či skupinově?
11. Jakým způsobem pomáháte seniorům v orientaci v prostoru?
12. Umožňujete uživatelům Vašeho zařízení orientovat se v místě a čase, například pomocí hodin a kalendáře?
13. Jakým způsobem oslovujete klienty?
14. Mají uživatelé možnost chodit na procházky?
15. Které aktivity uživatelé vyhledávají?
16. Jsou i tací klienti, kteří odmítají metody aktivizační péče?
17. V případě neklidu uživatele používáte nějaká zvláštní opatření?
18. Jaká je spolupráce s příbuznými uživatelů?

PŘÍLOHA Č. 2: POZOROVACÍ ARCH

Téma **BP**: Aktivizace klientů s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociální péče

Instituce: Domov se zvláštním režimem Jedlí, a.s.

Datum:

Volnočasová aktivita:

Čas:

Provozovatel aktivity:

Doba trvání:

Klient:	Mimické projevy:	Slovní vyjádření:	Ochota spolupracovat:
K1			
K2			
K3			
K4			
K5			
K6			

Podmínky a okolnosti procesu:

PŘÍLOHA Č. 3: KARTOTÉKA ČINNOSTÍ PRO KLIENTY S AD

1. Kognitivní hry
 - 1.1. Člověče, nezlob se!
 - 1.2. Pexeso
 - 1.3. Nedokončená přísloví
 - 1.4. Zvířata v obrázku
 - 1.5. Kimova hra s čísly
 - 1.6. Loto – Povolání
 - 1.7. Najdeš stejný obrázek?
 - 1.8. Hledejte páry
 - 1.9. Co patří k sobě?
 - 1.10. Puzzle
2. Motorické hry
 - 2.1. Navlékání korálků
 - 2.2. Hříbečková mozaika
 - 2.3. Hmatové domino
 - 2.4. Hmatové pexeso
 - 2.5. Magnetická skládačka
 - 2.6. Maňásci
 - 2.7. Prstová cvičení
3. Muzikoterapie – Hry s hudbou
 - 3.1. Sluchové pexeso
 - 3.2. Odkud jde zvuk
 - 3.3. Relaxace s hudbou
 - 3.4. Kresba písniček
4. Arteterapie – výtvarné hry
 - 4.1. Práce s textilem
 - 4.2. Práce se dřevem
 - 4.3. Práce s papírem
 - 4.4. Práce z proužků papíru
 - 4.5. Práce s hlinou
 - 4.6. Koláž
 - 4.7. Frotáž
 - 4.8. Drátkování

PŘÍLOHA Č. 4: FOTOGRAFIE

Fotografie jsou z vlastních zdrojů.



Obrázek č. 1: Kalendář



Obrázek č. 2: Retrokoutek



Obrázek č. 3: Piktogramy