

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta



Diplomová práce

Rok 2021

Mgr. Bc. et Bc. Neli Zaworová

**Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta**

**Diplomová
práce**

Aktivizace seniorů jako odborná profese

**Activation of Older People
as a
Professional Qualification**

PhDr. Monika Válková
Vedoucí práce

Mgr. Bc.et Bc. Neli Zaworová
Autorka práce

Poděkování

Moje velké poděkování patří seniorům a jejich rodinám, kteří se mnou spolupracovali a věřili mi.

Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Monice Válkové za podporu a důvěru, kterou do mě vložila, nejen při psaní této práce. Díky tomu mohl tento snad Bohulibý počín vzniknout.

Chtěla bych také poděkovat svému budoucímu manželovi MUDr. Robertu Jatelovi za trpělivost, kterou vůči mně a mé práci má.

Bez pocitu domova by moje profese geronto-psycho-sociálního poradce vykonávat nešla.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci

„Aktivizace seniorů jako odborná profese“ jsem zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu, své vědomosti nabyté v předešlých studiích a praxi.

Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna

v Ústřední knihovně Univerzity Karlovy a mohla být používána ke studijním účelům.

V Praze dne: _____ Podpis: _____

Věnování

Jak je již mým zvykem i tuto diplomovou práci budu věnovat:

Aktivizačním pracovníkům věnujícím se seniorské populaci, aby v praxi, jak často zažívám, již netápali a věděli o své profesi, že je to studijně i profesně náročný obor hodný profesionalizace.

Práci věnuji také pedagogům, kteří mě nejen profesně formovali, ale také mi věnovali tolik času, že se z jejich strany jednalo spíše o mou výchovu než „jen“ výuku.

Dále bych chtěla tuto práci věnovat těm, kteří byli po mém boku, vedle mě, přede mnou jako můj vzor a snad i „nade mnou“ a museli se mnou celý proces vydržet jen pro takovou „malichernost“, která je světu úplně jedno, abych se stala podruhé magistrou...

V poslední řadě bych tuto práci chtěla věnovat seniorům, kteří se mnou prošli touto dlouhou cestou průzkumů a experimentů, byli mou inspirací a byli ochotni se mnou spolupracovat, sdílet a prožívat své schopnosti v oblasti kognitivních funkcí a to i ve chvílích, kdy se jejich psychický nebo fyzický stav zhoršil.

S pokorou děkuji ...

Anotace

Diplomová práce „Aktivizace seniorů jako odborná profese“ pojednává o aktivizaci seniorů, profesionalizaci a odbornosti profese aktivizačních pracovníků a o tom, jak se ona aktivizace jako profesionální nástroj může koncipovat tak, aby byla pro předem stanovený cíl aktivizace prospěšná a také úspěšně finalizovaná.

Hlavní roli v tomto procesu hraje důraz na profesní znalosti aktivizace, jejich principů, možností koncipování postupů z holistického hlediska a následného plánování aktivizace pro kolektiv a individuálně na míru klientovi.

Profesi aktivizačního pracovníka v této práci vymezují jako vysoce odbornou, vyžadující aktivní dialog mezi aktivizačním pracovníkem jako garantem aktivizace a aktivizovaným, jakožto člověkem, který aktivizaci potřebuje dosáhnout předem stanovených cílů.

Tato práce se také věnuje demografickému vývoji populace v ČR (jako faktoru potvrzujícího nutnost tuto profesi odborně povýšit). Taktéž vymezuje zdravotní, psychologické a sociální aspekty stáří v praxi.

Tato práce je ale především zaměřena jako manuál odborné aktivizace, její vymezení a průsečíky mezi jednotlivými vědními obory a praxí aktivizace. Nastiňuje problémy v praxi, přesahy praktikování odborné aktivizace, ale i mnohá úskalí této nelehké profese, která vyžaduje znalosti z těchto vědních disciplín: psychologie, kognitivní psychologie (přehled kognitivních funkcí a způsoby jejich aktivace a podpory), terapie a psychoterapie, pedagogiky a gerontopedagogiky, neurologie, sociologie, gerontologie, geriatrie, gerontopsychiatrie a fyziologie. Jako nedílnou součást odborné aktivizace diplomová práce ještě rozebírá jemnou motoriku, hrubou motoriku a bazální stimulaci.

Základem této práce jsou tato témata:

Teoretická část: demografie, aktivizace v souvislostech, plánování aktivizace, nástin odborného manuálu aktivizace, praktické poznatky profese aktivizačního pracovníka, aktivizace jako komunitní záležitost a její vliv na sociální klima širší komunity.

Praktická část: průzkum a stanovení hypotéz, individuální observace, praktikování odborné aktivizace a jejich evaluace, evaluace hypotéz, debata.

Klíčová slova

demografie a stáří v ČR

profesionální aktivizace, kognitivní funkce

vzdělávání aktivizačních pracovníků

manuál odborné aktivizace

gerontologie

gerontopedagogika, pedagogika

individuální přístup

péče o klienta

kvalita života

průzkum

Annotation

The “Activation of Older People as a Professional Qualification” diploma thesis deals with the activation of older people and with the professionalization and professionalism of activation staff as professional workers. The thesis also focuses on the designing of activation methods as a professional tool that is to be beneficial to any pre-defined objectives of the activation and also successfully finalized.

A key element in the process is the emphasis placed on the professional knowledge of activation, its principles, the possibility of designing the procedures from a holistic point of view, and the subsequent planning of activation collectively, with respect to a team, as well as individually, in a manner that is tailored to the client.

In this thesis, I define the profession of an activation worker as highly professional, requiring an active dialogue between the activation worker as the guarantor of activation and the activated, as a person who needs to achieve predetermined goals through activation.

This work also addresses the demographic development of the population in the Czech Republic (as a factor which confirms the need to professionally elevate this profession). It also defines the health, psychological and social aspects of old age in practice.

However, this thesis focuses in particular on the manual of professional activation, its definition and the intersections among individual scientific disciplines and practices of activation. It outlines the issues addressed in practice, the overlaps of the practices of professional activation, but also many pitfalls of this difficult profession, requiring knowledge of the following scientific disciplines: Psychology, cognitive psychology (an overview of cognitive functions and the methods of their activation and support), therapy and psychotherapy, pedagogy and gerontopedagogy, neurology, sociology, gerontology, geriatrics, gerontopsychiatry and physiology. As an integral part of professional activation, the thesis also discusses fine motor skills, gross motor skills and basal stimulation.

The thesis is based on the following themes:

Theoretical part: demography, activation in a context, activation planning, an outline of the professional activation manual, practical knowledge of the profession of an activation worker, activation as a community issue and its impact on the social climate of a wider community.

Practical part: research and determination of hypotheses, individual observations, the practices of professional activation and their evaluation, evaluation of hypotheses, a debate.

Keywords

demography and ageing in the Czech Republic

professional activation, cognitive functions

education of activation staff

the manual of professional activation

gerontology

geronto-pedagogy, pedagogy

individual approach

client care

quality of life

research

OBSAH

Poděkování.....	3
Prohlášení.....	4
Věnování.....	5
Anotace	6
Klíčová slova	7
Annotation	8
Keywords.....	9
OBSAH.....	10
PŘEDMLUVA.....	14
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:.....	17
1.1. Zkratky v teoretické části	17
1.2. Zkratky v průzkumu:.....	17
2. GERONTO POPULACE V ČR	19
2.1. Průkaz pro osoby se zdravotním postižením.....	22
2.1.1. Průkaz TP.....	23
2.1.2. Průkaz ZTP	23
2.1.3. Průkaz ZTP/P	23
3. ZKRÁCENÝ MANUÁL A ZÁKLADNÍ INFORMAČNÍ PENZUM K ODBORNÉ AKTIVIZACI SENIORŮ	24
3.1. Osobnost Odborného aktivizačního pracovníka	24
3.2. V praxi.....	25
3.2.1. Druhy aktivizace	27
3.2.2. Cíle aktivizace.....	27
3.2.3. Úskalí v praxi.....	28
3.2.4. Špatně stanovený cíl	30
3.2.5. Bezradnost a ztráta vnitřní motivace u odborného aktivizačního pracovníka.....	30
3.2.6. Absence vhodných aktivizačních pomůcek	31
3.2.7. Osobní bloky.....	33
3.2.8. Zvýšená unavitelnost odborného aktivizačního pracovníka.....	33
3.2.9. Kooperace mezi všemi sociálními vazbami aktivizovaného	33
3.2.10. Zhoršený zdravotní nebo psychický stav aktivizovaného.....	34

3.2.11.	Situační etika	35
4.	Psychologie a odborná aktivizace seniorů	38
4.1.	Kognitivní psychologie	41
5.	Terapie a psychoterapie a odborná aktivizace seniorů	44
5.1.	Geriatrická ergoterapie	45
5.2.	Reminiscence	46
5.3.	Arteterapie	47
5.4.	Muzikoterapie	47
5.5.	Aromaterapie	48
5.6.	Kognitivní trénink	48
5.7.	Validace	48
5.8.	Preterapie	48
5.9.	Mindfulness	49
5.10.	Zooterapie	49
5.11.	Babyterapie	49
7.	Pedagogika, andragogika, geragogika a odborná aktivizace	50
8.	Neurologie a odborná aktivizace seniorů	51
9.	Sociální aspekty a odborná aktivizace	55
10.	Gerontologie a odborná aktivizace seniorů	57
11.	Geriatric a odborná aktivizace seniorů	58
12.	Geronto-psychiatrie a odborná aktivizace	62
12.1.	Specifické rozdíly gerontopsychiatrie vůči odborné aktivizaci:	63
12.2.	Zásady odborné aktivizace na gerontopsychiatrii:	65
12.3.	Gerontopsychiatrické oddělení musí nabízet tyto služby:	66
12.4.	Nejčastější typy demencí	67
12.5.	Definice a nejčastější typy demencí	67
12.5.1.	Binswangerova nemoc	68
12.5.2.	Multiinfarktová demence	68
12.5.3.	Demence s Lewyho tělísky	68
12.5.4.	Demence při Parkinsonově nemoci	68
12.5.5.	Frontotemporální demence	69
12.5.6.	Pikova nemoc	69
12.5.7.	Demence při Huntingtonově chorobě	69
12.5.8.	Creutzfeldtova-jakobova nemoc	69
12.5.9.	Normotenzní hydrocefalus	70

12.5.10.	Deprese a demence.....	70
12.5.11.	Parkinsonova nemoc	70
12.5.12.	Mírné kognitivní poruchy	70
13.	Fyziologie a odborná aktivizace seniorů	72
14.	Myšlenkové operace a odborná aktivizace seniorů	74
14.1.	Exekutivní funkce.....	77
14.2.	Práce s imaginací.....	78
14.3.	Konkrétní příklady aktivizace:	81
14.4.	Skupinová a individuální.....	81
15.	Řečové schopnosti a odborná aktivizace seniorů	82
15.1.	Některé poruchy řeči u seniorů.....	82
15.2.	Mimika	84
15.3.	Logomotorika	84
15.4.	Oromotorika	85
15.5.	Další příklady aktivit:	85
16.	Koncentrace a pozornost a odborná aktivizace seniorů.....	85
16.1.	Druhy pozornosti	86
16.2.	Vlastnosti pozornosti.....	86
17.	Paměť a odborná aktivizace seniorů	89
17.1.	Krátkodobá paměť	92
17.2.	Pracovní paměť.....	92
17.3.	Dlouhodobá paměť	93
18.	Jemná motorika a odborná aktivizace seniorů	94
18.1.	Grafomotorika	94
18.2.	Vizuomotorika.....	96
18.3.	Hrubá motorika a aktivizace seniorů.....	96
19.	Bazální stimulace a odborná aktivizace seniorů.....	98
PRAKTICKÁ ČÁST		101
20.	Úvod do průzkumu	101
21.	METODIKA	102
21.1.	Metoda průzkumu.....	103
21.1.1.	Průzkumné postupy:.....	103
21.1.2.	Fáze průzkumu:.....	103
21.1.3.	Základní výzkumná otázka	104
21.1.4.	Popis reprezentativního vzorku:.....	104

21.1.5.	Informace k průzkumu:	105
21.2.	Stanovení hypotéz	105
21.3.	Klíč zkratk v průzkumu	106
21.4.	Definice pojmů v průzkumu	107
21.5.	Postupy při zpracování průzkumu	108
22.	Model struktury setkávání při odborné aktivizaci v průzkumu	109
23.	Informace k formulaci náprav	110
24.	Interpretace průzkumu:	111
24.1.	Informace o odborně aktivizovaných	111
24.1.1.	Klient M	111
24.1.2.	Progres klienta M	112
24.1.3.	Progres klienta M názorně:	113
24.2.1.	Klient M1	113
24.2.2.	Progres klienta M 1	114
24.2.3.	Progres klienta M 1 názorně:	115
24.2.4.	Komparace a M a M1	115
24.3.1.	Klientka S	116
24.3.2.	Progres klientky S	117
24.3.3.	Progres klientky S názorně	117
24.4.1.	Klientka V	118
24.4.2.	Progres klientky V	119
24.4.3.	Progres klientky V názorně	120
24.4.4.	Komparace S a V	120
DISKUZE	.....	121
ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	.....	124
25.	POUŽITÉ ZDROJE	126
25.1.	Internetové zdroje	126
25.2.	Literatura	127
25.1.	Videozáznamy	129
25.2.	Přednášky	129
25.3.	Zákony	129
PŘÍLOHY	.....	130
Přílohy A- Záznamový arch aktivizace	.....	130
Příloha B - Autorské fotky	.....	131
Příloha C - K tématu této diplomové práce	.....	133

RESUMÉ	134
SUMMARY	135

PŘEDMLUVA

Na začátek bych chtěla sdělit, proč jsem si vybrala toto téma, které rozebírá moje praxe. Aktivizace seniorů, jako samostatně stojící obor, sice v seznamu povolání existuje, ale její úroveň v praxi je dost žalostná. A to vůbec nehovořím o dobrotě a nadšení lidí, kteří ji provozují.

Lidé, kteří aktivizaci se seniory provozují a to ať už v domovech pro seniory a jim podobných zařízení, nebo v zařízeních, kde jsou již klienti s vícečetnými involučními změnami, jako je třeba hospic, domov se zvláštním režimem nebo odlehčovací služby a stacionáře, jsou často seznámeni s nějakou formou terapie, ale z odborného hlediska nic více.

V praxi jsem se velmi často setkávala s uniformní aktivizací, unavenými aktivizačními pracovníky, kteří tápají, opakují tytéž aktivity, kdy cílem aktivit je „nějak strávit volný čas“.

Taktéž mi hlavně v praxi chyběla jakási esence hrdosti na odbornost, kterou aktivizační pracovníci vykonávají. A domnívám se, že důvodem je to, že na poli vzdělávání jsem nenašla optimální vzdělávací systém pro aktivizační pracovníky, který by obsahoval minimálně: geriatrické minimum, gerontologii, pedagogiku (gerontopedagogiku), andragogiku, psychologii, sociologii, vybrané aktivizačně terapeutické metody (reminiscence, ergoterapie, logoterapie, muzikoterapie a jiné), neurologii a fyziologii.

Velmi často se také setkávám s dětinským přístupem směrem k aktivizovaným, který vzniká v podvědomí aktivizačního pracovníka, protože před sebou vnímá osobu, jejíž kompetence mu podvědomě připomínají kompetence dítěte. Poukazuje to především na „dobré srdce“ aktivizujícího, ale hlavně na absenci odborné přípravy.

V pravdě se domnívám, že je to tak odborná profese, že je hodna vysokoškolské akreditace na úrovni minimálně bakalářského studia.

Další mojí zásadní motivací pro rozvoj této oblasti byl fakt, že demografický vývoj jasně dokládá, že potřeba služby odborných aktivizací budou narůstat a ČR stále nemá na tento trend připravené ani zdravotnictví, ani sociální sektor, natož mezioborový koncept odborné aktivizace.

Nejdůležitějším důvodem výběru tématu je prospět aktivizačním pracovníkům, založit profesionální aktivizaci a prospět uživatelům aktivizace.

ÚVOD

Tato práce pomůže objasnit alespoň některá úskalí a pozitiva z praxe aktivizace, a to díky tomu, že takřka celá z praxe vychází.

Zpracovávané téma této diplomové práce „Aktivizace seniorů jako odborná profese“ jsem si vybrala z toho důvodu, abych se mohla podělit o zážitky a přesaHy ze své praxe právě při aktivizaci klientů domova s pečovatelskou službou, sociální a ošetrovatelské jednotky, domova se zvláštním režimem, kde jsem čerpala a hledala poznatky pro svou Geronto-psycho-sociální poradnu, kterou jsem 1.9. 2017 založila.

Poznatky z aktivizace nejen mnou vedené, ale také pozorované mě dovedly k tomu, že je opravdu nutné toto povolání profesionalizovat.

Hlavními důvody byly:

- odstranit v aktivizace seniorů fenomén kompletní dětské hry – infantilizace,
- stanovit kostru vzdělání profesionálních aktivizačních pracovníků,
- odborně vzdělat aktivizační pracovníky a dát jim (byť skromný) manuál,
- rozdělit aktivizaci na skupinovou, individuální a další typy a stanovit jejich rozdíly v cílech,
- stanovit principy aktivizace a její etické aspekty,
- spojit aktivizaci s observací klientů či pacientů,
- udělat z aktivizačního pracovníka nedělitelnou součást multidisciplinárního týmu při péči o klienta či pacienta,
- stanovit standardy kvality aktivizačních pomůcek pro seniory,
- věnovat do praxe své poznatky a přípravy,

V praktické části této práce se pak zabývá observací klientů sociální a ošetrovatelské jednotky, domova se zvláštním režimem a domova s pečovatelskou službou, kde jsem našla klienty vhodné pro observaci a odbornou aktivizaci, která povede ke konkrétním stanoveným cílům a které zlepší klientovi kvalitu života.

TEORETICKÁ ČÁST

1. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:

1.1. **Zkratky v teoretické části**

1.2. **Zkratky v průzkumu:**

M	- myšlenkové operace
K	- koncentrace
O	- osobní anamnéza
R	- rodinná anamnéza
Ř	- řečové schopnosti
PD	- paměť dlouhodobá
PS	- psychologická osobnostní anamnéza
P	- pracovní anamnéza
P K	- paměť krátkodobá
M	- muž 62let, poškození periferních nervů horních končetin, LMR (lehká mentální retardace, debilita)
M 1	- muž 85 let, problémy s obsesí a dlouhodobou pamětí, po CMP problémy s mluvidly historicky jsme řešili stejnou metodou (Dysfagii- lehčí formu) předcházela problém s motivací

- S - žena , 67 let roztroušená skleróza,
- V - žena, 77 let, abstinující vyléčená alkoholička, poškození dlouhodobé paměti,
počáteční stařecká demence, problém s motivací
- Z - zdravotní anamnéza
- ZVO - základní výzkumná otázka

2. GERONTO POPULACE V ČR

V této kapitole se zaobírám demonstrací faktu, že demograficky ČR stárne, i když statistický trend doby dožití si v minulém roce pohoršil (předpokládám, že z důvodů SARS-COV₂- i když tuto informaci výslovně ČSÚ neuvádí) také předpokládám, že trend zvyšování doby dožití vzhledem k možnostem získávat kvalitní informace, vybírat kvalitní potraviny, dosažitelnosti a kvalitě zdravotní péče dále poroste.

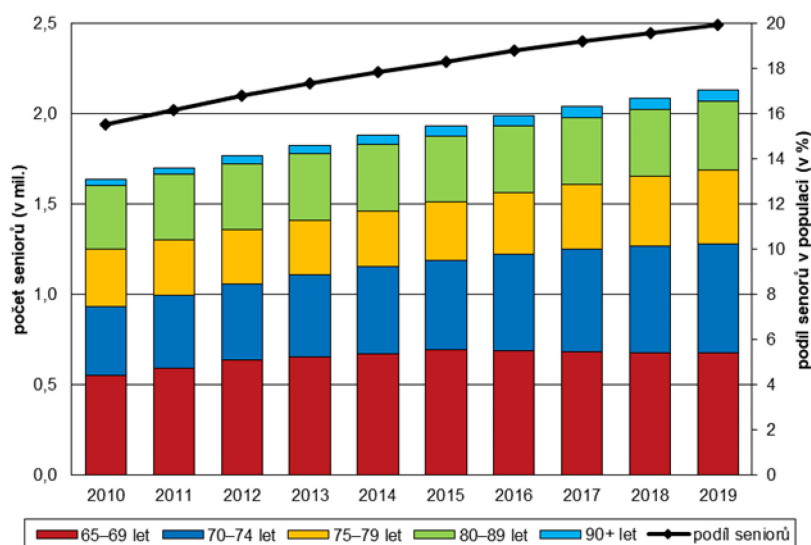
Dále se dotýkám podpůrného systému dávek pro seniory.

Český statistický úřad na svém webu uvádí tyto informace:

„Česká společnost demograficky stárne. Znamená to, že v obyvatelstvu České republiky roste počet osob ve věku 65 a více let a zvyšuje se jejich váha v celé populaci. Mezi lety 2010 a 2019 vzrostl počet seniorů téměř o půl milionu z 1,64 na 2,13 milionu (k 31. prosinci 2019) a podle posledních dostupných údajů tvoří seniori již jednu pětinu obyvatelstva ČR.

Počet seniorů roste ve všech dílčích věkových skupinách. Největší skupinu tradičně představují nejmladší seniori ve věku 65–69 let, kterých byla ke konci roku 2019 zhruba jedna třetina (679 tisíc), dalších téměř 30 % seniorů (603 tisíc) bylo ve věku 70–74 let. Zbylé dvě pětiny seniorů zastupovaly dvě poměrně podobně početné skupiny osob ve věku 75–79 let (409 tisíc) a osob ve věku 80 a více let (441 tisíc). Většina (85 %) z nejstarší věkové skupiny 80+ přitom pravidelně patří mezi osmdesátníky, tj. je jim mezi 80 a 89 lety. Devadesátníků bylo podle posledních údajů ČSÚ v obyvatelstvu 63 tisíc a věku 100 a více let se dožilo 713 obyvatel České republiky (z toho 515 bylo žen).“¹

¹ www.csu.cz



Graf č.1: Počet a podíl seniorů v obyvatelstvu ČR k 31. 12.2020

Vzhledem k tomu, že ČSÚ uvádí, že: „Mezi lety 2010 a 2019 vzrostl počet seniorů téměř o půl milionu z 1,64 na 2,13 milionu...“ se v ČR musíme připravit na to, že bude potřeba se starat o takovouto poměrně značnou část populace.

Na koncepci LTC (Long Terminal Care - dlouhodobé péče) se již v ČR debata vede, ale zatím zákonodárci není schválený tolik potřebný LTC standard, který bychom mohli zavést v praxi. Stejně tak chybí data o demencích a Alzheimerově chorobě v ČR v aktuálních letech, což situaci pro vyjednávání a plánování značně komplikuje.

Přitom MZ ČR již v roce 2012 uvádí:

„Na základě výsledků vlastního šetření je zřejmé, že náklady vynaložené na diagnózu AD s časným začátkem jsou ve srovnání s náklady na AD s pozdním začátkem nižší. Průběh onemocnění lze oddálit včasným nasazením léčby. Proto je důležitá včasná diagnostika onemocnění a nepodceňování příznaků, které se na první pohled mohou jevit jako banální.“²

² Zdroj: <https://ezcr.cz/naklady-lecby-alzheimerovy-choroby-v-cr-pripadova-studie-za-obdobi-2010-2014/>(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012)

V citaci se hovoří sice jen o AD, ale trend s demencemi obecně je stejný a včasná diagnóza a vhodně nastavená léčba v brzkých stádiích onemocnění obecně, šetří státní kasu, ale i nemocného, jak psychicky tak fyzicky.

Protože v ČR nejsou aktuální čísla o stavu demencí k dispozici, pro představu uvádím informace ze zahraničí:

„V roce 2016 nebyly publikovány nové statistiky či mezinárodní srovnání týkající se počtu lidí s demencí. Podle Alzheimer's Disease International (ADI)³ žilo v roce 2015 na celém světě odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Studie⁴ přitom odhadují, že lidé s demencí mají naději dožití 7 až 10 let poté, co jsou diagnostikováni. Podle propočtů ADI se letos objeví nový případ demence každé tři sekundy (celkem přibude 9,9 miliónu lidí s demencí). Počet lidí s demencí se přitom nejspíš během dvaceti let zdvojnásobí – lze tedy očekávat, že v roce 2030 bude na zemi 74,7 miliónu lidí s demencí (podle Světové zdravotnické organizace bude toto číslo vyšší – 75,6 miliónu lidí) a v roce 2050 dokonce 131,5 miliónu lidí s demencí (podle Světové zdravotnické organizace 135,5 miliónu). Počet lidí s demencí tak aktuálně zhruba odpovídá počtu obyvatel Španělska, v roce 2030 sr přiblíží počtu obyvatel Turecka a v roce 2050 pak přesáhne aktuální počet obyvatel Japonska. Většina lidí s demencí (58 %) žije ve státech méně rozvinutých či státech se středními příjmy. Dostupná srovnání organizace Alzheimer's Disease International ukazují, že v regionu Střední Evropa, kam patří Česká republika, je zastoupení lidí s demencí nižší, než je průměr jinde na světě.“³

Dále je z vyjádření ČSÚ jasné jak moc je důležité LTC brzy vytvořit, vytvořit pevné mosty mezi zdravotním a sociálním sektorem a předimenzovat a precizovat některá již standardně existující pracovní místa ve zdravotním a sociálním sektoru (jako například profesionalizace aktivizace seniorů). Další fakta cituji z dokumentu životní podmínky seniorů.

„Česká populace demograficky stárne. Na rostoucím počtu a podílu seniorů se ve druhém desetiletí 21. století podílel jednak přesun osob z početně silných generací narozených po 2. světové válce do věku nad 65 let, a jednak dlouhodobě prodlužující se střední délka života, neboli naděje dožití. Mezi roky 2010 a 2019 vzrostla naděje dožití při narození u mužů ze 74,4 na 76,3 let a u žen z 80,6 na 82,1 let.“

³ Zdroj: www.ALZHAIMER.CZ

Na www.csu.cz dokument Životní podmínky seniorů v roce 2020

Dále se na webu <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2020> dočítáme že:

„Řada seniorů, zejména ve vyšších věcích, je tak odkázána na péči blízkých či pečovatelských zařízení.“⁴

Je tedy nutné se připravit nejen důchodovou reformou a LTC.

Souvislost s odbornou aktivizací spočívá především v tom, že o klienta pečuje individuálně (i skupinově samozřejmě) a OA (odborný aktivizační pracovník) má tedy významnou šanci zaznamenat, poukázat a delegovat k dalším odbornostem klienta či pacienta s devalvací kognitivních funkcí. Může upozornit na počátky některých z MKN F00-F09 - Organické duševní poruchy včetně symptomatických.

Včasná diagnostikování nejen demencí je jedním z významných faktorů kvality života, ale pokud budeme akcentovat systémové nuance, jde především o prevenci a včasný záchyt, který ušetří rozpočet MZ a MPSV a pomůže v čas odhalit počínající demence. Zkvalitní se tak péče o jedince a posílí mezioborový vztah zdravotně sociálního pomezí.

V ČR je zatím v tomto ohledu rozvinut pouze „aparát zvýhodnění a podpor“. Má-li občan významné deficity (viz. dále) jsou to především důchody. V případě seniorů starobní, vdovský a invalidní, dále různé příspěvky: na bydlení, na péči a dávky: v hmotné nouzi, pohřebné aj. Dále se stát stará formou zvýhodnění:

2.1. Průkaz pro osoby se zdravotním postižením

Mnoho užitečných informací pro postižené zrakově, sluchově, tělesně, mentálně, vnitřní nemocí, kombinovaným postižením, duševní nemocí, dále pro rodiče dětí se ZP a seniory je uvedeno, na webové stránce <http://www.helpnet.cz/> .

⁴ <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2020>

2.1.1. Průkaz TP

Náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I - lehká závislost.

Tito občané pak mají nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednost při osobním projednávání své záležitosti vyžaduje-li situace delší stání či sezení.

2.1.2. Průkaz ZTP

Je přiznáván osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II - středně těžká závislost.

Vzniká nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednost při osobním projednávání své záležitosti vyžaduje-li situace delší stání či sezení, bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy, slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

2.1.3. Průkaz ZTP/P

Je přiznán těm osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III – těžká závislost nebo stupni IV - úplná závislost.

Dále také osobám, které prokázaly, že nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility. Mají nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednost při osobním projednávání své záležitosti vyžaduje-li situace delší stání či sezení, bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy, slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy, bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky a bezplatnou dopravu vodícího psa.

Některá kulturní centra taktéž nabízejí slevy takto znevýhodněným občanům a jejich doprovodu. Tyto slevy jsou nenárokovatelné.

3. ZKRÁCENÝ MANUÁL A ZÁKLADNÍ INFORMAČNÍ PENZUM K ODBORNÉ AKTIVIZACI SENIORŮ

3.1. Osobnost Odborného aktivizačního pracovníka

Před tím, než se profesně započneme odborné aktivizaci věnovat, je důležité si uvědomit své možnosti. Možnosti osobní, pracovní, časové, fyzické ale také jaké mám predispozice pro tuto práci.

Je nutností, aby odborný aktivizující disponoval inteligencí, byl emočně stabilní, zvládal těžké životní události spíše rozumově než emočně, aby měl zájem o obor, byl plný energie, empatický, kreativní, vstřícný, trpělivý, učenlivý a hlavně nadšený pro práci se seniory. Ne zřídka v praxi nadšení, empatie a vstřícnost přebíjí kdejakou odbornost s intelektem.

Jsou zde také nutné požadavky na vzdělání. Naprosto reálně vidím akreditaci bakalářského stupně, která by obsahovala kvalitní orientaci v níže uvedených vědách s akcentací na geronto populaci.

Nyní je standardem aktivizace bez odbornosti, nejčastěji jen za předpokladu, že aktivizační maturoval a zvládá základy a základní příručky pro aktivizaci seniorů.

Bohužel ne všichni, kteří toto povolání s přesahem a potenciálem vykonávají, jsou nadáni od Boha. A tak stejně jako v jiných povoláních i v aktivizaci se stává, že dosahuje jen malých kvalit. Bohužel ale vzhledem k tomu, že konzument služby je živá bytost, člověk na sklonku života (nebo vážným deficitem) je toto dle mého názoru neakceptovatelné - ne ve 3. tisíciletí.

Nutnost z aktivizace udělat odbornou aktivizaci vidím i přes to, že je zde mnoho aktivizačních pracovníků, kteří na tuto odbornost z různých důvodů nedosáhnou.

Dále bych chtěla zmínit potřebu dobrého fyzického i psychického zdraví odborného aktivizujícího. Vnímám fenomén, který v odborné literatuře místo nemá, a to, že leč je to práce krásná a nabíjející, váš výdej bude vždy větší než příjem. Zejména pokud hovoříme o klientech a pacientech DZR či hospicové a paliativní péče.

V Domovech pro seniory se dá očekávat, že váš výdej a příjem se budou rovnat, či se pocitově a fyzicky dostanete do plusu. Nicméně euforické dny nabité štěstím očekávat nelze ani při neodborné aktivizaci.

3.2. V praxi

Musíme znát velmi mnoho informací, které na odbornou aktivizaci navazují. Ve své praxi zohledňuji před aktivizací současný fyzický a psychický stav. Někdy je pak z těchto důvodů vhodnější nedodržet harmonogram setkání a aktivizaci přeložit. Některá medikace má potenciál anebo přímo ovlivňuje kognitivní funkce nebo percepce. Dále musíme zhodnotit stav percepce. Kupříkladu při zánětu oka klienta, který je zvyklý se spoléhat především na zrak, není dobré odbornou aktivizaci zahájit. Pokud pro klienta má tato aktivizace psychoterapeutické hodnoty, tak ji alespoň z části zachováme.

V praxi je opravdu mnoho nuancí a na odborného aktivizačního pracovníka to klade velké nároky. Nelze tedy počítat s tím, že rozvržení práce bude snadné. Velká část odborné aktivizace spočívá v přípravě a přemýšlení nad individuálním přístupem ke klientovi a příprava jako taková je mnohdy delší než aktivizace samotná.

Nelze také počítat, že v rámci jednoho pracovního dne je zvladatelné se na individuální odbornou aktivizaci soustředit více jak na 4 klienty.

Dle hesla těžko na cvičišti lehký na bojišti, je lépe se připravovat při studiu odborné aktivizace spíše na klienty s involučními komorbiditami, vícečetnými kognitivními poruchami a vyšší mírou ztráty percepce.

Odborná aktivizace má také potenciál v tom, že můžeme klienta pozorovat. Je to i jeden z hlavních závazků odborné aktivizace, protože může včas odhalit různá úskalí klientova života -

vlastně cokoliv z psychického a fyzického nepohodlí, (může se jednat o bolest zad, nebo smutek klienta) a včasné řešení bývá v gerontologii a geriatrii velmi důležité. Nedá se předpokládat že geronto klient bude 1. řešitelem své nekomfortní situace.

Odborný aktivizační pracovník je nedílnou a velmi přínosnou součástí multidisciplinárního týmu v péči o klienta. Funkce tohoto týmu je naprosto zásadní, co se týče kvality života klienta nebo pacienta. Z důvodu toho, že v rámci aktivizace ať už odborné či neodborné se s klientem nebo pacientem tráví čas, je jisté, že se budeme dozvídat jeho aktuality, které bychom měly v rámci multidisciplinárního týmu dále předávat, jsou-li podstatné v jeho péči či zkvalitňování jeho života.

Odborný aktivizační pracovník tedy funguje jako konzultant a je konzultující s jinými profesemi. Aby byl i jako tazatel připraven, je nutné se orientovat v níže uvedených oborech celého zkráceného manuálu OA - odborné aktivizace. Stejně tak bude moci informace ze svého sektoru předat na adekvátní úrovni rodinám a blízkým osobám.

Je taktéž žádoucí, aby si odborný aktivizační pracovník vystavěl svou odbornou, profesní informačně-konzultační síť.

Etické aspekty odborné aktivizace jsou taktéž často těžko zodpověditelné a nárokuje si velkou duševní práci aktivizujícího - zejména v kontextu paliativní a hospicové péče.

Rozvržení času k práci bývá obtížné zejména ze začátku, vše je nové a na spousty postupů si bude muset nový odborný aktivizační pracovník přijít sám. To platí i o výrobě a shánění vhodných aktivizačních pomůcek či materiálů. Individuální přístup je klíč k dosahování cílů a tak odborné aktivizaci nic jiného nezbyvá. Je také nutné vést evidenci. K tomu souží záznamový arch, který obsahuje základní informace o klientovi a vývoji jeho odborné aktivizace. (Viz příloha: Záznamový arch aktivizace)

Je nutné se s klientem seznámit, nastudovat o něm informace a dále rozvažovat jak se bude proces OA vyvíjet a zanášet si tyto informace do záznamového archu.

Dále odborná aktivizace potřebuje dobře znát chod organizace, ve které se nachází a organizační strukturu kam zapadá.

Skupinové aktivizace by měly mít svůj jasný, daný čas a individuální odborné aktivizace by měly být stanoveny tak, aby nepřekážely chodu zařízení (v čase jídel apod.) nebo, aby se u klienta rozvrhly jiné aktivity tak, aby ho nepřetěžovaly a nebyly předimenzované.

Zde také narážíme na individuální přístup v tom, jak dlouho a kolikrát v jakém časovém horizontu jednoho klienta odborně aktivizovat. Nejde jen o potřeby klienta ale také o možnosti instituce (jeho domova) ale také o to co OA může zvládnout.

3.2.1. Druhy aktivizace

- Odborná - rehabilitační, terapeutická.
- Neodborná - přirozená, spontánní.
- Individuální - metoda face to face (jeden klient, pacient na jednoho OA)
- Skupinová - dva a více klientů na jednoho aktivizačního pracovníka (od 10 klientů nutnost asistenta pro aktivizačního pracovníka, v případě, že skupina skýtá klienty s deficitem kognitivních funkcí nebo demencí).
- Sezónní - sázení, pečení cukroví.
- Tematická - zaměřená na určité téma např.: slavení svátků, vyšívání, diskuze o aktuálních společenských tématech aj.

3.2.2. Cíle aktivizace

- Přinést do chráněné reality co nejvíce z okolního, plně aktivního světa tak, aby to bylo klientům příjemné a srozumitelné.
- Pomocí aktivizace podporovat a zachovat maximální možnou míru soběstačnosti pro co nejkvalitnější život klientů.
- Podpora sociálního kontaktu.
- Podpora komunity

3.2.3. Úskalí v praxi

O tom aby odborný aktivizační pracovník správně rozhodl, zda se může jednat o nápravu rozhoduje zkušenost, ale také rozpravy s kolegy z jiných odborností. Nápravou se rozumí proces, který vede k získání ztracené schopnosti či dovednosti či poupravení metod k jejímu dosažení. Úprava metody vždy vychází z aktuálních schopností klienta. Je tedy nutné si stanovit, kterou cestou je dobré se vydat. Obojí mají své klady i zápory.

U změny strategie dosahování kompetence jde o rezignaci na obvyklý způsob, který je klientem zažitý a tudíž býval pro něj nejsnazší. (např. po CMP byl klient zvyklý využívat k pití pravou rukou a po jejím ochrnutí bude používat levou). Nevýhodou je, že se rezignuje na dlouhodobý cíl (pokud je dosažitelný) a to sice nácvik motoriky levou rukou a tudíž dojde k rozšíření užívání ruky pravé.

Úpravou metody rozumíme přenastavení zaběhlého zvyku, kdy například u klienta po těžké zlomenině nohy, který byl schopný se dříve obouvat tak, že si přehodil kotník jedné nohy na koleno druhé a nazul botu, jej naučíme používat kompenzační pomůcku na oblékání ponožek a dlouhou lžici na nazouvání obuvi. V tomto případě je zjevná rezignace na předešlý komfort.

OA se také samozřejmě realizuje v úrovních kdy se „pouze“ snažíme dosáhnout na předešlé kvality (např.: trénink podpisu po doléčené zlomenině ruky - trénink jemné motorik jako RHB).

U každého klienta to bude trochu jiné, avšak je důležité si nechat nastínit situaci od lékařů, kteří stanovili diagnózy až po pečovatelky, které o konkrétního klienta pečují, či rodinu, která poreferuje .

V praxi se ukázalo, že i člověk s II. stádiem demence je schopen naučit se nové konstrukty a nové věci, i když tomu neurologický obraz moc nenasvědčuje. Ráda bych podotkla myšlenku, se kterou jsem odbornou aktivizaci založila - a to, že mozek je neuroplastický a to dává obrovskou naději v tom, co může být i když involuční změny v mozkových tkáních říkají, že se již nové synapse nespojí. Pro zaškolení odborného aktivizačního pracovníka je tedy důležitý dostatečný vzorek klientů, na kterém je možné jeho zkušenosti srovnávat.

Odborně aktivizovat je tedy dle mé zkušenosti z praxe možné následující diagnózy:

- Alzheimerova demence,
- Multiinfarktová demence,
- Parkinsonova nemoc (literatura nehovoří jednoznačně o zařazení mezi demence),
- Huntingtonova nemoc,
- Pacienty po CMP (dysfagie, jemná motorika),
- Vaskulární příčiny demence,
- Smíšená demence,
- Demence z důvodu hydrocefalu,
- Osoby s behaviorálními psychologickými symptomy (demence často doprovází)

Předpokládám, že je lze odborně aktivizovat i jiné typy demencí, které jsem v praxi nezažila a to sice Binswangerovu demenci a demenci s Lewyho tělísky) - respektive diagnostika často nebývá tak důsledná, aby demence rozlišovala detailněji,

- A jiné degenerativní onemocnění mozkové tkáně.

Věřím však, že tento koncept pomůže systematizovat v následné péči třeba i poúrazovou aktivizaci.

Pokud se z důvodu závažnosti diagnózy nedaří aktivizovat odborně s vizí cíle - nápravy, je čas přistoupit na aktivizaci neodbornou.

Aktivizace je tedy vítanou součástí života a zde můžeme působit neodbornou aktivizací, třeba jen prostým trávením času společně.

Rozhovor, sdílení, cítění blízkosti, mazlení zvířat, vědomé či nevědomé přijímání informací z proxemiky, haptiky, posturiky, vcházení do dialogu s člověkem i s prostorem kolem sebe je velmi důležité za jakéhokoliv psychického či fyzického stavu.

Závěr kapitoly shrnuji tedy do výroku že, diagnózy, u kterých není vhodným cílem náprava, jsou pouze velmi pokročilé diagnózy a diagnózy u osob trpících behaviorálními psychotickými symptomy se jedná spíše o psychorehabilitaci i když nápravy jsou taktéž možné.

Dále není vhodné vést aktivizaci odborně za cílem nápravy tam, kde jsou mnohačetné komorbidity, závažná onemocnění v terminální fázi a tam kde to klient sám nechce.

3.2.4. Špatně stanovený cíl

Je těžké si při počátečním kontaktem s klientem hned stanovovat cíl. První setkání by mělo být spíše orientačně seznamovací posezení, aby se vzájemně na sebe aktivizační pracovník a klient mohli navázat. Posléze se snadněji stanoví daný cíl a následně se sestavuje baterie cílů.

Kýženým výsledkem může být prvně vyslovený cíl klientem. Klient není odborníkem na systém odborné aktivizace ale odborníkem na svízel své situace, je nutné ho tedy takto vnímat. Klient pravděpodobně vysloví přání třeba se znovu usmívat jako před tím než prodělá CMP. V takovýto moment je na odborném aktivizačním pracovníkovi, aby si zajistil dostatek informací od jiných odborností a vhodně degradoval cíle. Pokud po odborných konzultacích zjistí, že cíl je reálný, vystaví cestu skrz dílčí cíle až k „cílové rovině“.

Pokud zjistí, že cíl reálný není, je důležité zapojit psychoterapeutický výcvik a využít jej na maximum. Část této psychoterapie by měla mít za výsledek nastavení jiných, dosažitelných cílů. Tento proces by se měl opakovat tak dlouho, dokud se cíl nenajde - a může být úplně jiný.

Pokud je klient v takovém psychickém a fyzickém stavu, že vyslovuje přání „znovu se usmívat jako před tím“ je odbornému aktivizačnímu pracovníkovi jasné, že tento cíl je tužbou klienta, je konkrétní a jedná se o odkaz na duševní stav, řešení vizuality a prostředku komunikace s okolím.

A v tom se nalézá klíč k situaci. Je nutné tedy řešit právě tyto aspekty. Je mi moc líto, že nikdy odborná aktivizace nenabídne jednoduché řešení jak dosahovat přání klientů a pacientů a to zejména z toho důvodu, že kolik je na světě lidí, tolik je přání a kolik bude odborných aktivizačních pracovníků, tolik bude specifických přístupů. Ale i v tomto spatřuji pozitiva.

Frustrace z toho, že se nedaří dosáhnout cíle, pokud klient spolupracuje a aktivně se podílí, je chybou odborného aktivizačního pracovníka, neboť tedy špatně stanovil cíl (nastavil špatnou gradaci)!

3.2.5. Bezradnost a ztráta vnitřní motivace u odborného aktivizačního pracovníka

Bezradnost není známka neprofesionality, je to výzva, na kterou se hledá síla. Nejhorší je na situaci rezignovat, neboť se podobná překážka opět objeví v budoucnu. Pokud je tu teď, je tedy zbytečné ji obejít. Stejně tak jako u motivování druhých, musíme být schopní motivovat i sebe. Motivace sebe sama je vlastně manipulační procedura. Manipulovat s ostatními nás

podvědomě učí už naši rodiče i výchova je manipulací. Na manipulaci s druhými lidmi, tedy do života, vcházíme vybaveni lépe. Manipulace se sebou samotným je jedním z nejtěžších psychických procesů.

Umět se motivovat je známkou vrcholné dospělosti. Ne všichni ji dosáhneme. Pokud se ale jedná o pracovní proces, nezbyvá než se zamyslet, zda je lepší pro nás činit nějakou činnost v nelibosti, či investuji čas do hledání způsobu vnitřní motivace a danou nesnázi si „podmaním s libostí“.

3.2.6. Absence vhodných aktivizačních pomůcek

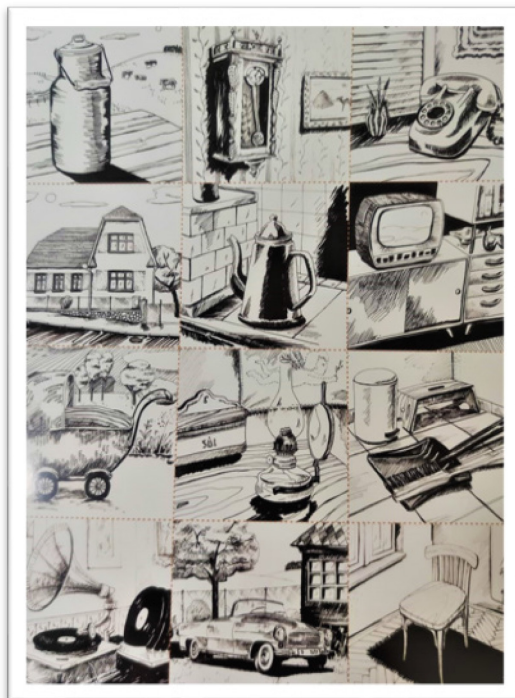
Toto je jeden z hlavních důvodů délky přípravy na individuální aktivizaci. Po zhodnocení stavu klienta a zorientování se v jeho anamnézách, je zapotřebí sestavit plán a cíl a především zajistit vhodné pomůcky. Ty ovšem na trhu chybí nebo nejsou individuálně vyhovující, ale dost často nejsou ani etické. Tím myslím fenomén aktivizačních pomůcek pro seniory, které evidentně vycházejí z konceptu dětských hraček - infantilizace.

To znamená, že neakcentují tyto parametry:

- Sloužit by měly k udržení stavu percepce a přesto nebyť matoucí (jedna jasná funkce a variace v použití).
- Při jejich konstruování by se měl zohlednit fakt, že senioři modernu dost často neznají, i když je třeba může nadchnout, tak nesmí být pro seniory zcela cizí (hry typu tetris a gameboy nejsou úplně vhodné, ale třeba tablet s intuitivní hrou ano).
- Neměly by to být předělané dětské hračky. U dětí jde o zprostředkování mnoha vjemů z jedné hračky. U seniorů s involučními změnami při nereflexování přibývání kognitivních deficitů je toto naopak matoucí. Pro plně kompetentní seniory je to nedůstojné.
- Tvůrce aktivizačních pomůcek pro seniory by měl mít jasno v tom, komu a k čemu v aktivizaci bude sloužit a mít vizi jak se s ní bude pracovat.

Idea dobrá ale provedení nevhodné.

Sada obrázků č.1: Pexeso pro seniory – retro věci vs. nové



Aktivizační panenka – nevýrazná ústa a nos



Zdroj: autorské fotografie

3.2.7. Osobní bloky

U aktivizace jde o sdílení společného času, je tedy důležité se cítit komfortně, nejenom se sebou samým, ale také s aktivizovanou osobou. Pokud nastanou překážky u kteréhokoliv z aktérů aktivizace, je nutné je řešit. Mohou to být například: antipatie, problémy s konkrétní diagnosou klienta, nevhodné chování klienta, pro klienta nevhodné osobnostní rysy aktivizačního pracovníka a mnohé jiné.

Řešení je v rozmezí od adaptace na dráždivý vjem, až po rezignaci na proces aktivizace jedním nebo druhým. Vždy je, ale garantem situace odborný aktivizační pracovník a měl by zajistit kvalitní změnu.

3.2.8. Zvýšená unavitelnost odborného aktivizačního pracovníka

Není to snadné povolání.

Vstupuje se do procesu s obrovským množstvím odborných informací za zvýšené ostražitosti k mnoha nuancím. Ano „dá se to i bez toho“, ale stejně jako léčba nemoci je o sledování detailu a reagování na ně, je to tak i s odbornou aktivizací.

Bez výše uvedených parametrů se jedná o aktivizaci neodbornou a tedy pouze o jakési proplutí časem dne klienta, bez vyšších cílů. I to je ale za potřebí. A ne každý den odborného aktivizačního pracovníka je v odborné rovině. To by bylo trvale neudržitelné. Je tedy na odborníkovi, aby si sám pečoval o svou profesi nejen odborností a zkušenostmi, ale také epiméleou (duševní péčí o sebe samého) a to v úrovni psychohygieny, svého osobního života, využíval krizové intervence a ovládal relaxační techniky.

3.2.9. Kooperace mezi všemi sociálními vazbami aktivizovaného

Do procesu odborné aktivizace je dobré zainteresovat i širší sociální kruhy aktivizovaného. Je také ku prospěchu, zasvětit i ty, kteří jsou ochotni se do procesu odborné aktivizace začlenit, byť chvilkově a jako laici.

Ideální rovinou je věnovat se (s radostí a chtěním) v rámci návštěvy u klienta nějaké aktivitě, kterou odborný aktivizační pracovník představí anebo rovnou poprosí klienta, aby tak trávili část

společného času s návštěvou (může jít, dle řešeného problému, o paměťové hry nebo o trénink koncentrace, kupříkladu přeřikávání dlouhých vět ...) možností je mnoho.

Stejně je i instruován pečující personál, jedná-li se o klienta v sociální či o pacienta ve zdravotní péči.

Aktivita s rodinou či přáteli má (pokud je vhodně zvolená a dobře představená) příjemný vliv na všechny zúčastněné. U aktivizovaného má tento proces hluboký význam, v podvědomí se spouští jiné mechanismy s rodinou a přáteli než s aktivizačním pracovníkem. Výsledky tak mohou překvapat svou kvalitou.

Reálným příkladem jsou návštěvy dětí ze školky mezi klienty domova se zvláštním režimem a jejich společné tvoření. Při takovém tvoření výrobky klientů DZR nabývají lepší kvality, neboť se jim přirozeně začnou vybavovat momenty, kdy učili činností své děti a prováděnou činnost se snaží předat v nejvyšší možné kvalitě.

U klienta se mění motivační prvek a to výrazně kvalitu práce ovlivňuje. Platí to i u klientů se střední až počáteční těžkou demencí.

3.2.10. Zhoršený zdravotní nebo psychický stav aktivizovaného

Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu aktivizovaného je v první řadě na odborném aktivizačním pracovníkovi zjistit, jak se reálně jeho klientovi nebo pacientovi daří.

Pokud je hospitalizován tak v praxi narážíme na jakési informační embargo i v případě, že o klienta pečujete v přímé péči v instituci. Na informace z důvodu ochrany osobních údajů (GDPR) nárok nemáte. Je tedy jediná možnost, a to sice čekat, zda se nad vámi jako nad institucí či jako nad fyzickou osobou nesmiluje někdo z rodiny, kdo Vám informace podá.

Pokud je klient hospitalizován, záleží na OA a jeho možnostech, na instituci kde OA pracuje, na nemocnici - klinice, kde je klient hospitalizován, na klientově zdravotním stavu a klientově přání, zda se aktivizaci hodí kontinuálně či s přestávkou dále provozovat, a to i v momentě hospitalizace klienta. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud to zdravotní stav dovolí, je to pro klienta vítané setkání s jeho světem a aktivizací, která nabývá spíše psycho-rehabilitačních hodnot.

Pokud klient zůstává doma či v zařízení kde je aktivizován, řešíme prognózu jeho nemoci z hlediska intenzity a času. Zde se nabízí čtyři varianty zhoršení psychického

či fyzického stavu (velmi často u geronto-klientely jde psyché s fyzickým ruku v ruce):

- Dlouhodobé intenzivní – zde se mění celý koncept nejen péče ale i OA.
- Dlouhodobé mírné – mění se koncept z části a dochází k degradaci aktivit, přesto jsou zachované.
- Krátkodobé intenzivní – řešíme variantu přerušení aktivizace a přicházíme za klientem se záměrem ho potěšit a povzbudit alespoň krátkým kontaktem, či se kontaktu na chvíli vzdáme.
- Krátkodobé mírné - krátkodobě degradujeme aktivity i čas společně strávený, dle konkrétní situace, přání a možností klienta.

3.2.11. Situační etika

Situační etika je velmi důležitá v každé profesi, proto asi není nutné ji věnovat velký odstavec. Důvod proč tuto kapitolu uvádím, je kvůli myšlence aktivizace a velmi vážného až terminálního stavu aktivizovaného.

Vědět, kdy přestávám aktivizovat a začínám bazálně stimulovat a zvládat metakomunikaci je vrchol odbornosti při odborné aktivizaci. Je to proces, kdy si aktivizace a bazální stimulace při terminálních fázích „podávají ruce“ a vzájemně si předávají dominantní postavení do doby, než převládne bazální stimulace. Jde o velmi jemnou hranici, ale také o to aby se „nit nepřetrhla“.

Velmi doporučuji, aby poslední aktivizace provozoval ten, kdo bude bazálně stimulovat a popřípadě doprovázet ke smrti.

V praxi je krásný příklad aktivizace, bazální stimulace a umírání se zvířetem. Nemusí tedy u umírajícího být nutně zaměstnanec, ale je možným si připustit možnost využití zvířat. (To záleží na klimatu v zařízení a potenciálu zvířete, které je atestováno pro zooterapii a klientovi). Nicméně je tu i otázka situační etiky vůči zvířeti, kterou já se svým vzděláním nejsem schopna zodpovědět. Ze zkušenosti vím, že pes, který k této aktivitě sklony má ji provozuje bez nucení a cítí, že u umírajícího být chce.

Situační etikou ale také rozumíme aktuální adaptaci na situaci klienta a jeho vyslovené či naznačené přání. Pokud není v dobrém fyzickém nebo psychickém rozpoložení, zhodnotíme význam pro klienta dané aktivizace a prospěšnost společně stráveného času.

Neustálý „tah na branku“ aktivizačního pracovníka je na škodu. Je lepší variantou, pokud je klient psychosociálně na aktivizačního pracovníka navázaný. To nastává tehdy, pokud aktivizační odborník dokáže vhodně svou práci variovat a být flexibilní.

Je také velmi důležité klienta chránit před dětinskostí- infantilizací (oficiální i neoficiálních) aktivizačních pomůcek. Ano, ženy od konce II. fáze demence sice inklinují k panenkám a ano, ptají se na sklonku života po mamince. Je však nutností brát na zřetel, že tito lidé mají zažité rituály a střípky paměti, měly své profese a žili mnoho let před tím, než se narodili jejich pečovatelé. Je velmi důležité to mít na paměti, aby ani naše podvědomí nás nenutilo „vychovávat přestárlé dítě“, ale spíše abychom si dokázali představit, že stáří je výsada, která nás má nabádat k projevování úcty.

Dále bych chtěla upozornit na nešvar zejména sociálních zařízení, kdy kvůli odškrtnutému políčku v tabulce Individuálního plánování, se aktivizuje plošně. Nejlépe všechny a pořád.

Je to fatální hrubka neboť se tedy neakcentuje osobní anamnéza a psychologie osobnosti. Aktivitu je slušné nabízet a třeba každý den, ale nikdy není vhodné nutit či sáhodlouze přemlouvat. Stejně tak je důležité umět správně aktivizaci provést, vlastně kdekoliv na hospitaci u aktivizace narážím na špatnou intonaci aktivizujících - zvýšení tónu hlasu - podprahově tak promlouváme k novorozencům, protože lépe slyší vysoké tóny. Na seniory nevýskáme, necukrujeme a celkově náš vokální projev musí být přizpůsoben dospělé osobě (výjimkou jsou klienti ve 3. fázi demence a pacienti, kteří mají jiné diagnózy způsobující vážný intelektový deficit, kteří na toto jednání pozitivně reagují).

Další chybou ve vedení aktivizace je absence vysvětlování postupů a důvodů proč činíme tuto aktivitu. Pokud kreslíme kruhy na papír a dále je spojujeme ve spirály, nečiníme tak pro to abychom se zabavili, ale proto, abychom podpořili jemnou motoriku, rozhýbali zápěstí, podpořili správný úchop tužky, díky tomu se pak uměli na poště podepsat a tím podporovali svou sebejistotu a soběstačnost. Dospělým lidem se musí vysvětlovat, proč něco mají činit. V neposlední řadě výrobky, předlohy a všechny aktivizační pomůcky musí být svou hodnotou (estetickou, kulturní) odpovídající dospělosti, a pokud jsou pro klienta komplikované z jakéhokoliv důvodu, musí být pro něj adekvátně upraveny: viz gradace níže a nevhodný obrázek.

Sada obrázků č.: 2

A



B



C



A,B,C: autor neznámý

Obrázek č.: 3

D



D: <https://fotkyfoto.cz/fotobanka/vcela>

Obrázky A, B, C naznačují degradaci náročnosti dle schopností aktivizovaného při zachování důstojnosti a kulturní hodnoty.

Oproti tomu obrázek D naznačuje zcela nevhodný motiv pro drtivou většinu aktivizovaných seniorů. Avšak i takovýto druh aktivizační pomůcky by měl být nabízen nebo připraven v záloze pro klienta, který dětské motivy preferuje. Klient musí mít právo volby – i volba je velmi stimulační.

4. Psychologie a odborná aktivizace seniorů

Psychologie je vědou empirickou, která zkoumá informace o člověku a dále jej vyhodnocuje, systematizuje a interpretuje za pomoci diagnostických metod (pro zkvalitnění často používá na zkoumaný jev metod více).

Diagnostické metody jsou tzv: netestové a testové. V odborné aktivizaci se v rutíně opíráme o metody netestové. Těmi jsou: rozhovor, pozorování (in vivo, in vitro), rozbor tvorby a „laický“ experiment. Výhodou jsou samozřejmě možnost a schopnost ovládat metody testovací - atestovaná psychologie používá psychodiagnostiku.

Mezi základní disciplíny v psychologii patří psychologie osobnosti. Bez tohoto odvětví psychologie, se v odborné aktivizaci seniorů neobejdeme, protože si nebudeme jisti odpovědí na základní otázku odborné aktivizace, a to koho budeme aktivizovat.

Dále v kapitole podávám nástin kognitivní psychologie. Úkolem OA z hlediska psychologického není potřeba diagnostikovat poruchy osobnosti a chování, ale orientace v tom, jak pro danou osobnost aktivitu připravit, neboť osobnostní rysy zásadně ovlivňují třeba ochotu, vůli a zájem o aktivizaci.

V mnohém nám pomohou anamnézy - zejména u geneze osobnosti, která se, zjednodušeně řečeno, zabývá tím, jak a co se stalo, že se tato osobnost stala takovou jaká je. Já používám vlastní systém těchto zkoumaných okruhů:

- Výchova - rodinná anamnéza (historický kontext - u generací cca 45 + se držel řád tradiční výchovy).
- Zkušenost – osobní zkušenosti a zážitky konkrétní osoby.
- Prostředí vývoje – primární domov, studia, vlastní domov.
- Sebevýchova – sebe nastavování a sebereflexe.
- Temperament – (cholerik, flegmatik, sangvinik, melancholik).

Dále je dobré se opřít o dynamiku a strukturu osobnosti:



Obrázek č.:4 – Hyppocratova typologie osobnosti, Temperament

Zdroj <https://www.slideserve.com/jeb/osobnost-sportovce>



Obrázek č.:5 –Struktura osobnosti

Zdroj: <https://www.slideserve.com/jeb/osobnost-sportovce>, přednáška na FTVS UK

Dynamiku nám znázorňuje tento výše uvedený obrázek a strukturou osobnosti rozumíme povahové rysy, hodnoty a typické jednání pro konkrétní osobnost. Struktura a dynamika jsou spolu neustále v „dialogu“.

Všímáme si také nadání a celkového vzezření osobnosti, i detailnějších nuancí jako je třeba preference barev, způsob oblékání či details, na které klientova osobnost dbá.

Vše slouží k naladění se na klienta (zrcadlení) a k tomu, abychom mu mohli lépe porozumět či se mu připodobnit chováním tak, abychom pro něj byli lépe pochopitelní a abychom se rychleji sblížili.

Snadné je taktéž použít metodu komparace a diferenciacie. Snažíme se klienta k někomu přirovnat anebo od někoho odlišit (velmi zjednodušeně řečeno). Pokud ale OA se svou prací začíná, bude za snadné a až možná ne zcela odborné nástroje rád.



Obrázek č.:6 - Demence a její příznaky

Zdroj:<http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

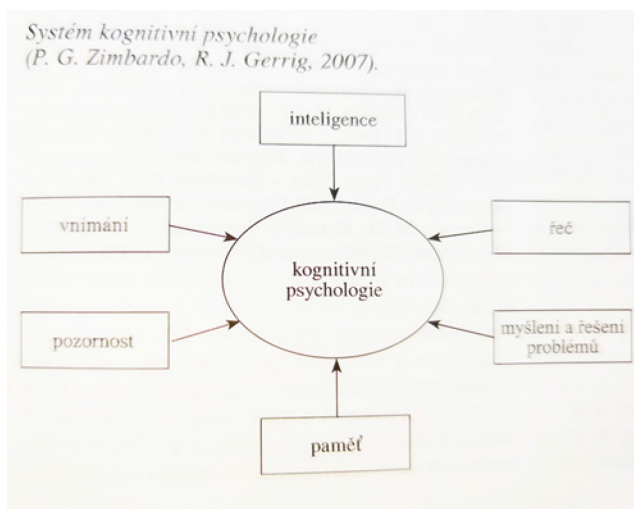
Přihlížíme taktéž k typickým odchylkám od „standardních“ projevů klienta, kterému počíná, či je již diagnostikovaná demence. Toto do rysů osobnosti degenerativně zasahuje a mění ji. V OA je tedy dlouhodobě platné málo co. To co bylo oblíbené kdysi, může být nenáviděné a naopak, to co bylo zapomenuto se najednou objeví, jako čerstvý fakt a ovlivní to jednání klienta často i napořád (kupříkladu ženy mají sklon se při II. fázi demence stát holčičkami, které si živě vybaví mamčinu příkazy, které nutně chtějí dodržovat a trvale to změni jejich chování i jednání).

Dle Masllowa je druhou nejzákladnější potřebou, potřeba bezpečí. Snažit se zpět naformátovat osobnost by v uvedeném případě znamenalo zboření bezpečného.

4.1. Kognitivní psychologie

Kognitivní psychologie vznikla z krize behaviorálního přístupu v psychologii, její zaměření je na poznávací procesy.

„Kognitivní psychologie je věda, která se zabývá lidským zpracováním informace. Její předmět, často označován jako kognice, se týká druhu informací, které máme v naší paměti, a procesů, které se vztahují k příjmu, udržování a užívání takovýchto informací. Úhrn těchto procesů se nazývá kognitivní procesy.“⁵



Na základě tohoto obrázku je jasné že aktivizací neovlivníme inteligenci ale všechny ostatní složky kognitivního vnímání ano. U vjemů se soustředíme na stav percepce. V procesu aktivizace se na kognitivní psychologii můžeme dívat dvěma způsoby:

Obrázek č.:7 - System kognitivni psychologie

Zdroj : NAKONEČNÝ Milan, Lexikon Psychologie, nakl.: Vodnář, 2. rozšířené vydání,2013, 658s., ISBN:978-7439-056-2

⁵ Nakonečný M.:Lexikon psychologie, nakl.:Vodnář, 2013, 658s., str.:136

- Stav percepcí a způsob jakým dopravují informace ke zpracování a do vědomí. Jedná se o prozkoumání konkrétních možností klienta s ohledem na jeho percepce, respektive na to, v jakém jsou stavu. Díky tomu můžeme konstruovat aktivizaci tak, aby byla pro klienta cesta aktivizace schůdná a ještě vedla adekvátnímu cíli.
- Jakým způsobem, (i jakými percepce) se kognitivní procesy zapracovávají do vědomí a paměti. Zde si pomůžeme pedagogikou a její definicí učebních stylů.

Pro lepší pochopení si představujeme proces, kdy skrze percepce zrakovou, sluchovou, čichovou, chuťovou či hmatovou nám vstupuje do kognitivního procesu vjem. Tento vjem je dále zpracován. Jedná se o proces, kdy z nehmatatelného počítku dochází až k “zápisu do hmoty“ do tkání v mozku, kdy se tato tkáň stává nositelem počítku zapsaného ve formě paměti. Anebo je pouze zpracována senzorickou pamětí (super krátká paměť). Zprostředkovatelé tohoto vjemu jsou samozřejmě percepce, kterým slouží složitý systém neurologických tkání, které mají své specializace. Vždy začínají receptorem, který vjem zachytí a dále přes nervová vlákna jsou tyto vjemy přenášeny až do mozku.

Dále v kognitivní psychologii řešíme myšlenkové operace, řečové schopnosti, paměť krátkodobou, paměť dlouhodobou a koncentraci.

Velmi důležité je také zjistit si anamnézu:

- Rodinná- rodinné vztahy, počet dětí, partnerské vztahy
- Osobní – zájmy, různé osobní preference, sebehodnocení, studia, významné zážitky, obsahy životních etap atp.
- Pracovní – práce, nezaměstnanost, profese,
- Zdravotní – úrazy, operace, fyzická omezení, medikace

Psychologie v odborné aktivizaci nám pomůže hned dvakrát, jakožto věda, která nám usnadní pochopit, s kým do procesu odborné aktivizace vstupují, ale také jak s ním mohou zacházet.

U osobnosti pozorujeme:

- Intelekt
- Nadání-talenty
- Povahové rysy
- Temperament
- Charakter
- Preference

To vše ovlivňuje výchova, sebevýchova, prostředí, zkušenost a sociokulturní zázemí jedince.

Demence však ovlivňuje, často i zcela mění různé vrstvy osobnosti, tudíž v rámci odborné aktivizace seniorů není nic dlouhodobě jisté – sledujeme vývoj. Aktivizace ať už odborná či neodborná, má mít vždy i psycho-rehabilitační funkci.

Na straně klienta by mělo docházet z psychologického hlediska k těmto kladným hodnotám:

- Zaměstnání mysli,
- Podpoření kognitivních funkcí,
- Zlepšení nálady nejen z ergoterapeutických aktivit (kladné biochemické procesy- jako např.: vyplavování endorfinů),
- Přijímání podnětů,
- Stanovování si nových cílů - podpora sebevědomí a soběstačnosti,
- Často jde o ukotvení povinností - něco musím vykonat,
- Sociální interakce (skupinová aktivizace) - případná resocializace,
- Pěstování hobby,
- Řád dne (nežijeme od jídla k jídlu a od epizody telenovely k další epizodě, ale od aktivity k aktivitě),
- Podpora bio-psycho-sociálního pohodlí.

Pokud chceme psychologicky působit, pomáhá mi při výkladu představa, kdy se bavíme o filozofickém pojetí figury a pozadí. Figura- aktivizovaný, je daný a zbytek - celé pozadí situace je na odborném aktivizačním pracovníkovi, aby klientovi vystavěl na základě zjištěných informací, které o něm zpracoval. Vše samozřejmě ku prospěchu klienta.

Pokud se například jedná o úzkosti klienta v adaptaci na nové zařízení, kam byl přesunut, je žádoucí, aby s ním byly přesunuté jemu známé věci a také, aby se aktivizace věnovala relaxačním metodám, které povedou k jeho zklidnění.

5. Terapie a psychoterapie a odborná aktivizace seniorů

V této kapitole se zabývám nástinem několika terapií, které mají za cíl nejen vyplnit čas klientů, ale také je psychicky rehabilitovat a taktéž, dle jejich zaměření, potlačovat či stabilizovat involuční změny kgt. funkcí a „umravňovat“ disabilitu. Do těchto terapií klient nevstupuje vždy z nutnosti podstoupit terapeutickou metodu či psychoterapii, ale mimo jiné i pro vyplnění dne činnostmi.

S individuálním přístupem stanovíme systém jednotlivých terapií a jejich případnou posloupnost a kombinace.

Činíme tak pouze v případě, víme-li, že je toho klient schopen (zejména vzhledem ke stavu případných demencí atp.). Z praxe vím, že pro různé typy terapií není překážkou ani III. stádium demence. I s takovýmto klientem se pracovat dá a chci říct, že musí. (Za předpokladu, že jeho čas brzy nevyprší).

Každá terapie má mít přesahy do oblastí psychických, fyzických, smyslových a mentálních. Dále by se měly snižovat negativní dopady disability či jí potlačovat. Je dobré zvážit fakt, zda je pro konkrétního klienta lepší upevňovat stávající než objevování nového a podle toho rehabilitaci sestavit. Svět klientů v pobytové péči se vzhledem k jejich diagnózám zmenšuje (a to je přirozené a v pořádku). V souvislosti s terapiemi tyto dva aspekty ovlivňují výběr pro klienta vhodných terapií.

V praxi se osvědčil souhrn těchto terapií:

- geriatrická ergoterapie,
- reminiscence,
- arteterapie
- muzikoterapie,
- aromaterapii,
- kognitivní trénink,
- validace
- preterapie
- mindfulness
- zooterapie
- babyterapie

5.1. Geriatrická ergoterapie

Tento typ terapie je přímo určený geronto populaci a měl by naplňovat jisté atributy:

- Zvladatelnost – fyzicky nenáročná aktivita.
- S optimálními aktivizačními pomůckami (lehké, s jasným účelem).
- Bezpečnost (lepší plastelína nežli samo tvrdnoucí hmota - po požití plastelína v malém množství neublíží, samo tvrdnoucí hmota je stravitelná hůře, nůžky s oblým koncem + zhoršená jemná motorika nejdou bezpečně zvládnout).
- Práce, která je vhodná pro dospělé (spíše sázení rostlin než stavění bábovek z písku).
- Aktivita směřuje ku prospěchu sebe obslužnosti a soběstačnosti klienta (trénink stolování, trénink s pro klienta novými kompenzačními pomůckami).
- Smysluplná tvorba – nejlépe s reálnými výrobky, skupinová manufaktura.
- Ideální v kolektivu, když se vytvoří kolektivní „pásová“ výroba.

Ergoterapie - jako pracovní terapie má mimo jiné za účel držet klienta lehce v nutnosti, že existuje poptávka po jeho výrobcích a že je důležitý pro danou práci, či že zapadá nedílně do procesu práce – výroby. Dále se zde pozitivně v kolektivu projevuje fakt, že společné dílo klienty spojuje a dodává jim smysl pro povinnost a radost z toho, že jsou součástí daného procesu.

5.2. Reminiscence

Reminiscence neboli rozpomínání, je velmi oblíbenou metodou. V zařízeních jsou často vytvářeny jednotlivým klientům jejich reminiscenční knihy, koutky, místnosti atd.

Vřele doporučuji cokoliv reminiscenčního, co znázorňuje dobu vrcholné aktivity klienta specifické výrobky této doby či pořady v TV. Co ale není v praxi zas tolik úspěšné, jsou reminiscenční knihy s předem nastavenou strukturou. Velmi často obsahují mnoho informací, připomínají zesnulé - navozují smutek, nostalgii a klienti si nad takovou úžasnou pomůckou mohou zažít pocity vlastního „rozpuštění“ – tzn. koukají se na to, na co si již nemohou vzpomenout a co zapomněli a jsou lítostiví. Důrazně nedoporučuji, je v zařízeních dělat plošně. Je mnoho jiných způsobů, jak trénovat paměť i „bezbolestně“. Opět jde o individuální přístup i v případě reminiscence, reminiscenčních knih a jejich obsahu.

Reminiscenční terapie se dělá příjemně v prostoru, který je k tomu vybaven - retro nábytek, spotřebiče atd. Dobrymi tématy jsou staré noviny, umělci, mládí klientů, dovolené, obaly z potravin.

Způsobů reminiscence je mnoho, nemusí se pouze hovořit ale také hádat, tvořit (od témat složitých třeba politická mapa 60 let až po snazší, třeba tvorbu předmětů typických pro určitý známý moment- př.: karafiáty z papíru ke Dni žen, či společná tvorba retro nástěnky). Terapie vzpomínkou nikdy nesmí být traumatizující. Stejně tak reminiscenční předměty klienta by měli navozovat jen libé pocity.

Doporučuji mít reminiscenční materiály kolektivní, ale také osobní např. reminiscenční zásuvka nebo kufřík

5.3. Arteterapie

Terapie uměním je velmi barevná a oproti ergoterapii je velmi svobodná. Nemusí se nutně jednat o tvorbu vlastního díla (aktivní terapie), ale také o pasivní formu, kdy umění prožíváme např. poslech hudby (muzikoterapie), pohled na umění a poslouchání přednášek o umění.

Je nutné využít všechny možnosti a připravit je klientovi na míru. U tvorby využíváme různé materiály a tvary (podpora haptiky - jemná motorika). Je žádoucí být opravdu velmi kreativní. Kreativita je spojena s imaginací a s představou procesu, dá se tvořit cokoliv a na jakékoliv téma – kupříkladu malování hudby, lepení látek, enkaustika.

Z arteterapie těžíme mnoha způsoby - je psycho-rehabilitační pro klienta a pokud tvoříme rukama, jde o nácvik jemné motoriky, dále řešíme klientův výtvar - jde z něj mnohé odečíst.

5.4. Muzikoterapie

Muzikoterapii můžeme provozovat formou aktivní při přímé účasti klienta na tvorbě různých zvuků na alternativní hudební nástroje nebo přímo na hudební nástroje nebo pasivně.

U pasivní formy zprostředkováváme klientům různé druhy zvuků, hudby a můžeme je spojit s reminiscencí nebo zpěvem.

Muzikoterapií podporujeme emotivitu a ovlivňujeme vegetativní funkce.

Podvědomě nám navozuje rytmus dýchání, svalový tonus, snižuje nebo zvyšuje krevní tlak. Je tedy dobré hudbu používat ke zklidnění nebo povzbuzení klienta, či jako podkres k jiným aktivitám. V praxi se mi osvědčily hudební nástroje jako xylofon třeba k vyjadřování nálady a to zejména u těch klientů, kterým se nechce hovořit nebo kteří hovořit nemohou.

Je to taktéž jedna z alternativních a augmentativních metod komunikace stejně jako arteterapie. Při skupinové formě výtečně funguje i jako pomocník při resocializaci či jako „sociální lubrikant“. Taneční terapie je možným bonusem.

5.5. Aromaterapie

Jedná se o zážitkovou terapii nebo jako podpůrný element při jiných terapiích, kdy dochází k dráždění čichových receptorů. V praxi se nejlépe osvědčuje jí kombinovat s různými světelnými efekty a uklidňující hudbou. Tak se stává součástí psycho-rehabilitace. Samostatně stojící aromaterapie by měla především navozovat příjemné čichové vjemy či kontrastní vjemy. Nejčastěji se používají vonné svíčky a aromalampy s vonnými oleji.

5.6. Kognitivní trénink

Tato terapie je pro seniory velmi důležitá a proto jí věnuji specifické kapitoly. Rozebírám v nich myšlenkové operace, koncentraci, řečové schopnosti paměť krátkodobou a dlouhodobou.

5.7. Validace

Validaci řadíme mezi terapie, avšak já ji považuji za vrcholný etický systém, který na seniora pohlíží holistickým způsobem. Nejedná se o přenastavení situace klienta nebo pacienta, ale o vyladění komunikace a vnímání potřeb na straně nejenom aktivizačního pracovníka, ale celého pečujícího personálu, rodiny a všech sociální okruhů stárnoucího člověka. Při validaci se do klienta vcitujeme, sdílíme s ním a snažíme se pochopit jeho pocity a jeho vnímání. Při validaci nikdy nenastává moment, kdy klienta direktivně poučujeme nebo mu jeho pocity vyvracíme. Spíše se snažíme společně prožít realitu jeho pocitu a situace. Sdílená radost je dvojnásobná radost a sdílený smutek je poloviční.

5.8. Preterapie

Preterapie je, svým způsobem druh komunikace, kdy se snažíme klienta ukotvit v jeho těle, jeho smysly a pozornost a následně navázat komunikaci. Používá se tam, kde jsou klienti označováni za neschopné terapie. Tato metoda se používá spíše u klientů blízko terminální fázi.

Snažíme se je aktivně probouzet ke komunikaci a ukotvit je na chvíli v koncentraci na reálný svět. Je vhodné ji doplňovat u geronto klientů s bazální stimulací.

5.9. **Mindfulness**

Jedná se o techniku zvládnání stresu a rozvoj všímavosti. Tato technika působí psycho-rehabilitačně, protože navozuje a zaměřuje pozornost na vnímání světa kolem sebe bez percepce zraku. Při této technice jsou aktivizováni usazení na židlích, mají zavřené oči, střídají dechová cvičení s krátkými koncentracemi na vjemy kolem sebe. To vše střídají rozhovory s otevřenými očima, kdy klienti sdílí své pocity a dojmy. Pozadím této techniky mohou být zvuky přírody, hudba, vonná svíčka, změny teploty, poryvy větru a mnohé jiné detailní vjemy. Výsledkem je zklidnění klienta a zbystření jeho smyslů.

5.10. **Zooterapie**

Při zooterapii se používají rozličná zvířata, která jsou pro konkrétní klienty vhodná v tom, aby se stimulovaly jejich emoční pochody. To jak působí dotyk na zvíře a kontakt s ním není asi nic nového. Ovšem v kontextu geronto-klientely jde o významný fenomén vnímání blízkosti - mazlení se. Pokud máme klienta v institucionální péči, je mu tento benefit života dost často odepřen. Jedinou náhražkou, kde si to klient může plně vychutnat, jsou většinou právě zvířata. Zohledňují se preference klienta a taktéž jeho anamnézy, které prozradí co je pro něj vhodné. Výhodou jsou zvířata větších velikostí (př. kočka), která vykazují klidnou povahu.

5.11. **Babyterapie**

Ráda bych zmínila, ještě jednu neformální terapii - baby terapii. Jedná se o sociální kontakt s dětmi (i těmi nejmenšími), který seniory velmi povznáší. Jedná se o jednu z nejúspěšnějších forem terapie pro seniory vůbec. Většinou se setkáváme s termínem mezigenerační dialog. Já bych ale chtěla zdůraznit terapeutické schopnosti tohoto kontaktu. U seniorů jednoznačně převládají libé pocity při kontaktu s dětmi (nejsou-li v terminálním stádiu). A je velmi důležité tento kontakt podporovat. Děti jsou pro seniory jedny z nejlepších terapeutů.

7. Pedagogika, andragogika, geragogika a odborná aktivizace

Abychom mohli jakkoliv edukovat v kontextu geronto populace, musíme vědět co je vhodné z etického hlediska, ale také co je pro tuto část populace fungující. Oficiálně se pedagogika seniorů “netýká” nicméně její principy užívá andragogika i gerontopedagogika (geragogika).

Na pedagogickém působení a systému pedagogiky je z části odborná aktivizace postavená. Zejména systém aktivace a její rozdělení na cíle, rámcové vzdělávací (terapeutické, rehabilitační) celky a dílčí vzdělávací celky, jsou pedagogickými nástroji. Stejně tak pedagogika ovlivnila gradaci odborné aktivizace a různé způsoby práce s klienty. Musíme si uvědomit jakým způsobem je klient schopný zpracovávat stávající i nové informace. K tomu nám slouží učební styly klientů, a to jaké tyto styly používaly dříve ke zpracování nových informací.

Učební styly rozlišujeme na:

- taktilně kinestetický,
- slovně pojmový,
- auditivní,
- vizuální,

Klienta při práci pozorujeme a dle toho jakým způsobem lépe kotví dané informace či osvojené postupy, se snažíme jej zařadit do jedné z výše uvedených skupin. Dle toho mu sestavujeme odborný aktivizační postup a pomůcky.

Z geragogiky a andragogiky si odborná aktivizace musí osvojit tyto zásady:

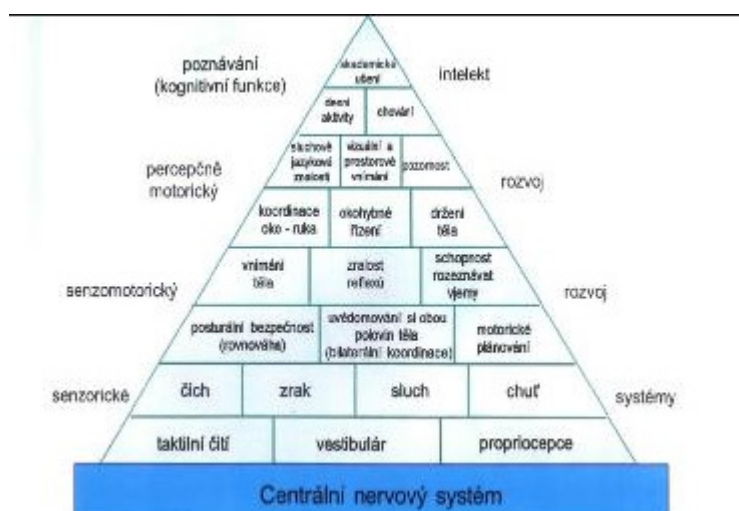
- Partnerský přístup,
- Nepřetržitost zpětné vazby,
- Systematičnost,
- Redukce informací tak, aby dávaly smysl a přesto nebyly přesycené,
- Názornost,
- Poutavost,
- Hodnotové funkce osvojeného nebo upevňované (smysl pro klienta).

Pokud klienta učíme zvládat novou situaci (např. osvojení si způsobu používání nové kompenzační pomůcky), taktéž z pedagogiky přejímám systém, kdy v první fázi přichází motivace, následuje expoziční fáze, kdy je klient vystaven faktům a postupům, dále fáze ukotvení osvojeného a aplikační proces. Vše se může několikrát v této posloupnosti opakovat a gradovat.

Dále prvky andragogického původu. Klient se učí to, co sám cítí, že potřebuje, orientuje se na to, co je nyní a tvoří svou nezávislost. Celý tento proces objímá geragogika, která klienta ukotvuje v jeho čase a v tom co bylo a připravuje jej na další fáze stáří – plní funkce osvěty.

8. Neurologie a odborná aktivizace seniorů

V této kapitole se zabývám tím, jak funguje mozek a nervový systém (velmi zkratkovitě a názorně), protože považuji za důležité, aby odborný aktivizační pracovník věděl, jakým způsobem přenosy kognitivních funkcí fungují. Tato kapitola ale nezpracovává proces kognitivních funkcí. Doplnuje kapitolu o fyziologii, geriatrii a všechny kapitoly o kognitivních funkcích.



Obrázek č.:8 - Demonstrace funkce CNS v pojmech, Zdroj: <https://otplan.com/pyramid-of-learning/>

Mozek

Tato kapitola významně navazuje na gerontopsychiatrické diagnózy, které v této práci uvádím. Mozek je hlavním řídicím orgánem nervové soustavy, přijímá signály a vytváří signály výstupní. Vstupní signály se zpracovávají pomocí našich receptorů. Uvádí se, že mozek má kolem 30 miliard neuronů, navazuje na něj mícha a inervuje se tak celé tělo.

Mozek dělíme na tyto části:

Zadní mozek - zastává obdobné funkce s funkcemi míchy.

Jedná se třeba o tyto: řízení oběhové soustavy, trávicí a také reflexy (kýchání, zvracení). Dále je zde uloženo centrum pro dýchání a senzomotorické centrum.

Střední mozek - procházejí jím všechny nervové dráhy, sídlí zde také centra pro zpracování pohybu zrakově (nikoliv analýza viděného) a podobné je to se sluchem (zaznamenání zvuků nikoliv analýza).

Přední mozek - jeho součástí je epifýza, která řídí náš denní cyklus, také se zde zpracovávají smyslové informace.

Tvrdí se, že zde vzniká i vnímání vlastního já. Sídlí zde také hypotalamus, který je řídicím orgánem pro všechny naše vnitřní orgány.

Koncový mozek:

Rozdělený na dvě hemisféry pravou a levou.

Pravá je sídlem intelektu, vnímání a eidetické vlohy

Levá je centrum řeči a logického myšlení

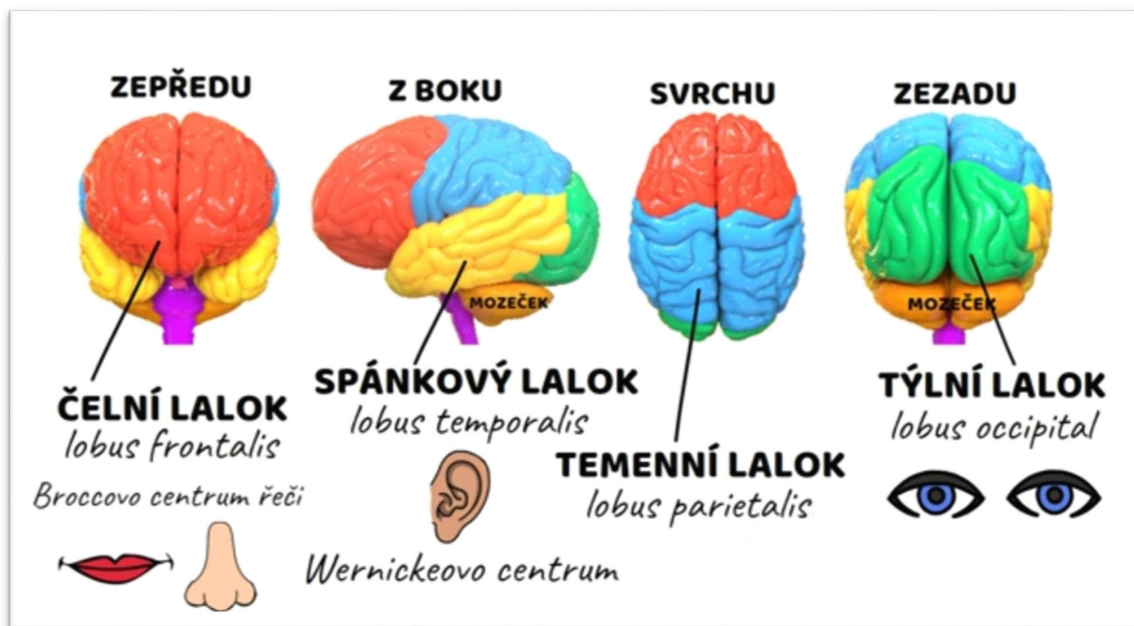
Zajímavé a pro OA důležité je, že pravá hemisféra řídí levou část těla a naopak.

Pokud se tedy dozvíme, že klient má postižení v pravé části mozku s největší pravděpodobností bude mít deficit na levé straně těla a stejné straně hlavy.

Sídlí zde také limbický systém, který je hlavním centrem pro vnímání a analýzu emocí. Dále je zde umístěno centrum pro pohybovou aktivitu a poznávací procesy. Celý mozek obaluje jako plášť neocortex, který obsahuje

cca 14 miliard neuronů řídících vyšší nervovou činnost, naše myšlení.

Další dělení mozku viz níže na obrázku.



Obrázek č. 9 - Mozek

Zdroj : Screenshot výuková videa z online kanálu:

Učím se s Týnuš

CNS

Mícha je součástí CNS, je centrem pro reflexy. Reflex znamená výkonnou reakci na podráždění nervu na periférii.

Částečné porušení center CNS řídících pohyb nebo porušení nervové dráhy znamená parézu - částečné ochrnutí (např. po iktu), úplné porušení znamená celkové ochrnutí -plegii.

Můžeme se setkat s klientem, který bude mít parézu nebo plegii a pokud jsou k tomuto termínu přidány předpony v diagnóze, odečítáme toto:

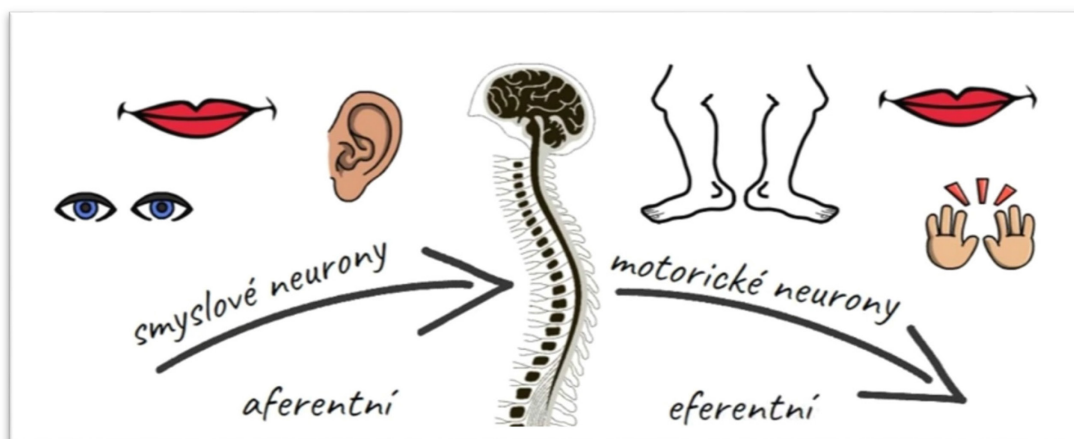
Mono - postižení jedné končetiny,

Hemi - postižení poloviny těla (vlevo nebo vpravo),

Para - horní nebo dolní polovina těla

Kvadru - zahrnuje všechny končetiny.

Z míchy vycházejí dva typy nervů somatické - řídí svalstvo a dokážeme je ovládat vůlí a vegetativní – ty ovlivnit nemůžeme.



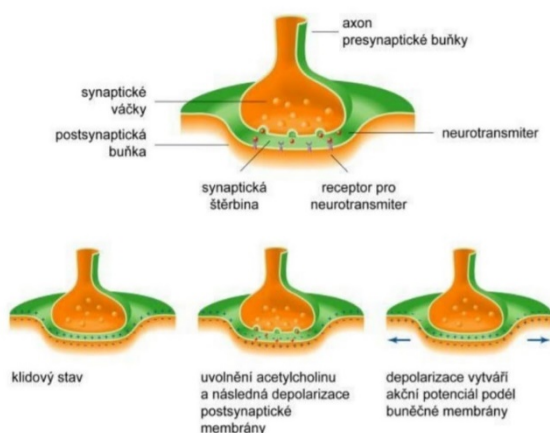
Obrázek č. 10 - Nervová soustava
 Zdroj : Screenshot výuková videa z online kanálu:
 Učím se s Týnuš

Nervy

Jsou složeny z výběžků buněk, které přenášejí vjemy vnějšího i vnitřního prostředí člověka. Počítky vznikají na periférii a jsou dendrity vedeny do centra. Vzruchy z mozku procházejí míchou a nervovým výběžkem nazývaným axon inervují periferie.

Počítek je biochemický proces kdy nervová buňka přes svou vstupní část přijímá vzruch (opakováním vzruchu říkáme stimulace pro aktivizaci je toto velmi důležité) ten dále vede na další neuron nebo sval.

Neurony dělíme na 3 druhy: smyslové - tak zvané dostředivé, motorické -odstředivé a v CNS jsou tyto neurony vzájemně propojeny.



Obrázek č.:11 - Sympatický přenos,
 Zdroj: <http://fblt.cz/skripta/regulacni-mechanismy-2-nervova-regulace/6-autonomni-nervovy-system/>

9. Sociální aspekty a odborná aktivizace

Sociální život je nedílnou součástí našeho života po celou dobu jeho trvání.

V této kapitole se budu zabývat především etickými přesahy nutnosti dodržovat širší sociální kontakt seniorů v institucích.

Širším sociálním kontaktem nemyslíme jen takový kontakt, který je za rámec rodiny, ale třeba i známých a komunity.

V České republice jsme se vydali cestou institucionalizování sociálně-zdravotní péče. Tento fakt má mnohé výhody, třeba v tom, že je o klienta či pacienta postaráno speciální formou s esencí individuálního přístupu. Víme, že je nejlepší volbou zůstat v domácím prostředí za předpokladu, že klient bude mít k sobě pečovatele 24/7 (neustále).

Tato forma péče je ale pro mnohé rodiny finančně nedostupná. Taktéž při cenách bytů je dnes nedostupná varianta nemovitosti „s plus jedním pokojem“, který by svou funkcí odpovídal historickým „výminkům“. Z těchto důvodů je velký tlak na institucionální péči pro seniory a jsou v ní zavedeny pořadníky na pobyt.

Vše spojené s přesunem seniora do instituce, která o něj pečuje a stará se o jeho práva, sebou nese takzvané sociální vykořenění. Povinnost instituce je tyto bolesti mírnit, avšak ani institucionální péče není všemocná. Zajistit seniorovi jeho původní sociální kontakty (sousedí, paní prodavačka, ke které chodil do krámu, děti od naproti, kamarádi) je vlastně nemožné. Je tedy povinností instituce zajistit alespoň nějakou náhradu.

Možnosti instituce:

- Skupinová aktivizace,
- Velká časová dotace na realizování návštěv,
- Pořádání kulturních akcí,
- Vytváření „umělých sociálních kontaktů“ (např.: přítel na dopisování, na telefonování), kooperace s lidmi, kteří chtějí se seniory čas trávit),
- Vytváření symbiotických vztahů (krátkodobé - na hraní karet, dlouhodobé - na spolubydlení),
- Propojování různých sociálních skupin (senioři a školky, studenti, vozíčkáři, místní hudební soubor),
- Podpora místní komunity.

Zejména u posledního bodu je v České republice co vylepšovat a to především ve větších městech. Není obvyklé, že by lidé, kteří žijí okolo Domovů se zvláštním režimem, Pečovatelských domů, Denních stacionářů a jiných zařízení pro seniory věděli, jací lidé se v nich pohybují, natož aby s nimi měli nějaký vztah (byť jen komunitní).

Tyto instituce jsou ve větších městech spíše uzavřené a žijí si samy pro sebe a pro svou vnitřní kulturu. S vyšším věkem seniorům ubývá potřeb většího počtu sociálních kontaktů, to je přirozené. Co ovšem přirozené není, a to, co přináší institucionální péče je fakt, že se tito senioři od populace oddělí a to vede k naprosto nevhodnému a nesprávnému vnímání společnosti a lidí v ní. Něco chybí - kruh se neuzavřel.

Nejenom, že tito lidé v institucionální péči (především ve městech) nejsou vidět, ale také nemají šanci populaci učit jistým lidským ctnostem, kterými jsou: Přijetí dlouhodobé nemohoucnosti, zodpovědnost péče za druhého, který je oslabený, trpělivost, úcta a pokora ke stáří, smrti a umírání a šetření na budoucí nemohoucnost i pohřeb. Nemohou jim přirozeně předávat své bohatství moudrosti, tradice a zkušenosti. A to je velká bolest dnešní akcelerované společnosti.

Dále také nemohou „učit“ faktu, že co má mládí, je pouze vypůjčené.

Protože jsou klienti v péči instituce velmi často umístěni na dlouhou dobu (více než rok), své žití vnímají jako jakýsi přežitek navíc. Pokud nemohou předávat, cítí se být zbyteční. Jsou tu ale také proto, aby nás naučili výše zmíněným ctnostem a tím nás dovedli k vrcholnému lidství. To sice není „in“, ale je to jeden z důvodů úpadku (možná i pádu) naší civilizace. Jejich integrace potažmo inkluze v širších komunitních kruzích v místech, kde žijí a dožívají, je nejen ze strany společnosti slušnost, ale pro společnost velmi důležitý výchovný nástroj.

„Všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech.“⁶

Skupinová aktivizace je krásným nástrojem pro propojení celé komunity, kde se všechny kladné přesahy mají šanci realizovat. Společné prožitky jsou velmi spojující pro celou společnost.

⁶ Zdroj: Všeobecné deklarace lidských práv, první článek

10. Gerontologie a odborná aktivizace seniorů

Gerontologie a geriatrie prostupuje všemi kapitolami této práce a všechny kapitoly v této práci jsou součástí úhlu pohledu na geronto populaci (nejen směrem k aktivizaci seniorů). Jsou to nejvýraznější obory, které odbornou aktivizaci seniorů ovlivňují.

Ovlivnění aktivit spočívá v těchto ohledech:

- Porozumění od OA,
- Adekvátnost pro konkrétního klienta,
- Přínos pro konkrétního klienta,
- Vhodně nastavené gradace,
- Aktivity používající atributy z neaktivnějšího období klientova života (různé pomůcky - předměty, které se kolem klienta vyskytovaly nazývané Retro) dále také to, co má rád a preferuje.

Gerontologie je humanitní multidisciplinární věda o stárnutí populace a jedince. Dělíme ji na teoretickou, klinickou (neboli geriatrii - obor medicíny) a sociální. Gerontologie má za úkol osvětu v oboru, zvýšit tak úroveň života, připravit populaci na zdravé stárnutí a podporu soběstačnosti (prevence disability).

Dále řeší tyto dopady: sociálně zdravotní, psychologické, ekonomické, politické a demografické (fenomén stárnutí populace, který znázorňuje pokles mortality - přechod na dlouhověkou společnost, a snížení natality což zvyšuje věkový průměr obyvatel). To vše významně zasahuje do oblasti plánování nejenom komunální politiky, ale také celého státu.

Gerontologie a geriatrie nám při odborné aktivizaci seniorů zásadně pomáhá zjistit kdo je konzumentem odborné aktivizace - definuje klienta. A pokud si nejsme jisti tím, kdo nám do OA přichází, nabízí nám nástroje, jak si odborně aktivovaného prozkoumat nebo jak na něj nahlížet.

Odborná aktivizace má za úkol pomocí gerontologie zajistit lepší psychický stav klienta a co nejvíce umírnit disabilitu, ne jenom tím, že se nacvičují různé úkony, ale také tím, že se přepracují postupy k dokončení úkonů, které senior potřebuje.

Aktivity, které akcentují gerontologii a geriatrii, jsou nastíněny napříč celou prací.

Dalších cílů, které by odborná aktivizace měla za pomoci gerontologie dosáhnout, je zvýšení zdravotní kondice a podpora sociálních kontaktů na úrovni rodiny, ale také širší komunity.

Pro zjištění stavu geronto-klienta používá gerontologie např. tyto testy:

- Activity index - Zkoumá formou testu stav schopností po CMP,
- ADL - Test, který zkoumá soběstačnost v každodenních (základních) aktivitách jako př.: stravování, hygiena
- GDS-15 - Test depresivních stavů - Test spokojenosti seniorů,
- IADL - Škála zkoumá soběstačnost ve složitějších úkonech (nadstavbových - nákup, telefonování) - taktéž IADL test,
- MMSE - Diagnostika kognitivních poruch,
- Test dokreslení hodin,
- Well being Test - test psychické pohody.

(Baterie testů je poměrně rozsáhlá.)

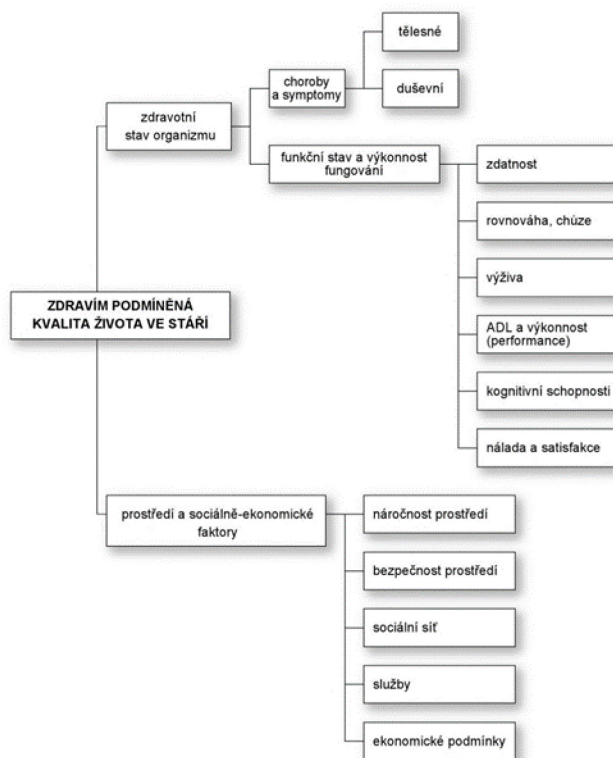
11. Geriatrie a odborná aktivizace seniorů

Geriatrie je základní medicínský obor, který zkoumá biologii a geriatrické symptomy ve stáří a zaujímá nejen ve společenských vědách, ale také v medicíně (dle demografického vývoje populace) stále významnější postavení. Bez geriatrie se nyní již neobejde valná většina lékařských oborů (geriatrizace medicíny). Geriatrie nepečuje o celou geronto populaci současně, tak jako tomu je u dětí a není náhražkou k LTC a ani ekvivalentem.

Základem oboru je všeobecná interna, neurologie, geronto-psihiatrie a „území odborné aktivizace“ - rehabilitace a pečovatelsví.

Dokud se tito pacienti budou ocitát na hraně zdravotně-sociální péče bez koncepce (geriatrický hospitalizmus – bad-blocker - dlouhodobé setrvání na nemocničním lůžku bez hospitalizační nutnosti, aj.), může se OA dle fungování jednotlivých pracovišť ocitnout u lůžek následné péče, preventivní péče, lůžek LDN i u těch paliativních.

Při aktivizaci musíme znát a vnímat různé formy postižení nebo onemocnění z důvodu involuce. Souhrnně se těmito involučními změnám říká geriatrická křehkost



Obr. 3.1 Komplexní geriatrické hodnocení z hlediska zdravím podmíněné kvality života ve stáří (podle L.Z. Rubensteina, 1995)

Obázek č.12 - Komplexní geriatrické hodnocení

Zdroj: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, s.:50

Geriatrickou křehkost kupříkladu způsobuje:

- Snížení schopnosti regenerovat - chyby v regeneraci šroubovice DNA,
- Kumulace funkčních deficitů různých tělesných soustav,
- Opakované a kumulované dekompenzace,
- Pokles vitality,
- Autointoxikace,
- Vznikání zánětu ve vyšší míře.

MUDr. Milena Bretšnajdrová Ph.D. popisuje geriatrické syndromy takto:

- Syndrom hypermobility, dekontrace a svalové slabosti,
- Syndrom imobility,
- Syndrom instability s pády,
- Syndrom malnutrice,
- Syndrom inkontinence,
- Syndrom kognitivního deficitu (demence a poruch paměti).

Můžeme se v OA setkat se geriatrickým pacientem (ale již by neměl být na akutním geriatrickém oddělení), který ještě nemá vybalancovanou léčbu nebo správnou diagnózu, to nás ale nesmí od aktivizace odradit jen nabádat k opatrnosti. Člověk, který vnímá, vždy potřebuje kontakt druhého člověka a pokud si pacient nepřije výslovně něco jiného, je důležité s ním kontakt mít. Pokud však je pacientem, musíme být ve střehu a dobře naslouchat zdravotnickému personálu.

Nejčastější diagnózy ve stáří a jejich významy pro odbornou aktivizaci:

- Alzheimerova nemoc - slábnutí kgt. funkcí, klient slábne bio-psycho-sociálně.
- Artróza - Omezení pohybu, nižší kvalita jemné motoriky, snadnější unavitelnost.
- CMP- nutný komplexní přístup dle konkrétního stavu po CMP, zmírňujeme dopady neuropatie - RHB, zmírňujeme dopady na jemnou motoriku (ergo) a řečové schopnosti (logo)
- Deprese - aplikuje se psychorehabilitace, (psychiatrická medikace způsobuje ovlivňování aktivizace - apatie, netečnost, roztržitost, nedostatek emotivity atp.),
- Diabetes - kolísání cukru v krvi - vliv na náladu a vitalitu,
- Infarkt myokardu - OA neovlivní, je ale zásadní, aby kdokoliv kdo s lidmi pracuje, i odborný aktivizační pracovník, měl kurz 1. pomoci,
- Obezita nebo naopak podvýživa - OA neovlivňuje primárně, ale sekundárně může působit v rámci psychologie i na takovéto téma,
- Srdeční onemocnění - unavitelnost, kolísání tlaku, zavedení - nevhodné jsou zátěžové pohybové aktivity,
- Sluchové postižení - nutný individuální přístup viz. kapitola o kgt. funkcích,
- Stařecká demence - slábnutí kgt.funkcí, klient slábne bio-psycho-sociálně,
- Zrakové postižení - nutný individuální přístup viz. kapitola o kgt. funkcích a vizomotorice.
- Aktivizaci také ovlivňuje riziková preskripce a polypragmazie. Pokud s klientem spolupracujeme delší dobu (trávíme s ním čas a pozorujeme jej), zdravotní anamnéza nám pomůže odhalit, zda se medikace u klienta v jeho zdraví odráží pozitivním způsobem.

12. Geronto-psychiatrie a odborná aktivizace

Gerontopsychiatrie jako obor, specializaci v oblasti aktivizace velmi vyžaduje.

U gerontopsychiatrických pacientů můžeme očekávat větší deficit v oblasti kognitivních funkcí (vliv medikace), závažnější poruchy psychických funkcí, geriatrickou křehkost a různé typy demencí, taktéž třeba výskyt suicidiálního a jiného ohrožujícího chování.

Výhodou práce na gerontopsychiatrickém pracovišti je zejména to, že pokud budete přicházet do styku s klienty, které budete odborně aktivizovat, je vám předložena kompletní diagnóza a specifikace problémů v oblasti kognitivních funkcí u konkrétního pacienta. Z tohoto důvodu je gerontopsychiatrie jedním ze zásadních pracovišť, které by měl odborný aktivizační pracovník náležitě prozkoumat. Dále je zásadní výhodou takového pracoviště ve prospěch odborného růstu aktivizačního pracovníka to, že zaměstnavatel, který vás k tak specifické klientele pozve je povinen vás odborně proškolit před vstupem na takovéto oddělení a chránit tak vás, sebe jako zaměstnavatele, ale také pacienty.

Je zde velmi dobrá možnost observace klientů a konkrétních diagnóz.

Průměrný věk gerontopsychiatrických pacientů je 76,5 roků a převažují ženy v poměru 4 ku 1, dále je nutné počítat s tím, že gerontopsychiatrický pacient je medikován nejčastěji anxiolytiky a to sice benzodiazepiny. Takovéto medikamenty mají vliv na kognitivní funkce pacientů a dost často na pacienta působí sedativně.

To ovšem nutně nemusí devalvovat jejich schopnost emotivity. To znamená, že se nám klient zdá býti v útlumu, jeho emoční prožívání je však stejné úrovni jako to naše.

Specialisty, kteří odhalí počínající psychiatrické obtíže jsou sice lékaři (praktik, geriatr, neurolog, psychiatr) ale první, kteří mívají podezření jsou sami pacienti (dle typu obtíží) ale hlavně blízké sociální kruhy.

Níže uvádím principy zacházení s takovými klienty a pacienty dle Nemocnice Bohnice:

-
- zásadu řešit s pacientem úkoly pomalu, podpůrně, postupně, cestou malých kroků. Jakýkoliv úkol by měl mít pro pacienta význam, smysl a měl by být zacílen k použití v blízké budoucnosti,
 - udržet zbytkové schopnosti , obnovené schopnosti cvičit postupně a opatrně zkoušet,
 - podávat jen takovou míru informací, které pacient nezbytně potřebuje. To, co se doví nebo naučí, by si měl pacient vyzkoušet. Podáváme instrukce, nepřesvědčujeme o své pravdě,
 - prostředí, ve kterém se pacient pohybuje by mělo být předvídatelné, stálé, pro orientaci dostatečně kontrastní,
 - život člověka s demencí vyžaduje pravidelný rytmus, stereotypii, konkrétní pojmenování problémů a úkolů, opakování řešení, ověření si, jak pacient věci pochopil. Přílišná snaha zvětšovat možnosti volby může u pacientů vyvolat pocit selhávání a úzkost,
 - pokud sedíme s pacientem, mluvíme jasně, zřetelně, opakujeme hlavní body, připomeneme, volíme kratší sezení, jasně dáme najevo konec sezení. Volíme klidná gesta, oční kontakt a dotek. Mluvit máme jazykem blízkým pacientovi, snažit se používat výrazy jemu známé. Někdy naše netrpělivost může v pacientech vyvolat vzdor,
 - pokud cvičíme paměť při uplatnění různých forem kognitivního tréninku, pak by témata měla pacienty emočně oslovovat,

Obrázek č: 13 – Zásady práce s gerontopsychiatrickým pacientem dle Nemocnice Bohnice

Zdroj: Studijní soubor Solen_psy_200506 PDF

12.1. **Specifické rozdíly gerontopsychiatrie vůči odborné aktivizaci:**

- Zvýšené bezpečnostní prvky (zejména více samostatně uzavírajících se dveří, absence předmětů, o které je možné se poranit, prostor je celý zjednodušený ve prospěch bezpečnosti gerontopsychiatrických klientů, konkrétní pracoviště může, ale také nemusí

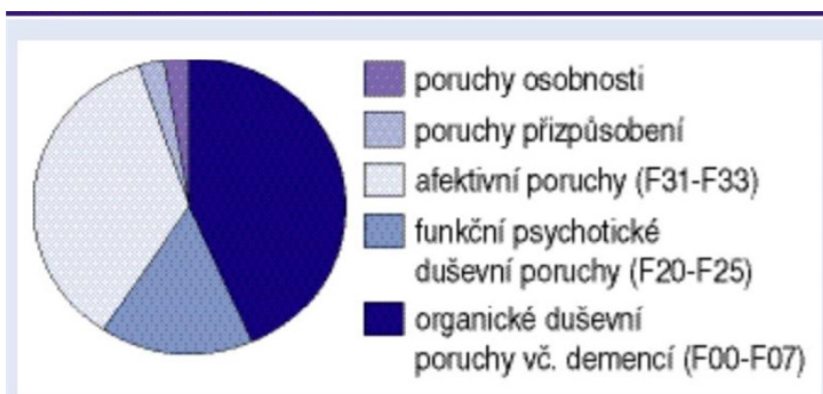
připomínat nemocniční prostředí, pevnější řád, pravidelná kontrola klientů lékařem a dozorem.

- Na ergoterapie a terapie jako takové, se kladou zvýšené nároky. Jedná se především o velmi dobrou orientaci v oboru gerontopsychiatrických diagnóz, schopnosti rychle reagovat, předvídat a být ve střehu. A dále ostatní kompetence, které uvádím v kapitole o osobnosti odborného aktivizačního pracovníka.
- Pravidelné setkávání multidisciplinárních týmů, kde do popředí vstupují lékařské obory.
- Je možné se setkat s klienty a pacienty, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní, ale stejně tak s pacienty, u kterých se jedná o pobyt, který má za úkol u pacienta správně nastavit jeho medikaci.

Před vstupem na takovéto pracoviště bývá zaměstnanec náležitě proškolen na bezpečnostní prvky a upozorněn na zásadní momenty v denním chodu zařízení. Odborného aktivizačního pracovníka budou především zajímat anamnézy, aby mohl začít nastavovat odborný aktivizační plán pro konkrétního klienta. Pravděpodobně v takovém zařízení budou klienti předem selektováni - vybráni jako vhodní pro aktivizaci.

Typický klient, který je označován jako gerontopsychiatrický:

Věk nad 65 let, diagnosa získaná až v seniorském věku, psychiatricky diagnostikován, psychiatricky medikován, geriatricky zkrhělý = trpící organickými poruchami, trpící formou demence. Dále jsou typické afektivní poruchy, zmatenost, psychomotorický neklid, úzkosti a různé, deprese, závislost a organické duševní poruchy. Ze zkušenosti vím, že zde uvidíte klienty, kteří na první pohled nevykazují nic z výše uvedeného, ale tak i klienty, které je nutné klidnit a pacifikovat.



Obrázek č.: 14 Diagnostika souborů pacientů nemocnice Bohnice 2004

Zdroj : Studijní soubor Solen_psy_200506 PDF

12.2. Zásady odborné aktivizace na gerontopsychiatrii:

1. Všechny zásady jako u odborné aktivizace.
2. Velmi vysoká pozornost vůči klientům, které máme buď ve skupině anebo individuálně.
3. Nutnost nahlašovat jakoukoliv změnu v chování klienta zdravotnickému pečujícímu personálu (již je rozpoznatelná, ale stále není patologická).
4. Nutnost konzultovat se zdravotnickým a pečujícím personálem a taktéž mu referovat a pozorně naslouchat referují-li oni nám. Konzultovat taktéž všechny aktivizační pomůcky a aktivizační postupy. Může nám to významně zkrátit čas příprav na aktivizaci a také nás ubránit nehezké zkušenosti.
5. Aktivitu volíme takovým způsobem, aby všechny předměty, které budu u odborné aktivizace potřebovat, jsem zvládl ohlídat a aby byly pro pacienty bezpečné. (V praxi je toto těžko dosažitelné, ale snaha a rutina pomáhají). Toto se velmi těžko dodržuje, protože je velmi těžké odhadnout myšlenkové pochody gerontopsychiatrických pacientů a přesto je důležité různorodé pomůcky přinášet a používat.
6. Pokud aktivizují více jak tři klienty - pacienty, je nutné požádat o další dozor.
7. Pokud budu skupinu opouštět, poprosím dozorující personál o dozor nad věcmi potřebnými k aktivizaci.
8. Pečlivě dodržuji vnitřní pravidla instituce, ve které se nacházím a ve zvýšené míře dbám na bezpečnost sebe i ostatních.
9. Dodržuji hygienické normy,
10. Mít stále na paměti, že jakákoliv ergoterapeutická činnost je pro klienty velmi významná, protože gerontopsychiatrické oddělení nebývají tak propustné jako domovy se zvláštním režimem či sociální a ošetrovatelské jednotky. Proto se aktivizace stává zásadním světlem v denním režimu pacienta. Velmi často je to jediný moment, kdy může tvořit nějaké hodnoty a není mu vše jenom předkládáno.
11. Začínajícím odborným aktivizačním pracovníkům doporučuji na takovýchto pracovištích ze zásady aktivizovat pouze jednotlivce. Nikdy na začátku své kariéry odborného aktivizačního pracovníka nevstupujte do smluvního vztahu s tím, že budete muset od začátku vést aktivizaci se skupinou. A to ani za předpokladu, že jste tuto činnost vykonávali v domově s pečovatelskou službou, v domově pro seniory a podobně.

12. Na prvotní aktivizace, které musí být individuální, je nutné se kvalitně připravit. Významně tím můžete ovlivnit kvalitu stráveného času, ale také budete chránit sebe a svého klienta před vašim nevhodným chováním.
13. Pokud bude na oddělení přijat nový klient, nejdříve se seznámte s jeho anamnézou a sociální dokumentací, pokud to bude možné, prostudujte také zdravotní záznamy nebo je konzultujte se zdravotnickým personálem.
14. Pokud na tomto oddělení budete mít klienty na krátkodobý pobyt, předpokládá se, že se vrátí do své reality, to znamená, že na odborném aktivizačním pracovníkovi velmi závisí cvik jeho každodenních činností tak, aby po propuštění z oddělení ve své realitě opět obstál. Tudíž znova zdůrazňuji jak je moc důležité znát klientovu anamnézu
15. Musí se vést dokumentace (krátká).

12.3. Gerontopsychiatrické oddělení musí nabízet tyto služby:

V rámci hospitalizace nabízíme:

- diagnostiku poruch paměti, optimalizaci farmakoterapie
- v rámci vstupního screeningu kompletní laboratorní vyšetření a CT mozku
- detailní diagnostiku duševního onemocnění
- diagnostiku poruch paměti včetně neuropsychologických testů
- diagnostiku funkčních schopností
- optimalizaci farmakoterapie
- možnost využití interních konsilií a provedení zobrazovacích metod
- léčebnou péči poskytovanou 24 hodin/ 7 dní v týdnu

Součástí léčebného programu je:

- ergoterapie
- rehabilitace
- muzikoterapie
- kognitivní nácviky paměti
- individuální psychologická, terapeutická a psychoterapeutická péče
- nácvik a udržení schopnosti sebepéče např. cvičná kuchyňka, cvičná prádelna, finanční gramotnost, plánování a využití volného času, edukace k stávajícím zdravotním problémům

Zde vidíme, že aktivizace je součástí léčebného procesu a že je dobré ji praktikovat ve více podobách. Dále doplním, že pobytové služby musí zajistit čisté ošacení a stravu pro klienty a kontakt s blízkými, což zde uvedené není.

Obrázek č: 15 – Zásady práce s gerontopsychiatrickým pacientem dle Nemocnice Bohnice

Zdroj: zdroj : studijní soubor Solen_psy_200506 PDF
Setkáváme se s depresemi závislostmi a demencemi

12.4. Nejčastější typy demencí

Určování typů demencí začíná u praktika přes neurologa, psychiatra až po odborná vyšetření jako je EEG a jiná specializovaná vyšetření. Výsledkem by měla být nejpravděpodobnější diagnóza. V praxi se ovšem velmi často setkáme pouze s diagnosou „Alzheimer“ nebo stařecká demence (nikoliv její sub diagnózy) neboť v diagnostice je těžší demence diferencovat.

12.5. Definice a nejčastější typy demenci

Tato kapitola je zpracována dle Františka Koukolíka: Alzheimerova nemoc a další demence, Nakl. Grada r. 1998 s. 232 ,ISBN: 80- 7169- 615- 3, ze stran 127-153.

U demence podle MKN F00-F03 se uvádí, že je chorobou mozku, obvykle chronického nebo progresivního porušení, které zapříčiňuje porušení nervových kognitivních funkcí, jako jsou například paměť, myšlení, orientace, počítání, schopnost učit se nové, ovládat jazyk a vytvářet úsudek. V odborné aktivizaci se setkáváme s klienty, kteří v důsledku své diagnózy budou vykazovat tyto symptomy:

- Poruchy poznávacích funkcí.
- Poškození paměti,
- Afázie-Porušené řečové schopnosti a také schopnost porozumět,
- Apraxie Neschopnost vykonávat Kvalitativní i kvantitativní formě pohyby,
- Agnózie- je to neschopnost porozumět dříve dobře známým informacím-věcem (může se vyskytovat bez poruch kognitivního čítí),
- Porucha exekutivních funkcí,
- Změna osobnosti,

Pro odborného aktivizačního pracovníka je velmi důležité znát, jak se tyto nemoci projevují. Může tak usuzovat jak odbornou aktivizaci vystavět, co očekávat a kam kupříkladu

(nejen) kognitivní rehabilitaci cílit. Nebo jak třeba klientům pomáhat v jejich adaptaci na pobytové zařízení, pohybu v prostoru, či orientaci v prostoru.

12.5.1. Binswangerova nemoc

Pravděpodobně jedno z nejčastějších degenerativních onemocnění v dospělosti a stáří (v poměru 2:1 při srovnání s Alzheimerovou demencí). Dochází k degeneraci bazálních tepen a atrofii bílé hmoty mozku.

12.5.2. Multiinfarktová demence

Vzniká z důvodů mnohačetných malých, ale také velkých mozkových infarktů.

12.5.3. Demence s Lewyho tělísky

Její identifikace je poněkud složitější protože i odborná literatura označuje za variantu Alzheimerovy či Parkinsonovy choroby, při nichž se v mozku najdou Lewyho tělíska, senilní plaky a neuronální klubka. Vyznačuje se problémy s motorikou jako u Parkinsona, velké kolísání pozornosti, zrakově prostorové problémy a zrakové halucinace. V populaci je také velmi zastoupená cca 15 až 25% z demencí.

12.5.4. Demence při Parkinsonově nemoci

Pravděpodobný výskyt v četnosti demencí je kolem 10%. Parkinsonici velmi často vykazují známky deprese. Nové informace jsou schopni ukládat celkem dobře, problém je ale s vybavováním a manipulací s informací. Zpomaluje se výkon poznávacích funkcí, mají obtíže s intelektovými úlohami a trpí poruchou exekutivních funkcí.

12.5.5. Frontotemporální demence

Tato diagnóza má plíživý nástup, projevuje se zprvu zanedbáváním vlastní sebeobsluhy a poruchou sociálního chování. Chování jedince se značně mění, jedinci vypadají neklidní. Výrazná může být i emoční rigidita. Výrazné změny jsou i v řečovém projevu jako jsou řeční stereotypy, stručnost a později i mutismus. K fyziologickým projevům patří brzká inkontinence, nízký a labilní krevní tlak.

12.5.6. Pikova nemoc

Klinický obraz odpovídá frontotemporální demenci, ale termín je zaveden kvůli demonstraci souvislosti mezi neuropsychiatrickou symptomatikou a ohraničeným poškozením mozku.

12.5.7. Demence při Huntingtonově chorobě

Demence při Huntingtonově chorobě je dědičné degenerativní onemocnění v mozku. V raném stádiu se projevuje poškozením motorických funkcí, ale kognitivní funkce se zdají býti neporušené. Mezi další typické příznaky patří rigidita, mimovolní pohyby a projevy demence.

12.5.8. Creutzfeldtova-jakobova nemoc

Má rozličnou etiologii a to sice dědičnost i infekce. Je spíše vzácnou a velmi agresivní. Nemocný většinou umírá do roka od diagnózy. Nejčastěji se zaměňuje za Alzheimerovu nemoc, a pokud nemocný takto rychle umírá, pravděpodobně se jedná o tuto diagnózu.

12.5.9. Normotenzní hydrocefalus

Nejčastějšími příznaky jsou demence a psychomotorická retardace, poruchy chůze a inkontinence moči. Jeho výskyt je častější s osteoporózou a artritidou.

12.5.10. Deprese a demence

Samozřejmě se u seniorů může vyskytovat deprese bez demence, ale popisujeme škálu o pěti bodech, kdy demence a deprese spolu v nějakém poměrném vztahu koreluje.

Lehká demence a deprese se od sebe dají rozlišit poměrně snadno a to testem MMS.

12.5.11. Parkinsonova nemoc

Literatura o její zařazení mezi demence je nejednoznačná, ale po Alzheimerově nemoci je to druhá diagnóza ve výskytu u neurodegenerativních onemocnění. Mezi hlavní příznaky patří pohybová chudost až neschopnost pohybu, třes nebo zvýšené napětí svalstva, které ustupuje při snaze o pohyb. Časté jsou spánkové poruchy a depresivní nálada, zpomalené vyjadřování, usuzování. Je podobná demenci, ale etiologie nemoci je jiná.

12.5.12. Mírné kognitivní poruchy

Mírná kognitivní porucha není demencí. Odborný aktivizační pracovník takovému klientům nabídne konzultace a spolu mohou vystavět systém sebe-aktivizace, který klient, pokud mu to jeho fyzické schopnosti dovolí, bude docházet konzultovat a rozebírat trénované techniky. Odborná aktivizace v návaznosti na mírné kognitivní poruchy používá stejný informační aparát avšak klient má stále velké možnosti a schopnosti být v rovnocenném postavení s odborným aktivizačním pracovníkem, a může se stát (a doufejme, že se stane) expertem na svou situaci.

Dále pro orientaci v problematice uvádím návodné obrázky:

Tab. 11. Klasifikace demencí podle DSM IV

Demence Alzheimerova typu s časným začátkem s pozdním začátkem s deliriem s bludy s depresivní náladou nekomplikovaná
Vaskulární demence s deliriem s bludy s depresivní náladou nekomplikovaná
Demence při onemocnění HIV
Demence v důsledku poranění hlavy
Demence při Parkinsonově nemoci
Demence při Huntingtonově nemoci
Demence při Pickově nemoci
Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci
Demence při jiných obecně medicínských poruchách
Perzistující demence v důsledku účinku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)
Demence s mnohočetnou etiologií
Demence jinak neurčená

Diferenciální diagnóza Alzheimerovy nemoci jako diferenciální diagnóza ... 131

Tab. 10. Klasifikace demencí podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

F 00 Demence u Alzheimerovy nemoci (G30, - +)
- 0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (G30.0+)
- 1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (G30.1+)
- 2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G 30.8 +)
- 3 Demence u Alzheimerovy nemoci, NS (G 30.9+)
F 01 Vaskulární demence
- 0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- 1 Multinfarktová demence
- 2 Subkortikální vaskulární demence
- 3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- 8 Jiné vaskulární demence
- 9 Vaskulární demence, NS
F 02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde
- 0 Demence u Pickovy choroby (G31.0+)
- 1 Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (A81.0+)
- 2 Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)
- 3 Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)
- 4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV) (B22.0+)
- 8 Demence u jiných určených nemocí zařazených jinde, demence při:
• mozkové lipidóze (E75, - +)
• epilepsii (E40, - +)
• hepatolentikulární degeneraci (E83. +)
• hyperkalcemii (E83.5 +)
• hypotyreóze získané (E01, E03, - +)
• intoxikaci (T36 - T65 +)
• sclerosi multiplex (G35+)
• neurosyfilis (A52.1.+)
• deficienci niacinu (pelagra) (E52+)
• systémovém lupus erythematos (M32.- +)
• trypanosomóze (B56, - +, B57, - +)
• karenci vitamínu B ₁₂ (E 53.8+)
F 03 Neurčená demence
<i>Prezentní:</i>
• demence NS
• psychóza NS
<i>Primární degenerativní demence NS.</i>
<i>Senilní:</i>
• demence
• NS
• depresivní nebo paranoidní typ
• psychóza NS

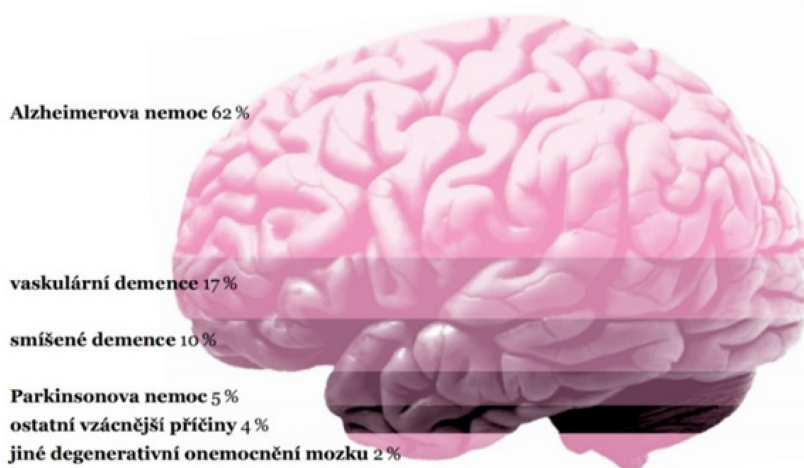
Obrázek č. 16 a č. 17 klasifikace demencí podle DSM IV

Zdroj: František K.: Alzheimerova nemoc a další demence, Nakl. Grada r. 1998 s. 232 ,ISBN: 80- 7169- 615- 3, ze stran 127-153.

Demence a její typy

Četnost příčin demence

Zdroj: ČALS (2013). Dopisy České alzheimerovské společnosti



Obrázek č. 18 Demence a její typy- četnost příčin demence

Zdroj: WWW.ALZHAIMER.CZ

„Demence je velmi rozšířený problém. Celosvětový počet lidí s demencí podle ADI přesahuje 44 miliónů, v roce 2030 se tento počet pravděpodobně zvýší na téměř 76 miliónů, v roce 2050 se počet lidí s demencí odhaduje na 135 miliónů.

Alzheimer Europe v roce 2009 odhadovala, že v ČR žije více než 123 000 lidí s demencí. V roce 2013 už podle stejných odhadů bylo u nás lidí s demencí o 20 000 více (143 000).“⁷

13. Fyziologie a odborná aktivizace seniorů

Tato kapitola navazuje na obsah kapitoly o geriatrii, o neurologii a odborné aktivizaci seniorů.

V této kapitole se budu velmi krátce zabývat počátky fyziologických obtíží a to z toho důvodu, že výše uvedené kapitoly mají za úkol odborného aktivizačního pracovníka připravit na komunikaci s dalšími odbornostmi a tím se doplňují.

Počátek a vývoj involuční změn jsou individuální záležitostí, proto nelze ani ve zkráceném manuálu odborné aktivizace uvést konkrétní penzum informací. Je nutné konzultovat s dalšími odborníky a vědět, jakým způsobem se ptát. Fyziologické stárnutí je od přírody biologický naprogramovaný dlouhodobý proces, který graduje a končí smrtí člověka. Patofyziologie zkoumá patologické jevy nebo procesy.

Z pohledu fyziologie stárnutí popisujeme u starších lidí. Nejčastěji, předtím než budou geriatrickými pacienty, přicházejí tato degenerativní onemocnění:

- Bolesti - OA neřeší - řeší lékaři a RHB, ale velmi často může bolesti u klienta včas odhalit,
- Inkontinence - OA dle stavu může doporučit např. Klegovy cviky,
- Dehydratace - trénink sugestivity pocitu žízně,
- Malnutrice - trénink sugestivity pocitu chuti k jídlu.

⁷ Zdroj: WWW.ALZHAIMER.CZ

- Dekondice - nastavení tréninkového plánu nejlépe RHB či specializovaným trenérem,
- Zhoršená orientace v důsledku úbytku kognitivních fcí - řeší se tréninkem orientace v konkrétních místech (intervenuje rodina či přátelé) a řeší se kompenzace primárních příčin medicínskou cestou (zrak, sluch, stav vestibulárního systému).

Je dobré si klienta s počínajícími fyziologickými změnami, který ještě není geriatrickým pacientem, vyslechnout a zjistit, jaké jsou jeho potřeby a zvážit, zda nebude schopen sám najít jiné speciality. Počínající fyziologické obtíže sice do odborné aktivizace patří, ale lze předpokládat, že takovýto klient může být lépe odbaven na jiných specializovaných pracovištích. Za předpokladu, že je schopen se do nich dostat. Poradenství a poradenský rozcestník je u počátku deficitů u přichozích klientů od OA samozřejmostí (nejen na téma fyziologie a nejen u témat, která jsou pro konkrétního aktivizačního pracovníka “vzdálenější”).

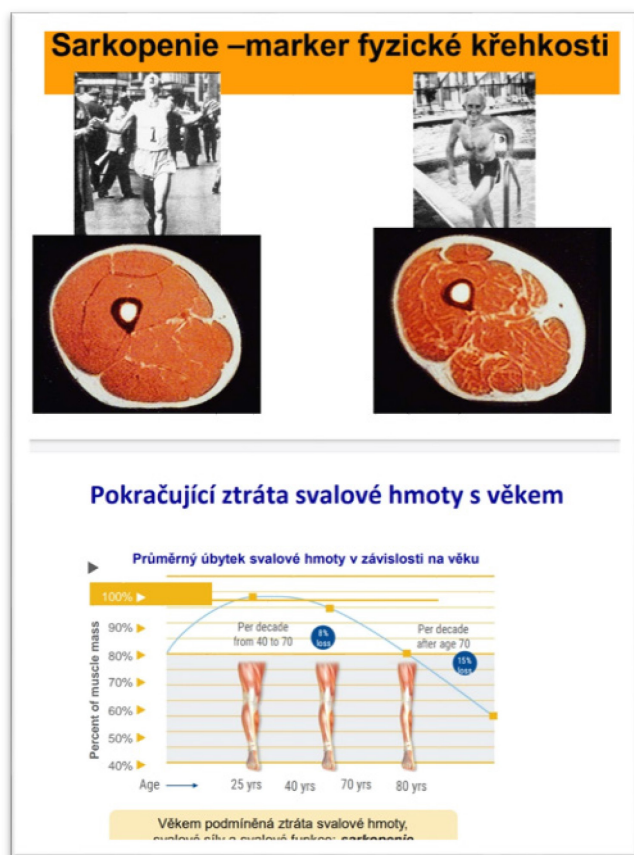
Intervence a prevence křehkosti	
F Food intake maintenance	Prevence malnutrice, kvantitativně a kvalitativně vyvážená strava Bílkoviny zvýšit příjem na 1-1.5 g/kg/den nebo více – dle tíže onemocnění Vitamin D - věk>70 let 800-1000IU/den Fish oil, HMB, BCAA..
R Resistance exercise	Odporové cvičení, pohybová aktivita aerobní +
A Atherosclerosis prevention	Prevence AS, ovlivnění rizikových faktorů
I Isolation avoidance	Prevence izolace, společenská aktivita
L Limit pain	Diagnostika a léčba bolesti
T Tai-Chi or other balance exercise	Cvičení na posílení rovnováhy a stability
Y Yearly functional checking	Pravidelné kontroly

Fyzická aktivita: udržování svalové síly(z) dolních končetin) izometrické cvičení (8-15 opakování min. 2x), chůze 20 min. denně, 50-70% maxim.pulz.frekvence pro daný věk.zachování rozsahu hybnosti-strečing denně(a 15s pro svalovou skupinu)

Zásadními jevy jsou geriatrická křehkost a s ní spojená dekonidice.

Obrázek č. 19 Intervence a prevence geriatrické křehkosti

Zdroj: www.Docplayer.cz/geriatrickakrehkost



Obrázek č. 20 - Ztráta svalové hmoty

Zdroj: www.docplayer/geriatrickysyndrom/sarkopenie/autor/eva_topinkova

14. Myšlenkové operace a odborná aktivizace seniorů

Pro pochopení problematiky myšlenkových operací z psychologického pohledu hovoříme o vnímání objektů, jejich vlastností, poznání, rozvažování nad nimi a to at' fylogeneticky nebo ontogeneticky.

Základním stavebním kamenem myšlení je pojem.

Chápeme jej jako psychologickou jednotku, která má svůj obsah a myšlení je proces.

Není to jeden "pohyb" pojmu ale je to proces se svojí dynamikou, hloubkou, přesahy

a výstupy. Vysvětlení procesu myšlení si vypůjčím z logiky, kde se hovoří o sčítání premis

(pojmu) a vytváření závěru - soudu, sčítání soudů je potom úsudek a následně tvoříme hypotézy.

Tyto soudy a hypotézy nám dále pomáhají se orientovat ve světě a konstruovat naše další myšlení a činy.

Hlavní úkoly a témata našeho myšlení jsou dva základní procesy:

- Řešení problémů
- Logické usuzování

V procesu chápání hrají zásadní roli kognitivní funkce, jsou takzvanými operátory a fungují jako předobrazy, které vstupují do pojmů slov.

Naše myšlení tedy probíhá v pojmech, ve slovech.

Ve vztahu k odborné aktivizaci seniorů bych ráda podotkla, že se musí odborná aktivizace odehrávat v takovém jazyce, který je blízký (samozřejmě nejlépe rodný) aktivizovanému. Pokud je aktivizovaný cizojazyčný oproti aktivizačnímu pracovníkovi, je lepší mu zařídit aktivizaci v jeho rodném jazyku. V opačném případě čekat, že se bude devalvovat kvalita odborné aktivizace.

Další zásadní roli hrají myšlenkové operace na elementární úrovni:

Dle nich OA sestavuje principy úloh.

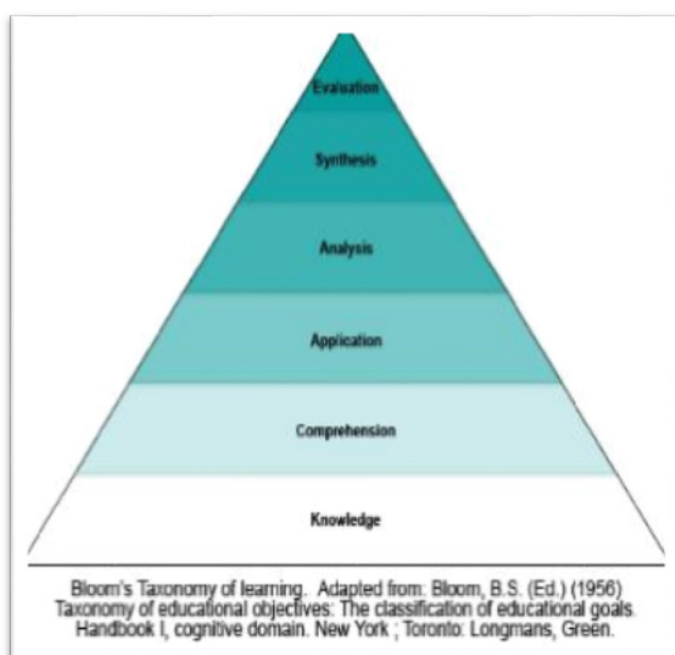
1. Analýza a syntéza - proces kdy pojmy rozebírám a pak zase skládám,
2. Abstrakce a konkretizace - proces kdy si představujeme pojem bez důrazu na detaily ve prospěch celku, konkretizace je děj opačný,
3. Srovnání a třídění - proces kdy sledujeme různé korelace a následně třídíme do kategorií,
4. Induktivní (vyvození obecnin) a deduktivní (aplikační) usazovací schopnosti proces, kdy pronikáme do pojmu nebo kdy jej dokážeme domyslet. Je to vývojově nejvyšší schopnost, dedukujeme od obecného k jednotlivostem. Tento proces nazýváme jako pojmově logické operace.
5. Analogie - hledají se podobnosti pro možnost tvoření hypotéz a následně třeba tvoření inovací.

Z těchto funkcí se nám sestavuje manuál na to, jak vytvářet trénink kognitivních funkcí a myšlenkových operací. Víme totiž, co máme za cíl, třeba vytvářet aktivitu, která bude mít za cíl podpořit induktivní a deduktivní usazovací schopnosti.

Kognitivní trénink se mi doposud v literatuře nepodařilo nalézt jako kompletní systém. Vzhledem k tomu, že jsem pravděpodobně jediná, kdo aktivizaci seniorů zkoumá z odborného hlediska, trůufám si tvrdit, že tam, kde odborná literatura tvrdí, že od středně těžkých fázi demence hovoříme pouze o jakési rehabilitaci a udržování schopností, nemá pravdu.

Podpora myšlenkových operací a kognitivních funkcí má ovlivňovat paměť, pozornost, koncentraci, rychlost myšlení a porozumění informacím, dále vyjadřovací expresivní schopnosti, vnímání (v jeho komplexnosti), porozumění řeči a prostorovou orientaci. A dále také exekutivní funkce jako jsou plánování, organizování, řešení problémů a emocionální seberegulaci.

Vzhledem k tomu, že člověk je bytost holistická nikoliv nominalistická si trůufám tvrdit, že podpora těchto kognitivních funkcí také významně ovlivňuje schopnosti motorické.



Bloomova taxonomie učení nám znázorňuje nižší kognitivní procesy a vyšší kognitivní procesy. Mezi nižší kognitivní procesy řadíme: pamatování si - znalosti. Mezi ty vyšší pak porozumění, schopnost aplikovat, schopnost analyzovat, schopnost hodnotit a schopnost tvořit či rozvíjet. V kontextu odborné aktivizace seniorů nám nabízí krásnou stupnici gradace práce při aktivizaci kognitivních funkcí.

Obrázek č.: 21

Zdroj: <https://slideplayer.cz/slide/13225518/>

14.1. Exekutivní funkce

Exekutivní funkce jsou pro člověka v dospělosti naprosto zásadní pro přežití.

Jedná se především o schopnosti:

- Rozhodovat,
- Řešit,
- Plánovat,
- Vybírat,
- Seberegulace emotivity,
- Řešení problémů,

Pokud se klient již nalézá v pobytovém zařízení, je nanejvýš pravděpodobné, že v těchto oblastech nebude dosahovat významných kvalit. Nicméně simulace života dospělých a atributů, které do něj spadají, je velmi často o zachování důstojnosti klienta.

Z komunikace s klientem vycítíte, jestli je vhodné vůbec exekutivní funkce u klienta řešit a kvalitativně stimulovat.

Nácvik těchto funkcí probíhá především modelovými situacemi, které s klientem společně prožijete. Nejlepší formou jsou reálné situace z každodenního života, které klient bude znát a může je prožít skrz tuto modelovou situaci. Odborný aktivizační pracovník vytváří tuto modelovou situaci za pomoci těchto parametrů:

- Srozumitelnost pro klienta,
- Důraz na věci a témata, které tento konkrétní klient ve svém životě zná a prožívá,
- Kladné přesahy (řešíme spíše příjemné věci, nežli problematické záležitosti),
- Vybíráme takové modelové situace, které zvládneme započít, prožít a ukončit s klientem,
- Výbornou aktivizační pomůckou v tomto ohledu je interaktivní stůl SenTablet, který je schopný klienta provést všemi aspekty exekutivních funkcí interaktivní formou.

Lze předpokládat, že klient, který chce a může trénovat exekutivní funkce, dokáže pojmout zpracovat a aplikovat interaktivní formu.

14.2. Práce s imaginací

Práce s imaginací při odborné aktivizaci seniorů je velmi krásná.

Imaginace neboli představivost je vrcholnou aktivizační metodou, která stimuluje naše vědomí a podvědomí. Pokud je dobře nastavená působí velmi psychorehabilitačně.

Aktivizace je pomocí imaginace u seniorů rozdělena na čtyři oblasti:

1. Skupinová,
2. Individuální,
3. Se zapojením zrakové percepce,
4. Bez zrakové percepce.

U skupinové imaginace při otevřených očích můžeme nahlas komunikovat o tom co si představujeme, můžeme popisovat předmět, můžeme se vzájemně doplňovat. Oproti tomu aktivizace skupinová při omezení zrakové percepce, se podporuje řečně „intimní prožitkovost“ skupiny.

Je to moment, kdy se dynamika skupiny velmi zklidní, všichni se upokojí a poslouchají svého průvodce Imaginací. Jedná se zčásti také o relaxační metodu, je to také metoda, při které velmi snadno dosáhneme plného uklidnění za předpokladu, že navážeme s klientem spolupráci.

U skupinového tréninku imaginace, při omezení zrakové percepce je velmi důležitý verbální projev odborného aktivizačního pracovníka, který provádí svým hlasem danou oblastí imaginace. U Imaginace je dobré mít dobře rozmyšleno, které mentální schopnosti chceme podporovat.(viz níže v kapitole).

U práce s imaginací při individuálním sezení a při zachování zrakové percepce, je toto cvičení nečekaně snadné (opět je důležité pamatovat na gradaci požadovaných úkonu pro tento typ aktivizace). Aktivizovaného můžeme poprosit, aby si představil jednoduchý tvar, jednoduchý tvar s požadovanými parametry, komplexnější předmět nebo třeba poeticky abstraktní výrazy jako měsíce v roce či snad něco zcela abstraktního (barva zmatenosti) nebo něco o čem slyšel a nemohl to nikdy naživo vidět.

Individuální aktivizace imaginace se zamezením percepce zraku, se otevírá vesmír možností, jak s klientem pracovat. Tento způsob práce je možný pouze tehdy, znají-li se oba zúčastnění, mají spolu zkušenost a jsou schopni spolu vytvořit bezpečnou atmosféru. Klid a jistota bezpečí je první krok před vstupem do brány imaginace. Jedná se o velmi psychorehabilitační způsob aktivizace, kdy můžeme klienta uvést do pohody jenom tím, že mu vyprávíme o krásném místě a on se pokouší si ho představovat, pokud jsou intelektové schopnosti klienta již z důvodu involučních změn mozku již poníženy, klienta prosíme o představu všeobecně platných libých pojmů, jako je například příjemné teplo, příjemné vůně, pocity bezpečí a klidu.

Při práci s imaginací v takovéto formě existuje možnost jak poupravit psychický stav klienta. Vzhledem k tomu, že asi 80% naší mozkové kapacity je nevědomé, prostřednictvím imaginace se k němu můžeme dostat. Když se s klientem u práce s imaginací setkávám, je cíl abychom poupravili některé traumatizující vzpomínky. (Nejčastěji imaginaci klienti vyžadují jako hru, následně jako metodu zklidnění a vyvolání libých pocitů.)

Z paměti se mazat nedá, ale pokaždé je možné nějakou vzpomínku vyvolat rozebrat ji a mírně poupravit, znova jí převyprávět a ona se zpět do paměti vrátí poupravená. Pokud tento proces zopakujeme vícekrát, vytvoříme tak novou vzpomínku, která bude mít ale aspekty té předcházející.

Tento postup opravdu vyžaduje psychoterapeutický výcvik a nedoporučuji nahodile zkoušet. Každopádně v tomto ohledu práce s imaginací je obrovským přínosem pro odbornou aktivizaci a její klienty či pacienty.

Druhy smyslové představivosti:

- Zraková,
- Čichová,
- Hmatová,
- Sluchová,
- Chuťová.

Všechny druhy smyslově představivosti bychom si měli být schopni alespoň nějakou formou vybavit. Tento proces nelze zkontrolovat ale na člověku, který imaginaci provozuje zejména má-li zavřené oči, z kontextu somatických projevů poznat lze, a lze taktéž odpozorovat, zda se mu to daří či ne.

Mezi zásadní pravidla před započítím práce s imaginací v kontextu odborné aktivizace se seniory patří:

- Nutnost vhodného prostoru,
- Dostatek času, přesně vymezený čas,
- Zájem klienta, popřípadě zkušenost, že mu tato praktika svědčí alespoň v psychorehabilitační rovině,
- Zajištění plynulého chodu komentované imaginace, bez přerušování, nejlépe i bez jiných zvuků či další příchodů osob. (U seniorů se dá předpokládat snadná destrukce představovaného vnějšími vlivy),
- Příjemná teplota v místnosti,
- Brilantní práce aktivizujícího s hlasem, a poznatky o kognitivních funkcích a anamnéza klientů, které imaginací a představivostí provází.

Představování si nastavuje naše jednání a zaplouvá do podvědomí a tudíž i ovlivňuje naše denní jednání. Klienta v rámci práce s imaginací můžeme také naučit samostatně imaginaci a relaxaci využívat. Trénovat imaginaci není snadné (imaginace je tam, kde je vůle spíše pasivní ke zbytku světa) a některým to trvá i léta, ale to záleží na konkrétním klientovi, jeho eidetické vloze, schopnosti koncentrace a schopnosti manipulace se sebou samým.

Představivost je svobodná, nemá ohraničení a tudíž člověku, který již spousta hranic ve svém životě má, ať už jsou zdravotní, psychické či finanční, může poskytnout neskonalou libost. Je to motivační prvek. Taktéž imaginace přináší pocit naděje. Psychoanalýza tvrdí, že imaginace má nahradit frustraci z neexistující reality.

Dalším aspektem, na který bychom se měli zaměřit je vhodnost zapojování všech možných smyslů při imaginaci.

U gerontoklientů se nejlépe imaginace spouští, zamezíme-li zrakové percepci a podpoříme spíše vybrané smysly a postupně jejich počet rozšiřujeme. Jedno z úskalí při imaginaci je, pokud nemá aktivizovaný přirozený nadání představivosti a kreativity. Tyto osobnostní rysy nelze moc přetvářet ve zralém věku. To ale neznamená, že je zcela z klientova života vypustíme. I když jeho nadání je v tomto směru spíše menší pouze musíme poupravit způsob a degradovat nároky na něj (lehkost představovaného, délka práce s imaginací, zapojení nebo vypojení percepcí, které k imaginaci vyzívám). Lidský mozek je nejsložitější strukturou na zemi ale i to má své hranice.

Nemůžeme po seniorech chtít, aby mysleli to, co si nedokážu představit. To je jedna z nejtěžších filosofických disciplín proto je velmi důležité znát možnosti člověka a jeho anamnézu.

14.3. **Konkrétní příklady aktivizace:**

14.4. **Skupinová a individuální**

- Rozprava o představách, klienti volně asociují, doplňují se, popisují, co jim připomíná konkrétní představovaný vjem,

14.3.1.1. Se zapojením zrakové percepce

- Je možné přinést nějaký předmět, povídat si o tom co představuje, co se k němu dá domyslet, představy o jeho použití. Stejně tak se jedná o malbu nebo jiné umělecky zaměřené ergoterapie, fantazie se může odehrávat také za vybavování si nějaké skladby či přímo její tvorby.

14.3.1.2. Bez zrakové percepce

- Lépe se nám zapojují jiné smyslové imaginace, lépe si vybavujeme vůně, hudbu, atd. Hmatem můžeme zkoumat různé předměty, představovat si jejich barvu a jiné fyzikální vlastnosti.
- Bez zrakové percepce se také lépe skládají básničky, nebo vypráví fiktivní příběh.
- Stejně tak omezení zrakové percepce velmi významně pomáhá koncentračním a paměťovým cvičením.
- Dále můžeme vědomě manipulovat ve své mysli s předměty či přehrávat si různé životní situace. Můžeme se také rozhodnout, zda budeme v našich představách ve zcela fiktivní rovině.

15. Řečové schopnosti a odborná aktivizace seniorů

Tato kapitola je zpracovaná dle publikace OPATŘILOVÁ D., Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením, Brno: Masarykova univerzita, r.:2008,180 s., ISBN:978-80-2104575-0 a také internetového zdroje:

https://www.wikiskripta.eu/w/Poruchy_%C5%99e%C4%8Di .

Řečové schopnosti nebo také mluvní projev jsou naší základní potřebou pro spojení s okolními lidmi a s okolním světem. V momentě, kdy přestáváme mluvit, se nám uzavírá velmi mnoho možností nejenom při předání informací. V případě geronto-populace dochází k velmi významnému snížení schopnosti zajistit si své potřeby. Afázie je až nečekaně významná diagnóza v souvislosti se snížením kvality života klienta.

Po CMP nebo úrazech hlavy, které ovlivňují řečová centra (Brockovo - tvorba řeči a Wernickeovo - porozumění řeči) je nezbytná rychlá rehabilitace pomocí logopedických přístupů. Chronická fáze afázie může být různě dlouhá a různě závažná, záleží na etiologii onemocnění, možnostech a schopnostech klienta. Je důležité znát lékařskou prognózu, pokud ji lékař vůbec vyhodnotí, předtím než zahájíme odbornou aktivizaci, která by klientovi pomohla s nápravou řečových schopností.

Taktéž je důležité si pokládat otázku jaký je rodný jazyk klienta.

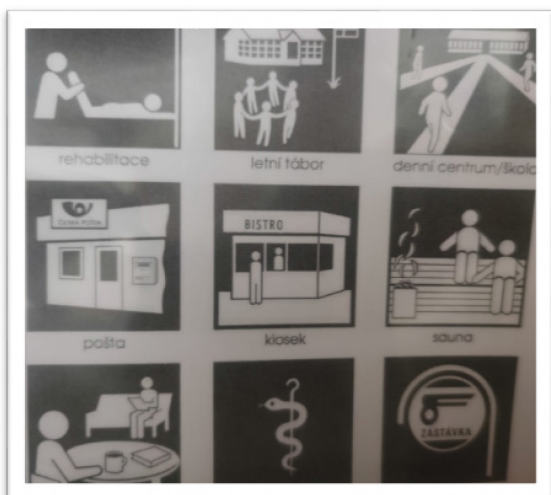
Při nápravách řeči si musíme uvědomit v češtině obtížná slova a slovní spojení, jaká písmena se těžko tvoří a která naopak. Komplikovanými písmeny na tvorbu jsou kupříkladu D,T,N, Ď,Ť,Ň, R,Ř, atp. Klientovi nabízíme pro něj vhodné alternativní a augmentativní techniky komunikace.

15.1. Některé poruchy řeči u seniorů

- Afázie - Porucha mluvení nebo také porozumění řeči. U této poruchy je velmi důležité, aby aktivizační pracovník vytvářel příjemné klima a pokud na to kognitivní funkce klienta stačí, je důležité mu dávat najevo „že si rozumíme“.
- Afonie - Klient chraptí a sípe.
- Dysartrie - Porucha artikulace.
- Rhinolalie - Klientovi mluví jakoby s plným nosem.
- Monotónní řeč - z důvodu nepohyblivosti mluvidel.

Obrázek.č: 22 - Komunikační tabulky AAK

Zdroj: Autorský obrázek



- parafázie – deformace slov různého typu a stupně
- parafrázie – snížená schopnost až neschopnost vyjadřování se ve větách
- poruchy rozumění – obtíže s porozuměním složitějších příkazů; porucha vnímání, chápání a dekodování mluvené řeči
- perseverace – jde o ulpívání na právě řečeném, či na předchozím podnětu i při dalších odpovědích (např. pacient je nejdříve žádán, aby vyjmenoval dny v týdnu, což zvládne, ovšem při dalším úkolu stále setrvává u vyjmenovávání předchozích dnů v týdnu)
- logorhea – překotná rychlá mluva se sníženou srozumitelností
- anomie – porucha pojmenování (neschopnost správně pojmenovat - správným slovem určený předmět)
- řečové automatizmy - bezděčný, samovolný; pohybový, hlasový nebo řečový projev, který se objevuje bez souvislosti s ostatní duševní činností a je bezúčelný
- agramatizmy –projev nesprávného gramatického vyjádření (vynechání předložky, nesprávné skloňování nebo časování)

Velmi často doprovázejí afázií také obtíže v oblasti emocí (deprese, smutek), v oblasti zpracování a učení (obtíže v myšlení, pozornosti, koncentrace), či takové poruchy jako je apraxie či akalkulie, poruchy čtení a psaní.

Klasifikace afázie (typy)

Mezi odborníky existuje velké množství dělení afázie podle různých kritérií. Pro účely těchto webových stránek použijeme zjednodušené dělení:

- afázie motorická – expresivní (porucha produkce řeči)
- afázie sensorická – receptivní (porucha porozumění řeči)
- afázie totální – globální (porucha produkce i porozumění řeči)

Dalším velmi častým dělením afázie mezi logopedy je dělení dle bostonského klasifikačního systému, který afázií dělí na Brocovu (motorická), Wernickeho (sensorická), konduktivní, anomickou, transkortikální motorickou, transkortikální sensorickou a globální.

Obrázek č: 23 - Doplňující informace k poruchám řeči

Zdroj : list z přednášek na UK- studijní materiál

15.2. Mimika

Mimikou vyjadřujeme své pocity a dojmy, ne vždy zcela vědomě. Naše mimika je důležitou informační strukturou pro komunikační partnery. To je důvod, proč je tak velmi důležitá nejen pro vizualitu ale také pro komunikaci.

Pokud se s klienty rozhodneme trénovat mimiku je jedním z nejlepších nástrojů zrcadlo (které není vždy zcela vhodné-jedná-li se např. o klienta po CMP, který ještě nepřijal svou diagnózu) a tvář odborného aktivizačního pracovníka. Mimika se nejlépe nacvičuje nápodobou.

Za předpokladu, že klient dobře vidí, se mi osvědčily fotografie klientovy blízké osoby, která demonstruje mimikou různé emoce. U klientů s CMP nebo jinými pohybovými vadami, které se snažíme zmírnit, důrazně tyto emoce popisujeme, abychom zvýšili šanci na dosažení onoho výrazu. Neřekneme pouze: Usmějte se. Klient by si měl prožitek smíchu představit, připomenout si něco směšného atp.

Výše zmíněné fotografie se potom klientovi předkládají a snažíme se o podobný výraz v obličejí. Dalším pomocníkem jsou ruce klienta, které se mu přikládají na jeho tvář, a snažíme se pomocí citu v ruce zjistit různé pohyby v obličejové části

15.3. Logomotorika

Jedná se o zapojení celého řečového ústrojí ke vzniku mluvené řeči.

Z foniatrické hlediska je to potom kooperace lidského hlasu řeči a sluchu. Můžeme zkoušet vyslovovat různá slova, nádech a výdech při mluvené řeči.

Dále se snažíme vytvářet zvuky, které, nám něco připodobňují: včelu, lokomotivu, zvuky větru.

U tréninku logomotoriky si musíme být jistí, v jakém stavu jsou hlasivky a zda klient může pravidelně a správně dýchat. Myslíme v pojmech tudíž je dobré vždy klientovi dané slovo náležitě zkusit představit před tím než ho vysloví.

Gradaci vystavujeme takto: V první řadě si dané slovo představujeme, zkusíme nastavovat hlas a ústa. Následně zkusíme vyslovovat slovní spojení a končíme jednoduchými větami.

15.4. Oromotorika

Je proti logomotorice poměrně zábavnou metodou. Logomotorika a oromotorika by se měly cvičit současně. Tvořit slova je poměrně náročné oproti tomu při nácvičku svalového tonusu v dutině ústní si můžeme s klientem trochu odpočinout .

Mezi konkrétní příklady oromotoriky patří: cvičení s jazykem, bradou a tvářemi. Je dobré cvičení propojit s mimickými prvky.

Může se jednat o: otevírání úst, vyplazování jazyka, cucání bonbonů nebo převalování předmětů v ústech.

15.5. Další příklady aktivit:

- obličejová gymnastika
- rozhovor
- říkačky
- korekce mluveného projevu
- podpora mluveného projevu
- řečové hry

16. Koncentrace a pozornost a odborná aktivizace seniorů

Koncentrací chápu setrvání na určité myšlenkovém bodu, přičemž vytváříme jakousi intenzitu, abychom u myšlenky “vytrvat, skutečně vytrvali”. Tato, můžeme říci tenze, selektuje podstatné a nepodstatné upozadí. Dále využíváme koncentraci čili soustředěnost k tomu, aby pozornost setrvala tam, kde je náš zájem.

Na to abychom využívali pozornost (dle mě: zaměření na subjektu zájmu s vnímáním jeho několika detailů) a koncentraci (setrvání) musíme být bdělí. Tedy takto hovoří odborná literatura. Já si to ale nemyslím.

Pan profesor MUDr. Miloslav Kopeček Ph.D. na přednášce z cyklu “Pozornost” na 3. LF UK, pozornost definoval takto:

Pozornost (prosexie) definujeme takto: “Pozornost nemá obsah, ale je funkčně spojena se všemi psychickými procesy (vnímáním, emocemi, myšlením).”⁸

Další příkladnou definici uvedl William James, ve své publikaci Základy psychologie.

“Pozornost je jasné a živé zaměření mysli na jeden z několika zdánlivě současně probíhajících myšlenkových řetězců nebo sledovaných předmětu. Znamená to, že se od některých věcí vzdálíme proto, abychom se účinněji mohli věnovat jiným.”⁹

16.1. Druhy pozornosti

Mgr. Tomáš Sládek a jeho přednášky dostupné na

https://images.slideplayer.cz/42/11573242/slides/slide_10.jpg podal tyto informace o rozdělení pozornosti:

- Pasivní - bezděčná , náhodná, vyvolaná náhodnými objekty a jejich zvláštnostmi.
- Aktivní - probuzení vlastní vůlí.
- Protivolní – pozornost je stržena něčím z venku.

16.2. Vlastnosti pozornosti

<https://wikisofia.cz/wiki/Pozornost> uvádí toto dělení vlastností pozornosti:

- Oscilace a fluktuace - (hodinky, objekt) - kolísání intenzity pozornosti, přesouvání pozornosti, z hlediska evoluční biologie, se má toto za výhodu z důvodu zvýšení bezpečí pro naše přežití.
- Rozsah - kapacita - jedná se vlastně o kvalitu v daném rozsahu pozornosti.
- Intenzita - koncentrace - síla zaměřenosti - u seniorů je velmi klíčová
- Trvání - tenacita - jak dlouhá je výdrž koncentrace.
- Rozdělení - distribuce - variování důrazu mezi jednotlivým předměty a myšlenkovými řetězy.
- Selektivita - schopnost být zaměřen na to aktuálně podstatné.

⁸ Profesor MUDr. Miloslav Kopeček Ph.D. na přednášce z cyklu “Pozornost” na 3. LF UK

⁹ William James, Základy psychologie, (volný překlad)HROCH, J.: On the Philosophy of William James FILOZOFIA 63, 2008, No 2, p. 144, Ebook No.: 57628

Z hlediska odborné aktivizace u pozornosti řešíme zejména dobu trvání a dle výše uvedeného rozdělení rozsah, tedy jakousi kvalitu pozornosti v daném rozsahu.

Při nácviu různých činností budeme řešit zejména selektivitu tedy sledovat to podstatné a rozdělení pozornosti ve prospěch toho co pozorovat cíleně chceme.

Pozornost jako taková, nemá jedno samostatné centrum v mozku, je rozeseta po různých částech mozku, což skýtá naději, ale také úskalí při odborné aktivizaci seniorů.

V kulturních podmínkách střední Evropy je pozornost na velmi vysoké úrovni. Usuzuje se, že podstatný vliv má délka školní docházky protože u lidí, kteří absolvovali pouze osm ročníků základní školy, je tato kompetence velmi ponížena.

Koncentrace respektive využití pozornosti je nutné trénovat. Ovšem v detailním popisu této kognitivní schopnosti se dočítám, že i při tréninku je možné v jeden moment udržet pozornost na jednu věc jeden fakt. Pokud vykonáváme činnost, která potřebuje koncentraci na více věcí či faktů, počítá se s tím, že jedna z těchto položek je plně zautomatizovaná a teprve potom dochází k maximální užítkovosti tohoto procesu.

Příklad gymnastky

pokud si vybavíme v našich představách gymnastickou sestavou na kladině je evidentní, že gymnastka řeší mnoho aspektů své exhibice.

Těmi jsou:

- Sestava - myšleno jednotlivé cviky navazující na sebe
- Rovnováha
- Kvalita provedení jednotlivých prvků
- Celkové vzezření jejího vystoupení

Jedná se o velmi mnoho činností v jeden moment. Pokud sportovec náležitě opakuje jednu a tutéž sestavu (pohyb) aby jí precizoval, dochází v mozku k automatizování jednotlivých výše uvedených činností. Má se za to, že mozek gymnastky řeší v daný moment jenom jeden z výše uvedených bodů, přičemž může docházet k velmi rychlému přepínání koncentrace a pozornosti mezi jednotlivými aspekty její exhibice.

Stejně tak tomu je i u odborné aktivizace seniorů, přičemž sledované vlastnosti u pozornosti jsou velmi často již postiženy involučními změnami.



Obrázek č 24 -Sešit pro kognitivní trénink České alzheimerovské společnosti

Jednou z kvalitních aktivizačních pomůcek pro trénink nejenom koncentrace ale i ostatních kognitivních funkcí je Sešit pro kognitivní trénink České alzheimerovské společnosti. Skvělé nám znázorňuje dle sekcí na obrázku jednotlivé skupiny úkolů, kterými bychom měli podporovat tyto konkrétní kompetence.

17. Paměť a odborná aktivizace seniorů

V této kapitole se budu věnovat paměti, rozdělení paměti a konkrétními příklady tréninku paměti. Svým obsahem kapitola navazuje na kapitolu o koncentraci a pozornosti

B.J. Underwood paměť definuje takto:

“ Paměť je sklad informací organismu, z něhož může individuuum vyvolávat zprávy o minulých událostech. ”¹⁰

Paměť je velmi důležitou součástí lidského života. Naše paměť určuje to, kým jsme a co o sobě prezentujeme (autobiografická paměť). Je to pokladnice informací naší osobnosti. A k zachování samostatného života je naprosto nezbytná. Dokud nás paměť nezlobí, její obrovský význam pro náš život nepocítujeme. Jde o zapisování informací do naší CNS, která ji zpracuje a uchová. Informaci nejprve přijímáme, nadále zpracováváme a pak si ji vybavujeme (otázkou je chybovost), nebo informace uchována není.

Paměť je individuální (moje vlastní poznatky) a kolektivní (kde a jak žijeme rodina). Paměť můžeme procvičovat různým způsobem i život sám je trénink paměti ovšem s přibývajícím věkem se paměť musí trénovat.

Důležité je si vždy uvědomit o jakou paměť se tedy při tréninku jedná a jak se do ní informace zapisují. Musíme také zhodnotit zda budeme vyvolávat již uchované paměťové stopy a nebo pracovat s novými informacemi.

Literatura o systému a dělení paměti hovoří různě a já budu používat kompilát těchto

Paměť	
explicitní	implicitní
vědomé uchovávání	nevědomé uchovávání
lze přímo testovat	nelze přímo testovat
ovlivněna amnézií	neovlivněna amnézií
kódována v hippocampu	kódováno jinde

Obrázek č.: 25 - Dělení paměti

Zdroj :M.Nakonečný: Lexikon psychologie

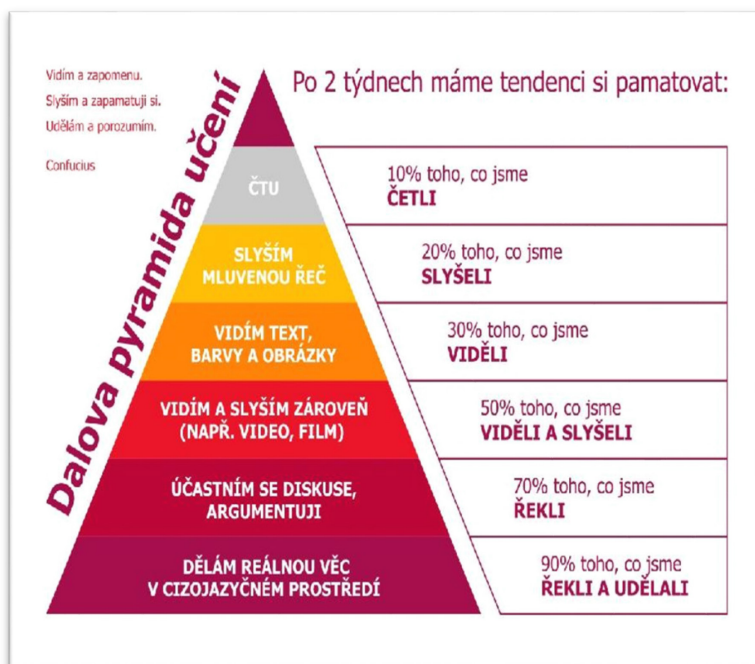
¹⁰ Zdroj :M.Nakonečný: Lexikon psychologie

Slovníček dělení paměti, se kterým se aktivizační pracovník může setkat:

- Krátkodobá paměť - Uchovává informační celky po několik minut, pokud nemají pro člověka význam, jsou zapomenuty.
- Dlouhodobá paměť - Informační banka informací, procesů, zkušenosti atp.
- Operační paměť - Spíše výraz slangový termín v aktivizaci, (z důvodu neznalosti aktivizačních pracovníků adekvátnějších termínů) znázorňuje to, jakou a jak náročnou aktivitu je klient schopen po vás opakovat.
- Sémantická paměť - Verbální paměť (pamatujeme si psychologické obsahy slov).
- Ikonická paměť - Obrazy zachycené okem.
- Epizodická paměť - Kotví epizody, např. krátký příběh.
- Procedurální paměť - Zapamatování si procesu - Jízda na kole, psaní.
- Implicitní paměť - Nevědomá paměť.
- Explicitní paměť - Vědomá paměť.
- Paměťová stopa - Vzpomínka.
- Tento slovníček uvádím jako nástin cílů aktivizace.
- Paměť dle starých učebnic psychologie lze taky dělit na zrakovou, sluchovou, pohybovou a podobně.

Způsob zapamatování a pamatování je na základě individuálních zkušeností a funguje jako systémový celek. V procesu zapamatování hraje velkou roli představa, která je odkazem na předchozí zkušenost. Stejně tak u přechodu informace z krátkodobé do dlouhodobé paměti hraje roli predispozice, četnost opakování a způsob, jakým tuto informaci kotvíme (auditivně, vizuálně, atd.) U aktivizace hraje velkou roli způsob kódování informací - čili jakým způsobem do mozku vstupují a zapisují se. Odkazují se na učební styly v kapitole o pedagogice.

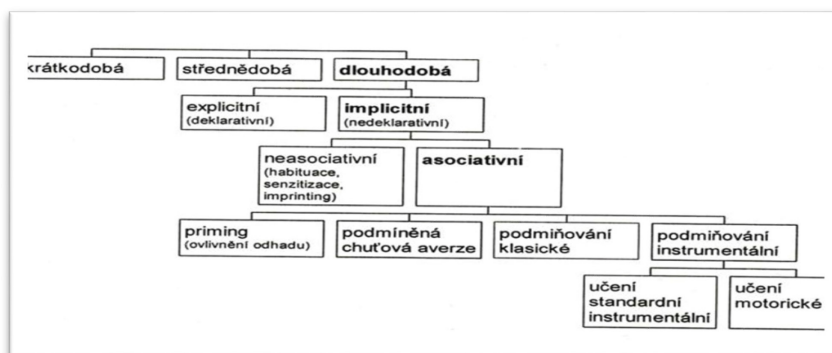
Obrázek 26 - Dalova pyramida



Zdroj: <https://www.spellstudio.cz/co-je-zazitkove-uceni.htm>

Dalova pyramida nám poskytla náhled na to, jakým způsobem můžeme volit aktivity a na které kognice cílit. Je zde poněkud těžké dobře odhadnout, jakým způsobem budu aktivizovanému zprostředkovávat nápravu či aktivizaci když přihlédnu k tomu, že trpí involučními změnami kognitivních funkcí. Zde je ale evidentní, jaké formy aktivit budou popřípadě neefektivnější. Dále na Dalově pyramidě vidíme že, zážitkové učení se nám do paměti dostává nejlépe, oproti tomu co si pamatujeme, pokud jsme danou informaci jenom četli.

U aktivizace je nutné si pomáhat těmito detaily, protože jedině tak můžeme pro klienta nacházet usnadnění.



Obrázek č.: 27 – Dělení paměti

Zdroj: :M.Nakonečný: Lexikon psychologie

17.1. Krátkodobá paměť

Krátkodobá paměť trvá většinou do 40 sekund, a podpořením koncentrace jí můžeme prodloužit. Můžeme se setkat s názvem pracovní paměť nebo primární paměť. Slouží jako filtr k tomu, aby se dlouhodobá paměť nepřetěžovala. Dále na ní navazuje takzvaná paměťová Konsolidace, která po době 30 minut informace které potřebujeme, uchovává, a dále posílá do paměti dlouhodobé.



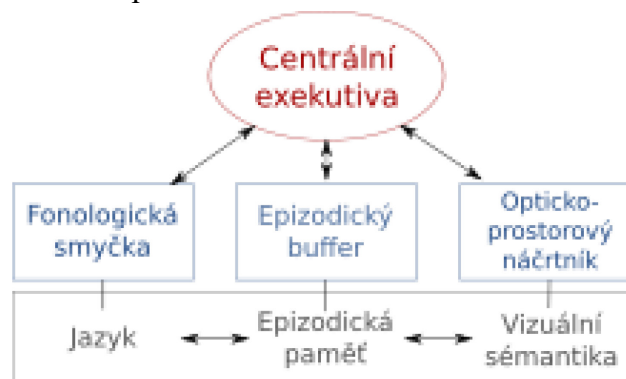
Obrázek č.28 - Procvičování krátkodobé paměti

Zdroj: Marketingové materiály firmy Novartis

17.2. Pracovní paměť

Psychologové Alan Baddeley a Graham Hitch vytvořili model pracovní krátkodobé paměti.

- Centrální exekutiva – níže uvedené ovládá, zpracovává informace, ale nemá žádnou paměť a pomáhá zaměřovat Pracovní paměti naši pozornost.



Obrázek č.29 - Exekutiva

Zdroj:

https://cs.wikipedia.org/wiki/Baddeleyh_model_pracovnC3%AD_pam%C4%9Bti

- Fonologická smyčka - pracujeme s tím co slyšíme a vytváří vnitřní hlas.

- Opticko prostorový náčrtník – pracujeme s tím, co vidíme a pomocí něj si pamatujeme, tvary, barvy, místa atp.
- Epizodický buffer – informace spojuje a pomáhá tak k jejich dokreslení (slyším štěkot - nevidím psa, vím, že je to pes a vybavím si v paměti psa).

17.3. Dlouhodobá paměť

Paměť dlouhodobá uchovává informace dny až desetiletí. Je nadefinovaná výše v textu.

Nyní jen doplním její členění:

- Explicitní - další dělení je na sémantickou a epizodickou (viz. výše).
- Implicitní - nevědomá paměť, dále se dělí na procedurální (učení, zdokonalování)
- a podněcování (doplnění formou např. obrazu).
- Asociativní - vztah jednoho podnětu k druhému.
- Neasociativní - například habituace-ignorace nepodstatného podnětu.

17.3.1. Trénink dlouhodobé paměti

- doplňování
- analýza, syntéza, interpretace a revize informací
- popis percepce klientem
- podpora volného plynutí myšlenek
- reminiscence, knížky na památku
- rozbor textu, porozumění textu, parafrázování, vysvětlování obsahu textu.
- rozhovor
- analýza aktuálního a předchozího

Aktivizační pracovník dle výše uvedených popisů paměti, může obsáhle vymýšlet různé tréninky těchto mnestických – paměťových funkcí. Stejně tak je v knihovnách a na internetu rozsáhlé množství materiálů na podporu paměti.

Tuto kapitolu uzavírám výrokem: „Dokud nás paměť nerozdělí“. Podobnost není náhodná.

Ztráta kvality paměti, člověka od svých blízkých bolestně oddělí. Tréninkem můžeme alespoň tento proces zbrzdit.

18. Jemná motorika a odborná aktivizace seniorů

Rozdělení jemné motoriky dle Optařilové je následující:¹¹

- grafomotorika - zahrnuje schopnosti kreslit a psát
- vizuomotorika- spojení ruky a zraku
- logo motorika - pohybová aktivita mluvních orgánů při artikulaci řeči
- mimika - zapojení svalů obličeje
- oromotorika - schopnost ovládat a koordinovat pohyby v ústní dutině.



Obrázek č: 30 - Autorský obrázek k jemné motorice

18.1. Grafomotorika

Trénink grafomotorických pohybů je jeden ze zásadních, protože ruka nám zprostředkovává svět. U seniorů můžeme usilovat o zlepšení stavu po úraze nebo CMP, či pro udržování stávajícího stavu. Po zlepšení stavu hraje velkou roli systematickosti, opakování, a gradace činnosti. Jedná se o jakoukoliv činnost, která nám zaměstná svalové skupiny horních končetin. Vždy však na počátku tohoto tréninku hraje roli zdravotní zpráva a zdravotní

¹¹ OPATŘILOVÁ D., možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením, Brno: Masarikova univerzita, 2008180 s., ISBN:978-80-2104575-0.

anamnéza klienta. Abychom měli porozumění pro stav klienta a také abychom věděli, zda můžeme nějaký z cílů dosáhnout.

Při nehybnosti končetiny je dobré začínat s myšlenkou na pohyb a tím pohybu dosáhnout, dále klienta stimulujeme k tomu, aby se alespoň jedním prstem dotýkal drobných či větší předmětů na stole, dále následuje "hlazení předmětů", trénink úchopu - trénink stisku, posilovací trénink a v neposlední řadě trénink jemné motoriky jako takové v podobě psaní, kreslení nebo manipulaci s malými předměty.

Při této odborné aktivizaci prokládáme práci s klientem odpočinkovými aktivitami, kterými jsou: hlazení klientových rukou, dopřávání nervovým zakončením různých vjemů (chlad, teplo, mazání krému, masáže pomocí masážních pomůcek, imaginární kreslení po ruce a mnohé jiné taktilní metody).

S klientem se, pokud to jeho stav dovolí, snažíme zhodnocovat pocity při nácviu jemné motoriky. Začínáme vždy představou tohoto pocitu a následně reálným pocitem, pokud to kognitivní a intelektové a komunikační schopnosti klienta dovolí.



Obrázek č.: 31 – Demonstrace gradace pomůcek při nácviu grafomotoriky

Zdroj: Autorský obrázek

Mezi konkrétní příklady patří:

- Manipulace s předměty
- Jóga prstů
- psaní
- malba
- tvorba s různými materiály

18.2. Vizuomotorika

Oko tedy zrak nám zprostředkovává kolem 80% informací z okolního světa.

To co vidíme, zásadně ovlivňuje to, co chceme, prožíváme a taktéž nás zrak stimuluje v pohybu. Zrak u novorozenců je zásadním podnětem pro jejich pohyb a vývoj. Stejně tak u seniorů zrak stimuluje jejich vůli něco chtít a konat. Zde bych ráda upozornila na to, že pokud stimuluje jemnou motoriku ruky, zásadně používáme předměty, které by klient chtěl, potřeboval nebo je má rád. Při tomto způsobu aktivizace si musíme být jisti, v jakém stavu je zrak aktivizovaného. Nikdy zrak neomezujeme, ale zásadně nastavujeme podmínky tak, aby zraková schopnost při tréninku vizuomotoriky nebyla oslabována. Vybíráme známé předměty, které lze dobře vidět, zařizujeme světelné podmínky, měníme pozadí předmětů, dobře volíme jejich velikost a pozici.

Vzhledem k tomu, že u seniorů můžeme počítat s tím, že mají zrakové vady, odbornou aktivizaci přizpůsobujeme dle konkrétní diagnózy a gradaci úkolů se vyhýbáme. Spíše volíme cestu jak dosáhnout cíle.

Logomotoriku mimiku a oromotoriku rozebírám v kapitole Řečové schopnosti

18.3. Hrubá motorika a aktivizace seniorů

V první řadě bychom si měli ujasnit co je to hrubý motorický pohyb (viz kapitola fyziologie a neurologie). Jedná se o pohyb, který zahrnuje vrchní i spodní část našeho těla a tento pohyb je tak precizní a vybalancovaný naší opěrnou soustavou a svaly, že jsme schopni rovnovážné chůze. Hrubá motorika ovšem není jenom chůze. Jedná se také o pohyby sportovní či uměleckého rázu jako tanec.

U seniorů je dobré mít na paměti geriatrickou křehkost, atrofie a degeneraci a není tedy dobré se u klientů Domova se zvláštním režimem či Sociálně-ošetřovatelských jednotek, kde jsou situováni klienti a pacienti ve vyšším věku a vyšších stadií geriatrické křehkosti, pouštět do nějakých hrubých motorických aktivit. Ne, že bychom je měli zcela vynechat, to nikoliv. Ovšem nějaké dlouhodobější cvičení v pozici ve stoje není vůbec vhodné. Není vhodný ani tanec kvůli pádům. Vše je o potenciálu celého pečujícího personálu.“ Tančit“ může i kvadruplegik.

Naproti tomu u mladších seniorů se to velmi vyžaduje. Jsou vhodné cvičení typu jóga, tai-chi, či dokonce i různé kardiovaskulární cvičení jako je například aerobik atd.

Snadným manuálem na nácvik hrubé motoriky u klientů Domovů se zvláštním režimem jsou především veškerá možná cvičení, která se dají situovat do cvičení na židlích. Fantazii se meze nekladou, stále pamatujeme na parametry uvedené v úvodu této práce. Klienti by neměli být přetížení nebo delší dobu stimulováni do výkonnostních aktivit. Významnou součástí z hlediska hrubo-motorického pohybu u těchto klientů hraje především rehabilitace, kterou vykonává odborný rehabilitační personál.

Můžeme si rozdělit hrubo-motorické cvičení do těchto okruhu:

- Různá cvičení typu jóga, tai-chi, jóga prstů, cvičení na židlích,
- Tanec na židlích, tanec,
- Chůze - využíváme také k nácviku orientace a vnímání propriocepce (kinestézie),
- Masáže (můžeme používat masážní míčky na automasáž nebo si klienti mezi sebou mohou udělat jemnou neformální masáž míst, které jsou jim příjemné)

V kontextu klientů Domov se zvláštním režimem opravdu hovoříme o hrubém motorickém pohybu. Cvičení by měla obsahovat krátkou rozvíčkovou, protahování, chvilkové samostatné cvičení a následné protažení zakončené relaxací.

Odborný aktivizační pracovník trenér s licenci, by si měl být vždycky jistý, že náznaky hrubé motoriky s klientem cvičit může a proto je důležité, aby se orientoval v jeho zdravotní anamnéze nebo aby ho informoval zdravotnický personál.

Cvičení by mělo být:

- Dobrovolné,
- Vždy za dostatku prostoru pro jednotlivce,
- Spíše jemné, ne výkonnostní,

- Směřující spíše k zachování stávající mobility a k prevenci atrofií,
- S protahovacími cviky s cílem prevence atrofií a úrazů způsobených atrofií.

Cvičení by mělo být vysvětleno důkladněji a také s přesahy. Proč cvičím to, co cvičím, vysvětlovat, které kompetence si tím senior upevní, zachová nebo posílí. Jedná se o prevenci hemiakinéza (chudost pohybu), podporou kognitivních funkcí i fyzické zdatnosti ale v neposlední řadě také o prevenci zhoršení demencí, neboť je prokázáno, že fyzická aktivita této prevenci pomáhá významnou měrou.

Pokud klient či pacient s demencí má delší dobu fyzické deficitu (z důvodu nemoci nebo přidružení psychiatrické diagnózy třeba byť jen 1 měsíc) jeho psychiatrická diagnóza má tendence se výrazně zhoršit.

“Svalová síla se snižuje o 15% každých deset let po padesátém roce věku a o 30% každých 10 let po 70. roce. To je výsledkem úbytku počtu svalových vláken a je výraznější u žen než u mužů. Silový trénink však může tento úbytek nahradit z 25 % až 100%. Díky svalové hypertrofii a zapojení většího počtu motorických jednotek svalů (14%).”¹²

Podstata života je pohyb a proto je u gerontopacienů pohyb v jakékoliv formě, která je aktuálně možná velmi důležitý. Z biologického pohledu je velmi nutné pohybem podporovat všechny orgánové soustavy, které naše tělo obsahuje tj: nervová, opěrná, pohybová, kožní, trávicí, vylučovací, dýchací, smyslová, oběhová, hormonální a rozmnožovací.

A odborný aktivizační pracovník v tomto případě trenér, by měl před zahájením hrubomotorického cvičení vědět, které soustavy bude jeho cvičení ovlivňovat.

19. Bazální stimulace a odborná aktivizace seniorů

Bazální stimulace je velmi krásná technika (ne jen paliativní), kdy se nejen odborná aktivizace spoléhá na dialog dvou těl. Dle mého názoru má v aktivizaci seniorů výsadní

¹² ONDRIOVÁ Iveta a kol., Aktivizace seniorů tělesné a duševní aktivizační programy, nakl. Verlag Dashofer s.r.o. ,2018, 154s. ISBN: 978-887-963-75-3

postavení a to hned z několika důvodů. Jedním z nich je něha. Je to jediná aktivizační metoda, kde je možné něco tak lidského nechat vyniknout. Bazální stimulace má za úkol především posílit schopnost „nacítit“ své tělo. Má také přesah do ryze psychické roviny – jedná se o přímý kontakt s druhou osobou anebo předmětem. Klienti často popisují, že se cítí být v centru péče pozornosti tak, jak při žádné jiné situaci v jejich životě.

Bazální stimulace se v aktivizaci seniorů dle mého názoru dá používat třemi způsoby

1. Jako relaxační metoda
2. Neuro - rehabilitačně (při nácviku jemné motoriky při CMP, po úrazech a podobně)
3. A v terminální fázi jako, zpříjemnění odchodu ze života a poslední pokusy o komunikaci (prosté hlazení ruky umírajícího, nebo cítění tepla vycházející z druhé individuality má velký význam)

Při bazální stimulaci se dá používat mnoho pomůcek, od stuhy přes led až po masážní míčky. Je důležité vědět, co potřebuji dosáhnout a dle toho konstruuji bazální stimulaci.

Pokud to kognitivní funkce dovolí je velmi příjemné s bazální stimulací propojit i jiné terapie (muzikoterapii, aromaterapii) atd.

Pro rozšíření bazální stimulace je zpestřující opřít se o naše smysly a stimulovat je právě v kombinaci s bazální stimulací. „Nacítit tělo“ jen totiž samozřejmě možné prostřednictvím zraku (i jeho eliminaci), sluchu, čichu, hmatu a chuti. Velkou výhodou jsou samozřejmě i masérské kurzy a používání různých krémů. Dále je možné používat různé předměty a za spolupráce aktivizovaného je vnímat. Fantazii se meze nekladou a lze si vzít mašlovačku, plastové předměty, různé hmoty jako je tekutý písek nebo třeba kamínky. Předměty se dají pokládat různě na tělo, potěžkávat v dlani nebo se jimi přejíždí po kůži. Roli hrají detaily těchto předmětů jako je velikost, tvar, barva, povrch, konzistence, váha ale i teplota.

Výsadní postavení má bazální stimulace také pro to, že je to metoda, u které si i odborný aktivizační pracovník může odpočinout od neustálé syntézy a analýzy odborných znalostí. A nechat nonverbálně promlouvat své fyzické tělo.

Dále se mi u seniorů osvědčila bazální stimulace jako relaxační metoda.

Tuto aktivizační metodu lze provozovat nonverbálně. Snažím se s ní i v nonverbální rovině pracovat.

To znamená, že využívám následující způsoby bazální nonverbální stimulace:

- Mimika - velmi jednoduchá a zřetelná komunikační metoda, kterou může odečítat i klient s těžkou demencí, pokud jsou jeho fokální schopnosti dostačující.
- Vizika - dlouhé pohledy na aktivizační pomůcku znázorňují klientovi váš zájem o tuto pomůcku, i pokud má klient vážné poruchy jiných než zrakových percepčí. Stejně tak dlouhé pohledy do očí zdůrazňují váš zájem o danou osobu, a pokud jste si již více známi, jedná se o akt prohlubování důvěry a vztahu.

- Haptika - taktilita není vhodná při prvních kontaktech s klientem (nejedná-li se o podání ruky na seznámení) avšak metoda bazální stimulace je o haptice a taktilitě. Dotyky se mění socio-kulturně a je důležité si uvědomit co, kde a za jakých podmínek budu bazálně stimulovat.
- Kinezika – rozprostření těla v prostoru a jeho pohyby v něm taktéž vysílají mnoho informací. Pokud vchází gymnastka na sportoviště, je žádoucí, aby její posturika a kinezika vytvářela dojem jistoty sebevědomí a absolutní sebekontroly nad jejím tělem. Pokud přichází odborný aktivizační pracovník ke klientovi či pacientovi, takovéto vzezření by působilo na klienta velmi direktivně a možná i zstrašující. Není to tedy žádané.
- Žádoucí je vyvolat dojem přívětivosti nejen svou vstřícností ale také vzezřením celé své osoby, včetně oblečení, obuvi posturiky a kineziky.
- V kontextu bazální stimulace je kinezika důležitá v tom, jak se budu pohybovat kolem klienta. Jaký rytmus mé pohyby budou mít a jaký cíl chci s klientem docílit.
- Posturika – sdělováním informací skrze postoj.
 - zmíněné viz výše
- Gestika - taktéž provázané
- Paralingvistika – je velmi důležitou součástí celé odborné aktivizace, dává podprahová sdělení o našich emocích, které vysíláme směrem ke klientovi. Z tohoto důvodu je důležité si rozmyslet jakou barvu hlasu, tempo řeči, skladbu vět či fonetický přístup zvolím.
- Chronemika, gestika a grafologie zůstávají zcela stranou a do konceptu bazální stimulace u odborné aktivizace seniorů nezapadají.

Oproti tomu u neuro-rehabilitační bazální stimulace je verbální projev velmi žádoucí, ale taktéž speciálně přednastavený. Jedná se o projev povzbuzující, vysvětlující, často i uklidňující neboť u neuro-rehabilitace se kýžené cíle nedostavují ihned.

Musím upozornit, že v rámci odborné aktivizace se neuro-rehabilitací zabýváme pouze jemnou motorikou, o hrubou motoriku se u seniorů stará výhradně rehabilitace či trenér se speciální atestací.

PRAKTICKÁ ČÁST

20. Úvod do průzkumu

Před vznikem mého výzkumného záměru (zde prezentováno jako průzkum) vznikaly mnohé drobné experimenty s klienty a pacienty, kteří prodělali CMP, jejich demence byla ve 2. ale i 3. stupni nebo měli zasažené kognitivní funkce s jinou diagnózou. Tito lidé, trpěli tím, že již přišli o svou soběstačnost, což často prezentovali jako ztrátu své důstojnosti a ještě k tomu jim v adaptaci na situaci bránily jejich involucí zasažené percepce.

V praxi mi chyběl nástroj jak těmto lidem pomoci.

Při zpracování praktické části čerpám výhradně ze své praxe a z nabitých znalostí z vysoké školy, které jsou mým nástrojem v mé práci. A také z psaní předešlých diplomových prací.

Jedná se o pokus inovace v oboru aktivizace seniorů za využití nástrojů a mých poznatků z oblasti psychologie, gerontologie, geriatrie, sociologie, filozofie a pedagogiky za doučování se fyziologie a neurologie alespoň v rámci CŽV u Doc. Kohlíkové na FTVS UK. Má praxe posloužila jako podklad pro stanovení hypotézy, dílčích výzkumných otázek a pro potvrzení (či vyvrácení) hypotézy. Využila jsem také svých poznatků z mého působení v Jedličkově základní škole a na Univerzitě Karlově kde jsem 10 let pracovala jako pomocná vědecká síla.

Dále bych chtěla upozornit, že pro standard magisterské práce postačí průzkumné hledisko neboť na výzkum, v rámci rozsahu magisterské práce není místo. Ve své praxi

se věnuji výzkumu a hledám specifické individuální postupy náprav pro zkvalitnění života seniorů, které už involuční změny zasáhly takovou měrou, že jim brání v samostatnosti.

Cílem a důvodem vzniku tohoto zkráceného průzkumu bylo potvrdit v rámci diplomové práce hypotézy o nutnosti individuálního plánování aktivizace za předem rozkrytých možností a schopností klienta, aby se lépe dařilo opětovné získání (předem spolu s klientem definované) kvality života.

To vše má potvrzovat nutnost profesionalizace aktivizace seniorů jako oboru hodného vysokoškolské akreditace.

Dále bych chtěla zmínit, že záměrně vybírám pro tento průzkum klienty DZR u kterých je tato problematika komplikovanější neboť mají více komorbidit, větší úbytek kognitivních funkcí a práce s takovýmto klientem je náročnější než s typickými obyvateli Domovů pro seniory.

Vybírám tak také proto, aby bylo možné lépe provést evaluaci.

21. METODIKA

Tento průzkum se započal v roce 2017 různými drobnými experimenty s klienty na téma aktivizace, kognitivní funkce, život s odcházejícími percepce, adaptace na nastalou situaci s úbytkem soběstačnosti. Proces koresponduje se založením Geronto-psycho-sociální poradny.

Tento průzkum jsem realizovala formou přímé práce s klientem, při které jsem dávala důraz na přípravu materiálů (pro konkrétní případ -konkrétní pracovní listy, konkrétní postupy - dle výše uvedeného manuálu odborné aktivizace, konkrétní pomůcky).

Dále jsem kladla důraz na klientovo bio-psycho-sociální rozpoložení tak, abych pokaždé zajistila co nejvhodnější podmínky pro naši spolupráci a dosáhla tak cíle, který jsme si předem stanovili. Vždy se v tomto průzkumu ovšem jedná o takový cíl, aby došlo ke zkvalitnění nějaké kompetence klienta, která se v důsledku jeho nemoci či úrazu zhoršila.

Dále jsem vybírala do průzkumu takové klienty, kteří byli ochotní, vhodní vzhledem k diagnózám a psychickému stavu.

Kladou se reálné cíle a odborný aktivizační pracovník by měl být schopen

je adekvátně nastavit a využívat k tomu i konzultace s jinými odborníky. Což jsem činila i já. Musela jsem dodržet systematičnost a kontinuitu a taktéž gradaci úkonů až k dosažení cíle. Vzhledem k tomu, že opět píšu mezioborovou práci, tak jsem věděla, že budu mít úskalí zejména v použití výzkumných postupů a metod. Ty jsem po zralé úvaze stanovila takto:

21.1. Metoda průzkumu

21.1.1. Průzkumné postupy:

1. Systematická dlouhodobá přímá observace,
2. Přímá práce s klientem,
3. Část je parciální - zaměřen jen na určitou stránku problému,
4. Pokus o longitudinální sledování,
5. Pozorovatel byl zjevný,
6. V přirozeném prostředí - tedy po době adaptace klientů,
7. Kvalitativní výsledky.

21.1.2. Fáze průzkumu:

1. Výběr tématu a precizování jeho pojmenování,
2. Zaměření se na konkrétní část problematiky,
3. Stanovení proměnných,
4. Stanovení Základní výzkumní otázky (ZVO),
5. Stanovení dílčích hypotéz,
6. Vytvoření metody (z více výchozích vědních disciplín),
7. Realizace ve stanoveném čase a podmínkách,

8. Zpracování – srovnávání dat a informací,
9. Evaluace údajů,
10. Komparace evaluovaných údajů s hypotézami a ZVO (validita),
11. Interpretace průzkumu.

21.1.3. Základní výzkumná otázka

Vzhledem k tomu, že jde o parciální průzkum (průzkum zaměřený na dopad OA na klienta v případě že OA je profesionál tak, jak je v ZVO uvedeno), tak jsem Základní výzkumnou otázku stanovila takto:

Potvrzuje se v praxi, že systematická, odborná, individuální aktivizace seniorů při znalosti jejich anamnéz a kognitivních omezení, která má individuálně připravený cíl, časovou dotaci, harmonogram, pomůcky a gradaci prospěje více než aktivizace neodborná?

Příčemž odbornou aktivizací rozumíme: cílený, předem stanovený proces prováděný kvalifikovaným aktivizačním pracovníkem.

Aktivizační pracovník je vzdělaný v těchto oborech: psychologie, gerontologie, geriatric, gerontopsychiatrie, sociologie, filozofie, pedagogika, fyziologie, neurologie a ovládá alespoň některé z těchto aktivizačních terapií: geriatrická ergoterapie, reminiscence, arteterapie, muzikoterapie, aromaterapie, kognitivní trénink, validace, preterapie, mindfulness, zooterapie.

21.1.4. Popis reprezentativního vzorku:

- M - muž 62let, poškození periferních nervů horních končetin, LMR(lehká mentální retardace, debilita)
- M 1 - muž 85 let, problémy s obsesí a dlouhodobou pamětí, po CMP problémy

s mluvidly historicky jsme řešili stejnou metodou (dysfagii - lehčí formu)

předcházel problém s motivací,

S - žena , 67 let roztroušená skleróza,

V -žena, 77 let, abstinující vyléčená alkoholička, poškození dlouhodobé paměti,
počáteční stařecká demence, problém s motivací,

21.1.5. Informace k průzkumu:

Reprezentovaný vzorek v této práci je vybrán z více předešlých experimentů a to především tak, aby byl vnitřně koherentní (myšleno sociologicky). Celý vzorek je sestaven z klientů DZR, u kterých se podařilo nalézt vnitřní motivační prvek, stanovit jasný cíl ke kterému aktivizace povede, harmonogram, stanovit vhodnou časovou dotaci a gradaci. Pokud jsem nenalezla vhodné aktivizační pomůcky, vytvořila jsem je.

Dále jsem vybírala (pouze pro tuto práci) klienty u kterých odborná aktivizace mohla dosáhnout cíle bez komplikací s dožitím klienta a po dosažení cíle jsem je mohla pozorovat ještě alespoň 3 měsíce. Dále jsem se snažila vybírat takové klienty, kteří vykazovali stabilnější zdravotní stav.

Experimenty prezentované v této práci probíhaly v letech 2018 až 2020. Přičemž tři případy (S, M, V) mohu stále ještě pozorovat a 4. - M1 je dlouhodobě hospitalizovaný mimo DZR.

V diplomové práci uvádím přepis ze Záznamových archů aktivizace klientů ve zkrácené verzi. Pokud jsem si nebyla jistá vhodným postupem, hledala jsem konzultanty, se kterými jsem konzultovala vhodný postup.

21.2. Stanovení hypotéz

- H1 - Existuje nutnost aktivizaci seniorů profesionalizovat
- H2 - Chybí vhodný nástroj - systém odborné aktivizace seniorů
- H3 - Existuje velmi málo vhodných aktivizačních pomůcek pro seniory

- H4 - Je nutné vyvinout odborný nástroj a metodu odborné aktivizace seniorů
- H5 - Je nutné znát souhrn anamnéz o klientovi před začátkem odborné aktivizace
- H6 - Neodborná aktivizace – spontánní aktivizace jsou nedílnou součástí celistvé aktivizace
- H7 - Aktivizaci je nutné dělit do několika celků- odborná, neodborná, spontánní, individuální, skupinové, terapeutická, tematická, volná, vázaná k cíli či účelu
- H8 - Odborná aktivizace musí stanovovat reálné cíle tak, aby nedocházelo ke zklamání.
- H9 - Odborná aktivizace seniorů je vhodná k akreditaci jako vysokoškolský obor.
- H10 - Odborná aktivizace seniorů zvyšuje kvalitu života aktivizovaných
- H11 - Aktivizace seniorů je multidisciplinární obor
- H12 - Skupinová aktivizace v kontextu DZR vyžaduje více asistence pro klienty

21.3. Klíč zkratk v průzkumu

K	- koncentrace
M	- myšlenkové operace
OA	- osobní anamnéza
PD	- paměť dlouhodobá
PS	- psychologická osobnostní anamnéza
P	- pracovní anamnéza
P K	- paměť krátkodobá
R	- rodinná anamnéza
Ř	- řečové schopnosti
Z	- zdravotní anamnéza
ZVO	- základní výzkumná otázka

- M - muž 62let, poškození periferních nervů horních končetin, LMR(lehká mentální retardace, debilita)
- M 1 - muž 85 let, problémy s obsesí a dlouhodobou pamětí, po CMP problémy s mluidly historicky jsme řešili stejnou metodou (dysfagii - lehčí formu) předcházet problém s motivací
- S - žena , 67 let roztroušená skleróza,
- V - žena, 77 let, abstinující vyléčená alkoholička, poškození dlouhodobé paměti, počáteční stařecká demence, problém s motivací

21.4. Definice pojmů v průzkumu

- Neodborná aktivizace - Spontánní nebo i připravená aktivizace bez odbornosti a znalostí, které využívá aktivizace odborná – anamnézy atd., (dle výše uvedeného manuálu odborné aktivizace).
- Odborná aktivizace seniorů - Systematická, individuální nebo skupinová aktivizace, prováděná odborným aktivizačním pracovníkem při jeho znalosti anamnézy a kognitivních omezení aktivizovaných, využívající všech vědních disciplín ve výše uvedeném manuálu odborné aktivizace a za využití alespoň některých výše a uvedených terapií. Odborný aktivizační proces má připravený cíl, metodu, časovou dotaci, harmonogram, pomůcky a gradaci.
- Náprava - Jedná se o proces kdy se odborný aktivizační pracovník snaží s klientem dosáhnout cíle, který si společně stanoví nebo předělají metodu jak k němu dojít.
- Cíl nápravy - Finální produkt odborné aktivizace, který je reálný a ze strany klienta potřebný. Slouží k pojmenování konkrétního zlepšení a konkrétní kvality klientova života.
- Baterie cílů - Jedná se o souhrn cílů, které bude klient moci dosáhnout. V procesu aktivizace se cíle musí nutně dělit na snadné malé celky,

keré lze načítat a spojovat ve vyšší cíle (v praxi se jedná o vrcholný um odborné aktivizace) děje se tak z důvodu toho, abychom eliminovali neúspěch či nedokončení práce ze strany klienta.

Klient	- uživatel služby
Aktivizovaný	- klient, na kterého má aktivizace vliv
Vzorek	- výběr zkoumaných jednotek
Experiment	- pozorování a jednání za cílem dosáhnout postoje k hypotéze (verifikace x falzifikace)
Kognice	- komplexní a komplikovaný proces poznávacích operací, prostřednictvím kterých poznáváme sebe a svět
Kognitivní deficit	- Situační, přechodové nebo trvalé postižení poznávacích funkcí (výpadky paměti, pozornosti adekvátního zpracování informací, celkové poznávací aktivity)

21.5. Postupy při zpracování průzkumu

V rámci tohoto průzkumu jsem vybírala z již existujících dílčích experimentů, které jsem prováděla ve své praxi při vývoji metody náprav různých poruch a deficitů v oblasti kognitivních funkcí za podmínek zhoršených percepce. Cílem bylo takřka vždy dosáhnout lepšího psychického stavu klientů a zlepšení jejich sebeobsluhy.

Vybrala jsem dvakrát dva koherentní (nerozporné) případy, které se navzájem mezi sebou dají srovnat i když je nadmíru jasné, že se v této situaci srovnatelnosti nedá dosáhnout zcela.

Metoda práce byla také podobná. Musím podotknout, že moje hypotézy vznikaly souběžně s experimenty a plodily další hypotézy tak, jak to při setkání teorie a praxe bývá obvyklé.

Průzkum navazuje na experimenty a následuje srovnání těchto dvou skupin o dvou experimentech nevědeckou metodou, pro vyvození závěrů a evaluaci hypotéz.

Následně se v diskuzi zabývám zhodnocením výsledných úvah a základní výzkumné otázky.

Vybraný vzorek je především takový, kde v praxi s klientem se mohl progres zachytit na papír, aby byla možná ukázka v této diplomové práci.

Všichni ti, kteří se experimentů účastnili, byli o tom vyrozuměni a taktéž pro možnost reprezentace v této práci, byli vybráni takoví klienti, kteří byli v daný čas schopni porozumět meritu věci.

Ke klientům jsem docházela pravidelně jednou týdně cca na 30 minut a vytvářeli jsme si pracovní proces na míru. Klient byl informován, že je v dlouhodobějším procesu, a že stojí v centru situace. Pokud tomu stav klienta dovolí je mu vždy vysvětlován celý proces od modelace cílů až po jejich dosažení. Klienti ale často tuto aktivizaci vnímají tak, že se s OA uvidí (mají návštěvu) a něco dobrého pro sebe udělají.

Tento proces je na úrovni partnerství nad problémem, neexistuje ze strany odborné aktivizace direkce, neadekvátní naléhání, ani přehnané „pedagogické působení“.

Proces je efektivní tehdy, je-li na bázi rovnocennosti s klientem a má-li aktivizovaný pocit kontroly nad situací a pocit své vlastní důstojnosti. Jsou to tedy parametry jednání, které je nutno dodržovat. I při ubývání kognitivních funkcí a slábnutí percepce je slušné ke klientovi přistupovat jako k odborníkovi na svou situaci a popřípadě ho do tohoto postu snažit směřovat. Ve dvou případech se stalo, že byl klient spíše odevzdaný (M a V) nebo apatický. Bylo tedy nejdříve nutné jej vhodně motivovat, před začátkem samotné odborné aktivizace.

U anamnéz v tomto průzkumu se jedná o nejzásadnější informace ke vztahu s odbornou aktivizací konkrétního klienta, jde tedy o selekci informací.

22. Model struktury setkávání při odborné aktivizaci v průzkumu

Jedná se o nejčastější model struktury efektivního setkání při odborné aktivizaci, který jsem si vytvořila.

- Přivítání se, small-talk (krátký zdvořilostní rozhovor),
- Otázky na samostatný trénink mezi našimi sezeními – rozhovor nad tématem,
- Pokud jsme se domluvili na vypracování nějakého úkolu tak jsme provedli jeho rozbor,
- Ujasňování komplikací,

- Ujasňování zlepšení (pokud nastalo),
- Kontrola motivace – další motivování,
- Společný trénink – práce,
- Sledování progresu a hodnocení práce,
- Sdílení emocí,
- Zhodnocení společného času a práce,
- Zadání úkolů a upevnění motivace,
- Small-talk,
- Poděkování za spolupráci ode mě směrem ke klientovi a zdůraznění mého respektu vůči jejich snaze, rozloučení se.
- Ne při každém sezení je vhodné zhodnotit výkon nebo progres – při práci s jakkoliv znevýhodněným dospělým člověkem klademe velký důraz na situační etiku.

23. Informace k formulaci náprav

Formulace náprav je vždy otázkou nejméně těchto aspektů: možnosti a schopnosti aktivizovaného, jeho aktuální potřeba ať už jím vyčtená nebo pochopená odborným aktivizačním pracovníkem, možnosti a schopnosti OA, formální zázemí, čas, vhodné pomůcky.

Skupinová aktivizace v kontextu náprav byla takéž použita u všech 4 případů. Skupinová aktivizace zásadně mění klima a může být jak ku prospěchu tak ale také ke škodě. Je na zralé úvaze aktivizačního pracovníka, zda vztahy ve skupině a její dynamika, snaze prospějí či nikoliv. Také záleží na parametrech skupiny. Jiné pracovní- aktivizační klima nabývá skupina cca do 10 aktivizovaných a jiné cca nad 10.

Velmi důležité jsou také vztahy ve skupině.

Důležité je dobře variovat v tom co bude cílem - jakou kompetenci poupravujeme, vylepšujeme nastavení gradace a vytvoření celé baterie cílů.

24. Interpretace průzkumu:

Evaluace hypotéz. – Verifikují či falzifikují se hypotézy?

Potvrzuje se ZVO?

Sledujeme nějaký trend?

Vyplyvají nějaké souvislosti?

24.1. Informace o odborně aktivizovaných viz. výše

24.1.1. Klient M

M - muž 62let, poškození periferních nervů horních končetin, LMR (lehká mentální retardace, debilita)

PS: Introvert flegmatik,

R: Stále součást primární rodiny, bez vlastních osobnostních vztahů, blízký vztah s neteří, velmi dobré rodinné zázemí.

O: Zájem o sledování seriálu, preferuje volnočasové oblečení, má rád světlé barvy, líbí se mu atraktivní ženy.

P: Zaměstnán na pomocném místě mrazírenské firmy.

Z: Poškození periferních nervů horní končetin, LMR.

Vyslovený cíl klienta: Zlepšit jemnou motoriku a naučit se metody pro zmírnění třesu rukou.

Baterie cílů: Naučit se správně sedět u stolu, naučit se pohodlný úchop psací potřeby, motivace klienta pro sebe aktivizaci, motivovat rodinu k neodborné aktivizaci.

Náprava: Pro klienta speciálně modelované psací potřeby, stimulace jemné motoriky a nervových zakončení horních končetin (pro klienta byly připraveny různé neprůhledné krabičky s předměty, které musel v krabičkách osahávat).

M - Klient má nižší intelektovou úroveň-debilita.

K - V případě rozrušení je velmi roztěkaný, je tedy nutné zařídit klid a poté jsou koncentrační schopnosti celkem slušné kondici.

Ř - Špatná artikulace.

PD - Adekvátní intelektové v úrovni.

PK - Adekvátní intelektové úrovni občas překvapí svou všímavostí.

24.1.2. Progres klienta M

Po pěti měsících, kdy klient dosáhl všech dílčích cílů, další vyšší cíle nestanovujeme a precizujeme ty dosažené. Našli jsme vhodnou metodu práce na jemné motorice (kdy př.: klient hledal v krabičkách, do kterých neviděl drobné dárečky - zvýšení motivace, aj. metody). Výsledkem je zlepšení jemné motoriky rukou a klient dnes velmi rád kreslí. Jako motivační prvek jsem našla omalovánky, kde jsou vyobrazeny ženy ve spodním prádle (odkaz na osobní anamnézu) a klient musí korektně kreslit detaily krajkového spodního prádla.(Upozorňuji, že obrázky jsou decentní). Klient velmi rád sdílí výsledky své práce i se svou rodinou a ta ho náležitě podporuje v jeho kreslení různými pracovními listy a novou výbavou do penálu.

24.1.3. Progres klienta M názorně:



Obrázek č.: 32 – Progres klienta M

24.2.1. Klient M1

M 1 - muž 85 let, problémy s obsesí a dlouhodobou pamětí, po CMP problémy s mluvidly historicky jsme řešili stejnou metodou (Dysfagii- lehčí formu)

PS: Extrovert sangvinik s občasnými sklony k melancholii, výskyt obsese, po CMP problémy s dlouhodobou pamětí.

R: Rozvedený, dvě dcery, v kontaktu pouze s jednou dcerou.

O: Udržuje přátelské vztahy se dvěma ženami a dcerou, preferuje jasně stanovený řád, ale nezlobí se, pokud je porušený.

P: Zaměstnan ve vysokých funkcích ve stavitelství.

Z: Situován na vozík po CMP a pádu.

Cíl nápravy: S klientem jsme společně našli tyto cíle: Po CMP zlepšit jemnou motoriku, zlepšit možnosti a kvalitu sebeobsluhy.

Baterie cílů: Stimulace nervových zakončení horních končetin, posílení svalů horních končetin, myšlenková a imaginační stimulace pohybu.

Náprava: Nácvik pomoci postižené ruce rukou zdravou, hlazení polštáře, převrácení papírových ubrousků na stole, položení rukou na kolena na přesné místo, ukazování na obrázky významných staveb, které klientovi byly vytisknuty a připraveny na míru (odkaz na pracovní anamnézu), uklizení stolu v jídelně (odkaz na osobní anamnézu - má rád řád a pořádek), trénování úchopu hřebenu a následně zubního kartáčku (odkaz na cíle, které jsme s klientem stanovili), trénink vytrvalosti a auto masáže, nácvik kreslení.

M: Stav adekvátní věku

K: Po CMP snížená schopnost koncentrace.

Ř: Mírné poškození Brocova centra.

PK: Adekvátní věku.

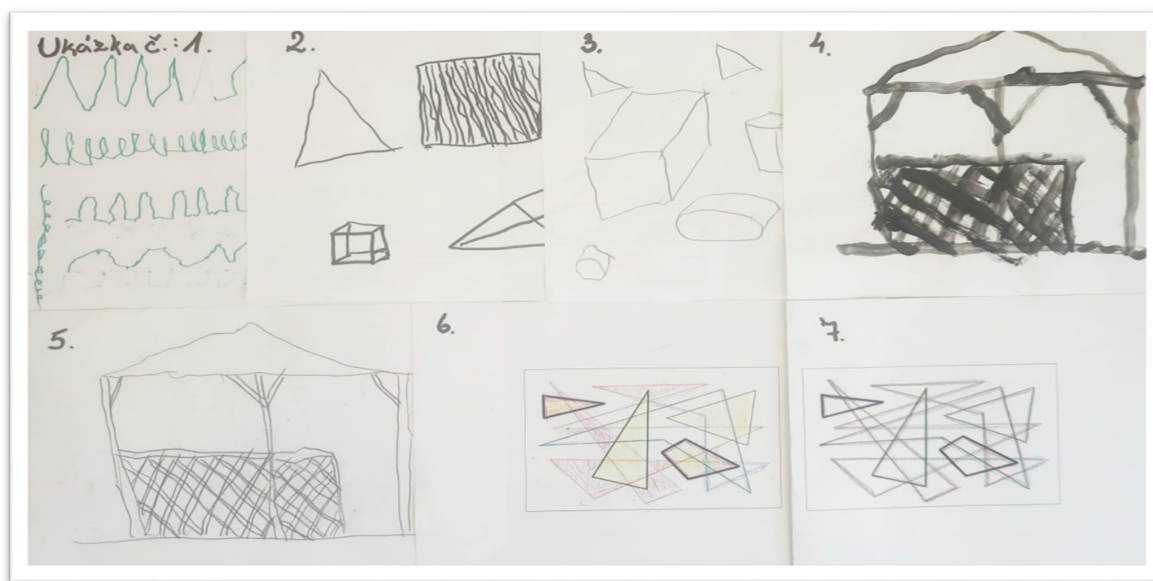
PD: Občasné výpadky.

24.2.2. Progres klienta M 1

Tento klient potřeboval v odborné aktivizaci dodržovat řád, (odkaz na osobní anamnézu), byl silně motivovaný a zaměřený na cíl. Vyhovoval mu klasický pedagogický přístup: motivace, expoziční fáze, ukotvení a aplikační proces. Tento Klient je taktilně kinestetický (odkaz na pracovní anamnézu, kdy pracoval v architektuře a stavitelství - byl zvyklý obcházet stavbu a u toho přemýšlet) a auditivní typ učebního stylu (bylo nutné jasně, stručně vysvětlit klientovi postup). Odborná aktivizace tedy tyto principy využila, např. Klient mě následoval za výkladu toho, co budeme dělat na krátkou procházku, buď po oddělení, nebo po zahradě. Tato náprava trvala poněkud déle, než jsme očekávali, nicméně po cca 11 měsících jsem

do Záznamového archu odborné aktivizace uvedla, že klient stanovených cílů svou pílí dosáhl.

24.2.3. Progres klienta M 1 názorně:



Obrázek č.: 33 – Progres klienta M1

24.2.4. Komparace a M a M1

U obou klientů přetrvával problém s jemnou motorikou horních končetin ikdyž etiologie jejich diagnóz byla rozdílná. U obou byla použita odborná aktivizace a uzpůsobení pomůcek, které se při ní používaly. Ani u jednoho z klientů nemuselo dojít k degradaci jejich osobních cílů, ale taktéž nedošlo k určení cílů vyšších. Stejně tak byl problém s řečovými schopnostmi a etiologie problému byla u každého jiná. Ani jeden z výše uvedených klientů neměl zájem tyto schopnosti zlepšovat, protože oba se se svými stávajícími schopnostmi dorozuměli o jejich potřebách a dokázali předávat své myšlenky. Velmi rozdílné byly, ale doby působení než se dosažení cílů povedlo. U klienta M to bylo pět měsíců a u M1 měsíců jedenáct. U klienta M, pro dřívější dosažení cílů pravděpodobně hrála velkou roli motivace rodiny a u klient M1 silná vnitřní motivace.

Shrnuji srovnání tím, že se podařilo oběma dosáhnout svých osobních stanovených cílů za použití odborné aktivizace

24.3.1. Klientka S

S - žena , 67 let roztroušená skleróza.

PS: Extravert, sangvinik.

R: Má dobré rodinné zázemí, dvě děti, plno vnoučat a manžela.

O: Má ráda květiny a květinové vzory, je společenská vlídná, má ráda děti, preferovala pohyb venku.

P: Zahradnictví na slatině administrativa.

Z: Roztroušená skleróza.

Cíl nápravy: Zmírnit třes rukou, co nejdéle zachovat stávající stav vzhledem ke kondici horních končetin.

Baterie cílů: Auto-sugestivní trénink na téma zbavení se třesu rukou, jemné masáže dlaní a konečků prstů, kde klientka popisuje brnění, zdvihání a uchopování předmětů z přírody jako jsou šišky a kamínky (odkaz na pracovní anamnézu a osobní anamnézu).

Náprava: Klientka si bude řídit svůj autosugestivní trénink na téma zbavení se třesu a brnění rukou, sdílení pocitu z těchto sugescí, klientka pravidelně osahává, mačká, zdvihá a pokládá připravené předměty, které mají různé velikosti a váhu a pocházející z přírody.

M: Neporušeno.

K: Neporušena.

Ř: S obtížným vybavováním některých slov ovšem bohatost řeči a myšlení jsou zachovány.

PK: Bez porušení.

PD: Občasné výpadky.

24.3.2. Progres klientky S

Tato Klientka dosáhla zlepšení i přes svou neurodegenerativní chorobu velmi rychle. Nadšení jsme rychle využili a dopracovali další cíle: podpořit jemnou motoriku tak, aby byla schopná svého podpisu. Dosažení tohoto cíle jsme podpořili volbou vhodného nástroje ke psaní. Dále zlepšení jejího posedu a úpravou podpisu na tiskací písmo (snazší). V současné době klientka kreslí, používá zásadně barvy, které má ráda, kreslí to co má ráda - čili přírodu a začala s psacím písmem. V zařízení, kde pobývá, se její nakreslené květy používají jako alternativní platidlo (uplácejí se taky jiné aktivizované klientky, které jsou trochu líné, ale chtěly by její obrázky, nebo jsou dávány pečovatelům za jejich práci jako poděkování) - odkaz na sociálně - psychologické přesahy odborné aktivizace.

24.3.3. Progres klientky S názorně



Obrázek č.: 34 – Progres klientky S

24.4.1. Klientka V

V - žena, 77 let, abstinující vyléčená alkoholička, poškození dlouhodobé paměti,

PS: Extrovert, cholerik.

R: Vdova, dva synové, kteří jsou rozhádaní, velmi dobrý vztah se snachou.

O: Žena, která na sebe dbá, dříve ráda četla, na svůj věk je živelná a temperamentní, problémy s motivací, kterou jí bere její involuční stav.

P: Pracovnice ve skladu lihovin.

Z: Depresivní nyní zaléčená a bez depresí, vyléčená alkoholička, počínající stařecká demence, třes rukou.

Cíl nápravy: Údržba zevnějšku.

Baterie cílů: Trénink jemné motoriky, která je jen mírně narušená, zklidnění rukou při třesu, trénink koncentrace a sebeovládání při atace třesu (spíše psychologického původu), podpora sebedůvěry, vylepšení vizuálního vzezření

Náprava: Trénink sebeovládání a uklidňování se, které povede ke zklidnění třesu rukou, trénink mindfulness a grafomotoriky. Posilování důvěry v sebe sama a motivace.

M - V klidovém stavu neporušené.

K - V klidovém stavu neporušená.

Ř - Převládá spíše strohé vyjadřování, jazyková chudost.

PK - Občasná zmatenost (roztržitost).

PD - Občasné výpadky.

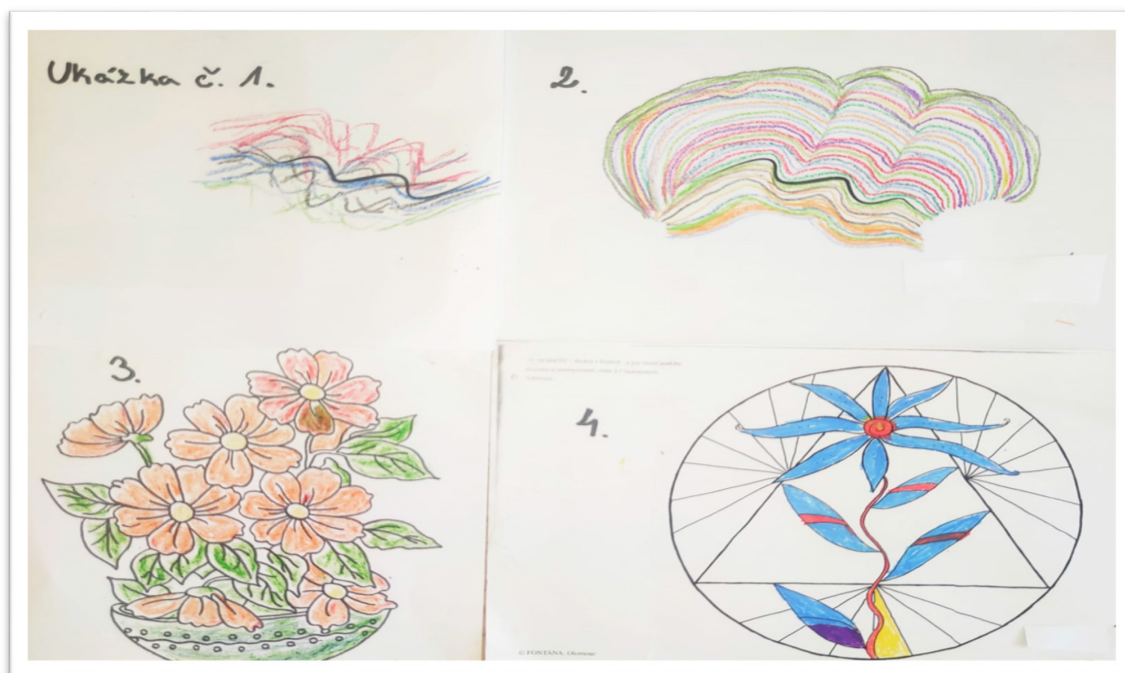
24.4.2. Progres klientky V

Klientka v průběhu odborné aktivizace byla hospitalizována se zlomeninou ruky. Odborná aktivizace byla přerušena a opět započatá o cca dva a půl měsíce později.

I přes tato úskalí se nám podařilo jemnou motoriku vylepšit zejména nácvikem technik na zklidnění a úpravou psychiatrické medikace. Třesy u klientky stále přetrvávají avšak při zaměření se na nějakou činnost, kupříkladu psaní nebo česání se tento třes upozadí. Klientku bylo nutné sáhodlouze učit manipulaci se sebou samou v tom smyslu, že ve stresovém momentě, který její třes zhoršuje, si toto musí uvědomit. Využila jsem přístupu vizuomotoriky a naučila jí trochu komplikovanější postup sebe zklidnění: při nádechu se natáhne pro předmět (plyšový pes) na stolečku a s výdechem jej zmáčkne. (Dle fyziologických postupů tento proces nesmí být naopak!). Dalším nádechem pejska pouští a ruku přesune k tělu. (V případě, kdy jej jenom mačkala ala nádech-výdech, byl tento rytmus příliš rychlý a ne zklidňující). Klientka si sebou do zařízení přinesla tohoto malého plyšového pejska, který jí přišel rozkošný. Takže jsme ho k této sebe-uklidňující praktice využívali a tím jí podprahově pomáhali.

Klientka vyslovovala cíl, aby se jí zlepšila vlastní péče o zevnějšek, procvičováním zklidňujících metod klientka nabyla sebedůvěry, naučila se zklidnit třes rukou, pomocí psychorehabilitace částečně přijala své involuční změny ve vizualitě a více pečovala o svůj zevnějšek. Za každý malý krok jsem jí poděkovala s nějakou šminkou a tím jí také motivovala.

24.4.3. Progres klientky V názorně



Obrázek č.: 34 – Progres klientky V

24.4.4. Komparace S a V

Obě tyto klientky vykazovaly problémy s jemnou motorikou, i když důvod problémů byl rozličný u S neurodegenerativní onemocnění, u V psychologické obtíže.

Klientka S měla vnitřní motivaci, ale u klientky V jsme na ní museli pracovat.

U klientky V jsme taktéž podporovali grafomotoriku z důvodu zamětnání mysli a udržení této kompetence. Oproti tomu klientka S si tuto aktivitu musela svou pílí zpět získat. U klientky V jsme stanoveného cíle dosáhli dříve a to sice za cca 4 a půl měsíce (dle záznamu v archu doba zdravotní indispozice nezapočítaná). Oproti tomu u klientky S tento proces trvá již přes rok - nyní se ovšem objevuje prohloubení její neurodegenerativní diagnózy, takže se původní náprava stává spíše bojem o zachování stávajícího stavu.

DISKUZE

Na úplném začátku výběru tématu práce a následně sestavování průzkumu stál můj osobní zájem, prohloubit si znalosti systematizovat je a vytvořit aparát pro odbornou aktivizaci seniorů. To bylo také důvodem, proč jsem takto sestavila 12 hypotéz a základní výzkumnou otázku, která stojí nad nimi. Při psaní této práce na téma odborná aktivizace seniorů jsem si prošla mnohými úskalími, kdy jsem musela zásadně selektovat informace a dát, těm zbylým systém tak, aby práce působila co nejvíce koherentně.

Vzhledem k tomu, že je práce multidisciplinární neboť člověk je bytost, která se musí zkoumat mnoha humanitními i lékařskými obory, uznávám, že místy nepůsobí kvalitativně a doufám, že ji budu moci rozpracovat. Bohužel jsem si nedovedla představit ještě kratší verzi. Věřím však, že v praxi může některým aktivizačním pracovníkům pomoci alespoň je nasměrovat. Již dnes jsou části této práce v praxi používány.

Další velkou výhodou profesionalizace aktivizace je fakt, že se nemusí přidávat zaměstnavatelům nové pracovní místo, a nemusí tak řešit nové náklady na zaměstnance. Stačí „pouze“ edukovat stávajícího zaměstnance. Je sice nutné zavést v systému vysokoškolského vzdělávání tento obor, není ale nutné plošně tuto aktivizaci profesionalizovat. Spíše bude důležité založit odbornou profesní komoru aktivizačních pracovníků, kde se její vedení bude náležitě starat o vzdělávání, práva, standardy kvality a jiné parametry odborné (i té neodborné) aktivizace.

Také sdílení informací a zkušeností je v tomto oboru velmi důležité, což jenom potvrzuje nutnost vzniku odborné profesní komory.

Dále se budu věnovat hypotézám, které jsem si stanovila:

- H1 - Existuje nutnost aktivizaci seniorů profesionalizovat.
Ano existuje, je to především nutnost zkvalitnit klientům nebo pacientům jejich život a sebeobsluhu. V kontextu pobytového zařízení se jedná o vítanou aktivitu dne. Tyto kladné přesahy z odborné aktivizace se vyskytly u všech vzorků v průzkumu.

- H2 - Chybí vhodný nástroj - systém odborné aktivizace seniorů.
Ano chybí. Odborná ani neodborná literatura nic takového neprofesionalizuje, systematizuje jen výšečově a neprobírá.
- H3 -Existuje velmi málo vhodných aktivizačních pomůcek pro seniory.
Ano, je nutné zavést standardy pro aktivizační pomůcky pro seniory (nejenom etické či hygienické parametry), stanovit jejich formy a účely (viz. Kapitola o etických aspektech). Nikdy se v odborné aktivizaci nevyhneme vytváření individuálních aktivizačních pomůcek (viz: Průzkum uvedený v této práci).
- H4 - Je nutné vyvinout odborný nástroj a metodu odborné aktivizace seniorů.
Ne, již není. Ustanovila jsem jej. Nyní je nutné jej prohloubit.
- H5 - Je nutné znát souhrn anamnézy o klientovi před začátkem odborné aktivizace.
Ano. Tato nutnost je naprosto zásadní.
- H6 - Neodborná aktivizace – spontánní aktivizace jsou nedílnou součástí celistvé aktivizace.
Ano, doplňují se (viz. definice odborné a spontánní či laické aktivizace).
- H7 - Aktivizaci je nutné dělit do několika celků- odborná, neodborná, spontánní, individuální, skupinové, terapeutická, tematická, volná, vázaná k cíli či účelu.
Ano. Tímto dochází k systematizaci práce při aktivizaci a rozdělení jednotlivých cílů příní.
- H8 - Odborná aktivizace musí stanovovat reálné cíle tak, aby nedocházelo ke zklamání klienta. Sestavování vhodných a reálných cílů je naprosto klíčové. Předchází totiž zklamání klienta a demotivaci. Tato hypotéza navazuje na hypotézu H5.

- H9 - Odborná aktivizace seniorů je vhodná k akreditaci jako vysokoškolský obor.
Ano. Celá tato práce je demonstrací toho, že se tak musí stát. Demonstrací jsou především jednotlivé kapitoly z různých odborností. Je nutné, aby je vyučovali profesionálové ve svých oborech.

- H10 - Odborná aktivizace seniorů zvyšuje kvalitu života aktivizovaných.
Ano jednoznačně. Cíle se totiž sestavují právě kvůli zlepšení kvality života a zvýšení soběstačnosti klientů. Stejně tak má psychorehabilitační účinky.

- H11 - Aktivizace seniorů je multidisciplinární obor.
Jednoznačně ano. Je nutné se na klienty dívat optikou všech vědních oborů, které zkoumají člověka. A v odborné aktivizaci používat informace které s ní přímo souvisí alespoň pomocí oborů zmíněných v této práci.

- H12 - Skupinová aktivizace v kontextu DZR vyžaduje více asistence pro klienty.
Ano a to především z důvodu bezpečnosti klientů. Různé aktivizační pomůcky a různé deficity kognitivních funkcí, demence u klientů riziko úrazu zvyšují. Dále je důležité během aktivizace všechny obstarat a dostatečně aktivizovat.

Z důvodu nemožnosti dodržení koherentnosti vzorků a z důvodu nedodržení totožné délky observace a procesu práce u jednotlivých vzorků-klientů, není tento průzkum zcela validní. Ale domnívám se, že v tomto způsobu průzkumu tyto podmínky nikdy nelze zcela splnit. Nicméně na základní výzkumnou otázku to vliv nemá.

Na základní výzkumnou otázku: „Potvrzuje se v praxi, že systematická, odborná, individuální aktivizace seniorů při znalosti jejich anamnéz a kognitivních omezení, která má individuálně připravený cíl, časovou dotaci, harmonogram, pomůcky a gradaci prospěje více než aktivizace neodborná?“ Může se odpovědět i jen jedním slovem: Ano.

Já se pod to podepisuji svou prací, vzděláním i poznáním z praxe.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V průběhu systematizace práce, jsem narazila na mnohá úskalí zejména při selekci informací pro nástin manuálu odborné aktivizace. Kapitoly, které uvádím, na sebe v praxi navazují a prolínají se, i když to z této práce nemusí být úplně patrné.

Ve zkratce nám tyto vědní odbory pomáhají takto:

Primární:

Psychologie: Pomáhá nám, abychom věděli, jaký člověk do aktivizace přichází a abychom dokázali rozdělit kognitivní funkce.

Pedagogika: by odborná aktivizace dostala řád a systém podpory kgt. fcí.

Gerontopedagogika: Vysvětluje pedagogické přístupy k dospělým a seniorům, a nastiňuje témata vhodná pro tuto životní etapu.

Gerontologie: Předkládá informace, abychom pochopili stáří jako celek.

Geriatricie: Nastiňuje nám nemoci a úskalí ve stáří.

Gerontopsychiatrie: Vymezuje psychiatrické diagnózy, které člověka ovlivňují ve stáří.

Psychorehabilitace: Pomáhá umravnit špatnou náladu a depresivní stavy seniorů.

Sekundární:

Sociologie: Předkládá informace o společnosti a jejích jednotlivých skupinách.

Demografie: Předkládá nám čísla o vývoji populace.

Filozofie: Tam kde končí naše pochopení či pragmatické poznání může pomáhat, snad stejně jako víra.

Různorodé terapie: Pro podporu seniora specifickým způsobem jako je například ergo, logo, canis a mnohé jiné dle zaměření aktivizačního pracovníka.

Neurologie: Pomáhá, abychom dokázali pochopit způsob kognitivní psychologie.

Fyziologie: Znázorňuje úskalí geriatrické křehkosti.

Je tedy nutné odbornou aktivizaci seniorů profesionalizovat a studovat ji z úhlu pohledu těchto vědních disciplín. Jako návazba je důležitá mezioborová vazba, která je směrem k odborné aktivizaci seniorů neprobádaná.

Jako příklady uvádím vztah kognitivní psychologie a fenomenologie, fyziologie a neurologie, gerontopedagogika a gerontopsychiatrie, a mnohé další.

Stanovené hypotézy se potvrdily stejně tak základní výzkumná otázka.

Bylo by dobré abychom učinili krok ke zlepšení stávající praxe.

Na začátek tohoto procesu doporučuji a beru si za své, založit odbor odborné aktivizace pro seniory a začít učit odborné metody stávající aktivizační pracovníky. Ideální by byl vznik vysokoškolské akreditace.

Vzhledem k tomu, že pouze dojde k rozšíření vzdělání stávajících aktivizačních pracovníků, nevzniknou problémy se zařazením nového pracovního místa.

Doufám, že odborná aktivizace prospěje zkvalitnění života seniorů žijících nejenom v institucích, a věřím, že se naše společnost brzy překlene přes otázky kvality odborné aktivizace, kvality a standardů stravování pro seniory, problémů s LTC lůžky a péčí a problémem se zdravotně sociálním pomezím.

Domnívám se, že takovéto problémy do třetího tisíciletí středoevropské kultury nepatří.

25. POUŽITÉ ZDROJE

25.1. Internetové zdroje

<http://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work/Completedprojects/2006-Dementia-Carers-Survey-5> WHO. Dementia Fact Sheet.

<http://www.cstps.cz/>

<http://www.helpnet.cz/>

www.msmt.cz <http://www.mpsv.cz/cs/8>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> 10 11

www.rvp.cz

<https://www.slideserve.com/jeb/osobnost-sportovce>

<https://www.slideserve.com/jeb/osobnost-sportovce>

<http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

https://images.slideplayer.cz/42/11573242/slides/slide_10.jpg

25.2. Literatura

1. ARONSON Elliot, *Social Psychology*, nakl. Upper Saddle River, 2009, 7. vydání , s. 275, ISBN: 978-0138-144-78-4.
2. AMBER Z. *Neurologie pro posluchače všeobecného lékařství - skripta*, nakl. Státní pedagogické nakladatelství Praha. r.: 1991, ISBN: 80-7066-376-6.
3. CANGELOSI J.,*Strategie řízení třídy*, nakl. Portál, 2009,2. vydání, s.289,ISBN: 80-7178-083-9.
4. HÁJKOVÁ, K. *Konference Stárnutí populace a jeho dopady na zdravotnictví*. Lékařská knihovna [online]. 2019, roč. 24, č. 3-4 [cit. 09.07.2021].
Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2019-24-3-4/konference-starnuti-populace-a-jeho-dopady-na-zdravotnictvi/>. ISSN 1804-2031.
5. HÁJKOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada, 2010. s. 117. ISBN 978-80-7315-235-2.
6. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 689. ISBN 80-7178-303-X.
7. JANDOUREK J., Úvod do sociologie, nakl. Portál, 1.vyd., r.:2003, s.232, ISBN: 80-7178-749-3.
8. J ANIŠ K., SKOPALOVÁ J., *Volný čas seniorů*. nakl.: Grada, 1.vyd., r.:2016, s.160, ISBN: 978-80-247-5535-9.
9. KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*,1.vyd., r.2008, nakl:Grada, s. 366,ISBN: 978-80-2472-490-4
10. KRATOCHVÍL S., *Základy psychoterapie*, nakl. Portál, 5.vyd., r.:2006,s.383, ISBN: 978-80-262-0800-6.
11. KRAUS Blahoslav, POLÁČKOVÁ Věra et al., *Člověk – výchova – prostředí*, nakl. Brno,2001, 199 s., ISBN 80-7315-004-2.

12. KURTZ A.L Hry pro rozvoj psychomotoriky, nakl. Portál,1.vyd., r.:2015,s.152, ISBN: 978-80-262-0800-6.
13. MATOUŠEK O., KOLÁČKOVÁ J., akol., Sociální práce v praxi, nakl. Portál, 2.vyd., r.:2010, s.352, ISBN: 978-80-7 367-818-0.
14. MULLER Lutz, MULLER Anette, *Slovník analytické psychologie*, přel. J. Bucková a kol. nakl. Portál, Praha, 2006, 526 s., ISBN 80-7178-863-5.
15. NAKONEČNÝ Milan, *Lexikon Psychologie*, nakl.:Vodnář, 2.rozšířené vydání,2013, 658s., ISBN:978-7439-056-2.
16. OPATŘILOVÁ D., *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*, Brno: Masarykova univerzita, r.:2008,180 s., ISBN:978-80-2104575-0.
17. Osobnosti - Česko : *Ottův slovník*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2008. 823 s.
 - a. ISBN 978-80-7360-796-8.
18. PIPEKOVÁ Jarmila, *Kapitoly ze speciální pedagogiky. nakl. Paido*, Brno,rozšířené a přepracované vydání, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
19. SCHAENZLEROVÁ N., RIKER U., *Malý lékařský lexikon*, nakl. IKAR, 1.vyd., r.:2014, s.279, ISBN: 978-80-249-2473-1.
20. STAŇKOVÁ M. *České ošetřovatelství, Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*,1.vyd., r.2001. ISBN:978-8070132830-8.
21. ŠAROUNKOVÁ J. a kol., *Metody alternativní a augmentativní komunikace*, nakl. Portál. 1.vyd., r.: 2014, s.:152, ISBN: 978-80-262-0716-0.
22. UZLOVÁ Iva, *Asistence lidem s postižením a znevýhodněným*, nakl. Portál, 2010, Praha,
 - a. 135 s. ISBN 978-80-7367-764-0.
23. WILIAM, J., *Základy psychologie*. (volný překlad) HROCH, J.: On the Philosophy of William James, FILOZOFIA 63, 2008, No 2, p. 144.
24. ONDRIOVÁ Iveta a kol., *Aktivizace seniorů tělesné a duševní aktivizační programy*, nakl.Verlag Dashofer s.r.o., 2018, 154s. ISBN: 978-887-963-75-3.

25.1. **Videozáznamy**

<https://www.youtube.com/watch?v=Dop2k56V8iU>

<https://www.youtube.com/watch?v=jm-woE8yFAA>

<https://www.youtube.com/watch?v=HZ2pE2vLgo8>

25.2. **Přednášky**

MUDr. Miloslav Kopeček Ph.D.přednáška z cyklu “Pozornost”, 3. LF UK

25.3. **Zákony**

Zákon č. 561/2004 Sb . o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

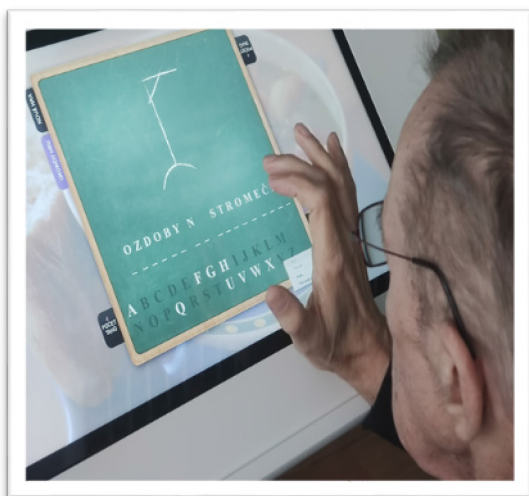
Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

PŘÍLOHY

Přílohy A- Záznamový arch aktivizace

Záznamový arch aktivizace	
Klient:	
Jméno:	DG:
	Další obtíže:
Info pro aktivizaci:	
Metody + konkrétní poznámky z aktivizace a práce klienta:	
Cíle:	
Poznámky:	

Příloha B - Autorské fotky
Obrázek č.:35 - Kognitivní trénink



Obrázek č.:36 - Canisterapie s Nerem



Obrázek č.: 37 - Slavíme sv. Mikuláše



Obrázek č.: 38 - Trénink grafomotoriky



Obrázek č.: 39
- Skupinová aktivizace, ergoterapie

Příloha C - K tématu této diplomové práce

Obrázek č.:40
 - Sebereflexe při psaní Diplomové práce
 Zdroj: <https://tatulda.cz/je-dulezitejsi-obsah-nebo-pocet-normostran/>



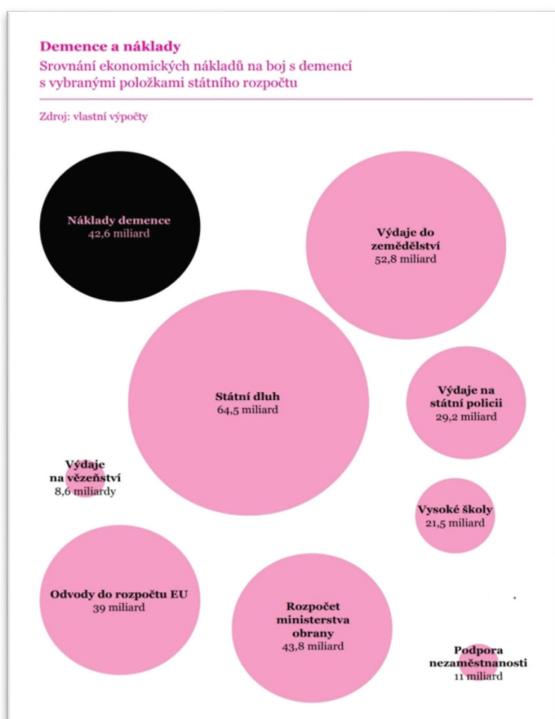
Obrázek č.: 41 – Úcta a pokora
 Zdroj: Leták pro popularizaci vzdělání

Co teď s tím?

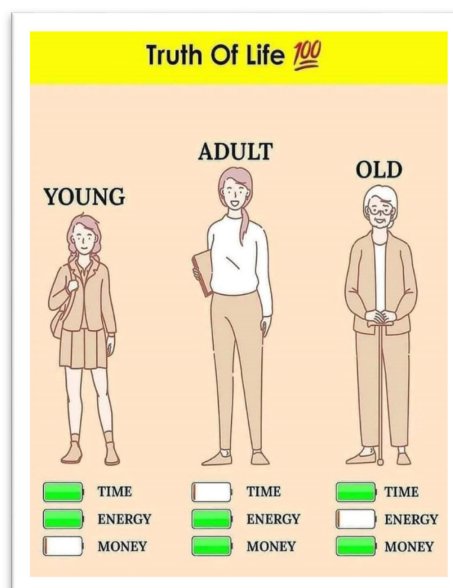
Rozsah práce by měl být tak akorát – ani moc (120 stran), ale ani málo (12 stran). Vlastně stačí i jen požadované minimum, však právě proto se také zadává, ne? **To důležité ale je, co do ní dáte vy (ze sebe).**

Čistá přehledovou práci bez vlastního přínosu je trochu nuda, nemyslíte? Garantuji vám, že ji nikdo nebude číst (s nadšením). Prodejte sebe a své myšlenky! Nikdo jiný to za vás neudělá. Jen na vás záleží, co si z vaší práce ostatní zapamatují.

Ať už se mnou souhlasíte, nebo ne, jsem přesvědčen, že **čtenáře zaujmete spíše jedinečným obsahem, než 100 stránkovou příručkou (prakticky) o ničem.**



Obrázek č.: 43 - Demonstrace nákladů na demenci z roku 2015,
 Zdroj: <http://www.alzheimer.cz/res/archive>



Obrázek č.: 42 - Rozložení energie
 Zdroj: FB live energy

RESUMÉ

Tato diplomová práce pojednává o nutnosti profesionalizovat aktivizaci seniorů nejen v institucionální péči. V jejím samotném centru stojí informace nutné k odborné aktivizaci, poznatky z praxe a zkrácený manuál k odborné aktivizaci.

Praktická část má demonstrovat kladné dopady na život aktivizovaných za předpokladu, že na ně působí odborně vzdělaný aktivizační pracovník.

Dále se tato diplomová práce zaměřuje na zpracování informací pro odbornou aktivizaci z těchto vědních disciplín: Psychologie, kognitivní psychologie (přehled kognitivních funkcí a způsoby jejich aktivace a podpory), terapie a psychoterapie, pedagogika a gerontopedagogika, neurologie, sociologie, gerontologie, geriatric, gerontopsychiatrie a fyziologie. Jako nedílnou součást odborné aktivizace, diplomová práce ještě rozebírá jemnou motoriku, hrubou motoriku a bazální stimulaci.

Výstupem této práce je především návrh uceleného systému péče o seniora v oblasti aktivizace a poukazuje na nutnost tuto oblast řešit holistickým způsobem. Dále doporučuje nastavit odborné vzdělávání budoucích odborných aktivizačních pracovníků na vysokoškolské úrovni - (Bc., Mgr., NMgr.), postgraduál (po Mgr. či NMgr. - ne nutně doktorský stupeň) nebo celoživotní způsobu vzdělávání s prerekvizitou ukončeného VŠ vzdělání.

Cenným přínosem této práce je také nastínění některých negativních jevů při aktivizaci neodborné, ale především demonstrování kladných dopadů na klienta při použití tohoto holistického, individualizovaného systému ke klientovi v podobě odborného aktivizačního manuálu, což je prezentováno krátkým průzkumem.

SUMMARY

This diploma thesis deals with the necessity to professionalize the activation of older people in an institutional care context and beyond that. At its very centre is the information needed for professional activation, knowledge from practice and an abbreviated manual for professional activation.

The practical part is to demonstrate the positive effects on the lives of the activated, provided that they are influenced by a professionally trained activator.

Furthermore, this diploma thesis focuses on the processing of information for professional activation from the following scientific disciplines: Psychology, cognitive psychology (an overview of cognitive functions and the methods of their activation and support), therapy and psychotherapy, pedagogy and gerontopedagogy, neurology, sociology, gerontology, geriatrics, gerontopsychiatry and physiology. As an integral part of professional activation, the thesis also discusses fine motor skills, gross motor skills and basal stimulation.

The outcome of this thesis is mainly an outline of a comprehensive system of care for the elderly in the field of activation, drawing attention to the need to address this area in a holistic manner. It also recommends setting up the professional education of future professional activation workers at the university level - (Bc., Mgr., NMgr.), the postgraduate level (after Mgr. or NMgr. - not necessarily a doctoral degree) or the lifelong way of education with a prerequisite for a completed university education.

A valuable contribution of this work is also an outline of some negative phenomena related to unprofessional activation, but above all a demonstration of the positive effects on the client when this holistic, individualized system is used with respect to the client in the form of a professional activation manual, which is presented by a short survey.