

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Aktivizace seniorů s demencí
v domácím prostředí**

Petra Hejdová

Katedra sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

Studijní program: Sociální a pastorační práce (B0923P240004)

Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 22. 6. 2022

.....

Petra Hejdová

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na téma „Aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí“. Pojednává o možnostech péče o seniory s demencí, kteří žijí doma, o jejich specifikách a podstatném významu aktivizace v rámci této péče. Cílem práce je poukázat na důležitost aktivizace při práci se seniory s demencí v jejich přirozeném, domácím prostředí a zhodnotit, do jaké míry jsou osobní asistenti s tématem aktivizace obeznámeni, využívají ji, a co může mít na aktivizaci případně vliv.

Teoretická část je věnována tématu stáří a stárnutí v domácím prostředí. Pro úplnost se zde zaměřuji na kvalitu života seniorů a demenci, která má na jejich život negativní dopad. Upozorňuji též na problematiku péče o seniora během jeho pobytu doma. Dále zmiňuji aktivizaci a její význam pro zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniorů, kterou opět následně dávám do kontextu s domácí péčí. V závěru teoretické části se zaměřuji konkrétně na metody aktivizace seniorů s demencí v jednotlivých stádiích onemocnění.

Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum, který byl proveden formou dotazníku. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakou mají osobní asistenti zkušenost s aktivizací seniorů s demencí v jejich přirozeném domácím prostředí.

Klíčová slova

aktivizace klientů, aktivizační metody, demence, domácí prostředí, kvalita života, osobní asistence

Summary

My bachelor thesis focuses on the topic of "Activation of seniors with dementia in a home environment". This thesis will explore the possibilities and different levels of care for elderly patients living at home with dementia, concentrating on the specifics and the importance of activation within this care. The aim of the thesis is to highlight the importance of activation of seniors with dementia in their home environment, then to evaluate what level Personal Assistants are familiar with the topic of activation, use the activation methods and what can affect the activation of elderly patients with dementia.

The theoretical section will examine the old age and aging in a home environment. This section will also analyse the quality of life of seniors and dementia, which often has negative impact on elderly people's lives. This theoretical part draws attention to the matter of caring for the elderly during their stay at home, alongside activation and its importance for improving the health and self-sufficiency of elderly patients. This will be put into context with general home care. The summary of the theoretical part will specify the methods of activating elderly patients with dementia in various stages of this disease.

The practical element includes quantitative research, which was based on a questionnaire survey. The main objective was to find out what level of experience Personal Assistants have with activating elderly patients suffering from dementia staying in their home environment.

Keywords

activation of clients, activation methods, dementia, home environment, personal assistance, quality of life

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, pomoc, cenné rady a čas, který mi věnovala. Děkuji dále všem respondentům za vyplnění dotazníků. Velké poděkování patří též mé rodině za podporu a pomoc během celého studia.

Obsah

Úvod	13
1 Stárnutí a stáří v domácím prostředí.....	15
1.1 Kvalita života seniorů	16
1.1.1 Kvalita života a schopnost adaptability	18
1.1.2 Kvalita života nemocných a nesoběstačných seniorů.....	20
1.2 Demence	22
1.2.1 Vymezení pojmu demence	22
1.2.2 Příčiny a typy demence.....	23
1.2.3 Příznaky a stadia demence.....	24
1.2.4 Rizikové faktory a prevence demence.....	26
1.2.5 Léčba demence a proces pomoci	27
1.3 Péče o člověka s demencí v domácím prostředí	28
1.3.1 Situace rodinných pečujících.....	29
1.3.2 Služby pro seniory s demencí v domácím prostředí.....	30
2 Aktivizace a její význam pro zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniorů	33
2.1 Pojem aktivizace	33
2.1.1 Formy aktivizace	35
2.1.2 Druhy aktivizačních činností	35
2.1.3 Zásady aktivizace	36
2.1.4 Motivace k činnostem.....	37
2.2 Vybrané metody aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí	38
2.2.1 Kognitivní trénink	39
2.2.2 Reminiscence.....	40
2.2.3 Smyslová aktivizace a bazální stimulace	41
2.2.4 Pracovní činnosti	43
2.2.5 Pohybové činnosti	43
3 Výzkumné šetření	45
3.1 Výzkumný problém	45
3.2 Cíl výzkumu.....	45
3.3 Výzkumné otázky	46
3.4 Metodologie sběru dat	46
3.5 Výzkumný soubor.....	47
4 Výsledky výzkumu.....	49

4.1	Popis souboru respondentů	49
4.2	Práce s lidmi s demencí	51
4.3	Aktivizace v domácnostech seniorů s demencí	53
4.4	Aktivizace u konkrétního klienta.....	57
4.5	Možnosti ovlivnění aktivizace na straně osobního asistenta	64
5	Shrnutí	71
	Závěr.....	81
	Seznam literatury.....	83
	Seznam zkratk.....	87
	Seznam tabulek.....	88
	Seznam grafů.....	89
	Seznam příloh.....	90
	Přílohy	91

Úvod

Současný demografický trend ve světě i u nás v České republice ukazuje na rostoucí počet obyvatel starších 60 let. Střední délka života neboli naděje dožití se zvyšuje. Problematika stáří, stárnutí a života seniorů se tak zařadila mezi sociální fenomény, které determinují chod naší společnosti. To přináší různé důsledky, a proto je zapotřebí, abychom této problematice věnovali pozornost.

Stáří a stárnutí přináší mnoho změn, ztrát, omezení zasahujících do života seniora. Z toho důvodu je pro něho velmi zásadní vědět, kam a ke komu patří. Je tak důležité, abychom umožnili seniorovi co nejdéle setrvat v jeho domácím prostředí, které zná a může mu zajistit soukromí, jistotu, bezpečí a celkově zachování jeho identity. V tomto kontextu hovoříme o kvalitě života, která představuje významný ukazatel uspokojování potřeb seniora. Měli bychom tedy znát seniorovy potřeby i to, jak vnímá vlastní život, abychom mu mohli poskytnout adekvátní pomoc, případně péči, a zlepšit tak jeho kvalitu života.

Kvalita života může být ovlivněna mnoha faktory, mezi které mimo jiné patří schopnost adaptability a zdraví, se kterým je úzce spojena soběstačnost a autonomie. Schopnost adaptability i úroveň zdraví se v průběhu stáří snižují. Dochází ke zvyšování nemocnosti, a tím k zvýšené závislosti na pomoci druhého, k postupné ztrátě autonomie a soběstačnosti.

Jedním velmi závažným onemocněním, které může postihnout seniora, je syndrom demence, který zásadně ovlivňuje nejen jeho kvalitu života, ale též jeho rodiny. Dá se říci, že patří mezi nejčastější a nejobávanější nemoci vyššího věku. To je dáno právě současným demografickým trendem a s tím spojenou zvýšenou incidencí tohoto syndromu.

Tato bakalářská práce se tedy zaměřuje na seniory s disabilitou, konkrétně pak se syndromem demence, kteří žijí v domácím prostředí. Aby v tomto domácím prostředí mohli i nadále setrvat, je zapotřebí, aby jim byla poskytnuta individuální a komplexní péče v závislosti na stadiu tohoto onemocnění. Jelikož na syndrom demence nebyl doposud vynalezen žádný lék, velmi přínosné jsou nefarmakologické metody, které považujeme za neinvazivní intervence na lidské zdraví. Základem těchto metod je aktivizace. Ta nemusí být pouze v rukou rodinných příslušníků, ale může být poskytována i profesionály. Pro aktivizaci mají nepostradatelnou roli sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, osobní asistence a terénní

odlehčovací služby, v jejichž náplni práce je mimo jiné poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností.

Cílem mé závěrečné bakalářské práce je poukázat na důležitost aktivizace při práci se seniory s demencí v jejich přirozeném domácím prostředí a zhodnotit, do jaké míry jsou osobní asistenti s tématem aktivizace obeznámeni, využívají ji, a co může mít na aktivizaci případně vliv.

Teoretická část obsahuje dvě velké kapitoly. První kapitola má název „Stáří a stárnutí v domácím prostředí“. V této kapitole uvádím teoretické poznatky o stáří a stárnutí, kvalitě života, demenci, která značně ovlivňuje kvalitu života, a též uvádím poznatky z péče o člověka s demencí v domácím prostředí, která má svá specifika. V péči o člověka s demencí se v podkapitolách věnuji situaci rodinných pečujících a službám, které mohou být seniorovi s demencí poskytovány v jeho domácím prostředí. Druhá kapitola má název „Aktivizace a její význam pro zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniorů“. Zde pojednávám o pojetí aktivizace, jejím významu, formách, druzích, zásadách a motivaci, následně uvádím vybrané konkrétní metody aktivizace, kde zohledňuji stadium demence.

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jakou mají osobní asistenti zkušenost s aktivizací seniorů s demencí v jejich přirozeném, domácím prostředí. Kromě toho jsem se zaměřila na povědomí osobních asistentů o aktivizaci seniorů s demencí v domácím prostředí, na provádění aktivizace, na změny pozorované u klienta a účinnost aktivizace a na faktory ovlivňující úspěšnost aktivizace z pohledu osobních asistentů.

Teoretická část

1 Stárnutí a stáří v domácím prostředí

Stárnutí a stáří jsou pojmy, u kterých existuje okolo tří set definic, avšak žádná není absolutně platná a definitivní. Autoři, kteří se zabývají touto problematikou se shodují na faktu, že stáří a stárnutí představují přirozený a nezvratný biologický proces. Stáří (senium) je konečnou etapou života končící smrtí, zatímco stárnutí (involuce) je fyziologický, dynamický proces, kterému se nikdo z nás nemůže vyhnout. Tyto pojmy jsou ve velmi úzkém spojení (Příbyl, 2015, s. 9).

Stáří je označení pro pozdní fázi ontogeneze, která je poslední vývojovou etapou završující lidský život. Je výsledkem stárnutí. Stáří představuje v životě každého jedince velkou změnu, na kterou je nutné se připravit a adaptovat (Vágnerová, 2007, s. 299).

„Podle klasické patnáctileté periodizace lidského života akceptované gerontologickými experty Světové zdravotnické organizace (SZO) v šedesátých letech 20. století se vyšší věk dělí na počínající, tzv. ranné stáří (60–74 let), vlastní stáří, senium (75–89 let) a období dlouhověkosti (90 a více let)“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 25).

V současné době vlivem zlepšujícího se zdravotního a funkčního stavu stárnoucí populace se řada autorů přiklání k dělení stáří na: mladí senioři (young-old, 65–74 let), staří senioři (old-old, 75–84 let) a velmi staří senioři (oldes-old, very old-old, 85 a více let) (Kalvach a kol., 2004, s. 47).

Stárnutí je proces, který postihuje involučními změnami (funkčními i morfologickými) veškeré živé organismy. Tyto změny přicházejí postupně a nerovnoměrně již od početí. Stárnutí se projevuje úbytkem sil, zvýšenou zranitelností, sníženou výkonností jedince, klesáním jeho míry zdatnosti, odolnosti i adaptability neboli potenciálu zdraví. V průběhu stárnutí tedy dochází ke změnám, které se projevují v rovině tělesné, psychické a sociální (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20-21). Podrobnější popis změn v průběhu stárnutí je k dispozici v příloze 2.

Vlivem mnoha změn je pro staršího člověka velmi zásadní vědět, kam a ke komu patří. Identita tohoto člověka je totiž zásadně vázaná na příslušnost ke konkrétním lidem, sociální skupině a místu. Velice důležitá

je proto pro většinu seniorů rodina, která se stává významnější, než kdykoliv dřív, místo, kde senior žije, a sociální skupina, se kterou souzní. Tuto součást identity může senior ztratit například v důsledku přechodu do domova pro seniory, institucionální péče, při které nezřídka dochází k jeho anonymizaci a ochuzení identity. Stáří a stárnutí v domácím prostředí přináší soukromí naplněné symboly jeho života, ke kterým se váže mnoho vzpomínek. Navíc je místem, kde se senior cítí být v bezpečí. Je místem, kde pociťuje jistotu, protože ho zná a ví, kde se co nachází. Také poznává jeho okolí, ve kterém se dobře orientuje a může se tak stýkat s dalšími lidmi, kteří žijí v jeho blízkosti. Teritorium instituce (nemocnice či domova seniorů) má odlišný charakter založený na neosobním přístupu a nutnosti dodržování jistých pravidel, o nichž nemůže senior sám rozhodovat, ale musí je respektovat. To v domácím prostředí není nutné, protože zde si svůj řád tvoří každý senior sám (Vágnerová, 2007).

1.1 Kvalita života seniorů

V kontextu moderních přístupů k seniorům se nezřídka setkáváme s pojmem kvalita života. Kvalita života je pojem relativně nový, interdisciplinární a multidimenzionální, též však poměrně těžko uchopitelný. Ve společenských vědách je jedním z nejdůležitějších.

Všeobecně známou a obecně přijímanou definicí je definice Světové zdravotnické organizace, ve které je kvalita života formulována jako to, jak „*člověk vnímá své individuální postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu (standardům) a zájmům*“ (WHO, online, 2012, s. 1). Tato definice klade velký důraz na subjektivitu hodnocení kvality vlastního života, ale také na kulturní podmíněnost a její vztah k osobním hodnotám.

Kvalita života bývá často definována také jako „*stupeň uspokojování duchovních a materiálních potřeb člověka, stupeň splněných očekávání v životě a stupeň integrace jedince do společnosti*“ (Mühlpachr, 2017, s. 49).

V Hartlově Stručném psychologickém slovníku (2004, s. 121) je kvalita života spojována s pocitem štěstí, jehož základ tvoří soběstačnost, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie.

Dle Slámy (2005, in: Payne a kol., s. 289) je kvalita života charakterizována mnohorozměrností (multidimenzionalitou), zasahováním

do více oblastí, a subjektivností, která představuje skutečnost, že dva různí pacienti budou stejnou nemoc prožívat zcela rozdílně.

Koncept kvality života tvoří dvě dimenze, subjektivní a objektivní. **Subjektivní kvalita života** je propojena s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností s vlastním životem. Životní spokojenost je zásadním faktorem subjektivního hodnocení života člověka a je ovlivňována řadou činitelů, jako jsou například životní události, životní úspěchy i neúspěchy, zdravotní stav a další. Mühlpachr (2017, s. 68) tvrdí, že *„čím větší je životní spokojenost spojená s dosaženými úspěchy u seniorů, tím větší je šance na jejich aktivizaci, na rozhodnutí dále se vzdělávat, být aktivní a dosahovat nových životních cílů.“* Specifickým faktorem ovlivňujícím spokojenost seniorů je i nálada, která bývá nestabilní. To však může být eliminováno zálibami a zájmy, které mají pozitivní vliv na psychický stav a proměnlivost nálad seniorů. Charakter subjektivní kvality života je spojován s ojedinelým a neopakovatelným způsobem života každého jedince, který je založen na tom, jak ho daný člověk vnímá a hodnotí. Subjektivní podmínky života jsou hodnoceny v kategoriích: štěstí, strach, samota, obavy, naděje, spokojenost apod. Tyto podmínky si často člověk nechává sám pro sebe, a proto je velmi těžké je identifikovat a měřit.

Objektivní kvalita života představuje naplnění požadavků, které se pojí s ekonomickými (materiálními) a sociálními podmínkami života, s fyzickým zdravím, podmínkami bydlení, také se sociálním prostředím, bezpečností jedince, jeho volným časem a s řadou dalších. Objektivní kvalita života poukazuje na to, do jaké míry život splňuje explicitní standardy dobrého života, což je posouzeno nestranným jedincem například lékařem či sociálním pracovníkem (Veenhoven, 2000).

Základním výchozím bodem pro hodnocení kvality života seniora a podporu těchto lidí jsou potřeby, zejména jejich saturace. Ve stáří často dochází ke ztrátě schopnosti uspokojovat své potřeby, uskutečňovat své plány a neschopnosti zachovat kontrolu nad svým životem na stejné úrovni, na kterou byl daný jedinec zvyklý. Tím se zásadně snižuje kvalita života seniorů. Znalost jejich potřeb a preferencí je tedy pro zlepšení kvality života nezbytná. V průběhu stáří se neobjevují žádné „speciální potřeby“, mění se ale jejich subjektivní význam, ustanovení priorit a způsob jejich naplňování a uspokojování. Zásadní je, že pro seniora jsou stejně důležitými potřebami jako fyziologické i potřeby psychické a spirituální. Pokud tedy chápeme stárnutí jako proces, který přináší změny zdravotního a funkčního stavu daného člověka i změny rodinných, partnerských a společenských vztahů, musíme zdůraznit,

že se mohou měnit i potřeby a priority jejich uspokojování. Uspokojení jedné potřeby je však schopno zamezit saturaci jiné např. umístění do domova seniorů může snížit riziko nebezpečí vyplývajícího z pobytu doma, ale také narušit sociální vazby (Mlýnková, 2011).

Kvalita života ve stáří je tedy dána a ovlivňována mnohými faktory. Do jisté míry je určující také schopnost adaptability na změny, které stáří a stárnutí přináší.

1.1.1 Kvalita života a schopnost adaptability

Adaptační schopnost se obecně ve stáří snižuje, neboť ve stáří dochází k řadě tělesných, psychických i sociálních změn, což klade zvýšené nároky na adaptabilitu každého jedince. Pokud by bylo dosaženo plné adaptace na stáří, došlo by dle Tomeše, Šámalové a kol. (2017, s. 80–81) k psychickému vyrovnání se se skutečnými nebo předpokládanými změnami, které stáří přináší, dále k přizpůsobení sociálních aktivit a vztahů seniora (náhradě výdělečné činnosti za jiné smysluplné aktivity po odchodu do důchodu), v poslední řadě k postupné adaptaci na změny v tělesné stavbě či v tělesném fungování, jejichž základ tvoří involuční nebo patologické změny či někdy též nezdravý životní styl. Schopnost přizpůsobovat se životním změnám zásadně ovlivňuje kvalitu života a to jak subjektivně prožívanou, tak objektivně měřitelnou.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 28) v této souvislosti uvádějí trojí podobu stárnutí:

- 1) Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří, kdy zdravotní a funkční stav, psychická adaptace na stáří a ekonomická situace dávají seniorovi možnost spokojenosti, seberealizace a participace.
- 2) Obvyklé stárnutí a stáří, při kterém existuje nerovnováha mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, ekonomickými a obecně životními nároky. V důsledku vzniká nespokojenost seniora, která vychází z neuspokojené potřeby seberealizace a participace.
- 3) Patologické stárnutí, při kterém má senior v porovnání se svými vrstevníky výrazně horší zdravotní a funkční stav, nedokáže se adaptovat, seberealizovat, není spokojený a není schopný participace.

Otázkou, kterou se po celá desetiletí zabývají lékaři, psychologové, sociologové i pedagogové, zůstává, jak je možné se úspěšně vyrovnávat

se změnami, které přináší stárnutí organismu a duševních funkcí. J. Švancara (2004, in: Kalvach a kol., s. 110) doporučuje pro optimální adaptaci na stáří naplňování tzv. „5 P“, kterými jsou perspektiva, pružnost chování a myšlení, prozíravost, porozumění (pochopení) pro druhé a potěšení.

- **Životní perspektiva** představuje vztah věku a času, stanovení plánů a cílů, ke kterým by senior měl směřovat a o které by měl usilovat. Je důležité zachovávat smysl života, mít svůj životní program a pozitivní přístup k budoucnosti. Nebýt v zajetí minulosti.
- **Pružnost chování a myšlení** ukazuje na aktivní schopnost měnit názory, postoje, postupy, ale také na důležitost zájmu o vzdělávání, nové věci, podněty či důležitost osobního růstu.
- **Prozíravost** směřuje k tomu, aby člověk uměl vidět věci v souvislostech a uměl se připravit na různé ztráty a obtíže, které stáří může přinášet, a to i na smrt.
- **Porozumění, pochopení pro druhé** představuje dobré vztahy v rodině i v širším okolí, pozitivní myšlení a úsilí o komplexní přijetí seniora.
- **Potěšení** ukazuje na hodnotu radosti, udržování si dobré nálady, nacházení zdrojů potěšení a učení se radosti z maličkostí.

Kvalita života a schopnost adaptability mohou být ovlivněny řadou faktorů. Nejdůležitějšími faktory adaptace jedince na stáří dle Mlýnkové (2011, s. 16) jsou osobnost člověka, jeho dosavadní aktivity a zkušenosti, vlastní životní filozofie. Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 66) tyto faktory rozvádějí a uvádějí je jako determinanty zdraví a kvality života ve stáří, které dělí do dvou okruhů. Prvním okruhem jsou nepřímé determinanty, které působí zprostředkovaně, svými důsledky. Jsou jimi například kulturní tradice, hierarchie hodnot určité společnosti a její společensko-ekonomická vyspělost a politicko-ekonomický systém. Ve stáří to může být konkrétně pak kupříkladu výše penzijního příjmu. Druhým okruhem jsou přímé determinanty, které působí přímo na konkrétního člověka. Jsou jimi například dědičné předpoklady, životní prostředí, způsob života či dostupnost a kvalita zdravotnických služeb. Ve stáří to může být specificky pak genetický předpoklad k dlouhověkosti. Dále uvádějí, že rozhodujícími determinanty ovlivňující kvalitu života ve stáří jsou:

- osobnostní charakteristiky,
- výchova a vzdělání,
- hodnotový systém,

- majetkové poměry (výše příjmů ve stáří, chudoba),
- sociální síť a rodina (zejména rodinné, přátelské a sousedské vztahy), vstřícné prostředí,
- efektivita a dostupnost podpůrných služeb, časnost zdravotnických, sociálních, psychologických a spirituálních intervencí,
- funkční zdraví (zejména mobilita, kognitivní schopnosti, bolest a deprese).

1.1.2 Kvalita života nemocných a nesoběstačných seniorů

Základním a klíčovým faktorem kvality života seniorů je zdraví, na kterém je závislá soběstačnost a autonomie. To nabývá na významu především v případě aktuálního nebo potencionálního ohrožení zdraví. S přibývajícím věkem se zvyšuje nárůst zdravotních problémů, zvyšuje se nemocnost, v jejíž důsledku často dochází k omezení samostatnosti a soběstačnosti.

Soběstačný je podle Topinkové (2005, s. 7) „*člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije.*“

Soběstačnost tak zahrnuje dvě složky, kterými jsou funkční stav, schopnosti a dovednosti daného člověka, a nároky jeho přirozeného prostředí. Ke zlepšení soběstačnosti může vést nejen zlepšení funkčního stavu, ale též snížení nároků prostředí například zajištěním jeho bezbariérovosti. Čím více je omezena soběstačnost, tím více je daný jedinec závislý na pomoci druhé osoby. Tato závislost představuje nejzávažnější problém ve vysokém věku. Proto je dle Čevely, Kalvacha, Čeledové (2012, s. 221) předním cílem geriatrické prevence zachování soběstačnosti a zamezení této závislosti.

Je nutné zdůraznit, že v povědomí veřejnosti převládá názor, že kvalitní život lze realizovat pouze tehdy, pokud jsme zdraví. Zdraví bezpochyby tvoří významný předpoklad kvality života, avšak samo o sobě ji nezakládá. „*Kvalita života není vázána pouze na stav zdraví*“, říká Haškovcová (2010, s. 254). Pokud bychom toto tvrzení nepřipustili, přijali bychom stanovisko, že v nemoci není možné žít kvalitní život. Tak bychom odsoudili všechny nemocné k nekvalitnímu životu. Prožitek kvality života je však fenoménem plastickým a subjektivním. Je možné, aby existoval v nemoci či jiném nepříznivém stavu. V tomto případě je ale realizace kvalitního života komplikovaná, protože

je potřeba zharmonizovat individuální aktivity s aktuálními možnostmi, což může přinášet řadu omezení (Haškovcová, 2010).

I přes to, že tedy stáří samo o sobě není považováno za chorobný stav, v průběhu stárnutí se hromadí nepříznivé vlivy, a tak přibývá množství nemocných lidí. Pro stáří je tak typickým znakem nemocnosti polymorbidita, která se vyznačuje přítomností více nemocí najednou, zejména pak chronických. V tomto kontextu je vhodné zmínit tzv. geriatrické syndromy, které představují závažné, často opakující se zdravotní obtíže a symptomy (subjektivní i objektivní) u geriatrických, křehkých pacientů. Tyto obtíže a symptomy nemají vazbu na konkrétní onemocnění. Mají obvykle mnohočetné a různé kombinované příčiny (Kalvach a kol., 2008, s. 141).

Geriatrické syndromy bývají považovány za pouhý důsledek stárnutí, jsou přehlíženy, avšak omezují soběstačnost seniora a značně snižují kvalitu jeho života. Ohrožují jeho život v domácím prostředí. Vyskytují se v somatických, sociálních a psychických oblastech.

Mezi nejčastější somatické syndromy, které představují nebezpečí pro seniora v domácím prostředí, patří syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti a s ním spojený syndrom instability s pády (viz příloha 3). Mezi sociální syndromy můžeme zařadit výše zmíněnou ztrátu soběstačnosti a závislost na pomoci druhých. Dalším problémem života seniora v domácím prostředí je osamocenost, která může pramenit ze ztráty životního partnera (ovdovění) nebo poslední blízké osoby (např. sourozence). „*Předpokládá se, že až čtvrtina seniorů v ČR žije osaměle či v sociální izolaci – toto ohrožení narůstá s věkem*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 93). Velmi závažným rizikem života seniorů v domácím prostředí může být též zlé zacházení se seniory, násilí na seniorech, jejich týrání, zanedbávání či zneužívání ze strany rodiny nebo jiného pečujícího, tzv. syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného seniora (elder abuse and neglect, EAN).

Psychické syndromy bývají úzce spojeny se somatickými. Jedná se především o delirium, depresi a demenci. Delirium představuje náhlý stav zmatenosti, který může být způsoben například závažnou infekcí, bolestí, srdečním selháváním, farmaky apod. Rozvíjí se zpravidla několik hodin až dnů a může se projevat neklidem, agresivitou, poruchou myšlení, orientace, paměti, také halucinacemi a bludy. Deprese je jedno z nejčastěji se vyskytujících onemocnění ve stáří. Představuje poruchu nálady, která může negativně ovlivňovat průběh somatických onemocnění. Může mít vliv na zhoršení soběstačnosti seniora, eliminaci sociálních kontaktů a sebevražednost. Deprese

ve stáří se vyznačuje specifickými znaky, jako jsou pocity prázdnoty, apatie, poruchy paměti, chování a spánku. Obecným dopadem deprese na život seniorů je zhoršená kvalita života seniora a jeho blízkých. Zásadní vliv na kvalitu života seniora i celé jeho rodiny má také demence (Ondrušová, 2011).

1.2 Demence

Demence se stává jedním z významných problémů dnešní společnosti. Není problémem pouze zdravotnickým, ale také sociálním. Dá se říci, že patří mezi nejčastější a nejobávanější zdravotní problém vyššího věku. To je dáno především stoupajícím trendem výskytu tohoto syndromu. Dle Světové zdravotnické organizace žije v současné době na světě přibližně 55 milionů lidí s demencí. Vzhledem k rostoucímu podílu starších osob v populaci se očekává, že toto číslo v roce 2030 dosáhne 78 milionů, v roce 2050 až 139 milionů (WHO, online, 2021). Ve Výroční zprávě Alzheimer Europe z roku 2019 (s. 32) se uvádí, že v České republice bylo v roce 2018 téměř 150 tisíc lidí s demencí a předpokládá se, že toto číslo vzroste do roku 2050 na téměř 280 tisíc.

Demence je v současnosti sedmou nejčastější příčinou smrti (WHO, online, 2021). Přestože prevalence demence vykazuje významnou souvislost s věkem, vyskytuje se převážně ve vyšším věku, není nutným důsledkem stárnutí.

1.2.1 Vymezení pojmu demence

Termín demence představuje syndrom neboli soubor příznaků, který vzniká zpravidla nevratným poškozením mozku, zejména pak mozkové kůry. Má obvykle chronický či progresivní charakter. Vlivem tohoto onemocnění dochází k narušení vyšších nervových korových funkcí, včetně paměti, myšlení, chápání, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. K narušení vědomí nedochází. Zhoršení výše zmíněných funkcí bývá často doprovázeno zhoršením kontroly a ovládnutí emocí, změnou sociálního chování nebo změnou motivace (Pidrman, 2007, s. 9–10).

Demence lze definovat jako poruchy, které se vyznačují podstatnou deteriorací inteligence oproti premorbidní úrovni. Tato deteriorace se promítá v oblasti pracovní, ve schopnosti vykonávat každodenní aktivity i v oblasti sociální (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 170).

1.2.2 Příčiny a typy demence

V etiologii syndromu demence lze nalézt přes 100 dokazatelných příčin tohoto syndromu. Nejčastější příčinou syndromu demence jsou tzv. neurodegenerativní onemocnění, která jsou zpravidla charakterizována tím, že se v mozku vytváří patologický protein, který má tendenci ukládat se v určitých oblastech. I přes to, že tyto patologické proteiny mají typické oblasti pro ukládání, mohou se vyskytovat i v jiných oblastech. Proto je dle Hauke a kol. (2017, s. 27–28) diagnostika jednotlivých typů demence, jejich rozpoznání a odlišení od jiných nemocí velmi náročná a nejednoznačná. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc. Podrobnější popis diagnostiky demence je k dispozici v příloze 4 a Alzheimerovy choroby v příloze 5.

Demence může vzniknout také jako následek stavů, které nevratně poškodily nebo poškozují mozek, zejména pak mozkovou kůru. Může se jednat především o získané poškození mozku s následkem jeho poranění, následky akutních otrav či dlouhodobé působení například návykových látek či jiných škodlivin, následky infekčních onemocnění například HIV/AIDS apod. Obraz demence mohou také napodobovat další tělesná i psychická onemocnění, která jsou však na rozdíl od demence léčitelná. Je jím například deprese, která může zapříčinit tzv. depresivní pseudodemenci. Z metabolických onemocnění je to například snížená funkce štítné žlázy (hypotyreóza), u které se může vyskytovat zpomalení psychických funkcí (Holmerová a kol., 2014, s. 65–66).

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí neboli MKN-10 je demence řazena mezi duševní poruchy a poruchy chování, konkrétně pak patří do skupiny organických duševních poruch včetně symptomatických (F00–F09). Malá a Pavlovský (2002, s. 46) uvádí, že za organické se považují stavy způsobené poruchou zjištěnou v CNS, označení symptomatické znamená, že se jedná primárně o jiná systémová onemocnění a mozkové poškození je až sekundární.

V praxi se jednotlivé typy demencí dle příčin dělí do dvou základních skupin:

- 1) Demence primární, degenerativní (atroficko-degenerativní, neurodegenerativní), jež jsou zapříčiněny degenerativními změnami v mozkové tkáni. Do této skupiny náleží:
 - a) Alzheimerova choroba,
 - b) demence s Lewyho tělísky,

- c) frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby.
- 2) Demence sekundární, symptomatické způsobené jiným primárním onemocněním či poruchou postihující CNS, které lze dále dělit na:
 - a) demence ischemicko – vaskulárního původu, kam patří například multiinfarktová demence či vaskulární demence s náhlým začátkem,
 - b) další symptomatické demence, do kterých můžeme zařadit například demenci při infekčních chorobách, intoxikacích, nádorech či metabolickém rozvratu a podobně (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 10–11).

1.2.3 Příznaky a stadia demence

Příznaky demence jsou velmi rozmanité. U každého jedince se mohou vyskytovat jiné a jinak se mohou také projevit. Základním příznakem demence je úbytek kognitivních neboli poznávacích funkcí. Kognitivní funkce zahrnují paměť, intelekt, pozornost a motivaci. Jejich vývoj je ukončen mezi 2. – 4. rokem života.

U kognitivních funkcí bývá nejdříve zasažena paměť. Následně dochází k postupnému postižení soudnosti, logického uvažování, exekutivních (výkonových) funkcí, orientace. V konečném důsledku dochází k obrazu těžké intelektové deteriorace. Postupně dochází také k poškození nekognitivních funkcí. Nejčastěji se vyskytují poruchy emotivity (patické nálady, afektivní labilita, afektivní oploštělost, v pozdějších stádiích úbytek vyšších citů (Höschl, Švestka, Libiger, 2004, s. 468). Tyto poruchy kognitivních i nekognitivních funkcí postupně vedou k omezení až ztrátě soběstačnosti a schopnosti vykonávat každodenní činnosti.

Příznaky demence můžeme rozdělit dle Jiráka a kol. (2009, s. 22) do 3 základních okruhů, které se však vzájemně prolínají. Je to oblast kognitivních funkcí (porucha paměti, orientace, úsudku a myšlení, řeči, poznávání, pohybu), behaviorální a psychologické symptomy demence (porucha osobnosti, společensky nepřijatelné chování, poruchy exekutivních funkcí, emotivity, spánku, toulání, misidentifikace a další) a oblast aktivit denního života (problémy s komplexními činnostmi, domácími pracemi, problémy v sebeobsluze, neschopnost komunikovat, ztráta kontinence apod.).

Příznaky demence můžeme dále dělit dle jejich výskytu v jednotlivých stádiích onemocnění. V praxi se uvádí tři základní stadia a to I. stadium počínající a mírné demence, II. stadium středně pokročilé demence a III. stadium

pokročilé formy demence. V některých publikacích se uvádí navíc IV. stadium terminální fáze demence, které však bývá někdy uváděno v rámci III. stadia.

I. stadium neboli lehké stadium či stadium počínající a mírné demence obvykle trvá 1–4 roky od začátku onemocnění. V tomto stadiu dominují zejména poruchy kognitivních funkcí, poté přicházejí i poruchy chování. Mezi první příznaky patří zejména mírné zhoršení krátkodobé paměti a řečových schopností. Pro první stadium je typické horší vyjadřování a hledání slov. Zhoršuje se orientace v čase a prostoru. Senior se špatně orientuje v neznámém prostředí a v neočekávaných, nových situacích. Působí zmateně. Též dochází ke snížené pozornosti, ztrátě motivace, nezájmu, odsouvání věcí na jindy, ke ztrátě zájmu o oblíbené věci či dochází k depresivním náladám, apatii, úzkosti, uzavřenosti či agresi. Seniori si tuto skutečnost velmi často uvědomují a zaujímají k ní různé postoje. Někteří se stydí, jiní reagují mrzutě až agresivně, jiní jsou nejistí a raději se od ostatních izolují. Senior je však v tomto stadiu téměř soběstačný a dokáže žít samostatně. Nicméně potřebuje jisté návody a pomůcky (Holmerová, Janečková, Niklová, 2020, s. 9).

II. stadium neboli střední stadium či stadium středně pokročilé demence probíhá 2 – 10 let od začátku onemocnění. Toto stadium se vyznačuje především závažnější poruchou paměti, při které se nové informace fixují převážně velmi krátkodobě. Daný jedinec si nedokáže vzpomenout (zejména) na nedávné události. Často si nevzpomíná na své datum narození či místo, kde bydlí. Nepoznává své příbuzné nebo je zaměňuje. Dochází tedy též k zhoršení dlouhodobé paměti. Vyskytují se problémy spojené s chozením na toaletu a s inkontinencí. Ve větší míře je také narušena orientace, kdy člověk bloudí i na známých místech, doma. Dochází k narušení schopnosti komunikovat, jasně se vyjadřovat, jsou přítomny poruchy řeči, apraxie, ataxie. Objevují se poruchy chování, deprese, poruchy spánku, bludy či halucinace. Zhoršuje se soběstačnost tohoto člověka. Není schopen zajistit běžné denní úkony (vaření, úklid, nákup). V případě dalšího zhoršení stavu, je třeba dopomoci s osobní hygienou, WC či oblékáním. Tím přestává být schopen bezproblémově vést samostatný život a začíná potřebovat nepřetržitý dohled a pomoc při samoobslužných činnostech (Holmerová, Janečková, Niklová, 2020, s. 9–10).

III. stadium neboli těžké stadium či stadium pokročilé formy demence trvá 7–14 let od začátku onemocnění. Pro toto stadium je charakteristické těžké kognitivní postižení, úplná ztráta paměti. Člověk nepoznává příbuzné ani dobře známé předměty. Neví, že je doma, ale jisté prvky může poznávat. Nedokáže

pochopit složitá sdělení, jednoduchá slova, ale gesta ano. Dochází k omezení verbální komunikace, až k jejímu úplnému zániku, při kterém však mohou být přítomny občasné nesouvislé a nesrozumitelné výkřiky. Zhoršuje se chůze, což může vést až k úplnému upoutání na lůžko. Postižený je plně inkontinentní, není schopný žádné sebepečce a je tedy zcela (24 hodin denně) závislý na pomoci druhé osoby. To vše vede k minimálnímu kontaktu s okolím (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 22).

IV. stadium neboli terminální stadium je konečnou fází demence, která směřuje ke smrti. V tomto stadiu se typicky vyskytují neurologické extrapyramidové příznaky jako je třes, mimovolní pohyby, abnormální svalové napětí (např. křeče), tiky. Dále dochází ke kachektizaci (chorobnému zhubnutí) a hypomimii (snížené mimice). Člověk v tomto stadiu bývá často plně upoután na lůžko. Dochází k uzavření této osoby do svého vnitřního světa. Nelze tedy většinou navázat kontakt s touto osobou a provádět jakékoliv aktivity navyklým způsobem (Holmerová, 2018, s. 51).

1.2.4 Rizikové faktory a prevence demence

Mlýnková (2011, s. 135) uvádí osm základních rizikových faktorů, které výskyt demencí podporují. Jedná se o následující činitele:

- 1) **Věk:** je nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Navzdory tomu, že se demence může vyskytnout téměř v každém věku, i u dětí (po dokončení vývoje kognitivních funkcí), počet demencí se s věkem výrazně zvyšuje. Pidrman (2007, s. 41) navíc zmiňuje, že riziko věku lze vyjádřit také tím, že každých pět let dochází k zdvojnásobení případů demence u osob starších 65 let.
- 2) **Rodinná anamnéza a genetické faktory:** pokud dojde k výskytu demence před 60. rokem věku, pravděpodobně je o spojeno s výskytem demence v rodině. To se týká např. Alzheimerovy choroby. Pozitivní rodinná anamnéza (příbuznost 1. stupně) zvyšuje toto riziko 3x–4x. Z genetického hlediska se pravděpodobně jedná o změny na čtyřech chromozomech (1, 14, 19, 21), na kterých jsou zakódovány geny s mutacemi, které způsobují zvýšenou produkci některých proteinů.
- 3) **Vzdělání:** řada vědců se domnívá, že demence více postihuje lidi s nižším vzděláním.
- 4) **Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění:** riziko častějšího výskytu demence je u osob, které prodělali cévní mozkovou příhodu.

- 5) **Alkohol:** v důsledku dlouhodobého a nadměrného užívání alkoholu a jeho přímého toxického působení dochází ke zničení mozkových buněk.
- 6) **Poranění hlavy:** po úrazu nebo opakovaných úrazech hlavy může docházet k častějšímu výskytu demence.
- 7) **Deprese:** zvýšené riziko demence je také u seniorů, kteří trpí depresí.
- 8) **Tělesná a duševní aktivita:** je dokázáno, že pravidelné mentální i fyzické aktivity zabraňují vzniku demence, jsou protektivním faktorem.

Mezi další rizikové faktory, které mohou v konečném důsledku syndrom demence vyvolat, patří nezdravý životní styl, nadměrný stres, rizikový způsob života, kouření a podobně. Jedná se tedy o do jisté míry ovlivnitelné faktory, které jsou podobné rizikovým faktorům, jež způsobují většinu nejčastějších chronických onemocnění. Je tedy patrné, že zdravé stáří spočívá v celoživotní přípravě právě na toto období. Rizikové faktory je však možné ovlivnit. Pozitivně může působit aktivní způsob života, dostatek fyzických aktivit, správná životospráva, správné stravovací návyky, omezení kouření, kompenzace deprese, diabetu či obezity, nebo adekvátní léčba hypertenze. K preventivním opatřením dále může patřit sebevzdělávání, meditace a spirituální činnosti, zapojení se do sociálních a intelektuálních činností, naučení se co nejlepšimu zvládnutí stresových situací, paměťový trénink a další. Holmerová (2018, s. 61–62) považuje za nejúčinnější primární prevenci demence právě zmíněný trénink paměti udržující mozek v činnosti. Dále uvádí, že až třetině případům demence lze zabránit či ji podstatným způsobem oddálit ovlivněním výše uvedených faktorů. Přestože existují preventivní opatření, která mohou riziko vzniku demence podstatně snížit, žádné z nich nedokáže syndrom demence plně vyloučit (Holmerová, 2018).

1.2.5 Léčba demence a proces pomoci

Léčba demence spočívá v komplexním přístupu zaměřeném na konkrétního člověka, případně jeho rodinu či pečovatele. Pro navázání kontaktu s pacientem jsou vhodné „kroniky života“. Cíle léčby jsou závislé na jednotlivých stádiích demence. V počátcích se léčba zaměřuje na zlepšení či udržení kognitivního deficitu. V pokročilejších stádiích se zaměřuje na zpomalení progresu, prevenci behaviorálních a psychotických symptomů demence a co nejdéle zachování soběstačnosti. V konečné fázi poté léčba

směřuje k proaktivní, emočně orientované paliativní péči a terminální ošetrovatelské a pečovatelské péči. Terapie demence je postavena na dvou základních, vzájemně se ovlivňujících pilířích, kterými jsou farmakoterapie a nefarmakologické přístupy, ke kterým můžeme přidat ještě třetí velice zásadní pilíř, a to péči o pečující (Fartaľová, Ondriová, 2020, s. 23).

V současnosti neexistuje žádný lék, který by syndrom demence vyléčil či alespoň bezpečně zastavil. Existují však léky, které mohou oddálit zhoršování demence či zlepšit jiné přidružené příznaky (např. poruchy chování). Využívá se kognitivní a nekognitivní farmakoterapie (viz příloha 6).

U léčby mají nezastupitelný význam též nefarmakologické metody. Jsou jimi smysluplné aktivity odpovídající potřebám a preferencím konkrétního člověka žijícího s demencí. Zkoumání nefarmakologických přístupů nemá příliš dalekou historii, neboť se vědci dříve zabývali zejména farmakoterapií. Bylo však patrné, že kromě farmakoterapie má zásadní význam také aktivizace a další činnosti vykonávané především nelékařským personálem.

1.3 Péče o člověka s demencí v domácím prostředí

Rozsah péče, pomoci a podpory záleží vždy nejen na stadiu onemocnění, ale také na individualitě každého člověka, který je demencí zasažen. V raných stadiích demence tyto lidé často žijí doma samostatně, postupně však dochází k intenzivnější potřebě pomoci a podpory ze strany rodiny. Výhodou péče v domácím prostředí o člověka s demencí je možnost zcela individuálního přístupu. Také v domácím prostředí je tento člověk přirozeně a ustavičně stimulován k aktivitě a může dodržovat své navyklé denní rituály. Pravidelnost denního režimu a stereotypnost chování přináší řád a s tím spojený pocit bezpečí a jistoty. Efektivní péče tak směřuje k podpoře kvality života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak člověka s demencí, tak i pečujícího. Základem péče je přijetí vnímání světa seniora. V péči má tak zvláštní místo hodnota důvěry a vzájemné úcty, protože postupně dochází nejen k fyzické, ale též emocionální závislosti této osoby na pečujícím. Péče rodiny pak vyžaduje značnou soudržnost, odhodlání, lásku, sílu a schopnost se postarat. Hlavním cílem pečování je dle Zgoly (2003, s. 16): *„vybudovat spojení, ve kterém jsou oba – člověk s demencí spolu s pečovatelem – schopni dělat cokoli, co je pro všední život zapotřebí. Když se objeví problémy, zvládají je společně.“*

Na podobném cíli je založen i Montessori přístup, jehož heslem je „pomoz mi, abych to dokázal sám“. Tento přístup nahlíží na seniora jako na osobu s kognitivním deficitem, nikoli jako na nemocného. Důraz je kladen na zdravou podstatu člověka a zaměření se na to, co zůstává zachováno. Cílem je tak zachování co nejvyšší míry samostatnosti a sebeobslužnosti u osob se syndromem demence (Jirkovská, 2022, s. 43).

Hauke a kol. (2017, s. 261) uvádí hlavní zásady péče o člověka s tímto postižením, mezi které patří:

- trpělivost,
- komunikace jednoduchými větami a za využití běžných slov nikoli odborných termínů,
- využívání gest a aplikace něžných dotyků,
- nepopírání a nekritizování myšlenek a postojů tohoto člověka (jeho pravdy),
- stanovení „pevných bodů“ v denním režimu,
- přijetí světa, ve kterém člověk s demencí žije, přijetí jeho probíhající přítomnosti.

1.3.1 Situace rodinných pečujících

Dá se říci, že snad každý senior touží po tom, aby mohl zůstat ve svém domácím prostředí co nejdéle, nejlépe napořád. Z výsledků nedávných výzkumů vyplývá, že „většina seniorů chce zůstat ve svém domově i za předpokladu, že budou závislí na péči druhé osoby“ (Tomeš, Šámalová a kol., 2017, s. 193). Pokud senior začne ztrácet svou soběstačnost a k uspokojování svých potřeb, začne být třeba pomoci druhé osoby, velmi zásadní roli pro jeho další fungování sehrává rodina. Je patrné, že demence zásadním způsobem zasahuje do rodinných vztahů, což je dáno tím, že o člověka s demencí pečuje nejčastěji nejbližší rodina. Z rodinných příslušníků se stávají pečovatelé, kteří se musejí vyrovnávat se změnami, které tento syndrom přináší. Proto se Alzheimerova choroba často nazývá také „nemocí příbuzných“, protože pro ně přináší velkou zátěž. Pokud má však rodina pečovat o seniora s demencí, „pak právě tato rodina musí chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout“ (Haškovcová, 2010, s. 286).

Když rodina chce, poté si mnohem lépe osvojuje i schopnost umět. Je schopna si vyhledat potřebné informace k tomu, aby zajistila seniorovi s demencí patřičnou péči. Nicméně se může stát, že bude těžké překonat

kritérium „moci“. Důvodů, proč se rodina nemůže postarat o seniora s demencí, je mnoho. Tuto skutečnost si může uvědomit hned na začátku, ale též v průběhu péče o seniora s tímto postižením, kdy je pečující vystaven výrazné emocionální, fyzické a časové zátěži. V této situaci může být velmi užitečné poradenství, svépomocné skupiny, psychoterapie, edukační programy pro pečovatele nebo tzv. sdílené péče (Haškovcová, 2010).

Sdílená péče je v obecné rovině založena na spolupráci rodinných příslušníků a profesionálů ze zdravotních a sociálních služeb. V přirozeném prostředí se jedná zejména o ambulantní a terénní služby (v případě respitní péče i pobytové). Tato kombinace neformální péče s ambulantní a terénní službou přispívá k zlepšení kvality života seniora a zajištění důstojného stáří v jeho domácím prostředí. Toto spojení též umožňuje rodinnému pečovateli skloubit péči se zaměstnáním, a tak předcházet syndromu vyhoření.

1.3.2 Služby pro seniory s demencí v domácím prostředí

Senioři s demencí v domácím prostředí často potřebují, aby jim byla současně poskytována zdravotní i sociální péče. Tedy tyto dvě sféry nelze od sebe oddělovat. Je to dáno tím, že zdravotní problémy jsou často propojeny se sociálními a naopak. V tomto kontextu poté hovoříme o problematice zdravotně sociální či sociálně zdravotní, čím je vyjádřena potřeba provázanosti, návaznosti i koordinovanosti těchto služeb (Kalvach a kol., 2004).

Zdravotní služby, které jsou dle zákona o zdravotních službách (372/2011 Sb.) poskytovány ve vlastním sociálním prostředí pacienta, zahrnují návštěvní službu lékaře a domácí péči, která obsahuje ošetrovatelskou péči („home care“), léčebně rehabilitační péči a paliativní péči. Sociální služby, které se u seniorů s demencí v jejich přirozeném domácím prostředí využívají, lze rozdělit na ambulantní a terénní. Mezi ambulantní služby můžeme zařadit denní stacionáře a centra denních služeb. Terénní služby poskytované v domácím prostředí jsou pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby. Podrobnější popis zdravotních a sociálních služeb pro seniory s demencí v domácím prostředí jsou k dispozici v příloze 7.

Aktivizace je nepostradatelnou součástí většiny služeb sociální péče (terénních, ambulantních i pobytových). Zásadní význam pro aktivizaci seniorů v domácím prostředí mají sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby

se zdravotním postižením, osobní asistence a terénní odlehčovací služby. V jejich náplni práce je dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností. V pečovatelské službě by aktivizační činnosti neměly probíhat. Aktivizaci v terénních sociálních službách se budu věnovat v následujících kapitolách.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou poskytovány osobám v důchodovém věku a osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Tyto služby patří mezi služby sociální prevence, protože pomáhají zprostředkovávat kontakt s okolím a podporují rozvoj osobních sociálních schopností a dovedností tak, aby takto nemocný senior byl začleňován do společnosti. Smyslem aktivizačních služeb je posilování vlastní hodnoty a potřeby – „ještě to dokážu“. Dále také upevnění potřeby seberealizace, posilování vlastní identity a obnovení sebeúcty (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Osobní asistence je dalším druhem terénní sociální služby, ve které se může efektivně využívat aktivizace seniorů. Je jednou ze služeb sociální péče a je určena osobám se sníženou soběstačností, které se z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení nemohou sami o sebe postarat. Osobní asistence zahrnuje komplexní péči. Je založena na individuálním přístupu a podpoře soběstačnosti, samostatnosti a svébytnosti každého jedince. Základním požadavkem je udržet a posilovat důstojnost každého člověka žijícího s demencí, pomoci mu uchovat si takovou kvalitu života, na jakou byl zvyklý, a umožnit mu, aby mohl co nejdéle zůstat rovnocenným účastníkem života společnosti. Může mít formu sebeurčující, ale též řízenou. Tedy pokud je to možné, senior si dle vlastních přání určuje náplň asistence sám. Výhoda osobní asistence spočívá v časové neomezenosti. Na rozdíl od pečovatelské služby je tato služba více zaměřena na doprovázení člověka za účelem obvyklého fungování v domácnosti i ve společnosti.

Nezřídkou užívanou službou pro seniory s demencí žijících v jejich přirozeném prostředí je **odlehčovací služba** neboli respitní péče, která může mít podobu jak ambulantní a terénní, tak i pobytovou. Patří také do služeb sociální péče a je určena osobám se sníženou soběstačností, o které je běžně pečováno v jejich domácím prostředí. Zaměřuje se na podporu pečujících, kteří se starají o seniora a potřebují nutný odpočinek. Součástí terénní odlehčovací služby je nejen zajištění kompletní péče o seniora, ale též společnost a aktivizace v době, kdy rodina není doma.

2 Aktivizace a její význam pro zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniorů

V životě každého člověka se nachází potřeba vykonávat smysluplné činnosti, které vedou ke konkrétnímu cíli a přináší užitek nejen samotnému jedinci, ale též jiným lidem. Jinak tomu není ani ve stáří. V péči o lidi se syndromem demence je smysluplná aktivita velice cenným prostředkem, který může povzbudit, rozptýlit, zklidnit i zásadně ovlivnit kvalitu života seniora. Takováto aktivita je totiž přirozeně lidská a finančně nejméně nákladná. Podporuje co nejdéle setrvání seniora v jeho přirozeném, domácím prostředí. V případě seniorů s tímto syndromem je však zapotřebí, aby do těchto aktivit byli přirozeně a spontánně zapojeni. Vlivem syndromu demence se totiž omezuje množství činností, které dokáže senior vykonávat sám od sebe. Často se tak stává, že má příliš nevyplněného času. To může vést k neklidu, toulání, pokládání stejných otázek atd., aby tuto prázdnotu zaplnil (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Základem nefarmakologických přístupů jsou tak programy aktivit. Většina těchto programů, založených na psychologické bázi, bývá nazývána aktivizačními. Tyto programy a aktivity v nich realizované jsou zacíleny na uspokojování potřeb, zlepšování kvality života seniora a na jeho psychosomatickou a sociální adaptaci.

Z výsledků nedávných výzkumů vyplývá, že *„pokud je osoba ve stáří vystavena přiměřené aktivizaci, třeba i simulované v rámci aktivizačního programu, má její výkon významně lepší výsledky – může být dokonce plně srovnatelný s jedinci v mladší věkové kategorii“* (Vostrý, Veteška a kol., 2021, s. 62).

2.1 Pojem aktivizace

Jelikož definice aktivizace není vymezena zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), uvedu nyní možnosti jejího uchopení.

Jurečková (2003, s. 144) definuje aktivizaci jako *„specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností.“*

Dále uvádí, že aktivizaci můžeme chápat jako prevenci patologického chátrání, jako způsob naplňování života ve všech jeho složkách (bio-psycho-sociální i spirituální) a jako cestu k jeho smyslu, ke zdroji radosti a k životní motivaci.

Wehner a Schwinghammer (2013, s. 11) odvozují pojem aktivizace od slova „aktivovat“, tzn. uvést něco do pohybu, přimět k činnosti, pomoci k vyšší činnosti.

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013, s. 34) můžeme na aktivizaci nahlížet v užším i širším slova smyslu. V užším slova smyslu aktivizace obnáší problematiku osob s ohroženou či ztracenou soběstačností, při které je velmi zásadní vypracování individuálního plánu vycházejícího s osobních a funkčních charakteristik klienta. V širším slova smyslu aktivizace seniorů obsahuje smysluplné a uspokojivé trávení volného času.

Zgola (2003, s. 148) hovoří o aktivizaci jako o programu smysluplných aktivit, které napomáhají k tomu, aby každý senior mohl zažívat pocity jistoty, výkonnosti, sociálního začleňování a vlastní hodnoty. K pojetí „aktivizace seniorů“ jako programování aktivit se také přiklání Janečková, Kalvach, Holmerová (2004, in: Kalvach a kol., s. 437).

Vostrý a Veteška (2021, s. 127) hovoří o aktivizaci v kontextu rehabilitační péče, která představuje proces aktivizace nemocného za účelem navrátit ho do života a zajistit mu co možná největší participaci na životě společnosti.

Aktivizace má vlastně charakter nefarmakologické léčby, která přispívá k zachování, případně zlepšení úrovně hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Tato léčba představuje nejen smysluplné vyplnění volného času, ale má schopnost pozitivně ovlivnit příznaky demence, aktivity denního života, verbální a neverbální komunikaci nemocného s příbuzným, sestrou, sociálním pracovníkem, pečovatelem. (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 35).

Jirkovská (2022, s. 14–15) klade v cílech důraz na podporu lidské důstojnosti, zlepšení kvality života (zvýšení osobní pohody), zlepšení fyzického i psychického stavu, povzbuzení denního režimu, zachování soběstačnosti, snižování stresové zátěže a další.

2.1.1 Formy aktivizace

Formy aktivizace můžeme dle Kalvacha a kol. (2004, s. 441) v první řadě rozlišovat dle počtu zapojených osob na individuální, párové, skupinové a společenské.

- 1) **Individuální aktivizace** představuje aktivity vykonávané zcela samostatně nebo za podpory pečujícího.
- 2) **Párová aktivizace** je vykonávána společně s partnerem, rodinným příslušníkem, přítelem/přítelkyní či pečovatelem. Je založena na podpoře mezilidských vztahů, komunikaci a sdílení.
- 3) **Skupinová aktivizace** probíhá v cíleně vytvořených menších skupinách. Výhodou členství ve skupině může být vytvoření pocitu, že člověk někam patří a že není sám. Přitom si senior zachovává svou identitu, svoji roli, a může nacházet nové přátele, podporu, porozumění.
- 4) **Společenská aktivizace** probíhá ve velkých, heterogenních skupinách, v komunitě, ve které člověk může zažívat společenství, uvolnění emocí, zapojení všech.

Aktivizační programy mohou mít dále podobu preventivní a léčebnou. **Preventivní forma** se zaměřuje na zdravou stárnoucí populaci. Jejím základem je předcházení vzniku nemoci či zhoršování stavu seniora. **Léčebná forma** zahrnuje jednak vlastní terapii (např. kognitivní aktivity u lidí po cévní mozkové příhodě), tak též sekundární prevenci, která je vhodná například u lidí s počínající, mírnou demencí, u kterých může patřičná aktivizace významně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 17).

2.1.2 Druhy aktivizačních činností

Druhy aktivizačních činností můžeme třídit různými způsoby, stejně jako formy aktivizace. Janečková, Kalvach, Holmerová (2004, in: Kalvach a kol., s. 441) rozdělují činnosti dle místa v životě člověka na:

- činnosti všedního dne (např. nakupování a příprava jídla, úklid domácnosti),
- pracovní činnosti (např. práce na zahradě, háčkování a pletení, péče o domácího mazlíčka),

- péče o sebe (např. hygiena, rehabilitace, péče o svůj vzhled – kosmetika, kadeřnice),
- činnosti volného času (procházky, zpěv, tanec, poslech hudby, hry),
- rozvoj a vzdělání (četba, psaní, univerzita třetího věku).

Jurečková (2003, s. 50) na základě svého výzkumu týkajícího se aktivizace v domovech seniorů vytvořila typologii aktivit dle kategorií potřeb. Aktivity člení do následujících skupin:

- aktivity naplňující **fyzické** potřeby: pohybové, sportovní, rukodělné a výtvarné činnosti, hudební aktivity zaměřené například na dýchání, zahradnické práce, smyslová stimulace, vaření a další,
- aktivity naplňující **psychické** potřeby: hudební aktivity zaměřené na relaxaci (poslech hudby, zpěv, ...), kognitivní rehabilitace (procvičování paměti), reminiscenční kreativní činnosti, péče o domácí mazlíčky a další,
- aktivity naplňující **sociální** potřeby: obecně kolektivní aktivity, společenské hry, kulturní akce, návštěva divadla, výstavy či muzea a další,
- aktivity naplňující **duchovní** potřeby: čtení z Bible, návštěva kostela, mše, rozhovory o smyslu života a jiné.

Dle Mlýnkové (2017, s. 89) můžeme činnosti v rámci aktivizace rozdělit do tří velkých skupin:

- činnosti podporující mentální schopnosti: cvičení paměti, kognitivní trénink, reminiscence, orientace v realitě,
- činnosti podporující fyzické schopnosti: rehabilitační činnosti a kondiční trénink, sebeobslužné a výchovné činnosti (výtvarné aktivity, muzikoterapie, atd.),
- činnosti podporující senzorické schopnosti: hmatová, čichová, sluchová a zraková stimulace.

2.1.3 Zásady aktivizace

Při vybírání vhodných aktivit je zapotřebí brát v úvahu stav klienta, jeho věk, pohlaví a také stadium nemoci. Proto je zcela nezbytný individuální přístup. Pracovník vybírá aktivity s ohledem na potřeby, zájmy, schopnosti klienta a stadium demence, protože některé aktivity jsou vhodné

pro první stadium, nikoli však pro třetí, a naopak. Aktivity by měly přirozeně navazovat na každodenní život člověka v domácím prostředí. Důležitá je také komplexnost přístupů, které by měly efektivně ovlivňovat psychickou a fyzickou stránku i psychosociální kontakty. Další zásadou je zaměření se na silné stránky klienta, které by měly být zdůrazňovány a podporovány. Také je vhodné, aby aktivity probíhaly ve známém prostředí, ve kterém se klient cítí spokojeně a dobře se v něm orientuje. Klíčový je klid a vymezený čas na aktivity. Vhodné je brát v potaz i denní dobu. Důraz je též kladen na pravidelnost aktivit, ale i jejich přiměřenost. Důležité je rozdělit čas na dobu aktivit a dobu odpočinku. Mezi nimi by měla být rovnováha. Příliš mnoho aktivit by mohlo starého člověka vyčerpat a jeho stav spíše zhoršit (Pidrman, 2007, s. 94).

Podle Zgola (2003, s. 153) by v případě seniorů s demencí měly být všechny aktivity:

- **Účelné:** vše, co člověk v životě vykonává, má nějaký význam. Tedy i aktivity, které nabízíme, musejí mít pro daného jedince smysl. Ten musí být pro seniora jasný a přijatelný.
- **Dobrovolné** – dobrovolně a se zájmem vykonané aktivity jsou pro seniora velmi přínosné. Nucené aktivity postrádají smysl a efekt.
- **Příjemné** – důležitá je při aktivitách velká míra empatie, pozorování verbálních i neverbálních projevů. Pokud se seniorovi aktivita nelíbí, je zapotřebí s ní přestat.
- **Společensky přijatelné** – při výběru činnosti je zapotřebí brát v úvahu věk a status osoby. Pokud se jedná o „dětinské“ či „ztrřštěné“ aktivity, musí být patrné, že se jich klient chce účastnit. Tyto aktivity totiž zásadním způsobem mohou ohrozit sebevědomí seniora, které je již tak často velmi zranitelné.
- **Úspěšné** – důležité je, aby byl zajištěn úspěch, tedy pozitivní zkušenost. Nabízené aktivity musí být v mezích schopností a dovedností daného jedince. Důležité je patřičné ocenění a pochvala.

2.1.4 Motivace k činnostem

Motivace představuje v životě každého člověka hybnou páku chování vedoucí k uspokojování vlastních potřeb. U seniorů vlivem onemocnění, která postihují jejich funkční stav, dochází k potlačení rozvoje dosažených

schopností a trvalých hodnot. Jádrem motivace je úsilí organismu docílit rovnováhy mezi ním a prostředím takovými činnostmi, jež vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti (Klevetová, 2017, s. 43).

Motivace k činnostem bývá v praxi u seniorů s demencí často obtížná. To je nezřídka způsobené emocionální oploštělostí, pasivitou a apatií. Seniori navíc mívají výrazně ochuzenou fantazii, tedy nadchnout je pro činnost bývá náročné. Je však velmi důležité, aby pracovník dokázal získat klienta pro spolupráci a eliminoval co nejvíce jeho obav, protože motivace hraje významnou roli v rozvoji seniora. Proto velice zásadní otázkou, kterou se zabývá řada pečujících, je, jak motivovat seniora k činnosti.

- V první řadě je zapotřebí dodržovat výše zmíněné zásady aktivizace. Každá činnost musí být „šitá na míru“ konkrétnímu jedinci a musí vyhovovat jeho aktuálním náladám a potřebám.
- Dále je velmi důležité, aby pečující povzbudil seniora ve správném postoji. Laskavý přístup, podpora, pochopení a empatie mohou představovat velký zdroj motivace.
- Významné pro motivaci seniora je také povzbuzení k tomu, aby se nebál nových věcí.
- Vhodné též je, aby aktivity byly vykonávány pravidelně a měly svůj řád.
- Přínosné může být dát klientovi na výběr a nechat ho, aby si sám určil, co by rád v daný okamžik dělal. Příliš mnoho nabídek může být však kontraproduktivní.
- Z praxe osvědčená metoda je začít aktivitu vykonávat sám a podpořit klienta, aby se přidal.
- Velice podstatné je též vzdělávání pečujících v aktivizačních přístupech a metodách. Pouze pokud pečující bude mít přehled o dané nemoci a způsobu práce se seniory se syndromem demence, může snadněji pochopit jejich chování a namotivovat je (Klevetová, 2017).

2.2 Vybrané metody aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí

Možností, jak seniora se syndromem demence v domácím prostředí aktivizovat, je velké množství. V domácím prostředí se jedná o individuální a párové formy aktivizace. Já se zaměřím pouze na několik vybraných nefarmakologických aktivizačních metod využívaných při práci se seniory

s demencí v jejich přirozeném domácím prostředí. Jelikož péče o seniora s demencí se odvíjí mimo jiné od stadia nemoci, pokusím se specifikovat, jakou techniku je vhodné používat v různých stadiích demence.

2.2.1 Kognitivní trénink

Trénink paměti může dle provedených výzkumů pomoci u lidí s mírnou kognitivní poruchou nebo i s rozvinutou demencí. Osoby s mírným poškozením mozku mají z tréninku paměti větší zisk, než osoby s větším poškozením (Holmerová a kol., 2014, s. 91).

Pro spolupráci s osobami se syndromem demence je zásadní záležitostí rehabilitace kognitivních funkcí. Cvičí se paměť, myšlení, pozornost, rozvíjí se vyjadřovací schopnosti a podporuje se prostorová orientace. Na rozdíl od běžného tréninku paměti, který má význam především u zdravých seniorů, je kognitivní trénink více šetrnější, zaměřený na seniory s demencí. Nepracuje se na čas, nesoutěží se a aktivity jsou méně obtížné (Jirkovská, 2022).

U seniorů v **1. stadiu demence** je žádoucí procvičování především krátkodobé paměti (neměla by se však opomíjet ani dlouhodobá), které napomáhá zpomalit rozvoj onemocnění a úpadek v kognitivní oblasti. Přínosné je například hraní pexesa, čtení a následný pokus o interpretaci textu či povídání si o tom, co bylo na textu zajímavé či jaká byla jeho podstata. Dále je také vhodné přečtení seznamu věcí a po časové pauze znovu vyjmenování těchto věcí nebo zapamatování si telefonního čísla či televizního programu. Seniorovi v počátečním stadiu demence může pomoci, když je podpořen v porozumění realitě, v časové orientaci a upevnění jeho povědomí o všem, co se právě děje. Žádoucí je například práce s kalendářem (zaměření se na den, měsíc, rok, kdo má svátek, významné události, apod.) či komentování toho, co děláme a proč (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 45–46).

U seniorů v **2. stadiu demence** je zpravidla vhodné využívat především dlouhodobou paměť. Jedná se například o doplňování přísloví, názvů měst nebo řek, jmenování synonym, antonym, vzpomínání na autory známých literárních děl, vědce, známé osobnosti a další (Mlýnková, 2011, s. 159).

U seniorů v **3. a 4. stadiu demence** postupně ztrácí kognitivní trénink význam. To je dáno nevratnou ztrátou mozkových funkcí. V těchto stadiích je nejdůležitější komplexní ošetrovatelská péče a laskavý přístup k seniorovi. V 4. stadiu je to navíc paliativní péče.

2.2.2 Reminiscence

Dle Vágnerové (2007, s. 306) je stáří obdobím ztrát mnoha rolí a úpadku různých kompetencí. Ty představovaly nezpochybnitelnou součást identity. Přestože nyní mohou být zachovány jen v symbolické podobě, ve formě vzpomínek, mohou být subjektivně velmi významné.

Reminiscence představuje podporu vzpomínání a vyvolávání vzpomínek na příjemné události z minulosti, které mohou pomoci zlepšit kvalitu života a adaptaci na stáří, podpořit důstojnost, udržet identitu seniora a hledat smysl života. Při reminiscenci je vytvořen prostor pro aktivní naslouchání seniorům a vnímání jejich individuálních potřeb, také pro lepší pochopení jejich osobnosti a upevňování vztahu mezi seniorem a pečujícím (formálním i rodinou). Reminiscence představuje velice vhodnou metodu aktivizace pro osoby se syndromem demence. Je to dáno tím, že i přes to, že je krátkodobá paměť narušena, dlouhodobá bývá často velmi dobře zachována, a tak si jsou senioři s tímto postižením schopni vybavovat dávné vzpomínky z dětství, mládí, dospělosti, jež jsou pro reminiscenci základem. Při reminiscenci se využívá zejména rozhovoru pečujícího se seniorem o jeho životním příběhu, dřívějších aktivitách, prožitých událostech a získaných zkušenostech. Využívá se různých pomůcek, jako jsou staré fotografie, předměty, hudební nahrávky či filmy (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Janečková a Vacková (2010, s. 100) tvrdí, že „*čím je demence hlubší, tím je efekt reminiscence výraznější a zlepšení nápadnější.*“ Reminiscenci je tedy vhodné používat ve všech stadiích demence, avšak měl by se brát ohled na náročnost činností a na životní příběh člověka.

U seniorů v **1. stadiu demence** můžeme využívat řadu složitějších a déle trvajících technik jako je například výroba reminiscenční bedny, boxu, kufru či krabice, do které se ukládají předměty, jež mohou v seniorovi vyvolávat dávné vzpomínky, životní okamžiky, situace. Jedná se o drahocenné osobní předměty, fotografie, kusy oděvů, staré mapy, novinové články, knihy, dopisy a podobně (Janečková, Čížková, 2021, s. 131). Další velmi zajímavou technikou, kterou je vhodné využívat v 1. stadiu demence, je vytváření vzpomínkových knih neboli knih životního příběhu, do kterých senior zanáší vše, co mu paměť nabízí – co prožil, s kým se v životě setkal, kdo ho na cestě životem provázel, jaká místa navštívil a podobně (Janečková, Vacková, 2010, s. 120). Mohou se také uspořádat reminiscenční výlety či vycházky, navštívit místa seniorovi blízká. Oblíbenými aktivitami jsou též vaření a pečení tradičních pokrmů

či povídání si o tradičních receptech. Tanec a hudba přináší rovněž přínosný zdroj vzpomínek (Janečková, Čížková, 2021).

U seniorů v **2. stadiu demence** lze využívat všechny výše zmíněné techniky reminiscence. Nicméně je zapotřebí, aby byla seniorovi zajištěna větší podpora a pomoc s ohledem na jeho zhoršený stav kognitivních funkcí a komunikačních schopností. Je vhodnější využívat méně náročné techniky jako je například výroba koláží, kterou mohou zvládnout i senioři při poměrně hlubokém stupni postižení. Je zde široká škála možností, jak se může na koláži daný člověk podílet, a tak si zachovat značnou míru kontroly nad probíhajícím dnem. Může vybírat materiály, obrázky, může je vystřihovat, lepit, navrhovat další postup práce či navrhovat, kam jaký obrázek bude umístěn (Janečková, Čížková, 2021, s. 121–122).

U seniorů ve **3. a 4. stadiu demence** mají nezastupitelný význam smyslová aktivizace a bazální stimulace, u kterých lze pracovat taktéž se vzpomínkami.

2.2.3 Smyslová aktivizace a bazální stimulace

Smyslové vnímání u osob se syndromem demence bývá dlouho zachováno, nicméně ve stáří se funkce smyslových orgánů zhoršuje. Proto je zapotřebí jejich aktivizace. Jelikož prostřednictvím smyslů se nám mohou vybavovat vzpomínky, smyslovou neboli senzorickou stimulaci můžeme pokládat i za součást reminiscence. Smyslová stimulace se soustřeďuje na jednotlivé smysly, které podněcuje k aktivitě. Smysly jsou tak zdrojem komunikace prostřednictvím dotyků, vůní, barev, zvuků a chutí mezi seniorem a pečujícím. Wehner a Schwinghammer (2013, s. 11) v tomto kontextu mluví o smyslové aktivizaci jako o přirozené a nenásilné příležitosti „žít všemi smysly“. Zásadní je znalost biografie daného jedince, jeho potřeb a zájmů, která zaručí úspěšný průběh stimulace.

Hmatová stimulace je vhodná spíše pro seniory v 1. a 2. stadiu demence. Dochází například k ohmatávání různých pro seniora známých látek a předmětů. Následně senior sděluje, jaký je jejich účel a využití. Může se tak dívat s otevřenýma i zavřenýma očima. Může se jednat také o sázení květin, pletení či tvoření z keramiky a další (Mlýnková, 2017, s. 99).

Čichová stimulace je přijatelná v jakémkoli stadiu demence. Vhodné je zejména používání přirozených čichových podnětů (vůně umleté kávy, topinek, čerstvého chleba, čerstvě posečené trávy atd.). Konkrétní aktivitou

pak může být například poznávání koření či čajových směsí (Janečková, Vacková, 2010, s. 104).

Zraková stimulace je zaměřena na podporu a rozvoj zrakových schopností. Tato stimulace může zahrnovat světlo, barvu, tvar, pohyb, či jejich kombinaci. Může se jednat kupříkladu o použití optických klamů, starších filmů s jednoduchou zápletkou, světelnou terapii nebo využití barevných kartiček (spojování barev kartičky s barvami prostředí či předmětů). Vizuální stimulace je vhodná pro všechny stadia demence (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 50–51).

Sluchová stimulace se zaměřuje na zvuky, které lidem mohou připomenout známá místa, časové úseky života, emoce, vzpomínky. Jedná se nejen o poslech hudby, ale také předcítání, poslouchání ptáků na zahradě či jiných venkovních zvuků. Vhodná je ve všech stadiích demence, pokud daný jedinec netrpí závažnými poruchami sluchu (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 51).

Chuťová stimulace je založena na rozeznávání jednotlivých chutí (slaná, sladká, hořká, kyselá). Také v nás jídlo a pití může vyvolávat řadu vzpomínek. Chuť lékořice, eskyma, kysela, bramboráků či nudlí s mákem může připomínat dětství a zážitky s ním spojené. V případě, že senior s demencí může či zvládá přijímat potravu ústy, může se tento druh stimulace využívat ve všech stadiích demence (Janečková, Vacková, 2010, s. 105).

Bazální stimulace stejně jako smyslová stimulace využívá ke své činnosti smyslové orgány. Představuje metodu, která se využívá v závažných stavech, poraněních, onemocněních. BS je zaměřena především na lidskou vnímavost, tedy je vhodná pro ty, kteří mají omezenou nebo narušenou schopnost vnímání, pohybu či komunikace. Lze ji využívat v 2. stadiu demence, častěji se však aplikuje ve stadiu pokročilé demence a v terminální fázi. Cílem bazální stimulace je rozvoj zachovaných kognitivních a pohybových schopností, podpora identity seniora a navázání kontaktu s pečujícím, zvládnutí orientace v místě a čase a celkové zlepšení či udržení zdravotního stavu. Je založena na holistickém pojetí člověka, na empatickém vztahu se seniorem a na zájmu poznat jeho život, rodinu, co má či nemá rád a podobně (Jirkovská, 2022, s. 25).

Důraz, který je v rámci bazální stimulace kladen, je zaměřen na uvědomování si okolního světa a vlastního těla prostřednictvím známých stimulů (například vůní, chutí, dotyků, zvuků). BS dle Tomové a Křivkové (2016, s. 104) zahrnuje somatickou, vestibulární, vibrační a nástavbovou (optickou, auditivní, olfaktorickou, taktilně-haptickou a orální) stimulaci.

2.2.4 Pracovní činnosti

Nedílnou součástí péče o seniory se syndromem demence a nedílnou součástí aktivizace je zapojení do pracovních činností. Důvodem je posilování jejich soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti. Pracovní činnosti představují pro seniory oblíbené aktivity, protože často vycházejí z jejich přirozených schopností, dovedností a potřeb. U žen se jedná zejména o vaření, které může spojovat několik metod aktivizace – procvičuje se jemná motorika, posiluje se paměť, aktivizují se smysly atd. U mužů se jedná zejména o kutilství, opravy, inovace. Dalšími pracovními technikami mohou být rukodělné činnosti. Ženy mohou háčkovat, plést, pracovat s keramikou apod. Muži mohou stavět modely letadel, aut či tvořit ze dřeva. Oblíbené jsou i činnosti spojené s prací na zahradě (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 38–39). Zapojení do pracovních činností lze využívat v 1. a 2. stadiu demence, v 3. a 4. stadiu již toto zapojení často nebývá možné.

2.2.5 Pohybové činnosti

Zásadní význam pro seniora má pohyb, který má vliv na jeho fyzický i psychický (v konečném důsledku i sociální) stav. Zvláště přínosné jsou nejen procházky, ale též kondiční cvičení, které je zaměřeno na celkovou aktivizaci seniora. To přispívá k udržování zdatnosti, odolnosti a výkonnosti organismu, podporuje činnost srdce a dýchání, adaptační mechanismy a normální funkci dalších orgánů atd. Kondiční cvičení by mělo být zařazeno do běžného dne každého seniora, protože mezi 50. – 80. rokem života dochází k poklesu svalové síly až o 45 % (Kalvach a kol., 2004, s. 414). Kondiční cvičení by mělo zahrnovat cviky na pohyblivost, pružnost a pevnost páteře, cviky na udržení svalové rovnováhy a držení těla, cviky na posilování svalů a pohyblivosti kloubů. Pohybové činnosti je možné vykonávat ve všech stádiích demence. V případě, že je senior s demencí upoután na lůžko, může se využívat dechové gymnastiky, pasivních i aktivních cviků zaměřených na protahování a udržování pohyblivosti kloubů a posilování svalů (Mlýnková, 2017, s. 93). V případě 4. stadia a paliativní péče je zásadní polohování a prevence dekubitů.

Do pohybových aktivit lze zařadit také tanec. Ten od pradávna představuje pro člověka významnou součást jeho života. Toto využití pohybu působí na psychickou (rozvoj neverbální komunikace, zlepšování emotivity, uvolnění), fyzickou (zdokonalení koordinace pohybu, rovnováhy, nabytí větší

celkové síly) i sociální (posilování vztahů) integraci člověka. Podle Holczerové a Dvořáčkové (2013, s. 47) působí terapeuticky především účast ve skupině, rytmus, kontakt se zemí, jednoduchost pohybů, opakování a rituální jednání (hlasový doprovod a terapeutické prostředky vložené do rituálu).

Tanec často bývá doprovázen hudbou. Hudba představuje významný stimul, jenž se uplatňuje zvláště při aktivizaci lidí s demencí. Díky hudbě, kterou dotyčný senior měl rád v průběhu svého života, lze i v pokročilém stadiu demence zlepšovat kvalitu života, rozvíjet komunikaci a probouzet ztracenou identitu (Janečková, Čížková, 2021). Hudba pomáhá a připomíná lidem, kým byli, kým jsou a co prožili. Přestože často lidé se syndromem demence nerozumí slovům, emocím druhých či tomu, co s nimi děláme, jak s nimi zacházíme, hudba je tím, čemu rozumí. Vlivem známé hudby může dojít k probuzení mnoha vzpomínek. Hudba i tanec tedy mohou být využívány k jejich vyvolání (Alive Inside, filmový dokument, 2014). Velký vliv na život seniorů s demencí a jeho kvalitu má také zpěv známých písní.

Empirická část

3 Výzkumné šetření

V praktické části své bakalářské práce se budu zabývat výzkumem, jenž se zaměří na problematiku aktivizace seniorů s demencí žijících v domácím prostředí. Výzkum bude zjišťovat názory a zkušenosti osobních asistentů, kteří by v rámci svých činností při poskytování péče o osoby žijící s demencí měli mimo jiné, dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., poskytovat výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (§ 35, písm. f)).

3.1 Výzkumný problém

Během čtyř let, kdy pracuji jako osobní asistentka převážně s osobami s demencí, jsem si několikrát uvědomila, jaký velký přínos aktivizace může mít. Setkala jsem se však i s odmítavým přístupem k aktivizačním činnostem mezi osobními asistenty a zároveň s malým povědomím o tom, co aktivizace obnáší, co je při ní podstatné a co ji může ovlivňovat. Proto můj výzkum v rámci bakalářské práce je zaměřen na zkušenost osobních asistentů s aktivizací seniorů s demencí v domácím prostředí.

3.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jakou mají osobní asistenti zkušenost s aktivizací seniorů s demencí v jejich přirozeném, domácím prostředí. Dalšími dílčími výzkumnými cíli jsou:

- 1) Zjistit, jaké je povědomí osobních asistentů o aktivizaci seniorů s demencí v domácím prostředí.
- 2) Zjistit, zda a jak provádějí osobní asistenti aktivizaci.
- 3) Zjistit, pokud asistenti aktivizaci provádějí, jaké případné změny pozorují u svého klienta.
- 4) Zjistit, co může mít vliv na úspěšnost aktivizace z pohledu osobních asistentů.

Ve výzkumu jsem se tedy zaměřila na následující 4 oblasti:

- povědomí osobních asistentů o aktivizaci,
- provádění aktivizace,
- změny pozorované u klienta a účinnost aktivizace,
- faktory ovlivňující úspěšnost aktivizace z pohledu osobních asistentů.

3.3 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů jsem definovala hlavní a dílčí výzkumné otázky. Hlavní výzkumnou otázkou je: „Jaká je zkušenost osobních asistentů s aktivizací seniorů s demencí v domácím prostředí?“

Dílčími výzkumnými otázkami jsou:

- 1) Jaké je povědomí osobních asistentů o aktivizaci? Znájí pojem aktivizace, její význam? Má osobní asistent v popisu práce aktivizaci?
- 2) Provádí osobní asistenti v péči o seniora s demencí aktivizaci či nikoli? Jak často? Jaké aktivizační metody nejčastěji využívají?
- 3) Jaký je pozorovaný efekt domácí aktivizace seniorů s demencí? Jak působí aktivizace na klienta?
- 4) Co může mít vliv na úspěšnost aktivizace? Počítá s aktivizací časová dotace na provádění asistenční služby? Má osobní asistent podporu pro aktivizaci ze strany zaměstnavatele? Je pro osobní asistenty důležité vzdělávání se v aktivizačních metodách? Jaká je spolupráce s rodinami v souvislosti s aktivizací? Jak osobní asistent seniora s demencí motivuje?

3.4 Metodologie sběru dat

V empirické části bakalářské práce byla pro získání dat zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Tato metoda byla zvolena z následujících důvodů:

- Cílem je popis konkrétního jevu.
- Je třeba oslovit velké množství respondentů.
- Budeme pracovat s konkrétními a kvantifikovatelnými daty.

Jako výzkumný nástroj jsem použila dotazník, který tvořilo 25 otázek. Otázky 17–19 byly určeny pouze pro osobní asistenty, kteří vykonávají

nebo vykonávali aktivizaci. V otázce č. 26 měli respondenti volný prostor pro vlastní vyjádření.

Součástí dotazníku byly otázky:

- dichotomické – s možností volby ze dvou odpovědí,
- polytomické – s možností volby ze 3 a více odpovědí,
- uzavřené – s možností volby z konkrétního výčtu odpovědí,
- polootevřené – s možností vlastní odpovědi po zvolení odpovědi „jiné“, či „Ano, protože“, „Ne, protože“,
- otevřené – s možností volné odpovědi,
- výběrové („single choice“) – s možností výběru pouze jedné odpovědi,
- výčtové („multiple choice“) – s možností výběru více odpovědí.

Dotazník byl vytvořen v on-line prostředí přes webovou stránku www.click4survey.cz a distribuován pomocí e-mailu a Facebooku. Připojení k formuláři bylo rozesláno cíleně na adresy vedoucích pracovníků níže zmíněných organizací a zveřejněno na facebookových stránkách zaměřených na sociální služby, osobní asistenci a aktivizaci. Oslovené osoby byly informovány o účelu dotazníkového šetření a vyzvány k dobrovolnému a anonymnímu vyplnění dotazníku a jeho odeslání ke statistickému zpracování. Anonymita byla garantována v úvodu dotazníku příslibem, že informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce, a zdůrazněním, aby respondenti nevyplňovali žádné své identifikační údaje.

Dotazník je zařazen jako příloha číslo 1.

3.5 Výzkumný soubor

V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila pouze na osobní asistenty, kteří mají zkušenost s péčí o seniora s demencí v domácím prostředí. Osobní asistenti, kteří nemají žádnou zkušenost s aktivizací seniorů s demencí, byli z mého výzkumu vyřazeni. Pro zvýšení validity a reprezentativity výzkumu jsem oslovila 20 poskytovatelů služeb osobní asistence s žádostí o rozeslání dotazníků osobním asistentům, kteří jsou v jejich organizaci zaměstnáni. Tyto poskytovatele jsem hledala v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV. Zde jsem se převážně zaměřila na ty z nich, kteří uvedli jako cílovou skupinou buď pouze seniory, nebo seniory a současně osoby s duševním

onemocněním, aby byla co největší pravděpodobnost, že osobní asistenti budou mít zkušenost s péčí o seniory s demencí. Syndrom demence je totiž řazen dle MKN-10 mezi poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99), specificky pak mezi organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00–F09).

Osloveni byli tito poskytovatelé osobní asistence: A DOMA z.s.; Centrum pro zdravotně postižené a seniory Středočeského kraje, o.p.s.; Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, o.p.s.; Centrum služeb pro zdravotně postižené Žatec, z.s.; Dementia I.O.V., z.ú.; Diakonie Valašské Meziříčí; Diecézní charita Brno; DomA - domácí asistence, z.s.; Domov Sue Ryder, z.ú.; Gerontologické centrum; Hewer z.s.; Charita Praha – Chodov; Chytrá Péče, s.r.o.; Kostka Krásná Lípa, p.o.; LCC domácí péče, s.r.o.; Podané ruce - osobní asistence; REMEDIA PLUS z.ú.; Slezská diakonie; Spokojený domov, o.p.s.; Společné cesty, z.s.

Předpokládaný počet respondentů je 100. Nakonec se do výzkumu zapojili pouze 2 poskytovatelé osobní asistence. Ostatní respondenti byli získáni pomocí facebookových skupin. Dotazník vyplnilo 142 osobních asistentů. Návratnost představovala 27 %. Z 518 dotazníků bylo vyplněno 142.

Výzkum probíhal od 19. 1. 2022 do 19. 3. 2022. Získaná data byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Excel prostřednictvím kontingenčních tabulek. Tato data byla následně umístěna do jednoduchých tabulek, které obsahují celkový počet respondentů, kteří zvolili u dané otázky stejnou odpověď, a jejich relativní četnosti vyjádřené v procentech.

4 Výsledky výzkumu

Na následujících stránkách této bakalářské práce jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření u osobních asistentů.

4.1 Popis souboru respondentů

Pohlaví

Tabulka 1 - Pohlaví dotazovaných osobních asistentů

	dotazovaných	procentuálně
Žena	134	94 %
Muž	8	6 %
Celkem	142	100 %

Z celkového množství 142 dotazovaných osobních asistentů, kteří mají zkušenost s péčí o seniora s demencí v domácím prostředí, je 134 žen (94 %) a 8 mužů (6 %). To poukazuje na fakt nízkého zastoupení mužů v této profesi.

Věk

Tabulka 2 - Věk dotazovaných osobních asistentů

	dotazovaných	procentuálně
Méně než 18 let	0	0 %
18 – 30 let	31	22 %
31 – 45 let	52	37 %
46 – 55 let	32	22 %
56 – 65 let	19	13 %
Více než 65 let	8	6 %
Celkem	142	100 %

Dotazníkového šetření se zúčastnilo nejvíce osobních asistentů ve věku 31 – 45 let (37 %). Stejně byly zastoupeny věkové kategorie 18 – 30 let a 46 – 55 let (po 22 %). Celkově tvořili osobní asistenti ve věku do 45 let nadpoloviční většinu (59 %). Menší zastoupení měla věková kategorie 56 – 65 let (13 %). Nejméně byla zastoupena věková kategorie nad 65 let (6 %). Ve věkové kategorii pod 18 let nebyl zaznamenán žádný respondent.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných osobních asistentů

	dotazovaných	procentuálně
Základní škola	7	5 %
Střední škola (bez maturity)	37	26 %
Střední škola (s maturitou)	61	43 %
Vyšší odborná škola	14	10 %
Vysoká škola	23	16 %
Celkem	142	100 %

Nejčastěji uváděným nejvyšším dosaženým vzděláním byla střední škola s maturitou (43 %). Přibližně čtvrtina respondentů (26 %) odpověděla, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola bez maturity. Vyšší odbornou školu vystudovalo 14 osobních asistentů (10 %). Vysokou školu absolvovalo 23 osobních asistentů (16 %). Překvapivě tedy více než čtvrtina respondentů má vyšší vzdělání než střední školu. 7 osobních asistentů (5 %) má „pouze“ základní vzdělání.

Délka praxe jako osobní asistent/ka

Tabulka 4 - Délka praxe v osobní asistenci

	dotazovaných	procentuálně
0 – 5 let	91	64 %
6 – 10 let	37	26 %
11 – 20 let	13	9 %
20 a více let	1	1 %
Celkem	142	100 %

Na pozici osobního asistenta pracuje nejvíce respondentů 0 – 5 let (64 %). Více než čtvrtina respondentů (26 %) vykonává tuto práci 6 – 10 let. 13 respondentů (9 %) pracuje v osobní asistenci 11 – 20 let. Pouze 1 respondent (1 %) uvedl, že je osobním asistentem 20 a více let.

4.2 Práce s lidmi s demencí

Délka práce se seniory s demencí

Tabulka 5 - Délka praxe v péči o seniory s demencí

	dotazovaných	procentuálně
Méně než 1 rok	13	9 %
1 – 3 roky	64	45 %
4 – 6 let	35	25 %
7 a více let	30	21 %
Celkem	142	100 %

V otázce zaměřené na délku práce se seniory s demencí bylo nejčastější odpovědí rozmezí 1 – 3 roky (45 %). Čtvrtina respondentů (25 %) pracuje se seniory s demencí 4 – 6 let. 30 osobních asistentů (21 %) pracuje se seniory s demencí 7 a více let. Nejmenší podíl tvoří skupina 13 osobních asistentů (9 %) s praxí méně než 1 rok.

Počet seniorů s demencí během zaměstnání v roli osobního asistenta

Tabulka 6 - Počet seniorů s demencí v průběhu praxe

	dotazovaných	procentuálně
1 – 2 seniory s demencí	34	24 %
3 – 4 seniory s demencí	37	26 %
5 – 6 seniorů s demencí	15	11 %
7 – 8 seniorů s demencí	14	10 %
9 – 10 seniorů s demencí	3	2 %
Více než 10 seniorů s demencí	39	27 %
Celkem	142	100 %

O 1 – 2 seniory s demencí pečovalo v průběhu své práce 34 osobních asistentů (24 %). Další více než čtvrtina (26 %) zodpověděla, že pečovala v rámci své praxe o 3 – 4 seniory se syndromem demence. Podobné množství (27 %) uvedlo, že se staralo o více než 10 seniorů s tímto postižením. V průběhu výkonu osobní asistence pečovalo 15 respondentů (11 %) o 5 – 6 seniorů s demencí a 14 respondentů (10 %) o 7 – 8 seniorů s demencí. Nejméně respondentů (2 %) zodpovědělo, že má zkušenost s 9 – 10 seniory s demencí.

Činnosti obvykle prováděné během návštěvy u seniora s demencí

V polootevřené otázce č. 7 byly nabídnuty respondentům činnosti, mezi kterými měli vybrat ty, které během své asistenční návštěvy spolu se seniorem s demencí obvykle provádí. Měli možnost označit více odpovědí. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %).

Tabulka 7 - Činnosti prováděné během návštěvy u seniora s demencí

	dotazovaných	procentuálně
Příprava a podávání jídla	128	90 %
Povídání	128	90 %
Hygiena	120	85 %
Pomoc s oblékáním a svlékáním	115	81 %
Dohled, hlídání	113	80 %
Procházka, doprovázení	104	73 %
Zábavné aktivity, hry, luštění křížovek, ruční práce, kreslení apod.	102	72 %
Úklid domácnosti	82	58 %
Sledování televize	66	47 %
Nakupování	62	44 %
Jiné činnosti	21	15 %

Z odpovědí v tabulce vyplývá, že mezi nejčastěji prováděné činnosti během návštěvy seniora s demencí patří příprava a podávání jídla a povídání si (po 90 %). Další velmi obvyklou činností je hygiena, kterou uvedlo 120 dotazovaných (85 %), pomoc s oblékáním a svlékáním (81 %), dohled a hlídání (80 %), procházka a doprovázení (73 %) a zábavné aktivity, hry, luštění křížovek, ruční práce, kreslení apod. (72 %).

Jako „jiné činnosti“ osobní asistenti (15 %) zaznamenali konkrétní aktivizační metody – pohybové činnosti, reminiscenci, hudbu a zpěv a kognitivní trénink.

Spokojenost osobních asistentů s prací u seniorů s demencí

Tabulka 8 - Spokojenost s prací u seniorů s demencí

	dotazovaných	procentuálně
Těší mě velmi	64	45 %
Spíše mě těší	66	47 %
Spíše mě netěší	12	8 %
Netěší mě vůbec	0	0 %
Celkem	142	100 %

64 osobních asistentů (45 %) uvedlo, že je práce u seniorů s demencí „těší velmi“. 66 osobních asistentů (47 %) odpovědělo, že je „spíše těší“. 12 dotazovaných (8 %) zodpovědělo, že je osobní asistence u lidí se syndromem demence „spíše netěší“. Žádný respondent neuvedl odpověď „netěší mě vůbec“.

4.3 Aktivizace v domácnostech seniorů s demencí

Představa o aktivizaci seniorů

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku: „Když se řekne aktivizace seniorů, co si pod tímto pojmem představíte?“ vlastními slovy. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %). Respondenti ve většině případů uváděli více představ o pojmu aktivizace. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 9.

Tabulka 9 - Význam pojmu aktivizace podle osobních asistentů

	dotazovaných	procentuálně
Podněcování a zapojení do běžných denních činností	62	44 %
Zábavné programy, oživení stereotypu	34	24 %
Aktivity k udržení stávajících schopností a dovedností	32	23 %
Aktivity posilující samostatnost a soběstačnost	26	18 %
Komunikace, povídání	22	16 %
Kognitivní trénink, trénování paměti	21	15 %
Smysluplné činnosti	18	13 %
Podpora seniora s demencí	18	13 %
Aktivity vedoucí ke zlepšení či udržování zdravotního stavu	16	11 %
Aktivní naplnění volného času	16	11 %
Individuálně zaměřené aktivity	15	11 %
Aktivity zabraňující samotě, aktivity umožňující společenský kontakt	14	10 %
Aktivity dodávající chuť a motivaci do života	13	9 %
Pohyb, cvičení, procházky	13	9 %
Vzpomínání, prohlížení fotek	6	4 %
Učení se novým věcem	3	2 %
Nevím	1	1 %

99 % osobních asistentů vědělo, co si pod pojmem aktivizace seniorů představí. Nejvíce respondentů definovalo aktivizaci seniorů jako „podněcování a zapojení do běžných denních činností“ (44 %), jako „zábavné programy, oživení stereotypu“ (24 %) a jako „aktivity k udržení stávajících schopností a dovedností“ (23 %).

Aktivity realizované během asistenční návštěvy spolu se seniorem s demencí

V polootevřené otázce č. 10 byly nabídnuty respondentům aktivity, mezi kterými měli vybrat ty, které během své asistenční návštěvy spolu se seniorem realizovali. Měli možnost označit více odpovědí. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %).

Tabulka 10 - Realizované aktivity během asistenční návštěvy u seniora s demencí

	dotazovaných	procentuálně
Kognitivní trénink, procvičování paměti (zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, skládání obrázců, zjednodušené „pexeso“ apod.)	115	81 %
Procvičování orientace v realitě (např. jaké je roční období, kolik je hodin, kolikátého je dnes)	110	78 %
Prohlížení fotografií	110	78 %
Četba	98	69 %
Procházky, chození na houby	94	66 %
Luštění křížovek	79	56 %
Zpívání	79	56 %
Společné vaření a pečení (loupání jablek, louskání ořechů, sušení hub)	63	44 %
Rehabilitační péče, masáže	60	42 %
Sledování starých filmů v televizi, promítání videí	57	40 %
Reminiscenční kreativní činnosti (koláže, rodokmen, alba, Babičko vyprávěj – vytváření)	42	30 %
Rukodělné činnosti (pletení, šití; opravování přístrojů, hodin, elektroniky)	35	25 %
Zahradnické práce (hrabání zahrady, okopávání rostlin, rytí hlíny, sázení rostlin, pletí, sklizení jablek)	33	23 %
Výlety, cestování	18	13 %
Návštěva divadla, koncertu, výstavy, muzea	16	11 %
Jiné činnosti	16	11 %

Nejčastěji využívanou aktivitou během asistenční návštěvy je kognitivní trénink, procvičování paměti (81 %). Stejný počet (po 78 %) vykonává se seniorem s demencí procvičování orientace v realitě a prohlížení fotografií. Velmi oblíbená je také četba (69 %) a procházky, chození na houby (66 %).

Jako „jiné činnosti“ osobní asistenti (11 %) nejčastěji uváděli povídání, deskové hry a karty, psaní biografických knih, telefonování s rodinou a péči o domácí mazlíčky.

Názory na cíle aktivizace

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku: „Co je, dle Vašeho názoru, cílem aktivizace?“ vlastními slovy. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %). Respondenti ve většině případů uváděli více cílů najednou. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 11.

Tabulka 11 - Cíle aktivizace podle osobních asistentů

	dotazovaných	procentuálně
Udržení psychické pohody a fyzické kondice	31	22 %
Rozvoj či zachování samostatnosti a soběstačnosti po co nejdelší dobu	27	19 %
Rozvoj či zachování schopností a dovedností po co nejdelší dobu	25	18 %
Zachování, udržení kognitivních funkcí	22	16 %
Dobrá nálada, radost, příjemné pocity, potěšení	20	14 %
Udržování v aktivitě	14	10 %
Zlepšení kvality života, naplňování potřeb, spokojenost	14	10 %
Smysluplná náplň celého dne (včetně volného času)	14	10 %
Zapojení do běžného života	12	9 %
Lepší orientace (v místě, čase, osobách), navrácení do reality	11	8 %
Zpomalení postupu demence	10	7 %
Zábava	9	6 %
Co nejdelší setrvání doma	5	4 %
Nevím	5	4 %
Stimulace smyslů	3	2 %
Odreagování, uklidnění, relaxace	2	1 %

Ze získaných výsledků vyplývá, že největší množství dotazovaných (22 %) považuje za cíl aktivizace „udržení psychické pohody a fyzické kondice“. 27 respondentů (19 %) odpovědělo, že cílem aktivizace je „rozvoj či zachování samostatnosti a soběstačnosti po co nejdelší dobu“. Pro 25 dotazovaných (18 %) je to poté „rozvoj či zachování schopností a dovedností po co nejdelší dobu“.

Zajímalo nás, zda osobní asistenti mají aktivizaci v popisu práce.

Výsledky uvádí tabulka č. 12.

Tabulka 12 - Aktivizace v popisu práce

	dotazovaných	procentuálně
Ano	131	92 %
Ne	11	8 %
Celkem	142	100 %

V popisu práce má aktivizaci 131 osobních asistentů (92 %). Záporně odpovědělo 11 dotazovaných (8 %).

4.4 Aktivizace u konkrétního klienta

V následující části dotazníku jsme požádali respondenty, aby si zvolili jednoho ze svých klientů s demencí a odpovídali na předložené otázky ve vztahu pouze k tomuto konkrétnímu klientovi.

Stadium demence konkrétního klienta

Tabulka 13 - Stadium demence vybraného klienta

	dotazovaných	procentuálně
1. stadium	42	30 %
2. stadium	57	40 %
3. stadium	40	28 %
4. stadium	3	2 %
Celkem	142	100 %

Osobní asistenti si nejčastěji pro interpretaci své zkušenosti v oblasti péče o jednoho konkrétního klienta s demencí vybrali seniora v 2. stadiu demence (40 %). 42 dotazovaných (30 %) si vybralo seniora v 1. stadiu demence. Seniora ve 3. stadiu demence si vybralo 40 respondentů (28 %) a ve 4. stadiu 3 respondenti (2 %).

Délka spolupráce s vybraným klientem

Tabulka 14 - Délka spolupráce se seniorem s demencí

	dotazovaných	procentuálně
Méně než 1 měsíc	2	1 %
1 – 3 měsíce	20	14 %
3 – 6 měsíců	19	13 %
6 – 9 měsíců	16	11 %
9 měsíců – 1 rok	12	9 %
1 rok – 1,5 roku	30	21 %
1,5 roku – 2 roky	12	9 %
Více než 2 roky	31	22 %
Celkem	142	100 %

Z výsledků vyplývá, že nejvíce osobních asistentů navštěvuje/navštěvovalo vybraného seniora s demencí více než 2 roky (22 %). 30 respondentů (21 %) pečuje/pečovalo o seniora s demencí 1 rok – 1,5 roku. 20 osobních asistentů (14 %) odpovědělo, že se stará/staralo o tohoto klienta 1 – 3 měsíce a 19 osobních asistentů (13 %) 3 – 6 měsíců. 16 dotazovaných (11 %) dochází/docházelo k vybranému seniorovi s demencí 6 – 9 měsíců. Stejný počet osobních asistentů (po 9 %) navštěvuje/navštěvoval klienta 9 měsíců – 1 rok a 1,5 roku – 2 roky. Pouze 2 osobní asistenti (1 %) dochází/docházeli k seniorovi s demencí méně než 1 měsíc.

Pravidelnost návštěv u vybraného klienta

Tabulka 15 - Pravidelnost návštěv u seniora s demencí

	dotazovaných	procentuálně
1 – 2x	50	35 %
3 – 4x	47	33 %
5 – 6x	30	21 %
Každý den	15	11 %
Celkem	142	100 %

50 osobních asistentů (35 %) navštěvují/navštěvovali vybraného seniora 1 – 2x do týdne, 47 respondentů (33 %) 3 – 4x do týdne a 30 respondentů (21 %) 5 – 6x do týdne, 15 osobních asistentů (11 %) každý den.

5 – 6x týdně. 15 osobních asistentů (11 %) dochází/docházelo za seniorem s demencí každý den.

Provádění aktivizace u vybraného klienta

V polootevřené otázce č. 16 měli respondenti vybrat, zda provádí nebo neprovádí u vybraného klienta aktivizaci a v obou případech uvést důvod. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %). Pokud osobní asistenti uvedli odpověď „Ne“, přešli na otázku č. 20, protože otázky č. 17, 18 a 19 se týkaly výkonu aktivizace.

Tabulka 16 - Provádění aktivizace

	dotazovaných	procentuálně
Ano	126	89 %
Ne	16	11 %
Celkem	142	100 %

Z výsledků v tabulce vyplývá, že většina osobních asistentů v rámci péče o vybraného seniora s demencí provádí/prováděla aktivizaci (89 %). Zápornou odpověď uvedlo 16 respondentů (11 %).

Důvody vykonávání aktivizace

Výsledky v tabulce vychází z množství osobních asistentů, kteří uvedli odpověď „Ano“ – n = 126 (100 %). Respondenti uváděli většinou více důvodů najednou. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 17.

Tabulka 17 - Důvody, proč osobní asistenti vykonávají aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Pozitivní vliv, přínosnost pro klienta	39	31 %
Smysluplná náplň asistence	25	20 %
Pobavení a radost	21	17 %
Součást péče a individuálního plánu	18	14 %
Nutnost	12	10 %
Udržení kognitivních funkcí	8	6 %
Přání rodiny	8	6 %
Přání klienta	7	6 %
Prevence deprese a bloudění	6	5 %
Udržení klienta v domácím prostředí	2	2 %
Zlepšení kvality života	2	2 %

Osobní asistenti, kteří uvedli, že vykonávají/vykonávali aktivizaci u svého klienta, nejčastěji zaznamenali jako důvod pro aktivizaci „pozitivní vliv, přínosnost pro klienta“ (31 %). 25 dotazovaných (20 %) uvedlo jako důvod „smysluplnou náplň práce“. 21 osobních asistentů (17 %) zaznamenalo „pobavení a radost“ a 18 respondentů (14 %) „součást péče a individuálního plánu“.

Důvody nevykonávání aktivizace

Výsledky v tabulce vycházejí z množství osobních asistentů, kteří uvedli odpověď „Ne“ – n = 16 (100 %). Všichni respondenti uvedli pouze jeden důvod. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 18.

Tabulka 18 - Důvody, proč osobní asistenti nevykonávají aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Nebylo to možné	5	31 %
Senior neměl zájem	5	31 %
Aktivizace nebyla vyžadována	2	13 %
Rodina zajistila aktivizaci sama	2	13 %
Nebyl čas	1	6 %
Nevím	1	6 %

V případě, že osobní asistent nevykonává/nevykonával aktivizaci v péči o seniora s demencí, bylo to nejčastěji z důvodu, že to nebylo možné a senior neměl zájem (31 %). Stejný počet dotazovaných (po 13 %) uvedl jako důvod, že „aktivizace nebyla vyžadována“ a „rodina zajistila aktivizaci sama“.

Pravidelnost aktivizace u vybraného klienta

Na uzavřenou otázku č. 17: „Jak často obvykle provádíte nebo jste prováděl/a aktivizaci tohoto svého klienta?“ odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli v otázce č. 16 odpověď „Ano“. To bylo 126 respondentů – n = 126 (100 %).

Tabulka 19 - Četnost aktivizace

	dotazovaných	procentuálně
Pravidelně při každé návštěvě (aspoň jednou týdně)	103	82 %
Příležitostně, nepravidelně, dle možností (hlavně časových)	23	18 %
Celkem	126	100 %

103 osobních asistentů (82 %) provádí/provádělo aktivizaci svého klienta pravidelně při každé návštěvě (aspoň jednou týdně). 23 respondentů (18 %) uvedlo, že tuto aktivizaci vykonávají/vykonávali příležitostně, nepravidelně, dle možností (hlavně časových).

Pozorované změny u vybraného klienta

V polootevřené otázce č. 18 byly nabídnuty respondentům změny, mezi kterými měli vybrat ty, které zaznamenali u vybraného klienta po pravidelné i příležitostné aktivizaci. Měli možnost označit více odpovědí. Odpovědělo všech 126 respondentů (100 %), kteří odpověděli na otázku č. 16 odpověď „Ano“.

Tabulka 20 - Změny po aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Pozitivní změny chování	72	57 %
Zlepšení psychické kondice (větší emocionální vyrovnanost)	67	53 %
Zlepšení verbální komunikace	48	38 %
Zlepšení kognitivních funkcí	35	28 %
Zvýšení samostatnosti a soběstačnosti	28	22 %
Zlepšení fyzické kondice	26	21 %
Jiné změny	12	10 %
Žádné	9	7 %
Negativní změny (zvýšené projevy agrese, negace, odmítání, neklid, ...)	9	7 %

Nejčastěji uváděnou změnou, kterou osobní asistenti u svých klientů po aktivizaci upozorovali, byly pozitivní změny chování (57 %). Přes polovinu dotazovaných (53 %) odpovědělo, že u seniora s demencí upozorovalo zlepšení psychické kondice (větší emocionální vyrovnanost). 48 osobních asistentů (38 %) uvedlo, že u seniora s demencí došlo k zlepšení verbální komunikace, 35 osobních asistentů (28 %), že došlo k zlepšení kognitivních funkcí a 28 osobních asistentů (22 %), že došlo k zvýšení samostatnosti a soběstačnosti.

V odpovědi „jiné změny“ osobní asistenti (7 %) uváděli „zájem o sebe a dění kolem sebe“, „zájem o rozvoj sociálních kontaktů“, „vyšší sebevědomí a sebehodnocení“, „radost“ a „zpomalení postupu demence“.

Nejčastěji využívané metody aktivizace u vybraného klienta

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku: „Jaké aktivizační metody nejčastěji používáte?“ vlastními slovy. Odpovědělo všech 126 respondentů (100 %), kteří odpověděli na otázku č. 16 „Ano“. Respondenti ve většině případů

uváděli více aktivizačních metod. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 21.

Tabulka 21 - Nejčastěji využívané aktivizační metody

	dotazovaných	procentuálně
Reminiscence (prohlížení fotografií, vyprávění příběhů z minulosti, psaní biografických knih)	55	44 %
Kognitivní trénink, procvičování paměti (kvízy, doplňovačky, hádanky, skládačky, puzzle, skládání a popis obrázků, slovní hry)	54	43 %
Procházky, nácvik chůze, pohybová cvičení	44	35 %
Společenské hry (Člověče nezlob se!, karty, pexeso, domino)	39	31 %
Rozhovor, povídání	39	31 %
Zpěv, poslech hudby, hra na hudební nástroj	33	26 %
Četba knih, novin	28	22 %
Zapojení do každodenních činností (vaření, pečení, péče o sebe a svou domácnost)	27	21 %
Luštění křížovek	17	14 %
Bazální stimulace, masáže	14	11 %
Kreslení, malování, vybarvování	12	10 %
Koukání na televizi, filmy	6	5 %
Rukodělné práce	5	4 %
Práce na zahradě	4	3 %
Péče o domácí mazlíčky	3	2 %
Aromaterapie	2	2 %

Z výsledků v tabulce vyplývá, že nejčastěji užívanou metodou aktivizace je reminiscence (prohlížení fotografií, vyprávění příběhů z minulosti, psaní biografických knih – 44 %). Téměř stejně respondentů (43 %) uvedlo kognitivní trénink a procvičování paměti, ve kterých kladli důraz na kvízy, doplňovačky, hádanky, skládačky, puzzle, skládání a popis obrázků a slovní hry. Třetí nejčastěji využívanou metodou aktivizace jsou procházky, nácvik chůze, pohybová cvičení (35 %).

4.5 Možnosti ovlivnění aktivizace na straně osobního asistenta

Na otázky č. 20–26 odpovídali opět všichni respondenti – n = 142 (100 %).

Zajímalo nás, zda osobní asistenti mají na aktivizaci dostatek času.

Výsledky uvádí tabulka č. 22.

Tabulka 22 - Čas na aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Ano	114	80 %
Ne	28	20 %
Celkem	142	100 %

Více než $\frac{3}{4}$ respondentů (80 %) uvedly, že na aktivizaci mají dostatek času. 28 osobních asistentů (20 %) ho nemá.

Motivace klienta k aktivizaci

V polootevřené otázce č. 21 jsme nabídli respondentům možnosti motivace klienta k aktivizačním činnostem, mezi kterými měli vybrat ty, které používají. Měli možnost označit více odpovědí. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %).

Tabulka 23 - Motivace seniora s demencí k aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Snažím se vybírat činnosti, které odpovídají individuálnímu nastavení klienta	116	82 %
Přizpůsobuji aktivity jeho náladám	108	76 %
Dávám klientovi na výběr	75	53 %
Snažím se pracovat na sobě, na svém přístupu, empatii	54	38 %
Podporuji klienta, aby se nebál nových věcí	43	30 %
Nejdříve začnu aktivitu sám/sama dělat	38	27 %
Snažím se nastavit v těchto aktivitách pravidelnost, řád	28	20 %
Jiné motivace	12	9 %
Nemotivuji	1	1 %

116 osobních asistentů (82 %) k motivaci seniora s demencí využívá toho, že se snaží vybírat činnosti, které odpovídají individuálnímu nastavení klienta. Více než ¾ respondentů (76 %) uvedlo, že motivují klienta tím, že přizpůsobují aktivity jeho náladám. Více než polovina dotazovaných (53 %) dává klientovi na výběr.

Do kolonky „jiné motivace“ osobních asistenti (9 %) zaznamenali, že motivují seniora s demencí tím, že ho netlačí do aktivit, které si nepřeje, odměňují ho například sladkým či pohlazením, spolupracují s rodinou, nechávají klientovi volnost, zapojují do činnosti zvíře, nastavují malé cíle, chválí, předchází neúspěchu, vysvětlují pozitivní přínos činnosti a dělají věci se seniorem společně.

Zajímalo nás, zda po osobních asistencích požaduje zaměstnavatel, aby zapojili aktivizaci do péče o seniora s demencí.

Výsledky uvádí tabulka č. 24.

Tabulka 24 - Požadavek zaměstnavatele na aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Ano	108	76 %
Ne	34	24 %
Celkem	142	100 %

108 osobních asistentů (76 %), kteří mají zkušenost s péčí o seniora s demencí v domácím prostředí, uvedlo, že zaměstnavatel po nich požaduje, aby zapojili do péče o seniora s demencí aktivizaci. Po necelé čtvrtině respondentů (24 %) toto zaměstnavatel nepožaduje.

Vzdělávání v aktivizačních metodách

V polootevřené otázce č. 23 měli respondenti vybrat, zda se vzdělávají nebo nevzdělávají v aktivizačních metodách a v obou případech uvést důvod. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %).

Tabulka 25 - Vzdělávání v aktivizačních metodách

	dotazovaných	procentuálně
Ano	118	83 %
Ne	24	17 %
Celkem	142	100 %

Na otázku, zda se osobní asistent vzdělává v aktivizačních metodách, uvedlo 118 respondentů (83 %), že „Ano“. 24 dotazovaných (17 %) odpovědělo záporně.

Důvody vzdělávání se v aktivizačních metodách

Výsledky v tabulce vycházejí z množství osobních asistentů, kteří uvedli v otázce č. 23 odpověď „Ano“ – n = 118 (100 %). Respondenti uváděli většinou více důvodů najednou. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 26.

Tabulka 26 - Důvody, proč se osobní asistenti vzdělávají

	dotazovaných	procentuálně
Nutnost, potřeba, nezbytnost neustále se vzdělávat	45	38 %
Přínosnost (obohacení) pro praxi, nové nápady a inspirace	40	34 %
Zajímá mě to	18	15 %
Baví mě to	12	10 %
Udržení kvality poskytované péče	11	9 %
Prospěšnost pro klienta a jeho rodinu	10	9 %
Rozvoj schopností a dovedností	2	2 %

Nejčastěji uváděným důvodem, proč se osobní asistent vzdělává v aktivizačních metodách je nutnost, potřeba, nezbytnost neustále se vzdělávat (38 %). Druhým nejčastějším důvodem byla přínosnost (obohacení) pro praxi, nové nápady a inspirace (34 %) a třetím, že osobní asistenty aktivizační metody zajímají (15 %).

Důvody nevzdělávání se v aktivizačních metodách

Výsledky v tabulce vycházejí z množství osobních asistentů, kteří uvedli v otázce č. 23 odpověď „Ne“ – n = 24 (100 %). Všichni respondenti uvedli pouze jeden důvod. Jejich odpovědi jsem uspořádala do kategorií uvedených v tabulce č. 27.

Tabulka 27 - Důvody, proč se osobní asistenti nevzdělávají

	dotazovaných	procentuálně
Není příležitost	6	25 %
Nemusím	3	13 %
Není to priorita	3	13 %
Nechci	3	13 %
Není čas	3	13 %
Nepotřebuji (vystačím si s tím, co umím)	2	8 %
Krátce zaměstnán/a	2	8 %
Až v budoucnu	1	4 %
Praxe je nejlepší vzdělávání	1	4 %

Osobní asistenti, kteří uvedli, že se nevzdělávají v aktivizačních metodách nejčastěji uváděli, že je tomu tak, protože k tomu není příležitost (25 %). Rovnoměrné zastoupení (po 13 %) měly důvody: „nemusím“, „není to priorita“, „nechci“ a „není čas“.

Zajímalo nás, jakou mají osobní asistenti zkušenost s postojem rodin k aktivizaci svého seniora.

Výsledky uvádí tabulka č. 24.

Tabulka 28 - Postoj rodiny k aktivizaci

	dotazovaných	procentuálně
Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Aktivizaci provádí i v mé nepřítomnosti.	55	39 %
Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Sama však v mé nepřítomnosti aktivizaci neprovádí.	37	26 %
Je jí jedno, co s klientem dělám.	35	25 %
Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Spolupracujeme. Je přítomna při aktivizaci.	15	10 %
Celkem	142	100 %

Nejvíce rodin požaduje, aby osobní asistent klienta aktivizoval, ale aktivizaci provádí i v jeho nepřítomnosti (39 %). 37 osobních asistentů (26 %) uvedlo, že rodina po nich požaduje, aby klienta aktivizovali,

sama však v jeho nepřítomnosti aktivizaci neprovádí. Čtvrtina respondentů (25 %) zaznamenala, že je rodině jedno, co s klientem dělají. 15 osobních asistentů (10 %) odpovědělo, že rodina požaduje, aby klienta aktivizovali, při aktivizaci spolupracuje, je při ní přítomna.

Názory na faktory ovlivňující efekt aktivizace na straně osobního asistenta

V uzavřené otázce č. 25 jsme nabídli respondentům faktory, které mohou ovlivňovat efekt aktivizace na straně osobního asistenta. Respondenti měli vybrat tři faktory, které považují za nejdůležitější. Odpovědělo všech 142 respondentů (100 %).

Tabulka 29 - Faktory ovlivňující efekt aktivizace na straně osobního asistenta

	dotazovaných	procentuálně
Umění motivovat seniora s demencí	91	64 %
Dostatek času na aktivizaci	74	52 %
Délka práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta	62	44 %
Pravidelnost aktivizace	54	38 %
Délka spolupráce s konkrétním seniorem s demencí	48	34 %
Podpora ze strany rodiny klienta	41	29 %
Vzdělávání v aktivizačních činnostech	34	24 %
Podpora ze strany zaměstnavatele	8	6 %
Věk asistenta	6	4 %
Výše dosaženého vzdělání asistenta (ZŠ, SŠ, VŠ)	3	2 %
Délka práce jako osobní asistent	3	2 %
Pohlaví asistenta	2	1 %

Nejčastěji uváděným vlivem na efekt aktivizace na straně osobního asistenta, bylo umění motivovat seniora s demencí (64 %). Druhým nejčastěji uváděným vlivem byl dostatek času na aktivizaci (52 %). Třetím byla délka práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta (44 %).

Na závěr jsem položila osobním asistentům dobrovolnou otevřenou otázku.

V této otevřené otázce dostali dotazovaní osobní asistenti možnost k vyjádření svého vlastního názoru k čemukoli, co se k danému tématu vztahuje.

Této možnosti využilo 61 osobních asistentů (43 %) z celkového množství 142 respondentů (100 %). Nyní uvedu příklady některých odpovědí.

Jedna z respondentek uvedla: *„Péče o seniora s demencí v domácím prostředí je pro rodinu nesmírně psychicky a fyzicky zatěžující. Je to období velmi náročné, zvláště, když o seniora pečuje pouze jeden člen rodiny. Je zajímavé, že s rodinami, kde nemají nastavenou ochotu pomoci doma se nesetkávám. Je to pravděpodobně proto, že tyto rodiny umístí seniora rovnou do nějakého zařízení.“*

Další osobní asistentka uvádí: *„Práce s lidmi s demencí je psychicky náročná a vyčerpávající, málo ceněna, za to velmi důležitá. Na klientech jsem viděla, jak se těší na každou změnu v jejich každodenním stereotypu a samotě.“*

Jiná osobní asistentka napsala: *„S každým klientem je práce naprosto odlišná a je třeba vědět, že žádná univerzální cesta neexistuje, kromě trpělivosti a porozumění.“*

Zajímavým komentářem také je: *„Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že bez důvěry, vlídného slova a laskavého chování vůči klientovi s demencí nezmůžete nic. Chválit, povzbudit, podpořit a především pochopit, s tímto arzenálem vstupují denně na asistenci ke svému klientovi.“*

Poslední komentář, který uvedu, zní: *„Myslím si, že aktivizace je nutnou součástí práce asistenta. Vždycky se dá najít možnost a způsob jak ji realizovat. Musí se prostě chtít a někdy i malý úspěch dokáže udělat velkou radost na straně klienta, ale i asistenta.“*

V dalších komentářích bylo poukázáno obecně na důležitost aktivizace pro seniory s demencí. Dále byl kladen důraz na čas na aktivizaci, motivaci klienta, vzdělání, zkušenosti, osobní přístup, empatii a trpělivost.

5 Shrnutí

Dotazníkové šetření k této bakalářské práci bylo zaměřeno na problematiku aktivizace seniorů s demencí žijících v domácím prostředí. Zkoumaným souborem byli osobní asistenti, kteří mají zkušenost s péčí o takto nemocné seniory v jejich domácím prostředí. Výzkum se uskutečnil v online prostředí. Dotazník byl vytvořen přes webovou stránku a distribuován poskytnutím přístupu k dotazníku pomocí e-mailu a facebookových stránek zaměřených na sociální služby, osobní asistenci a aktivizaci. Výzkumného šetření se nakonec zúčastnilo 142 osobních asistentů. Pro zajímavost bylo u několika výsledků provedeno srovnání odpovědí osobních asistentů, ze kterého vzešly další výsledky (viz níže).

Ve výzkumu jsem se zaměřila na povědomí osobních asistentů o aktivizaci, provádění aktivizace, změny pozorované u klienta (účinnost aktivizace) a faktory ovlivňující úspěšnost aktivizace z pohledu osobních asistentů.

Po zhodnocení identifikačních otázek položených na začátku dotazníku jsem zjistila, že na pozici osobního asistenta pracují nejčastěji ženy (94 %). Výzkumu se zúčastnili osobní asistenti všech věkových kategorií, kromě nejmladší do 18 let. Nejvíce osobních asistentů (37 %) bylo ve věku 31 – 45 let. Celkově osobní asistenti ve věku do 45 let tvořili nadpoloviční většinu (59 %). To přisuzuji zejména fyzické náročnosti této práce, kdy postupem věku ubývá tělesné zdatnosti, která je k tomuto povolání potřeba. Nejčastěji uváděným nejvyšším dosaženým vzděláním byla střední škola s maturitou (43 %) a střední škola bez maturity (26 %). Více než 2/3 respondentů má tak nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Překvapivé bylo, že více než čtvrtina respondentů (26 %) uvedla, že má vyšší vzdělání než střední školu. To vyvrátilo moje přesvědčení, že tuto práci vykonávají spíše méně vzdělaní lidé.

Dále jsem se zaměřila na délku praxe osobních asistentů. Jelikož osobní asistence se specializuje na různé cílové skupiny, specificky jsem zjišťovala délku praxe v péči o seniory s demencí a počet seniorů s demencí, o něž pečovali osobní asistenti v mém souboru v průběhu své praxe. Nejvíce osobních asistentů (64 %) vykonává tuto práci méně než 5 let. Více než čtvrtina respondentů (26 %) vykonává tuto práci 6 – 10 let. Tyto výsledky opět mohou ukazovat na náročnost této práce, protože pouze 10 % dotazovaných ji vykonává více než 10 let.

45 % osobních asistentů pracuje se seniory s demencí 1 – 3 roky. Čtvrtina respondentů (25 %) má zkušenost s péčí o takto postižené seniory 4 – 6 let, podobné množství (21 %) 7 a více let. Pokud jde o počet seniorů s demencí, o něž osobní asistenti pečovali, asi čtvrtina z nich pečovala o 1 – 2 seniory, čtvrtina o 3 – 4 seniory a další čtvrtina o 10 a více seniorů s tímto postižením.

Mezi činnostmi, které osobní asistenti nejčastěji během své návštěvy u seniora s demencí dělali, byla příprava a podávání jídla a povídání si. Odpovědělo tak v obou případech 90 % dotazovaných. Obvykle vykonávanou činností byla též hygiena (uvedlo 85 %). Z odpovědí vyplývá, že nejvíce osobní asistenti kladou důraz na uspokojení základních potřeb seniora. Nicméně jsou si stejně vědomi důležitosti komunikace se seniorem a jeho aktivizace.

Spokojenost osobních asistentů s prací u seniorů s demencí byla nejčastěji hodnocena jako „spíše mě těší“ (47 %) a „těší mě velmi“ (45 %). Téměř všichni respondenti jsou tak s rolí osobního asistenta u seniorů s demencí víceméně spokojeni. Tuto spokojenost dokazuje také množství doplňkových aktivit, které u klienta respondenti vykonávají (otázka č. 10), velký zájem o aktivizaci (otázka č. 16) a vzdělávání v aktivizačních metodách (otázka č. 23).

Třídění druhého stupně mi umožnilo porovnávání nejvyššího dosaženého vzdělání a míry spokojenosti s prací u seniorů s demencí (viz tabulka 30). Získala jsem zajímavý výsledek: odpověď „spíše mě netěší“ označili nejčastěji respondenti se základní školou (43 % dotazovaných se základní školou) a poté respondenti s vysokou školou (22 % z dotazovaných s vysokou školou). Třídění podle pohlaví ukázalo, že stejnou odpověď uváděly převážně ženy, které pracují jako osobní asistentky kratší dobu do 5 let a pečují o seniory s demencí méně než 1 rok.

Tabulka 30 - Porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání a míry spokojenosti s prací u seniorů s demencí

	Těší mě velmi	Spíše mě těší	Spíše mě netěší	Celkový součet
Základní škola	1	3	3	7
Střední škola (bez maturity)	16	18	3	37
Střední škola (s maturitou)	28	33	0	61
Vyšší odborná škola	8	5	1	14
Vysoká škola	11	7	5	23
Celkový součet	64	66	12	142

První otázkou zaměřující se na aktivizaci seniorů jsem se snažila zjistit, zda osobní asistenti vůbec vědí, co si pod tímto pojmem představit. Z výsledků vyplývá, že 99 % tuto představu má – 44 % osobních asistentů si pod pojmem aktivizace představuje „podněcování a zapojení do běžných denních činností“, 24 % „zábavné programy, oživení stereotypu“ a 23 % „aktivity k udržení stávajících schopností a dovedností“. Konkrétní příklady aktivizačních metod uvedlo 28 % dotazovaných. Z odpovědí bylo patrné, že osobní asistenti tento pojem znají, avšak je pro ně těžko uchopitelný (definovatelný) a vysvětlitelný. Vyvozuji to zejména z pestré škály odpovědí na otázku, co si pod pojmem aktivizace představují.

Dále jsem se osobních asistentů ptala na aktivity, které společně se seniorem realizují během asistenční návštěvy. Vybrala jsem takové činnosti, jež můžeme považovat za aktivizační. Nejčastěji osobní asistenti naplňují asistenci kognitivním tréninkem, neboli procvičováním paměti (81 %), dále procvičováním orientace v realitě a prohlížením fotografií (v obou případech 78 %). Zajímavou nesrovnalostí je, že v otázce č. 7 (Jaké činnosti obvykle provádíte během své návštěvy u seniora s demencí?) uvedlo pouze 102 respondentů (72 %), že během návštěvy u seniora s demencí provádí „zábavné aktivity, hry, luštění křížovek, ruční práce, kreslení apod.“, avšak v této otázce č. 10 (Které z uvedených aktivit během své asistenční návštěvy spolu se seniorem realizujete?) to byli téměř všichni respondenti, kteří uvedli alespoň dvě zábavné aktivity. To může poukazovat na rozdílnost ve vnímání aktivizace. Zajímavým výsledkem bylo, že čím je delší praxe u seniorů s demencí, tím více aktivit dotazovaní označovali.

Největší množství osobních asistentů (22 %) považuje za cíl aktivizace „udržení psychické pohody a fyzické kondice“, 19 % „rozvoj či zachování samostatnosti a soběstačnosti po co nejdelší dobu“ a 18 % „rozvoj či zachování schopností a dovedností po co nejdelší dobu“. Většina osobních asistentů uvedla u této otázky více cílů. To může poukazovat na jejich přesvědčení o důležitosti a přínosnosti aktivizace v péči o seniory s demencí. To potvrzují i odpovědi na následující otázku, ve které 92 % asistentů uvádí, že má aktivizaci v popisu práce.

Následující otázky se týkaly jednoho konkrétního klienta s demencí, kterého si daný osobní asistent vybral. První otázka se zaměřila na stadium demence tohoto vybraného seniora. K upřesnění jsem v každé nabídnuté odpovědi tato stadia popsala. Nejvíce osobních asistentů (40 %) si vybralo

seniora ve 2. stadiu demence. 30 % si vybralo seniora v 1. stadiu a 28 % ve 3. stadiu demence. Výběr potvrzuje fakt, že nejvíce aktivizačních metod se dá využívat právě v 1. a 2. stadiu demence.

Druhá otázka se zaměřila na délku spolupráce se seniorem s demencí a čtvrtá na četnost asistenčních návštěv. Největší počet respondentů (22 %) navštěvoval vybraného seniora s demencí více než 2 roky, podobné množství (21 %) 1 – 1,5 roku. Kratší dobu do 6 měsíců s ním pracovalo celkem 27 % osobních asistentů. 35 % osobních asistentů navštěvovalo vybraného seniora 1 – 2x týdně, 33 % 3 – 4x do týdne a 21 % docházelo za seniorem s demencí každý pracovní den.

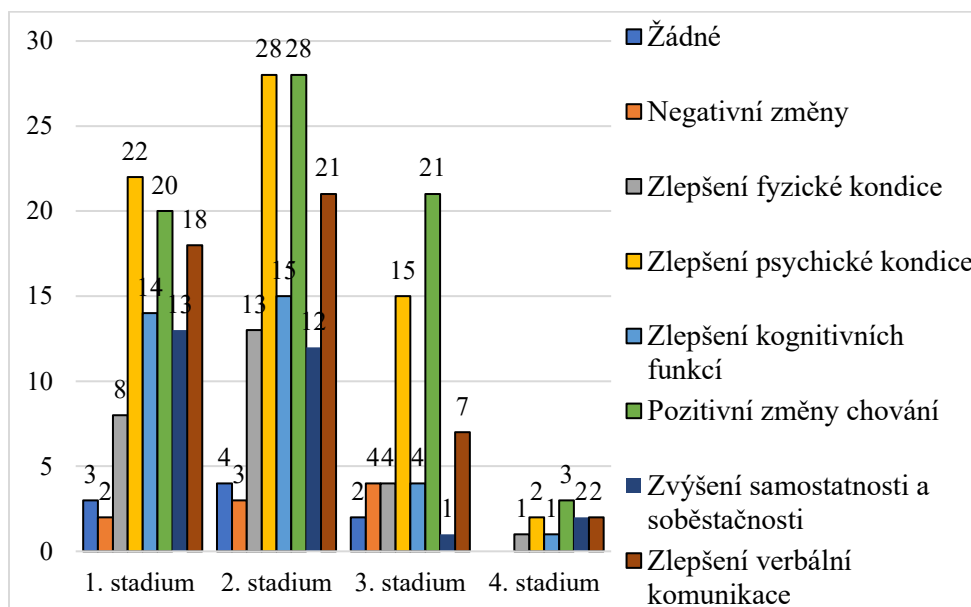
Čtvrtá otázka směřovala k tomu, zda provádí osobní asistenti v péči o vybraného seniora s demencí aktivizaci a jaké k tomu mají důvody. Zde 89 % dotazovaných odpovědělo kladně a 11 % záporně. Mezi nejčastější důvody, proč aktivizaci osobní asistenti vykonávají, patří – „pozitivní vliv, přínosnost pro klienta“ (31 %), „smysluplná náplň práce“ (20 %) a „pobavení a radost“ (17 %). Nejčastějšími důvody nevykonávání aktivizace jsou – „nebylo to možné“ a „senior neměl zájem“ (po 31 %).

Třídění druhého stupně mi umožnilo porovnávání. Zjistila jsem, že ženy aktivizují z 90 %, muži z 63 %. Zajímavým výsledkem bylo, že se stoupajícím věkem u mužů klesá počet těch, kteří aktivizují. U žen je tento trend obrácený. Čím jsou ženy mladší, tím častěji uváděly, že neaktivizují. S postupující délkou praxe u seniorů s demencí, počet dotazovaných, kteří by neaktivizovali, klesá. Přestože 16 respondentů (11 %) uvedlo, že u vybraného seniora s demencí neaktivizují, v otázce č. 10, týkající se aktivit realizovaných během asistenční návštěvy, jich většina zaznamenala alespoň dvě možnosti. Tyto činnosti, jak jsem již zmiňovala, mohou být vykonávány v rámci aktivizace. Můžeme tedy předpokládat, že pravděpodobně u jiných seniorů s demencí aktivizaci do péče zařazují. Pouze tři dotazovaní aktivizaci naprosto nevyužívají (v 10. otázce označili možnost „jiné“ a zde neuvedli žádnou odpověď).

Další tři otázky zodpovídali pouze osobní asistenti, kteří aktivizaci u vybraného seniora vykonávali. Na pravidelnost aktivizace odpovědělo 82 % respondentů, že aktivizovali pravidelně při každé návštěvě (aspoň jednou do týdne) a 18 % uvedlo odpověď „příležitostně, nepravidelně, dle možností (hlavně časových)“.

Nejpozorovanějšími změnami po pravidelné i příležitostné aktivizaci jsou – pozitivní změny chování (57 %), zlepšení psychické kondice

(větší emocionální vyrovnanost – 53 %) a zlepšení verbální komunikace (38 %). Zajímavé bylo, že z porovnání stadia demence a změn po aktivizaci vyšlo, že i v 3. a 4. stadiu demence jsou patrné relativně časté různé změny (viz graf 1).



Graf 1 - Vliv demence na změny v důsledku aktivizace dle zkušenosti osobních asistentů

Dalším zajímavým výsledkem byla nepřítomnost negativních změn, dochází-li asistent k seniorovi s demencí 1,5 roku nebo déle a v případě, že na návštěvy chodí aspoň 5x týdně. To může ukazovat na důležitost častého opakování aktivizace. Naopak 18 % respondentů, kteří vykonávali aktivizaci u seniora jen příležitostně, nedošlo k žádným změnám.

44 % osobních asistentů při aktivizaci nejvíce používá reminiscenci (prohlížení fotografií, vyprávění příběhů z minulosti, psaní biografických knih). Nepatrně méně osobních asistentů (43 %) obvykle využívá kognitivní trénink a procvičování paměti (kvízy, doplňovačky, hádanky, skládačky, puzzle, skládání a popis obrazců a slovní hry). Třetí nejčastěji využívanou metodou aktivizace jsou procházky, nácvik chůze, pohybová cvičení, které uvedlo 35 % dotazovaných. Třídění druhého stupně mi umožnilo porovnávání nejčastěji využívaných aktivizačních metod u vybraného seniora s demencí se stadiem. Tím jsem narazila na nesrovnalosti, kdy i přesto, že se senior nacházel ve 3. a 4. stadiu demence, osobní asistenti vybírali náročné činnosti, které se domnívám, že by senior v tomto stadiu již nezvládl. To může

poukazovat na nezohlednění stadia při výběru činnosti nebo na špatné určení stadia demence. Tomu by nasvědčovalo i množství pozitivních změn ve 4. stadiu demence.

Všech respondentů se následně týkaly otázky na dostatek času na aktivizaci, motivaci klienta, požadavky zaměstnavatele na aktivizaci, vzdělávání se v aktivizačních metodách, postoj rodiny k aktivizaci a faktory ovlivňující efekt aktivizace na straně osobního asistenta.

Na aktivizaci má dostatek času 80 % respondentů, 20 % ho nemá. Osobní asistenti nejčastěji motivují seniora těmito způsoby:

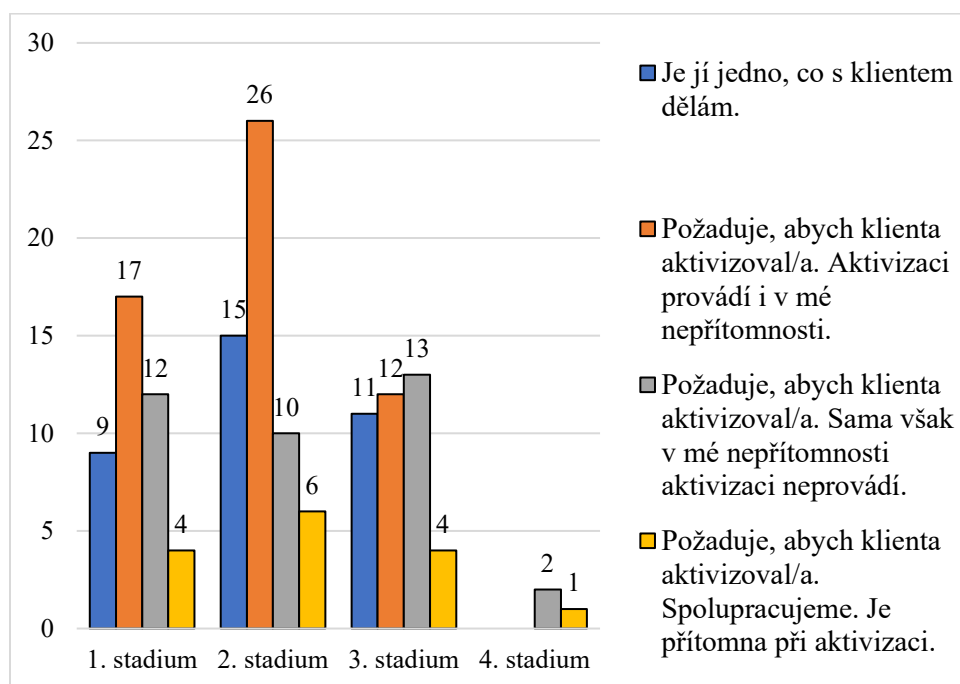
- 82 % respondentů se snaží vybírat činnosti, které odpovídají individuálnímu nastavení klienta,
- 76 % dotazovaných motivují klienta tím, že přizpůsobují aktivity jeho náladám,
- 53 % dává klientovi na výběr,
- 38 % osobních asistentů uvedlo, že se snaží pracovat na sobě, na svém přístupu, empatii.

Zaměstnavatel po 76 % respondentech požaduje, aby zapojili do péče o seniora s demencí aktivizaci. Po 24 % osobních asistentů, toto zaměstnavatel nepožaduje. Tyto odpovědi se mírně rozcházejí s otázkou č. 12, ve které jsem se dotazovala na to, zda mají respondenti aktivizaci v popisu práce. Zde 92 % uvedlo odpověď „Ano“. Domnívám se, že i přestože patří aktivizační činnosti dle zákona o sociálních službách mezi základní činnosti osobní asistence, tedy by je všichni osobní asistenti měli mít v popisu práce, někteří zaměstnavatelé jim nepřisuzují zásadní význam, a tak je po zaměstnancích nepožadují.

Další zkoumanou oblastí bylo vzdělávání se v aktivizačních metodách a důvody, proč se dotazovaný vzdělává nebo nevzdělává. 83 % osobních asistentů odpovědělo kladně a mezi nejčastější důvody uvedli – nutnost, potřeba, nezbytnost neustále se vzdělávat (38 %), přínosnost (obohacení) pro praxi, nové nápady a inspirace (34 %), zájem o tuto problematiku (15 %). Záporně odpovědělo 17 % dotazovaných, kteří jako nejčastější důvod uvedli, že je tomu tak, protože k tomu není příležitost. To uvedlo z těchto respondentů 25 %. Stejný počet osobních asistentů (13 %) uvedlo důvody: „nemusím“, „není to priorita“, „nechci“ a „není čas“. Výsledky třídění druhého stupně ukázaly, že ženy se vzdělávají v aktivizačních metodách z 84 %, muži z 75 %. Míra vzdělávání má mírný stoupající trend s věkem, avšak u osob nad 65 let se počet respondentů,

kteří se vzdělávají v aktivizačních metodách, opět snižuje. Zajímavým výsledkem bylo porovnání délky praxe u seniorů s demencí se vzdáváním v aktivizačních metodách, kde čím menší byla praxe, tím častěji respondenti uváděli, že se nevzdělávají.

Co se týká postoje rodiny k aktivizaci, tak nejvíce rodin požaduje, aby osobní asistent klienta aktivizoval, aktivizaci provádí i v jeho nepřítomnosti. To uvedlo 39 % respondentů. Tento výsledek byl velmi mile překvapivý vzhledem k tomu, že 25 % osobních asistentů zaznamenalo, že je rodině jedno, co s klientem dělají. 26 % dotazovaných poté uvedlo, že rodina po nich požaduje, aby klienta aktivizovali, sama však v nepřítomnosti osobního asistenta aktivizaci neprovádí. Srovnáním postoje rodiny k aktivizaci se stadiem demence seniora jsem zjistila, že ve 2. stadiu rodina nejčastěji požaduje, aby osobní asistent klienta aktivizoval a aktivizaci provádí i v jeho nepřítomnosti. Ve 3. a 4. stadiu dochází častěji k tomu, že rodina požaduje, aby osobní asistent klienta aktivizoval, sama však v jeho nepřítomnosti aktivizaci neprovádí (viz graf 2).



Graf 2 - Porovnání postoje rodiny k aktivizaci a stadia demence seniora

Mezi tři nejčastější vlivy na efekt aktivizace na straně osobního asistenta respondenti zařadili: umění motivovat seniora s demencí (64 %), dostatek času na aktivizaci (52 %) a délku práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta (44 %). Jelikož pouze 1 respondent uvedl, že nemotivuje, dalo se předpokládat, že motivace představuje velmi zásadní vliv v aktivizaci seniorů s demencí. Bylo však zajímavé, že přestože 80 % dotazovaných má na aktivizaci dostatek času, 72 % těchto respondentů zařadila tento aspekt do trojice nejdůležitějších vlivů na efekt aktivizace na straně osobního asistenta a uvědomuje si tak důležitost dostatečného času na aktivizaci. Délku práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta zařadili do trojice vlivů respondenti s krátkou i dlouhou praxí v péči o seniory s demencí (52 % s praxí do 3 let, 48 % s praxí nad 4 roky).

V následujících řádcích stručně shrnu výsledné poznatky k jednotlivým cílům.

Cílem č. 1 bylo zjistit, jaké je povědomí osobních asistentů o aktivizaci seniorů s demencí v domácím prostředí. V rámci výzkumu jsem zjišťovala, zda znají osobní asistenti pojem aktivizace a jeho význam a zda mají aktivizaci v popisu práce. 99 % dotazovaných osobních asistentů dokáže vysvětlit pojem aktivizace a 96 % dokázalo popsat jeho cíl. Jelikož se odpovědi respondentů shodují s definicemi a poznatky jednotlivých autorů zmíněných v teoretické části, je znalost tohoto pojmu mezi asistenty vysoká. Potvrdila se však komplikovanost definovatelnosti tohoto pojmu a rozmanité možnosti jeho vysvětlení. Vysoké povědomí o aktivizaci ukazují i odpovědi na otázku, zda mají osobní asistenti aktivizaci v popisu práce. Zde 92 % odpovědělo, že „Ano“. Dle zákona o sociálních službách mezi základní činnosti osobní asistence patří aktivizační činnosti, tedy aktivizaci v popisu práce by měl mít každý asistent. Tato otázka částečně ukazovala i na znalost širšího kontextu.

Cílem č. 2 bylo zjistit, zda a jak provádějí osobní asistenti aktivizaci. V dotazníkovém šetření jsem se dále zaměřila na údaje, jak často a jaké aktivizační metody nejčastěji používají. Z 89 % osobní asistenti seniora s demencí aktivizují. 82 % respondentů využívá pravidelné aktivizace při každé návštěvě (aspoň jednou do týdne), 18 % příležitostně, nepravidelně, dle možností (hlavně časových). Nejčastěji užívanými metodami aktivizace jsou reminiscence, kognitivní trénink (procvičování paměti) a procházky, nácvik chůze, pohybová cvičení.

Cílem č. 3 bylo zjistit, pokud asistenti aktivizaci provádějí, jaké případné změny pozorují u svého klienta. Nejčastějšími změnami, které osobní asistenti

po příležitostné i pravidelné aktivizaci pozorují, jsou – pozitivní změny chování, zlepšení psychické kondice (větší emocionální vyrovnanost) a zlepšení verbální komunikace. Změny osobní asistenti zpozorovali ve všech stádiích demence. Bylo však patrné, že vliv na tyto změny může mít častá opakovatelnost aktivizace.

Cílem č. 4 bylo zjistit, co může mít vliv na úspěšnost aktivizace z pohledu osobních asistentů. Mezi tři nejčastější vlivy patří umění motivovat seniora s demencí, dostatek času na aktivizaci a délka práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakou mají osobní asistenti zkušenost s aktivizací seniorů s demencí v jejich přirozeném, domácím prostředí. Naplněním dílčích cílů jsem na tuto zkušenost poukázala a z výsledků vyplývá, že aktivizace představuje pro osobní asistenty významnou součást péče o seniora s demencí.

Závěr

Život seniorů v domácím prostředí, demence, aktivizace a její význam a využití v sociálních službách, zejména pak v osobní asistenci, jsou hlavními motivy mé bakalářské práce. V teoretické části byly popsány aspekty stáří a stárnutí v domácím prostředí, které zahrnovaly kvalitu života seniorů a vlivy, které ji mohou ovlivňovat. Důraz byl kladen na demenci, která významným způsobem narušuje život seniora, péči o takto nemocného člověka a aktivizaci, která je součástí nefarmakologické léčby demence.

Empirická část se zabývala znalostmi osobních asistentů v oblasti aktivizace a jejich praktickými zkušenostmi s aktivizací seniorů s demencí v domácím prostředí.

Pokud se ohlédnu zpět na cíle mé bakalářské práce, mám za to, že jsem je všechny zvládla naplnit.

Obecným cílem mé závěrečné bakalářské práce bylo poukázat na důležitost aktivizace při práci se seniory s demencí v jejich přirozeném domácím prostředí a zhodnotit, do jaké míry jsou osobní asistenti s tématem aktivizace obeznámeni, využívají ji, a co může mít na aktivizaci případně vliv. Domnívám se, že tento cíl jsem teoretickou i praktickou částí této práce naplnila.

Zjištěné výsledky byly pro mě do jisté míry překvapením, neboť jsem očekávala, že osobní asistenti nebudou s pojmem aktivizace dostatečně obeznámeni, nebudou považovat aktivizaci za významnou náplň své práce, nebudou ji během svých návštěv realizovat a nebudou mít ani zájem se v této oblasti vzdělávat. Opak je dle výsledků této práce pravdou.

Seznam literatury

1. *Alive Inside* [česky Uvnitř naživu] [filmový dokument]. Režie Michael ROSSATO-BENNET. USA, 2014.
2. ALZHEIMER EUROPE. *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe* [online]. 2019 [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: WWW: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
3. ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk; ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3901-4.
4. DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-4826-9.
5. FERTALOVÁ, Terézia; ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2020, ISBN 978-80-271-2479-4.
6. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-803-1.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017, ISBN 978-80-906320-7-3.
9. HOLCZEROVÁ, Vladimíra; DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4697-5.
10. HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí- Koordinace péče zaměřená na člověka*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018, ISBN 978-80-7571-031-4.
11. HOLMEROVÁ, Iva; JANEČKOVÁ, Hana; NIKLOVÁ, Dagmar. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 12. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2020, ISBN 978-80-8654-163-1.

12. HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Průvodce vyšším věkem - Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, ISBN 978-80-204-3119-6.
13. HÖSCHL, Cyril; ŠVESTKA, Jaromír; LIBIGER, Jan. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2004, ISBN 80-900130-7-4.
14. HROZENSKÁ, Martina; DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4139-0.
15. JANEČKOVÁ, Hana; VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-581-3.
16. JANEČKOVÁ, Hana; ČÍŽKOVÁ, Hana a kol. *Reminiscence známá i neznámá- v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2021, ISBN 978-80-88290-81-0.
17. JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6.
18. JIRKOVSKÁ, Blanka. *Nefarmakologické cesty k lepšímu životu s demencí*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2022, ISBN 978-80-86541-66-2.
19. JUREČKOVÁ, Petra. Aktivizace seniorů. *Sociální práce/Sociální práce*. Brno: ASVSP, 2003, roč. 2, č. 2, 140-152. ISSN 1213-624.
20. KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ Helena; SUCHARDA Petr a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 978-80-247-0548-6.
21. KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ Helena; HOLMEROVÁ Iva; WEBER Pavel a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2490-4.
22. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-271-0102-3.
23. MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomocné profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-700-0.
24. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize 2021* [online]. 2021 [cit. 3.1.2022]. Dostupné z: WWW: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>

25. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3872-7.
26. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl - Učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-271-0132-0.
27. MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Brno: Fakulta sociálních studií, Vysoká škola Danubius, 2017, ISBN 978-80-7392-260-3.
28. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, ISBN 978-80-246-1997-2.
29. PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005, ISBN 80-7254-657-0.
30. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1490-5.
31. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015, ISBN 978-80-7345-437-1.
32. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, ISBN 978-80-246-1985-9.
33. *Registr poskytovatelů sociálních služeb MZČR* [online]. [cit. 3.1.2022]. Dostupné z: WWW: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1641227923816_2
34. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-3006-6.
35. TOMEŠ, Igor; ŠÁMALOVÁ, Kateřina a kol. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2017, ISBN 978-80-246-3612-2.
36. TOMOVÁ, Šárka; KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, ISBN 978-80-271-0064-4.
37. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, ISBN 978-80-7262-365-5.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. – Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, ISBN 978-80-246-1318-5.
39. VEENHOVEN, Ruut. The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. In: *Journal of Happiness Studies*. Berlín: Springer, 2000, roč. 1, č. 1, 1-39. ISSN 1389-4978.
40. VOSTRÝ, Michal; VETEŠKA, Jaroslav a kol. *Kognitivní rehabilitace seniorů: Psychosociální a edukační souvislosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2021, ISBN 978-80-271-2866-2.

41. WEHNER, Lore; SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4423-0.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dementia* [online]. 2021 [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: WWW: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* [online]. 2012 [cit. 11.3.2022]. Dostupné z: WWW: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
44. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, ISBN 80-247-0183-9.

Seznam zkratek

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome = syndrom získaného selhání imunity

BS = bazální stimulace

CNS = centrální nervová soustava

CT = Computed Tomography = výpočetní tomografie

EKG = elektrokardiografie

HIV = Human Immunodeficiency Virus = virus lidské imunitní nedostatečnosti

MKN-10 = 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MMSE = Mini Mental State Examination

MoCA = Montrealský kognitivní test

MR = magnetická rezonance

„n“ = celkový počet všech hodnot

WHO, SZO = World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pohlaví dotazovaných osobních asistentů.....	49
Tabulka 2 - Věk dotazovaných osobních asistentů	49
Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných osobních asistentů.....	50
Tabulka 4 - Délka praxe v osobní asistenci.....	50
Tabulka 5 - Délka praxe v péči o seniory s demencí.....	51
Tabulka 6 - Počet seniorů s demencí v průběhu praxe.....	51
Tabulka 7 - Činnosti prováděné během návštěvy u seniora s demencí.....	52
Tabulka 8 - Spokojenost s prací u seniorů s demencí	53
Tabulka 9 - Význam pojmu aktivizace podle osobních asistentů	54
Tabulka 10 - Realizované aktivity během asistenční návštěvy u seniora s demencí	55
Tabulka 11 - Cíle aktivizace podle osobních asistentů	56
Tabulka 12 - Aktivizace v popisu práce	57
Tabulka 13 - Stadium demence vybraného klienta	57
Tabulka 14 - Délka spolupráce se seniorem s demencí.....	58
Tabulka 15 - Pravidelnost návštěv u seniora s demencí.....	58
Tabulka 16 - Provádění aktivizace	59
Tabulka 17 - Důvody, proč osobní asistenti vykonávají aktivizaci	60
Tabulka 18 - Důvody, proč osobní asistenti nevykonávají aktivizaci.....	61
Tabulka 19 - Četnost aktivizace	61
Tabulka 20 - Změny po aktivizaci.....	62
Tabulka 21 - Nejčastěji využívané aktivizační metody.....	63
Tabulka 22 - Čas na aktivizaci	64
Tabulka 23 - Motivace seniora s demencí k aktivizaci	65
Tabulka 24 - Požadavek zaměstnavatele na aktivizaci	66
Tabulka 25 - Vzdělávání v aktivizačních metodách	66
Tabulka 26 - Důvody, proč se osobní asistenti vzdělávají	67
Tabulka 27 - Důvody, proč se osobní asistenti nevzdělávají	68
Tabulka 28 - Postoj rodiny k aktivizaci.....	68
Tabulka 29 - Faktory ovlivňující efekt aktivizace na straně osobního asistenta	69
Tabulka 30 - Porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání a míry spokojenosti s prací u seniorů s demencí	72

Seznam grafů

Graf 1 - Vliv demence na změny v důsledku aktivizace dle zkušenosti osobních asistentů	75
Graf 2 - Porovnání postoje rodiny k aktivizaci a stadia demence seniora.....	77

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník pro osobní asistenty	91
Příloha 2 - Změny v průběhu stárnutí.....	97
Příloha 3 - Somatické geriatrické syndromy	98
Příloha 4 - Diagnostika demence.....	99
Příloha 5 - Alzheimerova choroba.....	101
Příloha 6 - Kognitivní a nekognitivní farmakoterapie.....	102
Příloha 7 - Zdravotní a sociální služby pro seniory s demencí v domácím prostředí.....	103

Přílohy

Příloha 1 - Dotazník pro osobní asistenty

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Petra Hejdová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Studuji obor sociální a pastorační práce.

Dovolte mi požádat Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma: „Aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí“. *Tento dotazník je určen všem osobním asistentům, kteří mají zkušenost s péčí o seniora s demencí v domácím prostředí. Pokud tuto zkušenost nemáte, dotazník nevyplňujte.* Dotazník je zcela anonymní. Prosím tedy, nevypisujte žádné své identifikační údaje. Veškeré informace zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro účely mé závěrečné bakalářské práce, která je součástí státní zkoušky.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

S pozdravem Petra Hejdová

Instrukce pro vyplnění dotazníku:

1. U každé otázky, pokud není uvedeno jinak, vyberte a označte vždy jen jednu odpověď.
2. Pokud vyberete odpověď jiné, napište Vaši konkrétní odpověď.
3. U otázek, u kterých je volná tvorba odpovědi, uveďte, cokoli Vás k dané otázce napadne.
4. Prosím o vyplnění všech otázek, jinak nebudu moci dotazník pro svou práci použít.
5. Na konci dotazníku najdete místo pro Váš volný komentář. Zde budu ráda za připomínky k dotazníku (např. co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité).

1) Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2) Věk:

- a) Méně než 18 let
- b) 18 – 30 let
- c) 31 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 – 65 let
- f) Více než 65 let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní škola
- b) Střední škola (bez maturity)
- c) Střední škola (s maturitou)
- c) Vyšší odborná škola
- d) Vysoká škola

4) Kolik let pracujete jako osobní asistent/ka?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 20 a více let

5) Kolik let pracujete se seniory s demencí?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 – 3 roky
- c) 4 – 6 let
- d) 7 a více let

6) O kolik seniorů s demencí jste během svého zaměstnání v roli osobního asistenta pečoval/a?

- a) 1 – 2 seniory s demencí
- b) 3 – 4 seniory s demencí
- c) 5 – 6 seniorů s demencí
- d) 7 – 8 seniorů s demencí
- e) 9 – 10 seniorů s demencí
- f) Více než 10 seniorů s demencí

7) Jaké činnosti obvykle provádíte během své návštěvy u seniora s demencí:
(možnost označit více odpovědí)

- Dohled, hlídání
- Příprava a podávání jídla
- Povídání
- Procházka, doprovázení
- Hygiena
- Pomoc s oblékáním a svlékáním
- Zábavné aktivity, hry, luštění křížovek, ruční práce, kreslení apod.
- Sledování televize
- Úklid domácnosti
- Nakupování
- Jiné činnosti, jaké:.....

8) Do jaké míry Vás osobní asistence u seniorů s demencí těší?

- a) Těší mě velmi
- b) Spíše mě těší
- c) Spíše mě netěší
- d) Netěší mě vůbec

9) Když se řekne aktivizace seniorů, co si pod tímto pojmem představíte?

.....

10) Které z uvedených aktivit během své asistenční návštěvy spolu se seniorem realizujete? (možnost označit více odpovědí)

- Společné vaření a pečení (loupání jablek, louskání ořechů, sušení hub)
- Luštění křížovek
- Rehabilitační péče, masáže
- Sledování starých filmů v televizi, promítání videí
- Zpívání
- Kognitivní trénink, procvičování paměti (zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, skládání obrazců, zjednodušené „pexeso“ apod.)
- Rukodělné činnosti (pletení, šití; opravování přístrojů, hodin, elektroniky)
- Zahradnické práce (hrabání zahrady, okopávání rostlin, rytí hlíny, sázení rostlin, pletí, sklizení jablek)
- Procházky, chození na houby
- Výlety, cestování
- Četba
- Procvičování orientace v realitě (např. jaké je roční období, kolik je hodin, kolikátého je dnes)

- Prohlížení fotografií
- Reminiscenční kreativní činnosti (koláže, rodokmen, alba, Babičko vyprávěj – vytváření)
- Návštěva divadla, koncertu, výstavy, muzea
- Jiné činnosti, jaké:.....

11) Co je, dle Vašeho názoru, cílem aktivizace?

.....

12) Máte aktivizaci v popisu práce?

- a) Ano
- b) Ne

Nyní si vzpomeňte na jednoho ze svých klientů žijících s demencí. Může se jednat o současného i bývalého klienta. Otázky 13. – 19. se budou týkat pouze tohoto vybraného klienta.

13) V jakém stadiu demence je/byl Váš klient?

- a) 1. stadium – mírné kognitivní postižení, klient je téměř soběstačný, mírně dezorientovaný, občas zapomíná, hledá slova
- b) 2. stadium – větší poruchy paměti a orientace, víceméně nesoběstačný, špatně komunikuje, bloudí
- c) 3. stadium – těžké kognitivní postižení, obtížné se s ním dorozumět, inkontinence, omezená pohyblivost, minimální kontakt s okolím
- d) 4. stadium – terminální, závěr života

14) Jak dlouho k tomuto klientovi docházíte nebo jste docházel/a?

- a) Méně než 1 měsíc
- b) 1 měsíc – 3 měsíce
- c) 3 měsíce – 6 měsíců
- d) 6 měsíců – 9 měsíců
- e) 9 měsíců – 1 rok
- f) 1 rok – 1,5 roku
- g) 1,5 roku – 2 roky
- h) Více než 2 roky

15) Kolikrát do týdne tohoto klienta navštěvujete nebo jste navštěvoval/a?

- a) 1 – 2 x
- b) 3 – 4 x
- c) 5 – 6 x
- d) Každý den

16) Provádíte nebo prováděl/a jste v rámci péče o tohoto seniora s demencí aktivizaci? (Prosím, v obou případech uveďte důvod. Pokud uvedete odpověď „Ne“, budete přesměrováni na otázku č. 20.)

- a) Ano, protože
- b) Ne, protože

17) Jak často obvykle provádíte nebo jste prováděl/a aktivizaci tohoto svého klienta?

- a) Příležitostně, nepravidelně, dle možností (hlavně časových)
- b) Pravidelně při každé návštěvě (aspoň jednou za týden)

18) Jaké změny u svého klienta s demencí pozorujete nebo jste pozoroval/a po pravidelné nebo i příležitostné aktivizaci? (možnost označit více odpovědí)

- Žádné
- Negativní změny (zvýšené projevy agrese, negace, odmítání, neklid...)
- Zlepšení fyzické kondice
- Zlepšení psychické kondice (větší emocionální vyrovnanost)
- Zlepšení kognitivních funkcí
- Pozitivní změny chování
- Zvýšení samostatnosti a soběstačnosti
- Zlepšení verbální komunikace
- Jiné změny, jaké.....

19) Jaké aktivizační metody nejčastěji používáte?

.....

20) Máte na aktivizaci dostatek času?

- a) Ano
- b) Ne

21) Jak motivujete klienta k aktivizaci? (možnost označit více odpovědí)

- Nemotivuji.
- Snažím se vybírat činnosti, které odpovídají individuálnímu nastavení klienta
- Snažím se nastavit v těchto aktivitách pravidelnost, řád
- Podporuji klienta, aby se nebál nových věcí
- Dávám klientovi na výběr
- Přizpůsobuji aktivity jeho náladám
- Snažím se pracovat na sobě, na svém přístupu, empatii
- Nejdříve začnu aktivitu sám/sama dělat
- Jiné motivace, jaké

22) Požaduje po Vás zaměstnavatel, abyste zapojil/a aktivizaci do péče o seniora s demencí?

- a) Ano
- b) Ne

23) Vzděláváte se v aktivizačních metodách? (Prosím, v obou případech uveďte důvod.)

- a) Ano, protože
- b) Ne, protože

24) Jak se staví k aktivizaci svého seniora rodina?

- a) Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Sama však v mé nepřítomnosti aktivizaci neprovádí.
- b) Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Aktivizaci provádí i v mé nepřítomnosti.
- c) Požaduje, abych klienta aktivizoval/a. Spolupracujeme. Je přítomna při aktivizaci.
- d) Je jí jedno, co s klientem dělám.

25) Co má, dle Vašeho názoru, největší vliv na efekt aktivizace na straně osobního asistenta?

(Nejprve si přečtěte všechny položky a pak teprve vyberte 3 nejdůležitější)

- o Pohlaví asistenta
- o Věk asistenta
- o Výše dosaženého vzdělání asistenta (ZŠ, SŠ, VŠ)
- o Délka práce jako osobní asistent
- o Délka práce se seniory s demencí, zkušenost asistenta
- o Délka spolupráce s konkrétním seniorem s demencí
- o Pravidelnost aktivizace
- o Dostatek času na aktivizaci
- o Umění motivovat seniora s demencí
- o Podpora ze strany zaměstnavatele
- o Podpora ze strany rodiny klienta
- o Vzdělávání v aktivizačních činnostech

26) Váš vlastní komentář:

.....
.....

Toto je konec dotazníku. Prosím, zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mockerát Vám děkuji za čas strávený tímto dotazníkem.

Petra Hejdová

Příloha 2 - Změny v průběhu stárnutí

Biologické aspekty stárnutí se vyznačují tělesnými změnami, v rámci kterých dochází k poklesu funkcí orgánů, k hormonálním, kardiovaskulárním a senzorickým změnám, poklesu svalové a kosterní hmoty, také snížení výkonnosti imunitního systému. Postupně se přeměňují některé specializované tkáně v pojivovou nebo tukovou tkáň. Ty mají oslabené funkce oproti původním tkáním. Výraznými změnami jsou též změny vzhledu spojené se svrašťováním kůže, větší pigmentací, řídnutím a šedivěním vlasů apod. Často jsou patrné změny spánkového rytmu (Klevetová, 2017, s. 23). „*Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální*“ (Kalvach a kol., 2004, s. 99).

Psychické aspekty stárnutí jsou spojeny s psychickými změnami, které dle Vágnerové (2007, s. 407) probíhají v oblasti kognitivní, emocionální, motivační a osobnostní. Ve stáří dochází ke změnám ve většině kognitivních funkcí. Tyto změny se zejména projevují v zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Velmi podstatnou změnou je celkové zpomalení poznávacích procesů. V důsledku celkového zpomalení starších lidí se čas potřebný k vykonání určitého úkolu prodlužuje až dvojnásobně. Tím se prodlužuje i reakční čas. Dále dochází ke změnám v percepci, jejíž kvalita se snižuje a tím je ovlivněna orientace v prostoru. Další kognitivní funkcí je pozornost. Schopnost soustředit se na potřebné informace, vybrat ty podstatné, schopnost přesouvat pozornost a koordinovat informace z více zdrojů se snižuje. Paměť patří mezi další kognitivní funkce, které se vlivem stárnutí zhoršují. Postupné zhoršování paměti má vliv na ukládání a zpracovávání nových informací i vybavování si informací dřívějších. Nedostatky paměťových funkcí se též pojí s obtížemi při učení, se zvýšenou unavitelností a obtížnější koncentrací pozornosti. Dále jsou postiženy rozumové funkce, což má za následek postupnou proměnu intelektových funkcí. Nejvýrazněji je zasažena tzv. fluidní inteligence, která bývá označována jako mechanika inteligence a slouží ke zpracování nových informací. Poněkud méně je zasažena tzv. krystalická inteligence, pokud se nejedná o člověka s demencí. Krystalická inteligence umožňuje využít dříve naučené, zafixované a osvojené znalosti.

Proměna emocionality je závislá na psychických, sociálních a somatických faktorech, které se sčítají a ovlivňují. I přes to, že dochází odchodem do důchodu ke snížení požadavků a stresu ze zaměstnání, přichází

často zhoršování zdravotního stavu a zvýšené riziko ztrát (např. manžela, ekonomické soběstačnosti apod.) navozující nepříjemné emoce a obavy. Emoční prožívání a emoční reakce bývají však umírněnější a kontrolovatelnější. Celkově dochází ke zklidnění prožívání emocí. Vlivem zkušeností (uvědomělosti, vyrovnanosti) starší člověk lépe rozumí svým emocím. Naučil se ovládat jejich frekvenci a intenzitu. S rostoucím věkem může však narůstat citová dráždivost a labilita a snižovat se odolnost k zátěži. Starší lidé mívají větší sklon k úzkostem a depresím. Často bývají sugestibilní, tzn. emočně ovlivnitelní (Vágnerová, 2007, s. 410).

Proměna motivace je spojována ve vyšším věku se zpomalením a oslabením různých regulačních funkcí, které mají volní a emoční charakter. Vlivem této proměny se snižuje schopnost zvládat zátěž, snižuje se schopnost sebeovládání, avšak vytrvalost, trpělivost a stálost bývají často silnější.

Osobnostní změny se vyznačují především změnou v akcentaci některých vlastností nebo rozvojem nových vlastností, které daný člověk v mladším věku mít nemusel. Tyto změny nemusejí bezprostředně souviset pouze se stárnutím, ale lze je chápat také jako reakci na nějakou novou životní situaci. Pokud však dojde k nápadným změnám a novým projevům, které neodpovídají dřívějším vlastnostem a chování staršího jedince, může se jednat o příznaky patologické (Vágnerová, 2007).

Sociální aspekty stárnutí jsou charakterizovány změnami, které se pojí zejména s odchodem do důchodu a s vyšším výskytem nemocí u starších lidí. Vlivem těchto faktorů dochází často k diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, jejichž příčina spočívá především ve větší izolovanosti seniora od společenského dění. Velkou roli zde sehrává také změna sociálních rolí a způsobu života (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Příloha 3 - Somatické geriatrické syndromy

Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti vzniká v důsledku malého množství pohybových aktivit, které senior nemůže nebo nechce vykonávat. Bývá zapříčiněn onemocněním pohybového aparátu, bolestmi, ztrátou motivace, depresivitou apod. Postupně senior přestává vycházet z bytu, omezuje pohyb. Tím vzniká hypomobilita, která vede ke ztrátě kondice a úbytku svalové hmoty (sarkopenii). Dekondice se obvykle projevuje nadměrnou únavou, nevykonností, dušností. V důsledku sarkopenie dochází

k poklesu svalové síly, zejména pak v dolních končetinách, což poznamenává chůzi. Pro prevenci je tak vhodné, aby senior s tímto syndromem byl motivován, povzbuzován, udržoval pohybovou aktivitu, měl zajištěnou společnost a bezpečnost. Hypomobilita se vzájemně podmiňuje s nestabilitou (Kalvach a kol., 2008, s. 145).

Výskyt **syndromu instability s pády** stoupá s rostoucím věkem. Tento syndrom bývá způsoben vnitřními i vnějšími faktory. Vnitřní příčiny spočívají v poruchách zraku, rovnováhy, prokrvení mozku či v užívání některých léků (př. hypnotik). Vnější příčiny jsou způsobeny rizikovým domácím prostředím, ve kterém může senior zakopnout, uklouznout, spadnout ze schodů apod. Tyto příčiny lze většinou eliminovat. Je vhodné přizpůsobit interiér nově vznikajícím potřebám seniora. Důležité je odstranit zbytečné překážky v podobě volně se povalujících kabelů, neupevněných kusových koberečků nebo vysokých prahů. Za nejrizikovější místo se v domácnosti považuje koupelna. Zde je vhodné zvážit výměnu vany za sprchový kout s co nejnižší vaničkou nebo zcela bez vaničky. Dobré je koupelnu vybavit také protiskluzovou podložkou, madly či sedátkem. Riziko však představují i elektrické a plynové spotřebiče, nářadí či chemikálie používané v domácnosti, proto se doporučuje odstranit nebo zabezpečit všechny nebezpečné předměty, které by mohly vést k poranění seniora (Kalvach a kol., 2008, s. 168).

Příloha 4 - Diagnostika demence

Podle Fertařové a Ondriové (2020, s. 22) je „*správná diagnostika onemocnění a rozlišení časného stadia demence od přirozeného kognitivního stárnutí důležitá pro časné zahájení efektivní léčby a zpomalení progresu onemocnění.*“

Včasná diagnostika je základem pomoci, protože čím dříve je tento syndrom diagnostikován, tím existuje větší pravděpodobnost, že při vyhovující léčbě se oddaluje ztráta soběstačnosti a celkové zhoršení zdravotního stavu. To vede ke zachování nebo i zvýšení kvality života a možnosti setrvat co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Včasná diagnostika je také zásadní pro nastavení adekvátní péče a přijetí potřebných rozhodnutí a opatření. Často se však stává, že tento člověk se dostane k lékaři až ve chvíli, kdy jeho blízcí začnou pozorovat nejen zhoršenou paměť, ale také změny v jeho chování, problematické chování, které se vyskytuje především ve druhé fázi demence.

Lékař nejprve provede komplexní vyšetření, následně stanoví diagnózu, na jejímž základě může být započata léčba. V praxi se při stanovování diagnózy spoléhá především na základní klinické vyšetření (zahrnující i zobrazovací metody), které se srovnává s klinickým obrazem jednotlivých druhů demence. To je většinou dostatečný základ pro jistá opatření a postupy zahrnující i farmakoterapii (Hauke a kol., 2017).

Při stanovování diagnózy se v první řadě sestavuje anamnéza, která je nejdůležitějším východiskem. Anamnéza představuje informace o vzniku a průběhu onemocnění, příznacích, dopadech na život jedince, také informace o jeho dalších nemocech, lécích a onemocnění vyskytujících se v jeho rodině. Informace od člověka s demencí je vhodné doplnit o informace od pečujících či blízkých. Dále se provádí fyzikální vyšetření zaměřené zejména na vyhledávání diskrétních patologických neurologických příznaků. Poté přicházejí na řadu testy.

Jedná se v první řadě o orientační testy zaměřené na kognitivní funkce daného jedince. Ty jsou relativně časově nenáročné. Mezi doporučované testy se řadí „MiniCog“, který je třiminutovým testem obsahující tři položky. Jsou jimi zapamatování tří slov, kreslení hodin a následné znovuzopakování zapamatovaných slov. Nejčastěji využívanými testy jsou Mini Mental State Examination („MMSE“) a Montrealský kognitivní test („MoCA“). MMSE se nejvíce užívá v České republice. Na jeho výsledky se váže úhrada kognitiv z veřejného zdravotního pojištění. Aby pacient měl nárok na úhradu kognitiv ze zdravotního pojištění, musí být výsledek MMSE v rozmezí 25 – 13 bodů včetně (pro předepsání memantinu je toto rozmezí 19 – 6 bodů, úhrada ze zdravotního pojištění poté může být pouze při výsledku v rozmezí 19 – 18 bodů a splnění dalších kritérií). Tento test však není dostatečně senzitivní, zvláště u pacientů s vyšším intelektem a u pacientů s mírným postižením kognitivních funkcí. MoCA je zkrácenou formou Addenbrook Cognitive Examination používanou v české verzi Českou alzheimerovskou společností v rámci „Dnů paměti“. MoCA se stále více začíná užívat v klinické praxi a postupně nahrazuje MMSE (Holmerová, 2018).

Ke stanovení podrobnějšího obrazu kognitivních funkcí se provádí speciální neuropsychologické vyšetření, které posuzuje hloubku a závažnost postižení kognitivních funkcí a intelektu. Významnou součástí pro stanovení diagnózy jsou také laboratorní a instrumentální vyšetření, která zahrnují biochemické vyšetření, EKG, CT, MR a další metody.

Příloha 5 - Alzheimerova choroba

Nejčastější příčinou vzniku demence je Alzheimerova choroba, která představuje 50 – 60 % všech demencí. Je závažným neurodegenerativním onemocněním mozku, při kterém dochází k úbytku některých populací neuronů – ke ztrátě jejich spojení (synapsí) – což vede až k atrofii mozku. Alzheimerova choroba poškozuje tu část mozku, jež řídí paměť, myšlení a jazykové schopnosti. Vznik je ovlivněn genetickými faktory, jejich epigenetickými determinanty a faktory prostředí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 29). Vyskytuje se ve formě čisté i smíšené (například společně s vaskulárními poruchami). „V čisté formě představuje asi 50 % všech demencí, smíšené formy představují 10 – 20 % všech demencí“ (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, str. 173).

Tato nemoc je pojmenována po Dr. Aloisi Alzheimerovi, německém lékaři, který v roce 1902 popsal onemocnění, pro které bylo typické, že se vyskytovalo ve středním věku (kolem 50 let), mělo rychlý průběh, výrazným faktorem byla dědičnost a výskyt byl především u žen. Po klinické stránce se toto onemocnění projevovalo rychle probíhající demencí (Fertal'ová, Ondriová, 2020). V roce 1906 na vědecké konferenci v Tübingenu představil Alzheimer případ narušené ženy (Augusty D.), u které se objevovaly typické symptomy demence (dezorientace, zhoršená paměť, problémy se čtením, psaním apod.). Příčina její smrti byla klasifikována jako neobvyklá duševní choroba. Po posmrtném vyšetření mozku se zjistilo, že mozková kůra Augusty byla mnohem tenčí, než je tomu v normálních případech, a že na mozku jsou přítomny další dvě abnormality (senilní plak a pozměněná struktura buněk v mozkové kůře). Tak byl definován nový druh onemocnění (Holmerová, Janečková, Niklová, 2020).

Alzheimerova choroba se dělí na dvě skupiny. První skupinou je Alzheimerova choroba s časným začátkem, tzv. presenilní forma, při níž se klinické příznaky dostaví před 65. rokem života. Tato forma má rychlý průběh a vyznačuje se po klinické stránce syndromem „pěti A“: afázie, agrafie, alexie, apraxie, agnozie. Druhou skupinou je Alzheimerova choroba s pozdním začátkem, při níž dochází k projevení se začátku nemoci v 65 letech a později. Tato forma má pozvolný průběh a trvá mnohem déle než presenilní forma (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015, s. 184).

Alzheimerova choroba vzniká plynule, pozvolna, nenápadně. Zpravidla se rozvíjí pomalu mnoho let. Zpočátku bývá asymptomatická (cca 10 i více let) a až později přicházejí projevy v podobě kognitivních poruch a dalších příznaků

demence. Typicky se projevuje poruchami paměti, ale též poruchami řeči, které jsou důležitým jevem pro stanovení diagnózy. Na rozdíl od jiných forem demence se u Alzheimerovy nemoci objevuje porucha všítipivosti, která představuje problém se zapamatováním si nových informací (např. co měl daný člověk k snídani), zatímco staré informace (např. kde se narodily jeho děti) si relativně dobře pamatuje po delší čas (Hauke a kol., 2017).

Příloha 6 - Kognitivní a nekognitivní farmakoterapie

Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje postižené kognitivní funkce a také některé další symptomy demence. K dispozici jsou tzv. kognitiva, která mají mírný a dočasný efekt (nezabraňují neuropatologickým změnám), avšak i přes to mohou podstatným způsobem zlepšit kvalitu života osoby žijící s demencí a prodloužit období soběstačnosti. Jsou vhodné při léčbě lehké a středně těžké demence. Ve středních a těžkých stádiích demence se využívá léčba memantinem. Účinné je též podávání antioxidantů (např. vitamínu E), protizánětlivých léků a vitaminů ze skupiny B, důležitých i pro prevenci demence. Vědecky podložený je též účinek extraktů z Ginkgo biloby (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 177). Příznivý efekt byl též prokázán u hypertoniků, kteří byli léčeni kalciovým blokátorem nitrendipinem. Zde se prokázalo snížení rizik Alzheimerovy choroby na polovinu (Holmerová, Janečková, Niklová, 2020, s. 13). K zlepšení stavu seniora může dojít po podání kognitiv, avšak často lze poruchy chování zvládnout i nefarmakologickými postupy.

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje především postižené behaviorální a psychotické příznaky demence v těžších stádiích, mezi které patří například agresivní chování (např. verbální agrese, kopání), nepřiměřené chování (například toulání, neúčelné krádeže) či verbální agitovanost (například negativismus, naříkání). U těžkých stavů jako jsou psychiatrické syndromy (deprese, úzkost, bludy, halucinace) je indikace léčiv (antipsychotik a antidepresiv) většinou nezbytná. Je však zapotřebí zdůraznit, že tyto léky je třeba používat s velkou opatrností, protože při dlouhodobém užívání mohou mít u seniorů s demencí nežádoucí účinky (Pidrman, 2007, s. 137).

Příloha 7 - Zdravotní a sociální služby pro seniory s demencí v domácím prostředí

Zdravotní služby:

Domácí ošetrovatelská péče neboli „home care“ je poskytována seniorovi na žádost praktického lékaře a je hrazena ze zdravotního pojištění podle zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 § 22. Účelem této péče je udržení, podpora a navrácení zdraví, uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, které mohly vlivem poruchy zdravotního stavu vzniknout nebo změnit se. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována zdravotně stabilizovaným seniorům, u kterých se předpokládá možnost poskytování péče v jejich domácím prostředí a zapojení do spolupráce rodiny či jiného pečovatele. Náplní práce ošetrovatelské péče je převážně ošetrování chronických ran, podávání inzulínu, fyzioterapie či poradenství o kompenzačních pomůckách (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Tyto činnosti vykonávají zdravotní sestry.

Smyslem *domácí léčebně rehabilitační péče* je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta. To je možné buď odstraněním vzniklých funkčních poruch, nebo náhradou některé funkce organismu, případně zpomalením nebo zastavením nemoci a stabilizací zdravotního stavu. Tato služba je vhodná pro nemocné, lidi s postižením a seniory, kteří se do ambulantního rehabilitačního zařízení pro dlouhé čekací doby nebo svou omezenou mobilitu a pohyblivost nedostanou. Je poskytována buď na základě doporučení ošetřujícího lékaře jako součást zvláštní ambulantní péče ve vlastním sociálním prostředí nebo jako služba hrazená z vlastních prostředků osoby.

Domácí paliativní péče má za úkol zmírnit utrpení a zachovat kvalitu života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí, převážně v její konečné fázi. Základem je komplexní léčba založená na tišení bolesti, mírnění tělesných i duševních utrpení a zachování lidské důstojnosti.

Sociální služby:

a) Ambulantní služby

Ambulantní služby představují služby, za kterými senior dochází. Mezi tyto služby patří denní stacionáře a centra denních služeb. *Denní stacionáře* jsou určeny osobám, které se neobejdou bez nepřetržité pomoci druhé osoby. Tito lidé obvykle žijí se svoji rodinou doma, v podporovaném

či chráněném bydlení. Do stacionáře poté docházejí pouze na část dne, kdy se o ně pečující nemůže postarat. Ve stacionáři se jim dostává komplexní péče a zároveň podpora rozvoje jejich schopností, dovedností a sociálních kontaktů. Tato služba tedy pomáhá jak lidem závislým na pomoci, tak i jejím pečujícím, kteří nemusí podřídit svůj soukromý a pracovní život péči o ně.

Centra denních služeb jsou podobnou službou jako již zmíněné denní stacionáře, jež zastávají stejné úkoly, avšak liší se v intenzitě pomoci, respektive v míře závislosti uživatelů služby. Tato centra poskytují služby zejména osobám se sníženou soběstačností z důvodu vyššího věku, které vyžadují pomoc druhé osoby. Cílem těchto center je posílit samostatnost a soběstačnost potřebných osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním či osob se sníženou soběstačností.

b) Terénní služby

Terénní služby představují služby, které jsou poskytovány seniorovi přímo v jeho přirozeném domácím prostředí, tedy tam, kde žije a potřebuje pomoc. Mezi nejčastější a nejtradičnější terénní sociální službu patří *pečovatelská služba*, jejímž hlavním cílem je zejména zajistit základní životní potřeby klientů, podpořit samostatný život v jejich domovech a oddálit nutnost umístění do institucionální péče. Haškovcová (2010, s. 238) uvádí, že komplikace nastávají převážně v situacích současné potřeby pečovatelské a domácí ošetrovatelské péče. Propojenost domácích sociálních a zdravotních služeb je stále nedostatečná.

Tísňová péče je terénní službou, která je určena pro osoby vystavené vysokému riziku ohrožení zdraví, především tedy seniorům, kteří žijí sami ve své domácnosti. Tato péče je zaměřena na neustálou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci. Tlačítko tísňové péče (náramek nebo přívěšek na krku) je efektivním a rychlým způsobem pomoci. Pouhým stisknutím tlačítka si senior může přivolat pomoc. Pokud nedochází delší dobu k pohybu, snímač pohybu tuto skutečnost nahlásí dispečinku, který činí další kroky k zjištění, zda není život klienta ohrožen.

Telefonická krizová pomoc má též podstatnou roli v rámci terénních sociálních služeb. Tato služba může doplňovat výše uvedené služby. Jedná se o linku důvěry specializovanou na seniory.

Osobní asistence, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby jsou popsány v teoretické části.

c) Sociální poradenství

Velmi důležitou roli v systému sociálních služeb má i sociální poradenství, které dělíme na základní a odborné. **Základní sociální poradenství** je poskytováno všemi druhy sociálních služeb, což je stanoveno zákonem. Je bezplatné a poskytuje se každému, kdo potřebuje získat informace o možnostech řešení své nepříznivé situace či jejího předcházení. Jedná se o informace nejen o sociálních službách, ale také například o možnosti získání pomoci ze státní sociální podpory nebo pomoci v hmotné nouzi. **Odborné sociální poradenství** má širší rozsah, hloubku a je zaměřeno na určitý problém (např. domácí násilí) nebo určitou skupinu lidí (např. senioři). Jedná se o občanské poradny, poradny pro seniory, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí a podobně (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).