

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Lucie Kulíšková

Aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2018

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

Prohlašuji,

že tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....

datum

.....

Lucie Kulíšková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala doc. PhDr. Tibor Vojtkovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce a za cenné rady, připomínky a vstřícnost v průběhu jejího psaní. Další poděkování patří všem respondentům, kteří si nepřáli být jmenováni, za poskytnutí rozhovorů a možnost nahlédnout do života jejich pacientů a blízkých.

Abstrakt:

Bakalářská práce pojednává o aktivizaci seniorů s demencí v domácím prostředí. Cílem práce je popis charakteristik, možností a limitů petterapie jako jedné z aktivizačních metod u seniorů s demencí v domácím prostředí. Bakalářská práce se zabývá stárnutím a stářím. Představena je demence a některé její charakteristiky. Dále se práce zabývá možnostmi péče o seniora s demencí a metodami aktivizace seniorů. Také se věnuje petterapii jako jedné z metod aktivizace seniorů s demencí. Cílem šetření je zjistit, jaké limity související s demencí se mohou u seniora během použití metody petterapie vyskytnout a jak je v některých oblastech život seniora s demencí zvířetem ovlivněn. Ke zjištění jsou využity rozhovory s pečovateli, kteří se starají o dementní seniory, a případové studie konkrétních seniorů.

Klíčová slova:

demence, stáří, aktivizace, petterapie, senior, pacient

Abstract:

The bachelor thesis deals with keeping seniors with dementia active in the home environment. The aim of the thesis is to describe the characteristics, possibilities, and limitations of pet therapy, as one of the activation methods, used with seniors who are suffering from dementia in the home environment. The bachelor thesis deals with aging and old age. It introduces dementia and some of its characteristics. Next, it deals with the possibilities of senior care for people suffering from dementia and methods of keeping seniors with dementia active. It also examines pet therapy as one of such methods. The aim of the survey is to find out what limitations associated with dementia may occur during the use of the pet therapy method and how the life of a senior is influenced by a pet. To find this out, interviews with caregivers who care for seniors with dementia are used as well as case studies of specific seniors.

Keywords:

Dementia, Old Age, Keeping Active, Pet therapy, Senior, Patient

0 Obsah

0 Obsah	5
1 Stáří a stárnutí	8
1.1 Změny a potřeby ve stáří	9
1.2 Aktivní život v seniorském věku	11
2 Demence jako nemoc	14
2.1 Příznaky a následky demence	14
2.2 Dělení demence.....	16
2.3 Léčba demence	17
2.3.1 Prevence demence.....	17
2.3.2 Diagnostika a vyšetřovací metody u demence.....	18
2.3.3 Léčba demence	20
3 Péče o seniora s demencí	21
3.1 Domácí péče pro seniory s demencí	21
3.2 Poruchy chování u seniorů s demencí.....	23
4 Metody aktivizace seniorů s demencí.....	25
4.1 Aktivizační metody vhodné pro seniory postižené demencí	25
4.2 Aktivizace v domácím prostředí	29
4.3 Omezení při použití aktivizačních metod u pacientů s demencí	30
5 Petterapie	32
6 Empirické šetření: Zjištění oblastí, ve kterých je život seniora s demencí ovlivněn vlastnictvím mazlíčka v domácím prostředí a jaké limity se během petterapie mohou vyskytnout.....	35
6.1 Metodika šetření	35
6.2 Cíle šetření	35
6.3 Charakteristika výzkumného vzorku	36
6.4 Respondenti a realizace rozhovorů	42
6.5 Způsob zpracování a interpretace výsledků šetření	43
7 Diskuze	54
8 Závěr	57
9 Soupis bibliografických citací	59

O Úvod

Stárnutí populace a s ní související rozmach nemocí spojených s vyšším věkem, ovlivňují nahlížení na problematiku demence, jakožto jednu z těchto nemocí ve velkém měřítku. Demence se jako nemoc stává velmi častou součástí procesu stárnutí, a proto je nutné neustále rozvíjet způsoby a metody, jak s lidmi s touto nemocí pracovat.

Jednou ze součástí práce s demenčními lidmi je jejich aktivizace. Účelů aktivizace je hned několik. Jedná se o udržování, zachování či dokonce rozvoj fyzických, psychických a kognitivních schopností, sociálních kontaktů nebo zachování samostatnosti a soběstačnosti. Je to ale také právo žít život plnohodnotně i v případě vážné, nevléčitelné nemoci. Součástí aktivizace demenčního seniora je úsilí o oddálení involučních změn a minimalizace důsledků demence na život člověka v jeho sociálním prostředí. Aktivizace nemocných není pouze prací lékařů či zaměstnanců a dobrovolníků v sociálních službách, ale také rodinných příslušníků a blízkých lidí, kteří si přejí mít nemocného v péči tak dlouho, jak je to možné. Domácí péče může být do určitého stádia nemoci plnohodnotným způsobem, jak se o seniora s demencí starat.

Význam petterapie jako jedné z alternativ aktivizace seniorů s demencí je nenahraditelný a unikátní. Zvířata jsou tvorové, která do lidského života vnášejí potěšení, klid a zmírňují stres. Mají ve světě lidí nepostradatelný význam. Zvířata se v průběhu vývoje lidstva nepopíratelně zapsala nejenom jako zdroj potravy a jiného užitku, ale také jako rovnocenní partneři a přátelé, kteří člověka doprovází na cestě životem. Zvířata a domácí mazlíčci se ve zdravotnictví a k různým druhům terapií využívají stále častěji. Pouto, které vzniká mezi člověkem a zvířetem, nabývá na významu, když je dotyčný vystaven stresu, depresi, nemoci nebo jiné nepříjemné situaci či životní události. Zvířata dokáží v člověku vyvolat příjemné pocity a emoce i v případech, kdy se zdá, že už nic jiného nepomůže. Pro člověka s demencí je zvíře něco reálného, živého a může přinášet vzpomínky. Petterapie je proto jednou z důležitých součástí terapie seniorů, kteří onemocněli demencí.

Práce je rozdělena do osmi kapitol. V první kapitole bude představena problematika stáří a stárnutí. Na tyto oblasti lze pohlížet z několika úhlů, proto bude vysvětleno různé pojetí těchto pojmů. Kapitola bude zaměřena na změny a potřeby ve stáří, které jsou klíčové pro pochopení celého tématu. Další část kapitoly bude věnována aktivnímu životu ve stáří, kde budou popsány i některé konkrétní aktivity, které lze ve stáří vykonávat.

Druhá kapitola bude věnována demenci, která je celosvětovým a aktuálním tématem. Zaměřena bude na to, jak je demenci možné rozpoznat a jaké jsou její následky. Dále zde bude vysvětleno, jaké druhy demence existují a jak je možné je dělit. Následně se kapitola bude věnovat léčbě demence a jednotlivé podkapitoly budou věnovány prevenci demence, její diagnostice, vyšetřovacím metodám a v poslední řadě přímo léčbě tohoto onemocnění.

Třetí kapitola je zaměřena na péči o seniora s demencí. Nejdříve se bude věnovat péči o seniory s touto nemocí všeobecně a dále se v podkapitolách bude zabývat domácí péčí o seniory s demencí, které se tato práce věnuje více než institucionální péči. Kapitola se také bude věnovat často se vyskytujícím poruchám chování, které se mohou projevit v souvislosti s onemocněním demencí.

Účelem čtvrté kapitoly bude vysvětlit metody aktivizace seniorů s demencí. Podkapitoly budou nejprve zaměřeny na konkrétní metody, které je vhodné využívat při aktivizaci člověka s demencí. Dále se bude zabývat metodami, které je vhodné využít v domácím prostředí. V závěru kapitoly budou uvedena omezení, které se při aktivizaci s demenčními pacienty mohou vyskytnout.

Pátá kapitola se bude zabývat aktivizační metodou, která je ústředním bodem celé práce. Jedná se o petterapii, kde bude vysvětleno, o jakou metodu se jedná a popíšu její charakteristiky v souvislosti s demenčními pacienty.

Šestou kapitolou bude výzkumné šetření a popis její metodologie, cílů šetření, charakteristiky výzkumného vzorku, respondentů a způsobů zpracování a interpretace výsledků. V návaznosti na empirickou část v sedmé kapitole bude pokračovat diskuze a reflexe výsledků výzkumu.

1 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí jsou fenomény, které není jednoduché jednoznačně a přesně rozdělit či roztrždit. Období, ve kterém se člověk stává starým není přesně dáno a často bývá spíše otázkou pocitu nositele tohoto označení. Někteří lidé se mohou cítit starými v padesáti, někdo vnímá jako mezník stáří odchod do důchodu, a další se necítí starý ani ve velmi pokročilém věku.

Stáří neboli sénium bývá spojováno s mnoha stigmaty, nicméně dnes je tento pojem považován spíše za jednu z etap života, která může být stejně plnohodnotná jako etapy předešlé. Dle Čeledové, Kalvacha a Čevely (2016, s. 30) je stáří „...obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně.“ Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 32) dále tvrdí, že stáří je nevyhnutelným biologickým jevem, ale i sociálním konstruktem. Hranice stáří se neustále posouvá, protože lidé se dožívají čím dál vyššího věku a často jsou právě i v tomto věku velmi vitální a aktivní. Setkáváme se s tím, že za starého je považován ten, kdo se jako starý cítí, nebo ten, kdo je společností jako starý vnímán. Dále je důležité zmínit, že dle Baltese (Baltes in Gruss, 2009, s. 68) je člověk jedním z mála živočichů, který žije ještě dlouhou dobu po skončení doby jeho reprodukční schopnosti. Stáří můžeme rozdělit dle několika kritérií či kategorií. Často se jako znak stáří považuje odchod do důchodu, fyzický vzhled, zdravotní stav nebo určitá věková hranice. Můžeme se setkat s rozdělením dle Sýkorové (2007, s. 23), které čerpá z vývojové psychologie, a rozděluje stáří na:

1. rané stáří (60-74 let)
2. pravé stáří (75-89 let)
3. dlouhověkost (90 a více let)

Stárnutí je pojem, který je opět poměrně složitě vymežitelný. Existují názory, že stárneme v podstatě od chvíle, kdy jsme se narodili. Součástí stárnutí je rozvoj, zrání a růst. Existuje několik pohledů na stárnutí:

1. Kalendářní (chronologický) věk

Pokud mluvíme o kalendářním věku, jedná se o věk konkrétní osoby. V tomto případě je řeč pouze o číslech a není zohledněna žádná jiná stránka stárnutí. Otázkou však je, zda je tato metoda objektivní. Šedesátiletý člověk může být v lepší fyzické i psychické kondici než jiný čtyřicetiletý.

2. Biologický (funkční) věk

Biologický věk vypovídá o fyzické kondici člověka. Můžeme sem zařadit fyzickou aktivitu, výkonnost, ale i nemoci či zranění a tzv. křehkost.

3. Sociální (sociálně-historický) věk

Sociální věk je v poslední době velmi hojně využíván v literatuře. V zásadě se jedná o to, že člověk je starý ve chvíli, kdy ho společnost a kultura, kterou se obklopuje za starého považuje. Toto schéma se mění v závislosti na zemi a kultuře, ve které daná osoba žije, ale hranice stárí se také neustále posouvá, protože se lidé dožívají čím dál vyššího věku.

4. Psychologický věk

Psychologický věk je dán vnitřním pocitem každého člověka. Jsou lidé, kteří se cítí být starými ve věku, kdy si jiní ještě připadají mladí. Někdo se naopak necítí stár ani ve velmi pokročilém věku. Tento pohled na stárnutí je velmi individuální a odvíjí se od názoru a pocitu každé osoby. (Křivohlavý, 2011, s. 78)

1.1 Změny a potřeby ve stárí

Naše tělo i mysl prochází mnoha změnami po celý život. Nejvíce viditelné jsou změny v dětství, kdy člověk roste, a dále ve stárí, kdy člověk chřadne. Tyto změny jsou nejrůznějšího charakteru a u každého člověka se projevují trochu jinak. Janiš (In Poláchová Vaš'átková a Bačíková, 2011, s. 67) rozděluje změny ve stárí na fyzické, psychické a socioekonomické.

Fyzické změny jsou ty, které jsou na první pohled jasné a očividné; je to něco, čeho si člověk všimne ihned. Biologické změny ve stárí provází mnoho procesů. Může jít o změny vzhledu, které způsobují pouze estetický problém. Jsou jimi například vrásky, šedivé vlasy, povislá kůže nebo různé jiné vzhledové deformace. Tyto změny ovlivňuje nejen genetika, ale i životní styl v produktivním věku. Problémy tohoto typu lze často vyřešit určitým zákrokem nebo dokonce operací a mnoho lidí staršího věku se k těmto opatřením uchyluje. Velmi častá je polymorbidita, kdy seniory trápí více onemocnění najednou, což může způsobit mnohem závažnější problémy, než kdyby člověk onemocněl danými nemocemi v různou dobu (Vágnerová, 2007, s. 92). Nejčastější a nejcitelnější jsou především změny smyslové. Naprostá většina lidí ve starším věku pociťuje zhoršení zraku či sluchu, často obojího. To souvisí s nutností pořídit si brýle či naslouchadla, která mohou být velkým zásahem do finanční situace seniorů. Další

nevyhnutelnou součástí biologických změn je snížená mobilita a obecně schopnost postarat se o sebe sama. Jarošová (2006, s. 20) popisuje konkrétní změny, které ve stáří probíhají: „...úbytek funkcí na molekulární, tkáňové, orgánové a systémové úrovni, související s vyčerpáním buněčných rezerv (reakce organismu starého člověka na zvýšenou zátěž a zpomalení většiny funkcí), atrofie postihující všechny orgány a tkáně (např. mozek, kůže, svalstvo, játra, slezinu či ledviny), snížení elasticity orgánů a tkání (tj. snížení elasticity plic či cévního systému), snížení funkce endokrinních žláz spojené se sníženou sekrecí jednotlivých hormonů, distribuce tělesných tekutin nebo složení organismu (např. úbytek netučné tělesné hmoty, zvýšení obsahu tělesného tuku, ukládání vápníku v tkáních a jeho průnik do membrán a buněk či změny v chemické skladbě kostí, zubní skloviny, charakteru svalů, vzhledu kůže a vlasů)...“.

Psychické změny velmi úzce souvisí se změnami fyzickými. Lidský mozek ve starším věku prochází mnoha změnami. Mimo jiné přichází úbytek mozkové hmoty a nervových a dalších buněk. Tyto změny nelze zcela potlačit, ale je možné je minimálně zpomalit, pokud dotyčný mozek trénuje a namáhá (Křivohlavý, 2002, s. 74). S úbytkem mozkové tkáně souvisí zpomalení různých funkcí mozku. Dochází ke změnám, které se týkají kognitivních funkcí mozku, ale i percepce, pozornosti a paměti. Některé z těchto funkcí mohou být ovlivněny nemocí, např. Alzheimerovou chorobou, která je specifická především ztrátou paměti (Janiš a Skopalová, 2016, s. 46). Říčan (2006, s. 54) upozorňuje na deprese, kterými starší osoby velmi často trpí. Často jsou způsobeny především především ztrátou blízkých, přátel nebo životního partnera, pocity samoty nebo fyzickou neschopností postarat se o sebe sama. Tyto deprese velmi často vedou k podezíravosti nebo se v horším případě může objevit i paranoia. Mezi psychické problémy můžeme zařadit i problémy psychosociální, které nesouvisí s fyzickými změnami. Vágnerová (2007, s. 94) hovoří o tzv. kohortové příslušnosti, která ovlivňuje člověka z hlediska období, ve kterém vyrůstal. Jedná se o zvyky a kulturu určité generace. V souvislosti s tímto pojmem se mluví především o generaci, která téměř celou svou dospělost prožila v komunistickém režimu.

V životě seniorů jsou také velmi problémové sociální nebo socioekonomické změny. Po odchodu do důchodu provází seniory hned několik změn v této oblasti. Jedná se především o změny v sociálním kontaktu, což má hned několik důvodů. Když člověk přestane chodit do práce, ztratí každodenní kontakt s lidmi, na které byl zvyklý. Ve starším věku pak také umírají přátelé, kteří byli vrstevníky dotyčného. Rodinný kontakt bývá také omezený. Senior díky tomu

může upadnout do deprese a odmítat sociální kontakt z principu. Skutečným problémem je také finanční stránka odchodu do starobního důchodu. Senioři v důchodu jsou velmi často ohroženi chudobou a výrazně se snižuje jejich životní standard, obzvláště pokud nedisponují žádnými jinými finančními prostředky.

1.2 Aktivní život v seniorském věku

Aktivní život ve stáří je často spojován s pojmem vysoká kvalita života. Kvalita života je ve stáří různorodá a odráží se na ní mnoho faktorů. Jako příklad nám může posloužit prostředí, ve kterém člověk žije, ekonomická situace, psychické rozpoložení či sociální a rodinné prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Důležité je i zdravotní, tedy biologické, hledisko. Kvalitní život v seniorském věku ovlivňují onemocnění a zranění člověka, jeho mobilita a s tím i související schopnost postarat se o sebe sama.

Fenomén aktivního či úspěšného stárnutí byl poprvé zaznamenán Světovou zdravotnickou organizací, která takto reagovala na problém celosvětového stárnutí obyvatelstva. Ta pojem aktivní stárnutí vymezuje jako *„slovní spojení, které označuje progresivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principech solidarity, respektu k individualitě a jedinečnosti. Jeho cílem je zajistit vysokou kvalitu života i v pozdním věku, a především prohloubit poněkud pohmožděný vztah mezi generacemi. Základním stavebním kamenem aktivního stárnutí je inkluze, společenské zapojení, a především právo na něj v každém věku. V současné době se dá o aktivním stárnutí mluvit jako o evropské strategii přípravy na stárnutí populace.“* (M'am'aloca, o. s., 2010-2011, nestránkováno). Dvořáčková (2012, s. 101) mluví o tom, že na aktivní stárnutí musíme nahlížet jako na širší pojem, než je pouze zdravé stárnutí. Musíme do něj zahrnout i témata jako zapojení seniorů do aktivního života ve všech jeho fázích či respektování práva všech lidí na rovné příležitosti.

Stejně jako dětství či mládí lze i stáří prožívat aktivně, nikoliv sedavým a nudným způsobem. Mnoho seniorů po odchodu do důchodu pokračuje se svými koníčky nebo si dokonce najde nové záliby. Na trhu je mnoho možností, jak se zapojit do nejrůznějších aktivit. Může jít o aktivity určené pro širokou veřejnost, ale najdeme velký počet kurzů či zájmových aktivit pořádaných přímo a pouze pro seniory. V pozdějším, tedy seniorském, věku bývá problematická otázka, jak naplnit volný čas. Volný čas je něco, co každého z nás provází po celý život, a je jen na nás, jak s ním nakládáme. Po odchodu do důchodu je však volný čas

téměř všechnen čas, který člověk má, a proto jeho naplňování může být poněkud problematické. Janiš (In Poláchová Vaš'átková a Bačíková, 2011, s. 32) mluví o volném času seniorů jako o času, kdy jsou naplňovány a vykonávány vlastní koníčky člověka, mimo péče o sebe sama, rodinu, domácnost a naplňování životně důležitých potřeb. Jedná se tedy o aktivity, které člověku přináší radost a potěšení.

Janiš a Skopalová (2016, s. 15) rozdělují volnočasové aktivity seniorů na vzdělávací aktivity, pohybové a volnočasové aktivity, volnočasové aktivity s rodinou, volnočasové aktivity v domácím prostředí a společenské volnočasové aktivity. Blíže jsou popsány následovně:

1. Vzdělávací aktivity

Je důležité zmínit, že účast na vzdělávacích aktivitách je u seniorů vždy dobrovolná. Edukací seniorů se zabývá věda, která se jmenuje gerontagogika. Motivací ke vzdělávacím aktivitám není vždy touha naučit se něco nového. Často k tomu vede spíše potřeba lidského kontaktu a komunikace, zapojení se do debat či vzpomínání na „staré časy“. Livečka (1979, s. 48) rozděluje funkce vzdělávání seniorů na preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

V České republice existuje mnoho institucí, které zajišťují možnosti pro vzdělávání seniorů. Mezi tyto instituce patří například Univerzita třetího věku, která na území našeho státu funguje od roku 1986. Tyto vzdělávací kurzy zajišťují vysoké školy. S tím souvisí i virtuální univerzita třetího věku, která nabízí online vzdělávací kurzy. Nejenže se senior může pohodlně vzdělávat z domova, ale rozvíjí se i schopnosti práce s počítačem. Nevýhodou může být právě absolutní neznalost této technologie. Dalšími vzdělávacími institucemi pro seniory jsou například Akademie třetího věku, kluby pro seniory či různá seniorská centra, která bývají zajišťována městem, krajem nebo například knihovnou (Janiš a Skopalová, 2016, s. 143).

2. Pohybové a volnočasové aktivity

Pohyb je důležitou součástí života každého jedince, ať už jde o dítě, dospělého člověka či seniora. Pohyb vede k lepší fyzické kondici, a tím pádem nepřímo i k lepšímu psychickému stavu. Senioři mohou mít pohyblivost více či méně sníženou, a proto i pro ně existují speciální pohybové aktivity. Pohyb v seniorském věku je ovlivněn životním stylem z dospělosti a mladšího věku. Je velmi časté, že senioři po odchodu do důchodu přestanou fyzické aktivity vyhledávat. Jsou však důležité právě kvůli tomu, aby dotyčný byl co nejdéle soběstačný. Pravidelná fyzická aktivita zabraňuje mnoha chorobám, např. obezitě, cukrovce nebo kardiovaskulárním onemocněním. Pohybové aktivity mají dopad v oblasti nejen tělesné, ale

i psychické a sociální. Pohyb totiž také redukuje stres a deprese. U společenských fyzických aktivit může navíc dojít k navázání nových kontaktů či dokonce přátelství. Mezi časté pohybové aktivity pro seniory patří procházky, turistické výlety, vyjížděky na kole, ale třeba i organizovaná cvičení pro seniory jako je jóga, pilates či vodní aerobic (Janiš a Skopalová, 2016, s. 201).

3. Volnočasové aktivity s rodinou

V seniorském věku opět nabývá rodina na důležitosti. Senioři se stávají prarodiči a starají se o vnoučata. Setkání s rodinou a významné události jako narozeniny či výročí svatby jsou obvykle událostmi, na které se těší právě kvůli rodinnému setkání. Komplikovanější je pak život seniorů, kteří rodinu nemají. Jedná se například o ty, kteří nemají děti nebo v jejich rodinném kruhu nejsou dobré vztahy (Janiš a Skopalová, 2016, s. 203).

4. Volnočasové aktivity v domácím prostředí

Někteří lidé v důchodu tráví v domácím prostředí většinu svého volného času. Mezi aktivity, kterými senioři tráví čas doma patří sledování televize, četba, poslech rádia, hraní společenských her či sexuální aktivity. Domácí prostředí je pro seniory bezpečným a intimním místem (Janiš a Skopalová, 2016, s. 210).

5. Společenské volnočasové aktivity

Společenské volnočasové aktivity jsou takové aktivity, které jedinec dělá s někým, tedy ve dvojici nebo v kolektivu. Můžeme v podstatě říci, že se jedná o všechny aktivity, které jsou prováděny mimo obytný prostor člověka. Žumárová (2012, s. 71) uvádí konkrétně „*kulturní aktivity, sportovní aktivity, sociální aktivity, vzdělávací aktivity, veřejné aktivity, rekreační a cestovatelské aktivity, hobby a manuální aktivity a hra*“.

2 Demence jako nemoc

Demence je nemoc, která může mít mnoho podob. Obecně se jedná o choroby, jejichž pravděpodobnost výskytu roste s věkem, a právě proto se demence velmi často nazývá nemocí stáří. Latinský původ slova demence „demens“ znamená šílený. Můžeme tedy říci, že je to něco nebo někdo, co pozbylo vlastního úsudku a zdravé mysli. Odborné vymezení pojmu z hlediska medicíny nabízí Pidrman: *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korkových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopností řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“* (Pidrman, 2007, s. 27).

Výskyt tohoto onemocnění není nijak vzácný. Dle výsledků prevalenční studie Alzheimer Europe z roku 2009, se v Evropské unii nachází cca 7,4 milionu lidí s demencí (Alzheimer's association, 2009). Pokud se ale podíváme na srovnání organizace Alzheimer's Disease International, zjistíme, že Střední Evropa je na tom v porovnání s ostatními evropskými regiony lépe. Počet osob s touto chorobou však stále roste. Tento fakt souvisí s několika faktory, jako je například stárnutí populace či zhoršující se životní styl. Počet osob v České republice postižených touto chorobou se v roce 2015 blížil k číslu 156 tisíc pacientů. Čísla jsou však nepřesná, protože nejsou započítány osoby, které se s demencí neléčí (Alzheimer's Disease International, 2015).

2.1 Příznaky a následky demence

Toto onemocnění je obvykle doprovázeno projevy nejrůznějšího charakteru. Příznaky nemoci můžeme rozdělit na postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a behaviorální a psychologické příznaky demence. Celkově dochází ke zhoršení duševních schopností. Různé části psychiky jsou zasaženy rozdílnou silou či měrou, některé dokonce nemusí být zasaženy vůbec. Jako důsledek dochází k celkovému postihnutí osobnosti včetně fyzické schránky člověka. V těžším stadiu nemoci to pak kromě poruch paměti, chápání či emoční kontroly, může znamenat pomočování, fyzickou slabost či sníženou imunitu organismu. Nemoc je také často doprovázena změnami osobnosti. Postižení v posledním stadiu již obvykle nejsou schopni komunikovat, chodit ani zvládat osobní hygienu (Kučerová, 2006, s. 157).

Průběh nemoci je velmi individuální. Progrese může mít různou sílu i délku trvání. U některých pacientů může dojít i ke krátkodobému zlepšení, které je ale brzy vystřídáno opětovným zhoršením. Nemoc nezřídka kdy po určitou dobu stagnuje ve stejném stadiu (Kučerová, 2006, s. 161). Dle Zprávy o stavu demence 2015 (Mátl a Mátlová, 2015, s. 6) jsou hlavními symptomy problémy s kognitivním vnímáním. Mezi projevy jeho degradace patří omezená schopnost abstraktního myšlení, ztráta iniciativy, odkládání věcí na nesprávné místo, problémy s řečí, změny osobnosti či změny nálady nebo chování, ztráta paměti, časová a prostorová dezorientace, špatný či zhoršující se racionální úsudek a problémy s vykonáváním běžných činností.

Výrazné změny můžeme obvykle pozorovat ve fyzické hybnosti pacienta. Sám syndrom demence sníženou pohyblivost člověka nezpůsobuje, ale při demenci mohou mít lidé méně pohybu než dříve, následkem čehož přichází zdravotní problémy, jako např. obezita nebo cukrovka, které ovlivňují průběh celé nemoci. Čím je nemoc pokročilejší, tím fyzické aktivity ubývá. Postupně člověk přichází o schopnost vykonávání běžných činností a musí ho někdo zastoupit. Zpočátku to obvykle bývají rodinní příslušníci, později je již zapotřebí ošetřovatele. Ve velmi těžkých stádiích nemoci pacient není pohyblivý vůbec.

Další součástí této nemoci je změna v sociálních a rodinných vztazích a vazbách. Tyto změny souvisí jak s fyzickou aktivitou člověka, tak s postupným úbytkem kognitivních schopností, především se ztrátou paměti. Problémy nastávají, pokud člověk není schopen někoho navštívit nebo se sám dostat na určité místo bez pomoci. Skutečným problémem je pak úbytek paměti. Nemocný nejen že nemusí poznávat své přátele a rodinné příslušníky, ale může také vzpomínat na svá mladší léta a myslet si, že žije v jiné realitě. Pokud se jedná pouze o výpadky paměti, sám pacient velmi trpí, avšak problémový je i přístup ze strany jeho blízkých, pro které je změna velmi složitá. Nastává problém orientovat se v sociálním prostředí, kdy pacient přestává poznávat své přátele a rodinu, je zmatený ohledně vztahů a plete si své blízké s cizími lidmi. Pokud již pacient své příbuzné nebo blízké nepoznává vůbec, nadchází stadium, kdy se při pokusu o kontakt může objevit i agrese či různé záchvaty úzkosti a zuřivosti. Pro blízké nemocného to znamená psychickou zátěž, protože je nepoznává jejich nejbližší, například rodič nebo partner. Může nastat postupná či úplná ztráta kontaktu s blízkou osobou.

Příznaky tohoto onemocnění jsou rozličné a čím pokročilejší stádium nemoci je, tím více se objevuje příznaků a roste jejich intenzita. Pokud chceme určit stádium demence, může nám posloužit sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny z roku 1982 (Jirák a Koukolík, 1999, s. 12).

1. Bez postižení kognitivních funkcí
2. Postižení kognitivních funkcí
3. Lehké postižení kognitivních funkcí
4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí
5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí
6. Těžké poškození kognitivních funkcí
7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí

2.2 Dělení demence

Existuje několik druhů tohoto onemocnění. Můžeme se setkat s tím, že lidé si pod pojmem demence představí pouze Alzheimerovu chorobu. Její odborné dělení nám nabízí mnoho autorů, zde je však zmíněno všeobecně používané rozdělení dle Mezinárodní klasifikace nemocí (ÚZIS ČR, 2018), která řadí demenci mezi organické duševní poruchy včetně symptomatických.

Demence u Alzheimerovy nemoci

- Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem
- Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem
- Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu
- Demence u Alzheimerovy nemoci NS

Vaskulární demence

- Vaskulární demence s akutním nástupem
- Multiinfarktová demence
- Subkortikální vaskulární demence
- Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- Jiná vaskulární demence
- Vaskulární demence NS

Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- Demence u Pickovy choroby
- Demence u Creutzfeldtovy–Jakobovy nemoci
- Demence u Huntingtonovy nemoci

- Demence u Parkinsonovy nemoci
- Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie
- Demence u jiných určených nemocí zařazených jinde

2.3 Léčba demence

2.3.1 Prevence demence

Dříve než by bylo nutné zabývat se léčbou, se můžeme snažit demenci určitým způsobem vyhnout či předejít. U tohoto onemocnění je prevence důležitou součástí léčby. Způsoby, jak tuto chorobu léčit, jsou zatím omezené, a proto je nutné se zaměřit právě i na prevenci. Je volba každého člověka, jak se svým životem nakládá a jaký má životní styl, a to se později může velmi silně odrazit na nemocech či celkové kvalitě stáří. Prevenci této choroby lze zajistit mnoha způsoby, avšak v podstatě se jedná o dodržování zásad zdravého životního stylu.

Dle Víchové (2013, s. 46) je důležité starat se o své srdce. Problém může způsobit kouření a nadměrná konzumace potravy zvyšující cholesterol a způsobující cukrovku či obezitu. Tento způsob stravování navíc může zapříčinit i jiné nemoci, např. infarkt či mozkovou mrtvici. Důležitá je i vyvážená strava obsahující všechny látky potřebné pro lidské tělo. Sheardová a Hudeček (2011, s. 117) uvádí, že je důležitá především konzumace zeleniny a ovoce. Přínosná však může být i mírná konzumace alkoholu, především červeného vína. S tím souvisí i fyzická aktivita, která pomáhá odstraňovat nežádoucí látky a nadbytečný tuk z těla. Méně ohroženi demencí jsou ti, kteří pravidelně cvičí. Jeden z nejefektivnějších způsobů, jak zabránit demenci, je dle Rockwooda a kol. (2007, s. 38) právě pravidelná fyzická aktivita již od středního věku. Mezi další doporučení se řadí trénování paměti či logiky a zapojování se do společenských aktivit. Každodenní sociální kontakt a nové aktivity pomáhají k vytváření nových mozkových buněk a stimulování mozkových rezerv. Pravidelná stimulace mozku může vést k lepší paměti a bystrosti ve stáří (Víchová, 2013, s. 66).

Existuje mnoho faktorů majících vliv na vznik demence. Některé jsou ovlivnitelné, jiné nikoliv. Dle Slezákové mezi neovlivnitelné faktory patří především věk, protože demence se pouze zřídka objevuje před 60. rokem života. Dále tvrdí, že ženy jsou demencí ohroženy více, což dokládá výzkum, dle kterého jsou více než dvě třetiny postižených v České republice právě ženy. Dalším neovlivnitelným faktorem je rodinná anamnéza. Pokud demenci měl jeden z blízkých příbuzných, tato osoba má až čtyřikrát větší pravděpodobnost, že ji tato osoba bude

mít také. Mezi ovlivnitelné faktory patří například kouření a užívání alkoholu. Rizikové může být rovněž poranění hlavy, užívání protizánětlivých léků či deprese. Dle Emmy Reynishové, primářky geriatrického oddělení prevalenční studie Alzheimer Europe z roku 2009 ukazuje, že věk je nejvýznamnější rizikový faktor ve výskytu demence (Alzheimer's association, 2009). Původ nemoci je však nejrůznější. Dalšími faktory mohou být také kvalita života, genetické vlohly a další. Například longitudinální studie provedená na Florida State University College v Tallahassee vykazuje, že lidé se silnějšími sklony k neuroticismu mají větší pravděpodobnost, že budou ve stáří onemocní demencí (Sandoiu, 2017, s. 11).

2.3.2 Diagnostika a vyšetřovací metody u demence

U tohoto onemocnění, především pokud se jedná o Alzheimerovu demenci, je důležitá včasná diagnostika. Včasné zjištění u této nemoci může výrazně pomoci ke zpomalení jejího průběhu. Etiologie je u demence důležitá především v počátečních fázích onemocnění, protože ve velmi pokročilých fázích jsou si všechny druhy demence velmi podobné až téměř nerozlišitelné. V počáteční fázi onemocnění je ještě možné uskutečnit kauzální léčbu, původ nemoci může být totiž nejrůznější. Mezi možné příčiny se mohou řadit nádory, infekce či alkohol.

Velkou roli při rozpoznání nemoci hrají hlavně rodina a blízcí, ale také například i praktický lékař, který by měl mít s touto chorobou zkušenost. V praxi se nejčastěji můžeme setkat s vaskulární demencí a Alzheimerovou chorobou, ale je důležité umět rozpoznat i další druhy demence (Kučerová, 2006, s. 211). Vyšetření u praktického lékaře mívá obdobnou podobu jako běžná vyšetření. Součástí prohlídky je zjištění rodinné a osobní anamnézy, odběr krve a moči či dalších látek, často i magnetická rezonance. Neuropsychologické vyšetření potom napomáhá k určení typu poruchy (Jiráka a Koukolík 1998, s. 98). Je běžné, že pacient je vyšetřován na tuto chorobu bez vědomí pacienta, například na žádost příbuzných. Vyšetření obvykle probíhá formou rozhovoru, u kterého si lékař všímá, jak s ním pacient komunikuje. Příkladem může být zjišťování, zda pacient odpovídá logicky na otázky, zda zapomíná a je nutné informace opakovat či způsob, jakým formuluje věty (Kučerová, 2006, s. 226). Problém může nastat, pokud jsou projevy demence lékařem či rodinou vyhodnoceny jako běžné projevy stáří.

Dle Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 27) se „...k testování jednotlivých složek poznávacích funkcí používají testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog či psychiatr. Bez nich nelze zcela určit diagnózu postižení, ale na druhou stranu sám test diagnózu

neurčuje.“ Níže jsou uvedeny vybrané testové metody, pomocí kterých se zjišťuje právě postižení syndromem demence či stádium choroby.

a) MMSE – Test kognitivních funkcí

MMSE je klinicky nejvyužívanějším testem, který je však pouze orientační. Nehodí se k určení všech typů demence, především pak těch, které se v začátcích neprojevují poruchami paměti. Test obsahuje několik otázek z běžného života, které testují především paměť, orientaci, pozornost a komunikaci. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 29).

b) Wechlerova škála paměti

Účelem tohoto testu je zkoumat různé druhy paměti. „*Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru.*“ (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 32).

c) WAB – Test řečových funkcí

WAB má dvě části, a to část řečovou a názorovou. „*Testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění* Ve druhé části jsou názorové testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonávání úkolu a doplnění obrazce do logické série.“ (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 32).

d) Test řečové plynulosti

Pacientovi je dáno písmeno a téma (například jídlo či zvířata) a jeho úkolem je vyjmenovat co nejvíce slov dle tohoto zadání. Úkol je časově omezený. „*Hodnotí se plynulost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.*“ (Jirák, Holmerová a Brozová, 2009, s. 33).

e) Adenbrooský kognitivní test

Tento test umožňuje provést diferenciální diagnostiku Alzheimerovy choroby od jiných druhů demence. Je vhodný pro zachycení začínajících stádií demence či neobvyklých typů tohoto onemocnění (Bartoš, Raisová a Kopeček, 2011, s. 41).

f) Sedmiminutový test

Prof. MUDr. Eva Topinková, CSc. tento test zavedla v České republice a je používán jako jedna ze základních zobrazovacích metod. Tento test je velmi citlivý pro zachycení Alzheimerovy nemoci (Topinková, Jirák a Kožený, 2002, s. 21).

g) ADL – Test každodenních aktivit

Zobrazovací metoda, která testuje aktivity z denního života. Pacient získává body v aktivitách, jako jsou stravování či oblékání. Za každou aktivitu dostane maximálně deset bodů a aktivit je celkově deset. Pokud pacient dosáhne čtyřiceti a méně bodů, je považován za zcela odkázaného na další osoby (Kalvach, 2004, s. 32).

2.3.3 Léčba demence

Některé typy demence jsou v současnosti již plně léčitelné, avšak naprostá většina demencí, včetně té nejrozšířenější, Alzheimerovy choroby, je neléčitelná. Existuje však mnoho způsobů, kterými lze nemoc výrazně zpomalit nebo utišit některé její důsledky a zlepšit kvalitu života postižených.

Způsoby léčby můžeme rozdělit na biologické a nebiologické. Je vhodné oba tyto způsoby zahrnout a přiměřeně kombinovat. Z biologických přístupů je nejvíce využívána metoda farmakoterapie, kterou dále dělíme na kognitivní a nekognitivní (Jiráček, Holmerová a Brozová, 2009). Součástí farmakologické léčby je podávání kognitiv. Kognitiva jsou látky, které mají za úkol zlepšování kognitivních funkcí jako je paměť, pozornost či učení. Mezi nejznámější zástupce těchto léků patří Ebixa, Exelon či Aricept (Franková a kol., 2011, s. 12). V současnosti se u lehkých a středních forem demence používají léčiva zvané inhibitory acetylcholinesteráz. Látka v tomto léku, acetylcholin, významně napomáhá k zachování paměti. V progresivním stádiu choroby je využívána látka s názvem memantin, která působí na neurotransmitery v mozku a zlepšuje paměť a další kognitivní schopnosti pacienta (Jiráček, Holmerová a Brozová, 2009, s. 54). Při onemocnění demencí jsou také často podávána psychofarmaka. Podle původu problému se využívají antidepresiva, která potlačují stavy úzkosti či neklidu, případně i nespavosti. Další běžně využívané léky jsou antipsychotika, která pomáhají, pokud pacient trpí například halucinacemi či záchvaty agrese (Franková a kol., 2011, s. 37).

Nebiologické přístupy v léčbě demence jsou neméně důležité. Jedná se o nejrůznější metody, které napomáhají k práci s postiženým. Patří sem například kognitivní rehabilitace, která pomáhá k zachování paměti seniora pomocí slovních her a cvičení. Součástí nebiologické léčby může být i reminiscenční terapie, která pomocí různých podnětů a předmětů jako jsou fotografie, knihy či písně napomáhá nemocným ke zlepšení krátkodobé paměti. Dalšími jsou například adaptace prostředí pro pacienty, pomoc s orientací v realitě či zachování

soběstačnosti v aktivitách denního života. Terapie se liší v závislosti na pokročilosti choroby (Holmerová a kol., 2005, s. 97).

3 Péče o seniora s demencí

Péče o dementního pacienta má svá specifika. Druh a míra poskytované péče závisí především na pokročilosti nemoci. V prvních stadiích nemoci není potřeba téměř žádná pomoc, případně pouze minimální pomoc od rodinných příslušníků. V pozdním stadiu nemoci je naopak spíše potřebná péče doktorů a pacient musí setrvat v nemocnici. Péče souvisí zejména s tím, co nemoc způsobuje. Pečovatel se musí vyrovnat nejen s fyzickou zátěží, kterou práce s dementním pacientem vyžaduje, ale i naplňováním biologických potřeb nemocného. Pečovatel musí i chápat narušenou psychiku pacienta a umět s tímto problémem pracovat.

3.1 Domácí péče pro seniory s demencí

Domácí péče o seniory s demencí je velmi specifická a je potřeba brát ohled na mnoho věcí. Mít dostatek informací o péči o člověka s demencí je důležité především pro rodinné příslušníky či pečující, kteří se okolo seniora pohybují. Je však vhodné do konverzace o změnách, které nastanou, zahrnout i postiženého pacienta. Vhodné je provést opatření v několika oblastech života seniora postiženého demencí, především v oblastech financí, bydlení a péče.

Samotná míra a způsob péče o takto nemocného se odvíjí od individuální povahy člověka, ale také od míry pokročilosti nemoci a dalších souvisejících okolností. Hygiena je problematickým faktorem, který může být nelehký pro obě strany. Pokud nemocná osoba začne zanedbávat hygienu, je to ukazatel faktu, že se nemoc posouvá dál. Pro postiženého člověka může být výpomoc s hygienou od někoho jiného velmi frustrující, proto je vhodné této osobě ponechat autonomii tak dlouho, jak je to jen možné. Je však potřeba dohlížet alespoň na pravidelnost. I u stravování je potřeba dávat pozor na mnoho faktorů (Mlýnková, 2011, s. 142). Nejčastějším z nich je, že nemocný zapomíná na skutečnost, že už se najedl a nají se znovu, anebo si naopak myslí, že už jedl a nejí vůbec. Potřeba je také hlídat příjem tekutin. Stravování je nutné učinit pro pacienta co nejjednodušší a nejpříjemnější. Je také potřeba hlídat pestrou a vyváženou stravu. Vhodné je podávat jídlo na nerozbitném nádobí, které je možné za něco uchopit. Léky se musí uložit na místo, kam nemocný nedosáhne, nebo je uzamknout do skříňky, aby se k nim nemohl dostat. Léky je sice třeba užívat pravidelně, ale nemocný by si jich mohl brát příliš

mnoho nebo málo. Vzhledem k problémům s pamětí by tak mohly vzniknout i závažné zdravotní potíže (Hauke a kol., 2017, s. 89).

Finance jsou záležitostí, kterou je vhodné vyřešit co možná nejčasněji v počátku demence. U nemocných pacientů se totiž stává, že zakládají peníze na různá místa, a potom si nemohou vzpomenout, kde to bylo, případně ztrácejí přehled o hodnotě peněz a o bankovních transakcích a podezírají blízké osoby nebo pečující z krádeže. Vhodné je také vyřešit otázku poslední vůle. Jakmile je pacient schopen ještě racionálně uvažovat a komunikovat, měly by se s ním tyto záležitosti probrat a dohodnout se na postupu, který nastane, až bude jeho paměť nenávratně poškozená nebo se vyskytnou jiné problémy (Hauke a kol., 2017, s. 90). Pokud člověk onemocní demencí, je možné získat příspěvky na péči o seniora. Výše příspěvku se odvíjí od míry postižení člověka a pokročilosti nemoci, tedy od stupně závislosti nemocného na jiném člověku. Při posuzování míry závislosti se bere ohled na mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologických potřeb, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Stupně závislosti jsou rozděleny do čtyř kategorií, přičemž čím je nemocný závislejší, tím větší příspěvek na péči lze získat. Péči v domácím prostředí může vykonávat buď osoba blízká (tedy rodinný příslušník), asistent sociální péče (jiná osoba než osoba blízká, která se rozhodne o nemocného starat a která podepisuje smlouvu o poskytované péči) či registrovaná sociální služba, tzn. profesionální pečovatel. V případě demence se lze domáhat i jiných finančních příspěvků, např. ošetrovného, příspěvku na mobilitu, příspěvku na zvláštní pomůcku, příspěvku na pořízení motorového vozidla nebo příspěvku či doplatku na bydlení (Hauke a kol., 2017, s. 91-92).

U domácí péče je nutné věnovat pozornost domácnosti a jejímu řešení. Je téměř nevyhnutelné, aby obydlí zůstalo při péči o seniora s demencí beze změn. Nejvhodnější je změny provést hned na počátku nemoci, protože pro nemocného je v tu chvíli jednodušší zvyknout si na nové věci v prostředí, které později bude využívat automaticky. Tato nemoc velmi často způsobuje ztrátu paměti a orientace, což je v tomto ohledu zásadní. Je tedy vhodné upravit prostředí tak, aby bylo přehledné a pacient se v něm dobře orientoval. Nemocnému může v orientaci pomoci mnoho věcí, například nalepení cedulek na dveře pro přehled, kde je který pokoj či kde se nachází jeho věci. Ztráta orientace může vést k ohrožení bezpečnosti nemocného. Poměrně častým následkem nemoci je také zhoršená celková mobilita, která zabraňuje pacientovi snadnému pohybu v domácnosti. Pokud je to možné, je vhodné zařídit domácí prostředí tak, jako by bylo bezbariérové. To však není vždy proveditelné, proto je třeba upravit prostředí tak,

aby bylo možné zamezit v něm co nejvíce možným problémům a zraněním. Vhodné je nainstalovat držadla, kde se nemocný může přidržet, zabezpečit ostré hrany pro případ pádu a vytvořit dostatečný prostor pro pohyb, pokud dotyčný chodí o berlích či s chodítkem (Hauke a kol., 2017, s. 94).

3.2 Poruchy chování u seniorů s demencí

Poruchy chování jsou u seniorů s demencí velmi časté a obvykle se objevují v druhém stadiu nemoci. Tyto změny souvisí především s poruchou paměti a se sníženou funkcí dalších kognitivních schopností. Změny v chování mohou být velmi výrazné a pečující mají z takto změněného chování takovou obavu, že považují za nutnou dokonce návštěvu lékaře (Hauke a kol., 2017, s. 99). Syndrom poruchy chování při demenci se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). To znamená, že změny nastávají jak v chování, tak v psychických projevech (Pidrman, 2007, s. 88). Poruchy chování či nezvladatelné psychické změny znamenají pro pečovatele obrovský stres a zátěž a mohou vést k nezvládnutí pacienta, což ve výsledku vede k umístění nemocného do institucionálního zařízení. Pokud ovšem pečující zná svého pacienta a rozumí změnám a problémovému chování, které pacient vykazuje, měly by být pro něj podobné situace zvládnutelné. Při velkých problémech lze tyto obtíže řešit i pomocí farmakologické léčby. To je však možnost, která by se měla využívat jako krajní. Může se stát, že pečovatel některé vzniklé problémové situace s pacientem způsobí sám právě díky své neznalosti. Ovšem i poruchy chování mají logiku a řád, kterému je potřeba porozumět (Jiráček, 2011, s. 87).

Agresivita je problém, se kterým se pečovatelé nesečkáávají často, je ovšem jednou z nejobávanějších poruch chování. Obvykle se vyskytuje právě díky špatnému přístupu pečovatele. Agresivita u lidí s demencí totiž, na rozdíl od zdravých lidí, vzniká obvykle v situaci, kdy něčemu nerozumí nebo nechápu, co se po nich chce. Kvůli snížené schopnosti vyjadřovat se klasickými způsoby, například verbálně, je agrese jednou z cest, jak vyjádřit myšlenky. Agresivita může být také reakcí na změny. Seniori mohou být zvyklí na stereotyp, který jim vyhovuje, a nechtějí ho měnit. Reakci může vyvolat například pouhá změna stravy nebo úprava denního režimu. Zvýšená kontrola pečovatele je jednou z dalších příčin agrese. Pacient totiž ve svých lepších chvílích, které bývají krátké, může mít pocit, že je soběstačný a nepotřebuje kontrolu další osoby. Pacient se může cítit jako zdravý dospělý člověk, na kterého někdo zbytečně dohlíží, ovšem v krátké chvíli může opětovně dojít ke

zhoršení stavu pacienta. Jedním z nejčastějších důvodů agrese seniorů s demencí je reakce na vlastní selhávání. Pokud pacienta někdo příliš často a nevhodným způsobem upozorňuje na chyby, pacient se může cítit ponížene a kumulace několika podobných situací může vyvolat agresivní reakci (Jirák, 2011, s. 89).

Podezíravost je dalším častým problémem, který se vyskytuje u dementních osob. Podezíravost je způsobena především poruchami paměti. Pacienti si často nepamatují, kdy, co a kam dali či položili, a protože pečující osoba bývá často jedinou osobou docházející do pacientovy domácnosti, podezírá právě ji z krádeží nebo ze schovávání věcí (Hauke a kol., 2017, s. 102).

Bloudění pacientů může být velmi stresující situací pro pečující osoby. Pacient se může ztratit doma či v zařízení, ve kterém pobývá. Problém nastává ve chvíli, kdy chce nemocný odejít na jiné místo, například domů, za kamarádem či do práce. Stává se, že pacienti doslova utečou od pečující osoby, aniž by si to uvědomovali (Hauke a kol., 2017, s. 103).

Hromadění věcí je problémem, který vzniká z nenaplněných potřeb pacienta. Právě schováváním nejrůznějších předmětů, jako jsou obaly od jídla nebo útržky z novin, si pacient může vynahrazovat nedostatek lásky a pochopení či sociálního kontaktu. (Hauke a kol., 2017, s. 104).

Bludy a halucinace jsou taktéž spojovány s demencí a způsobují mnoho problémů. Nejčastější bludy mívají takovou podobu, kdy nemocný má pocit, že ho někdo okrádá, sexuálně obtěžuje nebo že ho pečující či blízcí chtějí zabít či zranit. Tyto problémy se objevují až u jedné třetiny postižených osob (Hauke a kol., 2017, s. 105).

4 Metody aktivizace seniorů s demencí

Aktivizace je nepostradatelnou součástí péče o jedince s demencí. „*Aktivizace je specifická intervence do života staršího, resp. starého člověka s cílem naplnit jeho fyzické, psychické i společenské potřeby a žít, pokud možno, plnohodnotný život. Zahrnuje nejrůznější aktivity, které mohou zlepšovat soběstačnost seniora a posílit jeho psychickou i fyzickou kondici a smysluplně naplňovat jeho volný čas*“ (Šauerová, 2013, s. 90). Jedním ze způsobů, jak předcházet onemocněním je právě dostatečná fyzická i psychická aktivita. U pacientů s demencí, jsou aktivity neméně důležité, protože napomáhají k udržování lepšího stavu tak dlouho, jak je to jen možné. Aktivizace by tak měla být součástí komplexní péče o pacienta.

Výběr aktivit pro lidi s demencí je značně omezený kvůli následkům nemoci, ale Jitka Zgola (2003, s. 59), česko-kanadská ergoterapeutka tvrdí, že postižení demencí jsou si stále schopni pamatovat věci z minulosti, vyjadřovat svůj názor či postoj a nabídnout radu či pomocnou ruku, mít požitek ze smyslových vjemů, provádět zafixované vzorce chování, například zdravit nebo děkovat. Také nemají problém projevat emoce a reagovat na ně, navazovat sociální kontakty a komunikovat, sledovat logickou návaznost myšlenek nebo dokonce projevit smysl pro humor.

Druhy aktivit můžeme rozdělit na aktivity individuální a skupinové. Je obvyklé, že se individuální aktivity provádí spíše v domácím prostředí, naopak ty skupinové jsou častější v institucionálních zařízeních. Ne každý se chce do skupinových aktivit zapojovat, proto se zde využívá i individuální přístup. Dále můžeme činnosti rozdělit na pasivní a aktivní. Mezi aktivní se řadí tvorba, například malování nebo fyzické aktivity. Naopak do pasivních řadíme poslech hudby nebo relaxaci. Také se na dělení můžeme dívat z hlediska zátěže, tedy zda zatěžujeme fyzickou či psychickou stránku pacienta (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 103).

4.1 Aktivizační metody vhodné pro seniory postižené demencí

Aktivizační metody, které jsou vhodné pro seniory všeobecně a pro seniory postižené demencí se často prolínají, ale právě kvůli nemoci je třeba dávat pozor na určitá specifika dementních pacientů. Aktivity mohou být stejné, ale jejich účel či výsledek se často výrazně liší. V počínajícím stádiu demence nejsou změny ještě tolik rozvinuté, proto není potřeba přímá aktivizace pacienta. Je však vhodné zařadit do života v této fázi přípravu na fáze pokročilejší. To může zahrnovat nejrůznější poradny a konzultace s pomocí odborníků, doktorů nebo psychologů. Dále se doporučuje organizace života, dokud pacient nezapomíná důležité věci.

Typickým příkladem je vyřízení veškerých finančních záležitostí či poslední vůle (Holmerová a kol., 2007, s. 60).

U středně rozvinutého syndromu demence se nejčastěji využívá kognitivní stimulace. Pod tento pojem je možné zařadit mnoho různých aktivizačních metod. Celkově se jedná o denní aktivity, které umožňují pacientovi zůstat po nějakou dobu samostatným, udržet sociální kontakty a být schopným nadále vykonávat většinu aktivit běžného denního života. Do této kategorie také spadají nejrůznější kreativní aktivity, jako je zpěv či malování, dále aktivity, které souvisí se vzpomínkami seniorů a vhodné je zařadit i pohybové činnosti. Než se začne s jakoukoliv aktivitou, je zapotřebí absolvovat „vstupní pohovor“, kde se aktivizující dozví co nejvíce o stavu a anamnéze pacienta, aby aktivity bylo možné přizpůsobit. Aktivity obvykle rozdělujeme na individuální a kolektivní. Je na posouzení pečujícího, který způsob je pro konkrétního pacienta vhodnější. Níže jsou uvedeny některé aktivity, které jsou typicky využívány jak v sociálních zařízeních, tak v domácím prostředí (Holmerová a kol., 2007, s. 61).

1. Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je metoda, která využívá vybavování si vzpomínek pomocí nejrůznějších předmětů či podnětů. Pro pacienty s demencí je velice vhodná, protože jedním z nejčastějších problémů je zapomínání. Obvykle se však jedná o problémy s krátkodobou pamětí a je až překvapující, jaké podrobnosti si postižení pamatují ze svého dětství či mládí. Tato metoda je hojně využívaná jak v institucionálních zařízeních, tak v domácím prostředí. Důvodů je hned několik. Především je reminiscenční terapie velmi nápomocná v komunikaci s pacientem. Právě vzpomínkové předměty nebo jiné podněty, které připomínají dobu mládí pacientů, jsou častým prvotním faktorem, který pomáhá se seniorovi rozpovídat. Tato metoda není drahá a dá se poměrně snadno aplikovat v podstatě kdekoliv. U této terapie je velice vhodné zapojení rodinného příslušníka či někoho blízkého. Často se využívá kolektivní terapie, protože některé vzpomínky seniorů, zejména pak těch ze stejné generace, se prolínají a povzbuzují další, aby také začali mluvit. Jisté předměty také mohou připomenout vlastní vzpomínku pacientů na určitou věc. Příkladem reminiscenční terapie můžou být filmy pro pamětníky, poslouchání hudby z mládí, nebo třeba hraní pexesa s fotkami filmových hvězd, které byly populární, když pacienti byli mladší. Často se využívají také předměty nebo hračky, jako jsou například hliněné kuličky nebo tzv. káča. K reminiscenční terapii je však možno využít všechny smysly (Holmerová a kol., 2007, s. 62).

2. Taneční terapie

Taneční terapie není tak náročná, jak by se na první pohled mohlo zdát a je metodou, která je rozšířená všude na světě. Hlavním cílem je, aby se pacienti cítili dobře, estetika musí ustoupit. Důležité jsou psychologické, fyzické a sociální faktory. Senioři postižení demencí často cítí zábrany, pokud jde o pohybové aktivity, které se provádí ve skupině. Je obvyklé, že se stydí, bojí se, že budou horší než ostatní nebo že se ztrapní. Pro tyto důvody se doporučuje vytvořit kruh, kde každý vidí na každého a nikdo nemusí mít špatný pocit. Kruh je vhodný i z důvodu bezpečnosti, protože pečovatel má výhled na všechny pacienty. Taneční terapie je i poměrně nenáročná na pomůcky. Stačí místnost, přehrávač hudby a místo, kde si pacienti mohou odpočinout. Hudba by neměla být příliš agresivní nebo naopak pomalá. Velice vhodné je zařazení písní, které pacienti znají. Důležité je také počítat s omezenou hybností seniorů a cvičit pouze jednoduché pohyby, které zvládnou a nezraní se u nich (Holmerová a kol., 2007, s. 64).

3. Arteterapie

Arteterapie v širším slova smyslu využívá všech druhů umění jako je hudba, tanec, literatura, výtvarné umění a jiných uměleckých technik. Tato část však bude zaměřená pouze na výtvarné umění, jak je tento druh terapie také někdy chápán, protože další druhy terapie jsou popisovány v rámci dalších aktivizačních metod. Podobně jako u taneční terapie, výsledek a estetická stránka nejsou důležité, do popředí se staví proces tvoření. Arteterapie napomáhá pacientům s potlačením úzkostí a depresí, podporuje jejich kreativitu, myšlení a sebevědomí. Konkrétně je vhodné tyto metody využívat v období svátků jako jsou Vánoce či Velikonoce, dále pak také výsledkem může být dárek pro blízké pacientů. Motivace se mohou lišit a tento druh terapie je taktéž možné využívat často. Možností je nespočet a je možné využívat různé druhy materiálů včetně papíru, dřeva, textilu nebo nejrůznějších druhů malovacích a kreslicích potřeb (Orel a kol., 2016, s. 22, Holmerová a kol., 2007, s. 66).

4. Muzikoterapie

Muzikoterapie může být jednou z náročnějších aktivit, účastníkům však obvykle dělá radost, posiluje jejich sebevědomí a zmírňuje stres či deprese. Je možné pouze zpívat, ale je vhodné také zařadit některé hudební nástroje, zapojit taneční prvky a podobně. Žádané také bývá sledování hudebních pořadů v televizi. Dalším příkladem může být zapojení jiných pohybových prvků nebo říkaček, které se rytmicky hodí k hudbě (Orel a kol., 2016, s. 22, Holmerová a kol., 2007, s. 70).

5. Terapeutické vaření

Vaření je jednou z činností, které jsou v práci pečovatele velice vděčné. Pacienty není potřeba k této aktivitě nijak zvláště motivovat, naopak se jedná o úlohu běžného života, kterou mají již dávno osvojenou. Naprostá většina pacientů zvládá činnosti jako je krájení, loupání, vypeckování či válení těsta. Důležitým aspektem také je, že účastníci později vidí výsledek své práce a také ho konzumují. Není zapotřebí žádných speciálních pomůcek, tato aktivita je hojně využívaná právě pro svou nenáročnost (Holmerová a kol., 2007, s. 70).

Fáze těžké či terminální demence je ze všech nejnáročnější. Je časté, že pacient v tomto stádiu nemoci příliš nevnímá, většinu věcí si nepamatuje a je obtížné s ním komunikovat. V takto pokročilém stavu je nejčastější metodou tzv. bazální stimulace. Tento koncept si klade za úkol podporu komunikace a interakcí pacienta, kognitivních schopností nebo i pohybových činností (Holmerová a kol., 2007, s. 76). Existuje mnoho rehabilitačních technik, které se v bazální stimulaci využívají. Níže jsou uvedeny tři:

1. Somatická stimulace

V této technice se využívá množství nejrůznějších dotyků a masáží. Úkolem je, aby se pacient cítil klidný, uvolněný a v bezpečí. Typickým příkladem je zklidňující či uvolňovací masáž nebo různé polohovací techniky. (Holmerová a kol., 2007, s. 77)

2. Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace využívá předmětů z blízkého okolí tak, aby si pacient uvědomoval pohyb a vlastní polohu těla. Může jít o houpací sítě či křesla nebo nafukovací balony určené ke cvičení, ve kterých se pacient houpe nebo kýve ze strany na stranu. (Holmerová a kol., 2007, s. 79).

3. Vibrační stimulace

Tato stimulace je určená pro vnímání podnětů v celém těle. K tomu se využívají různé vibrační předměty, ale také zvuky, chvění nebo tóny (Holmerová a kol., 2007, s. 80).

4.2 Aktivizace v domácím prostředí

V domácím prostředí se zpravidla dementní pacient cítí ze všeho nejlépe a nejbezpečněji. Tento prostor je obvykle již přizpůsoben pro člověka, který nemoc má. Může to být prostor, ve kterém se pohybuje pouze občasně, když dochází například z denního stacionáře, ale také se zde může pohybovat naprostou většinu svého času, pokud je v domácí péči. Proto je zejména pro pacienty v domácí péči důležité, aby byli schopni vykonávat běžné domácí činnosti tak dlouho, jak to pro ně bude možné. Umožňuje jim to jednodušší život, cítí se zapojení a nenudí se. Pokud pacient zvládá některé činnosti sám, je to ulehčením i pro jeho pečovatele či rodinné příslušníky. V domácím prostředí je možné vykonávat aktivizující činnosti, které jsou již vymezené v předchozí podkapitole, ačkoliv prostor bývá značně omezený. Tato kapitola je však zaměřená na aktivity spojené především s běžným životem, které je dementní pacient schopný sám, alespoň částečně vykonávat.

1. Orientace v realitě

Orientace v realitě je metodou, která napomáhá postiženým pacientům s orientací ve stále se měnícím světě. Problémy s vnímáním nebo s porozuměním realitě jsou způsobeny ztrátou paměti, poruchami chování nebo depresiemi a nezájmem. Tento přístup se snaží pomoci postiženému, aby chápal situace, které se dějí kolem něj, a to tak dlouho, jak je to jen možné. Je však důležité, aby se s touto metodou zacházelo opatrně, protože v opačném případě může vyvolat nežádoucí efekty a dojde naopak ke zhoršení. Jde o jednu z nejstarších metod, která se využívá v léčbě demence a v kontextu s tímto přístupem se můžeme setkat s celou škálou názorů. Jedna ze součástí terapie je kontinuální orientace realitou. Tato metoda může vypadat například tak, že když ráno pacient vstane, hned mu oznámíme, co je za den a kolik je hodin nebo co je za roční období. Během dne ho oslovujeme celým jménem a tak dále. Důležité je tyto informace sdělovat tak, jako by to byla součást běžného rozhovoru. Tato metoda se pak doplňuje o nejrůznější sezení, rozhovory, kde se mluví o současných událostech a problémech. Napomáhá také, pokud jsou místa, kde se nemocný pohybuje jasně označena. Využívají se různé barvy, nápisy a cedulky (Holmerová a kol., 2005, s. 55).

2. Ergoterapie

Holmerová a kol. (2007, s. 58) tvrdí, že „*Ergoterapie u pacientů s demencí znamená zejména posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem.*“ V České republice není zatím tento druh terapie příliš rozšířený, je o něm nízké povědomí jak mezi pacienty, tak mezi

pečovateli a zdravotníky. Veřejnost často vnímá ergoterapii jako „léčbu prací“, což je mylný fakt, protože „práce“ je pouze malou součástí této terapie. Dle Votavy a kol. (2003, s. 72) je ergoterapie „zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů a zvýšení kvality jejich života.“ Účelem ergoterapeuta je zjistit, s jakou činností má pacient problém, a následně s ním provádí trénink pohybů a činností, které napomáhají ke zlepšení. Další součástí je právě nácvik každodenních běžných činností nebo navrhování kompenzačních pomůcek. Problémy, které se například ergoterapie snaží vyřešit nebo zmírnit jsou problémy s mobilitou (například s chůzí, sedáním či zvedáním se ze židle) nebo soběstačnost, která zahrnuje hygienu, oblékání a stravování nebo užívání léků, vaření či práci s různými přístroji (Votava a kol., 2003, s. 72).

4.3 Omezení při použití aktivizačních metod u pacientů s demencí

Existuje mnoho problémů, které se mohou objevit při používání aktivizačních metod u pacientů s demencí. Pokud se chceme zaměřit na problémy, je třeba nejdříve vymezit, jaké poruchy chování způsobuje demence jako taková. To již však vysvětlují v předchozí kapitole, proto se nyní zaměřím konkrétně na problematiku spojenou s aktivizací.

Celkově záleží na zvolené aktivitě. Překážky v aktivizaci se totiž mohou velmi lišit v závislosti právě na konkrétní aktivizační metodě. Mohou se objevit i problémové situace, které se nikdy předtím nestaly, a tím pádem jsou neočekávané. Cílem je však níže popsat omezení, na které je potřeba brát ohled všeobecně při aktivizaci seniorů s demencí.

Důležitým faktorem při výběru aktivity by měla být fyzická kondice pacienta, která však s onemocněním souvisí pouze částečně. Součástí stárí je celkové zhoršení nejrůznějších funkcí. Pro aktivizaci je klíčové, aby nemocný rozuměl zvolené aktivitě. To může být problematické, pokud pacient trpí zhoršeným zrakem, sluchem nebo nemocí, která ho fyzicky omezuje, například se hůře pohybuje nebo má bolesti při určitých činnostech a pohybech. Je pouze v rukou pečovatele, aby se o těchto problémech dozvěděl a přizpůsobil aktivity tak, aby je byl pacient stále schopný vykonávat. Pro ilustraci, není vhodné, aby pečovatel dal ke čtení pacientovi knihu s malým písmem, které senior není schopný přečíst, podobně jako není vhodné skákání přes švihadlo, pokud má pacient bolesti v kyčlích (Hauke a kol., 2017, s. 31).

Jedním z důležitých faktorů je přizpůsobení prostředí pro pacienty s demencí. Ať už se aktivita odehrává vevnitř nebo venku, je důležité zajistit, aby se nemocný cítil dobře. Naprostá většina aktivit se odehrává v prostředí, kde pacient žije nebo které navštěvuje každý den, tzn. doma nebo v institucionálním zařízení. Proto by tyto prostory měly být uzpůsobeny právě pro někoho s demencí. Holmerová a kol. (2007, s. 53) o prostředí říká: *„Prostředí, ve kterém pacienti s demencí žijí, by mělo být přehledné a pro ně pochopitelné, předvídatelné. To platí nejen pro prostředí domácí, ale zejména pro instituce, kde pacienti s demencí krátkodobě či dlouhodobě pobývají. Místnosti v institucích pro pacienty s demencí by měly být jasně označeny. Prostředí by mělo být bezpečné, ale nemělo by pacienty omezovat. Měli by tu mít pocit soukromí, ale přesto by ošetřující personál neměl ztrácet přehled o jejich činnostech.“* Existuje mnoho pomůcek a vylepšení, které pacientům napomáhají v orientaci, ale jsou tu i například různé předměty, kterých pacient může zachytit v případě problémů s rovnováhou.

Zásadním problémem každé aktivizace může být komunikace. Komunikací nerozumíme pouze hovor, ale řadíme sem jak verbální komunikaci, tak i paraverbální a neverbální komunikaci. Komunikace je důležitá ke spokojenosti a vzájemnému pochopení obou stran, u pacientů s demencí však může být velmi obtížná (Hauke a kol., 2017, s. 34). V normální komunikaci je obvyklé, že obě strany investují do rozhovoru a komunikace celkově přibližně stejné množství energie, jsou tedy vyrovnanými komunikátory. U seniorů s demencí se situace mění, protože pro ně může být velmi obtížné vyjádřit a vysvětlit myšlenky a pro ně samotné je složitější pochopit, co se snaží vyjádřit ostatní. Komunikace s dementními pacienty je specifická právě tím, že jsou velmi zapomnětliví, špatně se orientují v čase a prostoru, zhoršují se jejich kognitivní funkce, logické myšlení a vnímání. Pokud chceme efektivně komunikovat s dementním člověkem, je potřeba se přizpůsobit konkrétnímu pacientovi a situaci, být dobrým naslouchačem a vložit do komunikace dostatek empatie. Skrze komunikaci si během aktivizace s pacientem ověřujeme, jak se cítí, zda ho aktivita baví, jestli všemu rozumí a podobně.

Není možné vynechat ani otázku psychického nastavení a rozpoložení pacienta. Běžnou součástí tohoto onemocnění je špatný psychický stav, který nejčastěji zahrnuje depresi, úzkosti, agresivitu a další změny chování. Se všemi těmito faktory je nutno pracovat. Depresivní pacienti jsou často spaví nebo naopak spí málo, jsou smutní, laxní a apatičtí a málokdy se chtějí zapojovat do činností s ostatními. Úzkostné stavy jsou pro pacienty časté zejména pokud se musí adaptovat na nové prostředí, například pokud začnou poprvé docházet do denního stacionáře a nevěří, že se pro ně rodina vrátí (Hauke a kol., 2017, s. 36).

5 Petterapie

Petterapii můžeme označit jako léčbu či terapii pomocí zvířat chovaných v domácím prostředí. Od animoterapie se liší tak, že se nejedná o terapii zvířaty všeobecně, nýbrž jde o zvířata, která jsou chována doma. Nejčastěji jde o psy a kočky, ale setkat se můžeme i s jinými druhy, například rybičkami, morčaty, ptáky nebo želvami. Petterapie je jednou z moderních metod aktivizace, která je čím dál populárnější nejen u zrakově či mentálně postižených, ale také právě seniorů a lidí postižených demencí. Jako petterapii je možné označit samotné vlastnictví domácího zvířete a úkony spojené s péčí o něj, ale i konkrétní aktivizační metody, které jsou se zvířaty spojené. Je to podpůrná forma terapie, která přináší do světa dementních seniorů mnoho pozitivních vlivů, jsou však i věci, na které je potřeba právě u této metody dát pozor.

Domácí zvířata pro osoby s demencí můžeme zajistit několika způsoby. Velmi časté jsou docházkové programy, kdy terapeut se zvířetem, které je speciálně vycvičené pro práci s takto nemocnými lidmi, dochází například do pobytových zařízení nebo třeba i domů. V tomto případě se jedná nejčastěji o psy a hovoříme o tzv. canisterapii. Dalším možným způsobem je chování zvířete přímo v pobytovém zařízení nebo doma. V domácnosti například může zvíře hrát i roli jakéhosi partnera či kamaráda, především pokud dotyčný bydlí sám (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 54). V článku *The Impact of Different Dog-related Stimuli on Engagement of Persons With Dementia* se píše, že zvíře (v tomto případě pes) je nezaujatý posluchač, kterému nebude vadit například opakování stále stejných příběhů dokola (Marx a kol., 2010). V případě, že nemocný bydlí sám, se ale o mazlíčka někdo musí starat a nemocní právě tohoto často nejsou schopni nebo je jasné, že pokud ano, tak to nepotrvá příliš dlouho.

Domácí mazlíčci mají dobrý vliv jak na psychický, tak fyzický stav člověka. Zvířata se srstí jsou nejpopulárnější, právě protože hlazení srstí navozuje stavy uklidnění a relaxace. Dokonce panuje názor, že hlazení mazlíčků způsobuje pokles krevního tlaku a uklidňuje srdeční rytmus. Pomáhá také při boji se depresí a úzkostí. Další výhodou zvířat je, že jde o velmi vhodné téma k diskuzi, ať už s pečovatelem, rodinou či lidmi, kteří mají stejnou nemoc. (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 56) Zvířata totiž umí vyvolat dávne vzpomínky na mládí, například na mazlíčky, které dotyční chovali jako děti nebo na jakékoliv jiné zvíře, ke kterému si během svého života vytvořili vztah. Hlazení a dotýkání se zvířete také stimuluje smysly. (Kroupová, 2016, s. 66) Senioři slyší nové zvuky a často i vnímají pach zvířete. Některým se s mazlíčkem dokonce lépe usíná, případně jedí současně se zvířetem. Zvíře napomáhá i v udržování fyzické

kondice člověka. Nejen hlazení, které je příjemné a zlepšuje jemnou motoriku, ale i všechny úkony, které je nutno zajistit při péči o zvířete, jako je venčení, krmení či třeba vyčesávání nutí pacienta k pohybu. Ne každý nemocný je však těchto úkonů ve svém stádiu nemoci schopný, proto je zapotřebí pečovatele.

Petterapie má i svá omezení. Zvíře je živý tvor, o kterého je potřeba pečovat. U pacientů s demencí se často vyskytují problémy, které následně způsobí překážky právě v péči o mazlíčka. V tomto případě záleží na druhu zvířete. Dolejšová a Wankatová (2008, s. 101) se shodují, že *„Domácím mazlíčkem může být jakékoliv zvíře, maličké jako bílá myška nebo i velké jako kůň či slon. Záleží na možnostech daného jedince, dostupnosti zvířete, nákladech na jeho péči a řadě dalších věcí. Běžně se výběr zvířete řídí životním stylem majitele, jeho časovými možnostmi, sportovní zdatností, způsobem bydlení-jinak uvažuje o volbě zvířete člověk bydlící v malém panelákovém bytě a jinak člověk s domkem a zahradou.“* Pokud se jedná o rybičky, želvu nebo drobné hlodavce a další menší zvířata, péče není tak náročná a pro nemocného je jednodušší se o zvíře starat delší dobu. Tato zvířata totiž nevyžadují tak častou péči, avšak i s nimi je potřeba vykonávat činnosti, které mohou být problémové. Totiž i čištění klece nebo akvária vyžaduje určitou fyzickou aktivitu a může se stát, že pacient na krmení zapomene, ať už jde o zvíře menšího či většího vzrůstu. Pokud má senior zvíře většího vzrůstu, o které je péče náročnější, je potřeba dohled již od dřívějšího stádia nemoci. Psi nebo kočky vyžadují péči značně náročnější, ta totiž zahrnuje například i venčení, vyčesávání, častější návštěvy u veterináře a podobně. U lidí s touto nemocí je velmi častá zapomnětlivost, která může ohrozit zdraví či život zvířete. Potřebná je i jistá fyzická zdatnost, kterou vyžaduje právě zvedání a čištění věcí či procházky. Nejednoduché může zvíře být i pro pečovatele, obzvláště jedná-li se o rodinné příslušníky, kteří nejsou zvyklí se o zvíře starat. Mazlíček pak může vyvolat hádky a nepříjemné situace vzniklé právě kvůli pacientově neschopnosti se o zvíře postarat. Naopak pro některé může mazlíček představovat přidanou hodnotu a napomáhá pečovateli podobně jako jeho pacientovi. V zahraničí se nyní vyvíjí trend robotických zvířat, která simulují pacientovi zvíře reálné, ukázalo se však, že tito roboti nevyvolávají tak silné účinky jako živí mazlíčci.

Petterapie ve smyslu vlastnictví zvířete a péče s ním spojená, může ovlivnit život seniora, který má demencí v mnoha ohledech. Tento typ terapie může přinést do života dementního člověka mnoho benefitů a může zlepšovat či pomáhat udržet jeho stav. Existují však i případy a situace, kdy vlastnictví a péče o mazlíčka způsobuje nečekané překážky a problémy v mnoha oblastech.

Život seniora s demencí může být ovlivněn péčí o zvíře do značné míry. Ať už se jedná o velké či menší zvíře, je nutné o něj pečovat minimálně ve smyslu krmení a čištění. To může ovlivnit nejen život samotného seniora, který je nemocný, ale i život zvířete a lidí, kteří se o seniora starají. Je totiž možné, že i když je senior, který má demenci vlastníkem zvířete, starat se o zvíře musí někdo jiný, protože sám nemocný péči nezvládá, ať už po fyzické stránce či kvůli zapomínání a poruše jiných kognitivních a psychických funkcí. Zvíře může trpět tím, že člověk, který se o zvíře stará namísto seniora a péči nezvládá nebo neví, jak se o zvíře starat. To se může stát především pokud senior zvíře vlastnil již v životě před propuknutím demence. Pokud však senior péči o zvíře zvládá alespoň částečně, může to mít mnoho pozitivních následků. Zvířata, která vyžadují fyzickou aktivitu při péči o ně podporují fyzickou kondici pacienta. Jedná-li se o větší zvířata nebo zvířata, se kterými je nutné chodit ven nebo s nimi nějakým způsobem hýbat, pomáhají podporovat lokomoci pacienta. Ale téměř všechna zvířata, kterých je třeba se nějak dotýkat mohou podporovat hrubou či jemnou motoriku nemocného. Zvíře může podporovat i rozvoj kognitivních funkcí, například paměť, pozornost nebo řečové schopnosti pacienta s demencí. Zvířata mohou být také prostředek, skrze který se zlepšují nebo dokonce rozvíjejí nové sociální kontakty. V tom mohou být nápomocna obzvláště větší zvířata jako psi, se kterými je nutné chodit na procházky nebo mezi lidi. Zvíře, které je chováno doma, může být součástí denního režimu seniora.

6 Empirické šetření: Zjištění oblastí, ve kterých je život seniora s demencí ovlivněn vlastnictvím mazlíčka v domácím prostředí a jaké limity se během petterapie mohou vyskytnout

6.1 Metodika šetření

Byl zvolen výzkum, který se zabývá zjištěním oblastí, ve kterých je život seniora ovlivněn chováním domácího mazlíčka a limitů v těch oblastech, které souvisí s demencí, a které se mohou objevit u metody petterapie použité u těchto seniorů. V této práci byl využit kvalitativní výzkum, u kterého je možné proniknout hlouběji do zvolené problematiky. Přesnou definici kvalitativního výzkumu nelze určit, můžeme však použít jednu z definic, kterou vytvořili Glaser a Corbinová (In Hendl, 2005, s. 67). Tato definice říká, že jde o „*jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace*“. U zjišťování limitů při petterapii by byl kvantitativní výzkum velmi nepřesný a nezjišťoval by data, která pomocí tohoto výzkumu zjistit chci, proto jsem logicky zvolila kvalitativní přístup.

Ke sběru dat jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů s použitím otevřených otázek. Rozhovory byly provedeny s pečovateli, kteří se o demenčního pacienta starají či o něj pečují v domácím prostředí. Dle Linderové, Scholze a Munducha (2016, s. 60) je rozhovor jednou z nejdůležitějších metod kvalitativního výzkumu, která nám umožňuje sledovat obsah sdělení, ale i názory a stanoviska osoby ohledně jevu, který zkoumáme. Hendl (2005, s. 99) tvrdí, že v kvalitativním výzkumu rozlišujeme šest typů otázek, a to otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování, otázky vztahující se k názorům, dále otázky vztahující se k pocitům, otázky vztahující se ke znalostem, v neposlední řadě otázky, které se vztahují k vnímání a na konec otázky demografické a kontextové. Já jsem v rozhovorech s pečovateli využila téměř všechny typy otázek kromě otázek, které se vztahují přímo ke znalostem a v menší míře otázky, které se vztahují k názorům.

6.2 Cíle šetření

Cílem šetření je v první řadě zjistit, v jakých oblastech je život seniora ovlivněn chováním mazlíčka, a dále zjištění limitů souvisejících s demencí, které se v těchto oblastech mohou vyskytnout u metody petterapie v domácím prostředí.

6.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládá z devíti zkoumaných objektů. Jedná se o seniory, kteří onemocněli některým z druhů demence a bydlí doma, kde se o ně někdo stará (rodinný příslušník, pečovatel, blízká osoba...). Dalším kritériem je vlastnictví domácího zvířete, které s demenčními seniory bydlí, a které využívají k aktivizaci související s nemocí. Zvíře mohlo být ve vlastnictví již z doby před onemocněním demencí, či pořízeno až při nebo po vypuknutí nemoci. Zkoumané objekty jsem vybrala tak, aby se zvířata v domácnostech lišila s ohledem na různorodost a odlišnosti, které se u různých zvířat chovaných v domácím prostředí mohou vyskytovat.

Pan Josef, 73 let

Bydliště: Dvoupatrový rodinný dům v městysu Nehvizdy

Pan Josef bydlí ve dvougeneračním domě v centru městysu Nehvizdy. V přízemí tohoto domu bydlí sám pán Josef, který zde dříve bydlel se svou manželkou a v prvním patře bydlí jeho dcera s manželem a dvěma dětmi. Dům je starší, pan Josef se sem přestěhoval, když se oženil se svou manželkou před padesáti lety. Součástí domu je i zahrada.

Typ demence: Alzheimerova choroba, lehce až středně pokročilé stadium

Zvíře: Pes

Pan Josef vlastní psa, kterého si pořídil po smrti manželky před 4 lety. Jedná se o psa menšího vzrůstu, který je poslušný, ale poslouchá především pana Josefa. Starost o psa zahrnuje každodenní venčení minimálně třikrát denně, dále dvakrát denně krmení, doplňování vody, občasné mytí a také zábavu pro psa, který potřebuje pohyb a sociální kontakt. Pes je krátkosrstý, takže nevyžaduje péči o srst. Pan Josef ho stále rád hladí a hraje si s ním, péči o něj však již téměř nezvládá a stará se o něj jeho dcera.

Sociálně-rodinné podmínky:

Pan Josef bydlí v jednom domě s rodinou své dcery. V domě bydlí čtyři další osoby. Jedná se o jeho dceru, jejího manžela a dvě děti. Všichni se panu Josefovi snaží se zvířetem pomáhat, ale hlavní výpomoc zastává dcera. Pan Josef má několik přátel, kteří převážně bydlí ve stejném městysu, ale příliš se s nimi již nevidá především kvůli nemoci. Jednou za týden ho chodí navštívit nejlepší kamarád, který také přišel o manželku a pomáhá se staráním se o pana Josefa a jeho psa.

Paní Marie, 67 let

Bydliště: Vila v pražské rezidenční čtvrti

Paní Marie bydlí ve vile v rezidenční čtvrti blízko centra Prahy. Bydlí zde se svým manželem již 17 let, od té doby, kdy se odstěhoval jejich syn. Výhodou tohoto bydlení je, že je zde snadná dostupnost do obchodů, k lékaři a podobně. Naopak nevýhodou je, že vila je velká, je v ní mnoho schodů a oběma manželům se zde hůře pohybuje. Součástí bydliště je i menší zahrada s terasou, kde manželé v teplých měsících tráví hodně času.

Typ demence: Vaskulární demence, lehce pokročilé stadium

Zvíře: Kočka

Kočka, kterou manželé vlastní je již starší, je jí 10 let a pořídili si jí dlouho předtím, než paní Marie onemocněla. Kočka je většího věku, neznámé rasy. Má dlouhou srst, která roste a je potřeba se o ni starat, chodit na pravidelné stříhání a denně ji vyčesávat. Dále je zapotřebí obstarat krmení, vodu, zábavu a hlídat, zda se kočka vrátila domů, protože ji majitelé často pouští na zahradu. Pro kočku jsou v domě také dva záchody, které je potřeba obden vynášet a čistit. Péči o kočku zastává z většiny manžel paní Marie. Paní Marie občas pomáhá a ráda si s kočkou hraje a hladí ji.

Sociálně-rodinné podmínky:

O paní Marii se v naprosté většině stará její manžel, který s ní bydlí a je plně zdravý, takže péči zvládá, i když je to velice náročné. Asi jednou za půl roku je jezdí navštěvovat syn s přítelkyní, který odjel studovat na vysokou školu do Anglie, a potom se tam usadil. Ten se však brzy i s přítelkyní bude stěhovat zpět do České republiky přímo do vily k paní Marii a jejímu manželovi, aby vypomohl s péčí o paní Marii a strávil s nimi více času. Paní Marie a její manžel byli před jejím onemocněním velmi sociální. Často se scházeli s kamarády na společné večere a nejrůznější aktivity, nyní je to však složitější. Stále se však snaží zařadit různé aktivity s přáteli do svého rozvrhu, i když výrazně méně. Stále je to však možné díky málo pokročilému stádiu nemoci paní Marie, která sociální kontakt s ostatními přáteli dokonce vyžaduje. Její manžel ji všude doprovází.

Paní Iveta, 71 let

Bydliště: 3+kk, byt na okraji Prahy

Paní Iveta bydlí ve velkém bytě v okrajové části Prahy se svou dcerou a jejím manželem. V bytě má vlastní pokoj, takže má soukromí, ale pokud něco potřebuje, její dcera je jí k dispozici. Paní Iveta se sem přestěhovala před rokem, když už nebyla schopná se o sebe sama postarat. Byt je

prostorný a je v něm mnoho místa pro pohyb. Ačkoliv je byt daleko od centra Prahy, je v jeho okolí vše, co paní Iveta potřebuje.

Typ demence: Alzheimerova choroba, lehce pokročilé stadium

Zvíře: Morče

Morče paní Ivetě pořídila její dcera před půl rokem, tudíž už když byla paní Iveta nemocná. Paní Iveta preferovala psa, ale manžel dcery paní Ivety je alergický na psí chlupy a obávají se, že by péči o větší zvíře nezvládli. Morče se dceři paní Ivety zdálo vhodné, protože má také srst a paní Iveta si ráda hladí zvířata a povídá si s nimi, když vydávají zvuky. Péče o morče není úplně jednoduchá, ale je poměrně snadno zvládnutelná. Zahrnuje doplňování vody a potravy jednou za den a čištění klece jednou za týden. Paní Iveta se stále na péči o zvíře podílí velkou částí a téměř nepotřebuje pomoc.

Sociálně-rodinné podmínky:

Paní Iveta se vídá především doma se svou dcerou a jejím manželem, kteří jí jsou velkou oporou a dále má jednu velmi dobrou přítelkyni, která často chodí na návštěvu. Další sociální kontakty paní Iveta příliš nevyhledává a nyní to vzhledem k pokročilé fázi onemocnění ani není možné. Paní Iveta byla zvyklá žít celý život sama. Měla okolo bydliště mnoho přátel, ale protože se za dcerou odstěhovala na druhý konec Prahy, nejsou pro ni její přátelé nejsou příliš dostupní.

Paní Růžena, 82 let

Bydliště: Byt 1+kk na pražském sídlišti

Paní Růžena bydlí v malém bytě na pražském sídlišti, které je snadno dostupné do centra Prahy. V tomto bytě bydlí se svým manželem. V bytě bydlí už 30 let a nechtějí se stěhovat do pečovatelského domu tak dlouho, jak to bude možné. Z bytu jsou snadno dostupné obchody a restaurace. Součástí bytového komplexu je i zahrada, kterou nájemníci či vlastníci mohou volně využívat. Problémový je tento panelový dům především kvůli absenci výtahu, takže paní Růžena i její manžel musí chodit každý den po schodech do druhého patra.

Typ demence: Demence při mozkovém nádoru, středně pokročilé stadium

Zvíře: Rybička

Paní Růžena dostala rybičku od své dcery k Vánocům před dvěma lety, kdy ještě nebyla nemocná. Jedná se o bojovnici pestrou, která žije v akváriu sama. Ryba žije ve velmi malém akváriu, které nezabírá moc místa a je velmi jednoduché na údržbu. Je pouze potřeba rybu jednou denně krmit a akvárium čistit jednou za dva týdny, jedná se však pouze o jednoduché úkony. Dříve se o rybu starala hlavně paní Růžena, nyní práci zastává především manžel paní

Růženy, případně děti či vnučata, které chodí na návštěvu. Paní Růžena má rybu stále velmi ráda, často na ní kouká a mluví o ní.

Sociálně-rodinné podmínky:

Paní Růžena a její manžel mají dvě děti, které se svými rodinami bydlí ve stejném panelovém domě, takže se manželům dostává mnoho pozornosti a výpomoci. Pokud něco potřebují, tak jsou jim obě děti vždy k dispozici. Manželé mají sousedy, se kterými se přátelí, takže se poměrně často schází, i když v pokročilém stádiu nemoci je to s paní Růženou náročné. Všichni ostatní přátelé manželům již zemřeli nebo jsou pro ně příliš daleko.

Pan Milan, 67 let

Bydliště: rodinný dům v Mladé Boleslavi

Pan Milan bydlí ve velkém dvoupatrovém domě ve městě Mladá Boleslav. Bydlí zde ještě jeho syn, který obývá první patro domu a pan Milan bydlí v přízemí. K domu patří velká zahrada, na které pan Milan tráví mnoho času. Dům je na okraji města a je z něj složitá dostupnost, proto pan Milan již nikam mimo dům a zahradu bez doprovodu nechodí.

Typ demence: Alzheimerova choroba, středně pokročilé stadium

Zvíře: Papoušek (andulka)

Pan Milan dostal papouška od svého syna, když zjistil, že má Alzheimerovou chorobu. Pan Milan se ptáka vděčně ujal a začal se o něj starat a ochočovat ho s velikou horlivostí. Tudíž nyní je andulka velmi dobře ochočená a umí dokonce říkat některá slova. Andulku dříve chovali na zahradě, když bylo teplo a vevnitř když byla zima, ale nyní je pouze doma, aby s ní pan Milan mohl být neustále v kontaktu. Péče o andulku vyžaduje doplňování krmení a vody jednou za tři dny a čištění klece jednou za týden. Je také důležité papouška nechat každý den proletět, ale u toho vždy musí někdo být. Na kleci je proto speciální pojistka, aby panu Milanovi pták neuletěl, když klec otevře. O papouška se nyní stará nejvíce paní pečovatka a když je potřeba, tak syn pana Milana. Pan Milan stále stojí o účast na péči o andulku, hodně však zapomíná a péči nezvládá, proto si s ptákem alespoň rád povídá.

Sociálně-rodinné podmínky:

Pan Milan bydlí se svým synem, se kterým se vídá každý den. Jeho syn však pracuje, proto se přes den o pana Milana jezdí starat paní pečovatka. Tu si velmi oblíbil a dobře spolu vycházejí. Pan Milan už je v pokročilejším stádiu nemoci, a proto je potřeba, aby se o něj a jeho zvíře někdo staral každý den, když je jeho syn mimo domov. Pan Milan se již příliš s nikým jiným než s paní pečovatelkou a svým synem nevidá, protože si většinu lidí nepamatuje.

Občasně je v kontaktu s lidmi, které jeho syn přivede domů, například s přítelkyní jeho syna, na kterou je také zvyklý.

Paní Miroslava, 78 let

Bydliště: prostorný rodinný dům ve vesnici Semice

Paní Miroslava bydlí ve dvoupatrovém domě ve vesnici Semice. Tento dům je velmi prostorný. Paní Miroslava bydlí v přízemí sama a v horním patře bydlí její syn s manželkou. Součástí domu je velká zahrada. V domě jsou do horního patra schody, které jsou pro paní Miroslavu problémové, a proto ji spíše navštěvují syn s manželkou u ní v bytě. Dům je přímo u autobusové zastávky, autobusy však jezdí jenom několikrát za den, proto je zde složitější dostupnost do větších měst za lékaři a podobně.

Typ demence: Vaskulární demence, středně pokročilé stadium

Zvíře: Pakobylky

Paní Miroslava chová doma v teráriu pakobylky již cca 10 let. Začala je chovat již dávno předtím, než onemocněla demencí. Začali je chovat s manželem, oba to měli jako koníček, který je dělал šťastnými. Když manžel umřel, paní Miroslava se pakobylek odmítla vzdát, protože je to její památka na manžela. Pakobylky se krmí pouze zelenými, hlavně ostružinovými listy, a proto je jejich strava poněkud náročnější a někdo neustále musí chodit ven a sbírat pro ně potravu. O to se stará zejména manželka syna paní Miroslavy, která zajišťuje vše potřebné pro pakobylky, ale paní Miroslava se také zapojuje. Je potřeba jim denně doplňovat zelené listy, ty kropit vodou a čistit terárium minimálně jednou týdně. Paní Miroslava si přítomnost kobylek užívá a ráda si s nimi povídá, občasně pomáhá i se sbíráním potravy pro pakobylky.

Sociálně-rodinné podmínky:

Paní Miroslava žije v domě se synem a jeho manželkou, se kterými přichází do styku nejčastěji. Dříve se téměř každý den scházela se sousedkou, které také zemřel manžel a znají se už mnoho let, protože bydlí vedle sebe. Nyní je však situace komplikovanější, zejména kvůli nemoci paní Miroslavy, která je již pokročilejší, a proto hodně zapomíná. Sousedka ji však i tak chodí pravidelně navštěvovat. Také za ní jezdí jednou za čtrnáct dní vnoučata, která již bydlí jinde.

Pan František, 75 let

Bydliště: byt 2+kk v centru Prahy

Pan František bydlí se svou manželkou ve středně velkém bytu v centru Prahy. Tento byt je ve čtvrtém patře, ale dům, ve kterém se byt nachází má výtah, takže pro pana Františka a jeho ženu není problém se do čtvrtého patra dostat. V blízkosti domu je mnoho obchodů, restaurací

a pohybuje se kolem něj mnoho lidí, což je pro pana Františka matoucí, pokud vychází ven sám. Součástí bytu je i menší balkon, ze kterého je výhled na ulici.

Typ demence: Alzheimerova choroba, mírně až středně pokročilé stadium

Zvíře: Křeček

Křečka do domácnosti koupila manželka pana Františka, který s tím příliš nesouhlasil, ale když byl křeček doma, tak si ho pan František velmi oblíbil a nyní ho má pravděpodobně dokonce raději než jeho žena. Péče o něj zahrnuje krmení a doplňování vody každý den a jednou týdně čištění klece. Pan František si s křečkem rád hraje, bere si ho do ruky a hladí ho. O křečka se stará zejména manželka pana Františka, i když ten se rád na péči podílí a snaží se vypomocet.

Sociálně-rodinné podmínky:

Pan František je neustále se svou ženou, která se o něj stará a se kterou strávil téměř celý svůj život. Žena pana Františka se snaží zvát k nim domů hodně kamarádů a rodinu, aby si je pan František lépe pamatoval a komunikoval i s jinými lidmi, ale zapomínání už je pro něj velmi časté, a proto setkávání s jinými lidmi není vždy jednoduché.

Paní Věra, 77 let

Bydliště: Byt 1+kk ve vysokém panelovém domě na pražském sídlišti

Paní Věra bydlí v malém bytě, v nejvyšším patře, který je součástí vysokého panelového domu na pražském sídlišti. Bydlí zde již cca 40 let se svou přítelkyní. Byt je velmi malý a těsný, je v něm mnoho věcí, takže v něm není mnoho prostoru k pohybu. Vysoké patro bytu není problémové, protože je v panelovém domě výtah. Blízko bydliště je autobusová zastávka, ze které je snadná dostupnost a v blízkosti bytu jsou i obchody a další služby, které paní Věra a její přítelkyně využívají.

Typ demence: Alzheimerova choroba, mírně pokročilé stadium

Zvíře: Rybičky

Paní Věra a její přítelkyně chovají rybičky od té doby, kdy spolu začaly bydlet, tedy přibližně před 40 lety. Jedná se pouze o malé akvárium se šesti malými rybami. Akvárium vždy bylo jejich koníčkem, a proto mají rybičky stále. Paní Věře dělá radost na ně koukat a mluvit s nimi, ráda také ťuká na sklo a sleduje, jak ryby reagují. Péče o akvárium je náročná a vždy ji zastávala paní Věra, která nyní však zapomíná, a proto musela svou přítelkyni vše potřebné naučit. Jedná se o krmení ryb, dále čištění akvária minimálně jednou za dva týdny, kontrola vzduchování a osvětlení a také speciální péči v případě, že ryby onemocní. Paní Věra má stále na starosti krmení ryb, u kterého ji její přítelkyně hlídá.

Sociálně-rodinné podmínky:

Paní Věra se vídá již pouze se svou přítelkyní, protože veškeré sociální kontakty, které měly byly na chalupě na jihu Čech, kde vždy trávily přibližně šest měsíců z roku. Nyní však pro ně není možné na chalupu dojíždět, takže tento dům zdědila neteř paní Věry a obě ženy poslední dva roky přebývají pouze v pražském bytě, protože je to pro ně jednodušší a méně fyzicky náročné. S některými přáteli si stále píší dopisy, ale již se nevidají, protože kontakt paní Věry je omezen pouze na její přítelkyni a občasně na neteř s její rodinou, kteří občas dojíždí paní Věru navštívit a pomoci ji s drobnými domácími pracemi nebo s finančními záležitostmi.

6.4 Respondenti a realizace rozhovorů

Účastníci rozhovoru byli vybíráni podle pacienta, který onemocněl demencí a o kterého pečují a podle zvířete, které je v jejich péči využíváno k petterapii. Účastníci si přáli zůstat anonymní, proto jsou jejich jména změněna. Další informace jsou autentické. Všichni respondenti, respektive pečovatelé se starají o seniory s demencí dobrovolně, kromě paní pečovatelky Ireny, která jako pečovatelka pracuje.

Rozhovory byly vždy realizovány v prostorách, kde pacient s demencí žije i se zvířetem a uskutečňovaly se v dubnu 2018. Rozhovory byly zvukově nahrávány na mobilní telefon. Respondenti byli před zahájením rozhovorů seznámeni s účelem a použitím nahraných rozhovorů a souhlas s nahráváním ústně i písemně potvrdili.

Během rozhovorů jsem se ptala všech respondentů na stejné otázky a dále jsem pokládala doplňující otázky k jednotlivým případům a situacím. Pět základních otázek, které byly pro všechny respondenty stejné zněly „Jakým způsobem ovlivňuje zvíře život seniora s demencí a jaké limity se vyskytují v oblasti péče o zvíře?“, „Jakým způsobem ovlivňuje zvíře život seniora s demencí a jaké limity se vyskytují v oblasti sociálních kontaktů?“, „Jakým způsobem ovlivňuje zvíře život seniora s demencí a jaké limity se vyskytují v oblasti kognitivních funkcí?“, „Jakým způsobem ovlivňuje zvíře život seniora s demencí a jaké limity se vyskytují v oblasti fyzických schopností?“ a „Jakým způsobem ovlivňuje zvíře život seniora s demencí a jaké limity se vyskytují v oblasti denního režimu seniora?“. Občasně bylo nutné některé otázky dovysvětlit, například několik respondentů nebylo obeznámeno s tím, co všechno jsou kognitivní funkce, proto jsem byla připravena pojmy, kterým nerozuměli vysvětlit.

Paní Iveta, 42 let, stará se o pana Josefa
vztah k postiženému: dcera

Pan Josef, 68 let, stará se o paní Marii
Vztah k postiženému: manžel

Paní Tereza, 43 let, stará se o paní Ivetu
Vztah k postiženému: dcera

Pan Luboš, 82 let, stará se o paní Růženu
Vztah k postiženému: manžel

Pan Milan, 29 let, a paní pečovatelka Irena, 38 let, starají se o pana Milana
Vztah k postiženému: syn, pečovatelka

Pan Daniel, 38 let, stará se o paní Miroslavu
Vztah k postiženému: syn

Paní Stella, 70 let, stará se o pana Františka,
vztah k postižené osobě: manželka

Paní Milada, 67 let, stará se o paní Věru
vztah k postižené osobě: přítelkyně

6.5 Způsob zpracování a interpretace výsledků šetření

Rozhovory byly uskutečněny přímo v domovech, kde senioři s demencí bydlí a kde taktéž probíhá petterapie. Tyto rozhovory jsem nahrála na mobilní telefon a poté přepsala do textové podoby. Oblasti, kde můžeme pozorovat limity nebo se v nich vyskytují problémy, jsem rozdělila do pěti kategorií. Tyto oblasti byly vytvořeny s ohledem na strukturu rozhovorů, odpovědi respondentů a relevantní zdroje zabývající se stářím, demencí a petterapií.

Péče o zvíře

Pan Josef (pes)

Pan Josef o zvíře příliš nepečuje, protože to již nezvládá nebo zapomíná. Péči zastává jeho dcera.

Zjištěný problém:

Problémové je, že pes poslouchá pouze pana Josefa a jen velmi málo ostatní rodinné příslušníky, a proto je pro všechny velmi složité se o psa starat. Péče o psa také vyžaduje hodně času, kterého má dcera pana Josefa málo a často kvůli němu vznikají rodinné hádky.

Paní Marie (kočka)

Paní Marie o kočku příliš nepečuje, péči spíše zastává její manžel, ale často péči přilíží a občasně se snaží zapojit.

Zjištěný problém:

Péče o kočku je velmi náročná a není jednoduché pro manžela paní Marie dělat vše sám. Je také složité skloubit péči o manželku a o kočku, protože občas je potřeba udělat dvě věci najednou, což není možné a manžel paní Marie je již také ve věku, kdy pro něj nejsou všechny úkony jednoduché.

Paní Iveta (morče)

Paní Iveta se o morče stará téměř sama a výpomoc potřebuje pouze při čištění klece, protože je na ni poměrně těžká.

Zjištěný problém:

V péči prozatím žádný problém nenastává. Paní Iveta má pouze strach, co se stane s morčetem až ona sama nebude schopná se o něj postarat.

Paní Růžena (rybička)

Paní Růžena se o rybu ve smyslu péče o zvířete vůbec nestará, veškerou péči zastává její manžel.

Zjištěný problém:

V péči o rybu se žádné problémy nevyskytují, především protože je péče velmi nenáročná.

Pan Milan (andulka)

Pan Milan se na péči o andulku občasně podílí, ale spíše se o ni stará pečovatelka pana Milana či jeho syn.

Zjištěný problém:

Andulka se musí každý den proletět a pan Milan bývá z jejího přelétávání a chování zmatený. Občas si andulka sedne na něj, a to se mu líbí. Uchopuje ji však nevhodným způsobem a andulka pak trpí.

Paní Miroslava (pakobylky)

Paní Miroslava se do péče o kobyly občasně zapojuje. Její péče zahrnuje sbírání potravy pro kobyly a jejich krmení. Zbytek péče zastává její rodina.

Zjištěný problém:

Pakobylky se velmi často a hojně rozmnožují, proto je i nutné je vypouštět do přírody a ponechávat jenom nějaké. Tuto práci musí vykonávat syn paní Miroslavy. Ta z toho pak bývá smutná, protože má ráda všechny pakobylky.

Pan František (křeček)

Pan František se o křečka stará pouze v malé míře. Jediné, co zvládá je občasné krmení a doplňování vody, u kterého ho hlídá manželka.

Zjištěný problém:

U péče o křečka se nevyskytuje žádný problém.

Paní Věra (rybičky)

Paní Věra se o ryby stará pouze částečně. Má na starost pouze krmení ryb, u kterého ji hlídá její přítelkyně.

Zjištěný problém:

U péče o zvířata je problémový především fakt, že ji vždy zastávala paní Věra, která již nyní však není péče schopna, a proto se jí ujala její přítelkyně. Ta si však není jista, zda vše v péči zvládá správně a je to pro ni velmi náročné a nezvyklé.

Sociální kontakty

Pan Josef (pes)

Sociální kontakty jsou psem pana Josefa částečně ovlivněny. Díky tomu, že psa vlastní se častěji vídá se svou rodinou, která sice bydlí ve stejném domě, ale tím, že musí chodit k němu do bytu, aby se někdo postaral o psa, se vídají ještě častěji. Když jednou za čas pan Josef zvládne procházku, potkávají známé, se kterými dřív chodil psa venčit, takže se snaží komunikovat alespoň tímto způsobem.

Zjištěný problém:

V rodině pana Josefa jsou problémové vztahy a diskuze ohledně péče o psa je náročná. Jeho rodinní příslušníci nemají vždy možnost se o psa pana Josefa postarat, což způsobuje značné neshody a nedorozumění.

Paní Marie (kočka)

Sociální život či kontakty paní Marie kočka žádným způsobem neovlivňuje.

Zjištěný problém:

U paní Marie nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Paní Iveta (morče)

Morče výrazně ovlivňuje sociální kontakty paní Ivety. Vzhledem k tomu, že má demenci v počáteční fázi, tak zvládá téměř veškerou péči sama a dochází na kroužek pro seniory, který je zaměřený na chování zvířat. Do tohoto kroužku občasně morče nosí a baví se o něm s dalšími seniory, kteří do kroužku dochází.

Zjištěný problém:

U paní Ivety nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Paní Růžena (rybička)

Ryba sociální kontakty paní Růženy nijak neovlivňuje.

Zjištěný problém:

U paní Růženy nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Pan Milan (andulka)

Andulka sociální kontakty pana Milana ovlivňuje pouze v malé míře. Díky andulce, kterou pan Milan dostal od svého syna se velmi sblížil s paní pečovatelkou, která se o pana Milana stará, když je jeho syn v práci.

Zjištěný problém:

U pana Milana nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Paní Miroslava (pakobylky)

Pakobylky ovlivňují sociální život paní Miroslavy pouze částečně. Občasně, když vychází ven sbírat potravu pro pakobylky, potká staré známé, se kterými se dříve vídala. Často se však stává, že si je již nepamatuje nebo není schopná komunikovat.

Zjištěný problém:

U paní Miroslavy nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Pan František (křeček)

Křeček sociální kontakty pana Františka žádným způsobem neovlivňuje.

Zjištěný problém:

pana Františka nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Paní Věra (rybičky)

Rybičky sociální kontakty paní Věry žádným způsobem neovlivňují.

Zjištěný problém:

U paní Věry nebyl v oblasti sociálních kontaktů zjištěn žádný problém.

Kognitivní funkce

Pan Josef (pes)

Kognitivní funkce pana Josefa pes ovlivňuje z velké míry. Pomáhá mu trénovat paměť, orientovat se v prostoru díky procházkám a rozvíjí řečové schopnosti, protože si se psem povídá a pes ho poslouchá a reaguje.

Zjištěný problém:

Pan Josef je v již v interakci se psem málokdy o samotě, a proto člověk, který zrovna s panem Josefem a jeho psem je, může bránit většímu rozvoji právě těchto funkcí.

Paní Marie (kočka)

Kognitivní funkce paní Marie jsou kočkou ovlivněny pouze částečně. S kočkou je často v interakci ve smyslu hlazení, chování nebo mluvení. To zlepšuje koncentraci a řečové schopnosti paní Marie.

Zjištěný problém:

Kočka paní Marie není vždy doma a nepřeje si být hlazena nebo chována pokaždé, když to paní Marie vyžaduje. To má za následek krátký nebo minimální efekt v rozvoji kognitivních funkcí.

Paní Iveta (morče)

Morče paní Ivetě pomáhá udržovat její kognitivní schopnosti ve velké míře. Musí si přesně pamatovat veškeré úkony spojené se zvířetem a období během dne, kdy zvíře dostává krmení, vodu a další. Morče ovlivňuje i řečové schopnosti paní Ivetě, protože si s ním často povídá.

Zjištěný problém:

V této oblasti se prozatím nevyskytuje žádný problém.

Paní Růžena (rybička)

Rybička kognitivní funkce paní Růženy ovlivňuje pouze částečně. Paní Růžena si s rybičkou povídá, proto pomáhá udržovat řečové schopnosti paní Růženy. Rybička také pomáhá paní Růženě s trénováním paměti, protože má za úkol každý den myslet na čas, kdy je rybičku potřeba nakrmit.

Zjištěný problém:

U mluvení s rybičkou se často vyskytuje problémová situace, kdy má paní Růžena pocit, že si s rybičkou nepovídala dost a odmítá odejít k jiným činnostem.

Pan Milan (andulka)

Kognitivní schopnosti pana Milana jsou andulkou ovlivněny částečně. Díky tomu, že naučil andulku říkat některá slova, když byl ještě v úplně počátečním stadiu demence, si s ní může povídat a stále se jí snaží některá slova naučit, a to mu pomáhá udržovat a trénovat řečové schopnosti. Pan Milan si dokonce stále pamatuje, kdy je potřeba andulku nakrmit a kdy se má proletět, čímž trénuje i paměťové schopnosti.

Zjištěný problém:

Jako problémové se u mluvení s andulkou ukázalo, že tím chce pan Milan trávit příliš mnoho času, protože trvá na tom, že andulku stále některá slova naučí, i když to už nedělá správným způsobem.

Paní Miroslava (pakobylky)

Pakobylky kognitivní funkce paní Miroslavy ovlivňují pouze částečně. Občasně na ně mluví, takže jí pomáhají udržovat řečové schopnosti. Paní Miroslava se však často dívá, jak pakobylky konzumují potravu, kterou jim dává, což zlepšuje její koncentraci.

Zjištěný problém:

U paní Miroslavy není pozorován žádný problém v oblasti kognitivních funkcí.

Pan František (křeček)

Kognitivní funkce pana Františka jsou péčí a interakcí s křečkem částečně ovlivněny. Tím, že křečka bere do ruky a hladí ho a on se občas snaží utéct, se zlepšuje jeho pozornost a

koncentrace. Také na křečka ve velké míře mluví, zejména při krmení a čištění klece, a tím se zlepšují jeho řečové schopnosti.

Zjištěný problém:

Křeček občasně pana Františka kousne nebo se snaží utéct. Pan František má z křečka po těchto zkušenostech strach.

Paní Věra (rybičky)

Rybičky ovlivňují některé kognitivní schopnosti paní Věry. Paní Věra si s rybičkami hodně povídá, proto rybičky částečně pomáhají udržovat řečové schopnosti a částečně i pozornost, protože se musí soustředit na to, kde ryby plavou a co dělají.

Zjištěný problém:

Vzhledem k tomu, že ryby na mluvení paní Věry nereagují, je potřeba, aby u interakce paní Věry s rybami byl ještě někdo, kdo by na ni reagoval. V opačném případě ryby paní Věru přestanou bavit a petterapie je velmi rychle u konce.

Pohybové schopnosti

Pan Josef (pes)

Pes pohybové schopnosti pana Josefa již téměř neovlivňuje, protože se o psa již nestará. Chodí pouze občasně se psem a některým z rodinných příslušníků na procházky.

Zjištěný problém:

Problém nastává, když se u pana Josefa na procházce vyskytnou fyzické potíže. To způsobuje velkou zátěž pro člověka, který pana Josefa se psem doprovází, protože je problémové se najednou postarat o člověka s demencí, který trpí bolestí a o psa, který je na vodítku.

Paní Marie (kočka)

Chování kočky pohybové schopnosti paní Marie neovlivňují, protože se o kočku stará její manžel a ona si pouze užívá její přítomnost.

Zjištěný problém:

U paní Marie není zatím pozorován žádný problém v oblasti pohybových schopností.

Paní Iveta (morče)

Starost o zvíře výrazně ovlivňuje pohybové schopnosti paní Ivety, především protože se o zvíře stará téměř sama. Musí se ke zvířeti každý den ohýbat na zem, zvedat krmení, chodit pro vodu do pítka a také čistit klec, která je těžká a velká.

Zjištěný problém:

Paní Iveta má i jiné zdravotní problémy kromě demence. Mimo jiné trpí bolestmi zad, které ohýbání ke kleci a další úkony spojené se zvířetem výrazně zhoršují. Paní Iveta se však péče o zvíře odmítá vzdát.

Paní Růžena (rybička)

Rybička pohybové schopnosti paní Růženy neovlivňuje nebo nezlepšuje, protože ryba je stále na jednom místě a paní Růžena se o rybičku již nestará.

Zjištěný problém:

U paní Růženy není zatím pozorován žádný problém v oblasti pohybových schopností.

Pan Milan (andulka)

Pohybové schopnosti pana Milana jsou zvířetem částečně ovlivněny, protože andulku pouští létat po domově a pan Milan za ní chodí a musí ji pak společnými silami se synem či paní pečovatelkou chytat.

Zjištěný problém:

Běhání za andulkou a její chytání je pro pana Milana nebezpečné, protože nedává pozor na překážky kolem sebe, snadno ztrácí rovnováhu a již se několikrát tímto způsobem lehce zranil.

Paní Miroslava (pakobylky)

Pohybové schopnosti paní Miroslavy jsou chovem pakobylek částečně ovlivněny. Občasné chodí sbírat potravu pro pakobylky, k čemuž je nutné se obléknout, jít ven a sbírat listí. Také si s nimi hraje což vyžaduje jistou pohotovost, protože pakobylky jsou poměrně rychlé.

Zjištěný problém:

Protože paní Miroslava trpí bolestmi zad, je pro ni sbírání potravy pro kobyly velmi náročné, a protože kobyly konzumují především ostružinové listy, paní Miroslava se často nechtěně píchne nebo škrábne, což pak způsobuje, že se bojí dotýkat rostlin nebo se ohýbat pro věci.

Pan František (křeček)

Pro pana Františka křeček přináší do života o něco více pohybu. Křeček je na vyvýšeném místě, kam pan František dosáhne. Tudíž při krmení vykonává pár pohybů navíc oproti běžnému dennímu režimu. Také si s ním často hraje a hladí ho, což zlepšuje jeho jemnou motoriku.

Zjištěný problém:

U pana Františka nebyl zatím v oblasti fyzických schopností zjištěn žádný problém.

Paní Věra (rybičky)

Rybičky nijak neovlivňují pohybové schopnosti paní Věry, protože obvykle u krmení stojí jenom moment a u pozorování či povídání si s rybami sedí.

Zjištěný problém:

Občasně se stává, že paní Věra sedí u rybiček příliš dlouho v jedné poloze a něco ji začne bolet, to se však stává pouze výjimečně.

Denní režim seniora

Pan Josef (pes)

Pes denní režim pana Josefa ovlivňuje v poměrně velké míře. Většinu péče sice zastává jeho dcera, ale přítomnost pana Josefa je téměř nutná, protože je jediný, koho pes poslouchá. Proto se pan Josef účastní veškeré péče o psa minimálně jako pozorovatel. Každý den ráno a večer psa krmí a doplňuje vodu, třikrát denně ho venčí (toho se pan Josef účastní jen občasně) a o zábavu pro psa se dokonce pan Josef dokáže postarat občas sám, ale spíše se toho musí účastnit i jeho příbuzní, kteří mu v péči o psa všichni pomáhají.

Zjištěný problém:

Problém se vyskytuje v nalezení hranice mezi potřebami zvířete a potřebami pana Josefa. Občasně je nutné dát přednost akutním potřebám zvířete před například zábavou pana Josefa, na druhou stranu zvíře může občasně trpět nedostatečnou péčí či nedostatkem zábavy.

Paní Marie (kočka)

Kočka denní režim paní Marie částečně ovlivňuje, ale velmi záleží na její momentální náladě nebo na tom, jak se cítí. Většinu péče zastává její manžel, který její výpomoc při péči nepožaduje, takže se paní Marie k péči o kočku připojí pouze, pokud se jí chce nebo když má dobrou náladu.

Zjištěný problém:

U paní Marie nebyl zatím zjištěn žádný problém v oblasti denního režimu.

Paní Iveta (morče)

Paní Iveta má denní režim morčetem ovlivněn ve větší míře. Každý den si s ním hraje a povídá, ale nemá žádný časový rozvrh. Také se o morče stará téměř samostatně, každý den odpoledne ho krmí a doplňuje mu vodu. S čištěním klece, které probíhá obvykle v pátek nebo v sobotu každý týden potřebuje menší výpomoc.

Zjištěný problém:

Problém byl zjištěn u péče paní Ivety o sebe sama. Často totiž upřednostňuje péči o zvíře před vlastními potřebami. To pak způsobuje problémy v dalších oblastech.

Paní Růžena (rybička)

Ryba denní režim paní Růženy neovlivňuje zcela vůbec, protože se nezajímá a nestará ani o krmení ryby. Veškerou práci spojenou s krmením, čištěním a další úkony spojené s rybou zastávají příbuzní paní Růženy.

Zjištěný problém:

U paní Růženy zatím nebyl v oblasti denního režimu zjištěn žádný problém.

Pan Milan (andulka)

Andulka denní režim pana Milana ovlivňuje ve větší míře. Pan Milan se účastní doplňování krmení a vody, které probíhá pouze jednou za tři dny, ale je to pro tohoto seniora jakýsi rituál. Necháávají však andulku každý den proletět, což dělají každý den přesně ve čtyři odpoledne. Pan Milan se dokonce účastní i čištění klece, které probíhá každý týden v neděli.

Zjištěný problém:

Problém nastává, pokud se veškerá péče neděje podle plánu. Pan Milan to psychicky špatně snáší a vyvolává to v něm agresi.

Paní Miroslava (pakobyly)

Pakobyly denní režim paní Miroslavy ovlivňují málo, protože se účastní pouze krmení pakobyly, která probíhá pouze obden nebo maximálně jednou denně podle toho, kolik toho pakobyly zkonsumují. Krmení pakobyly obvykle nijak neovlivňuje chování paní Miroslavy.

Zjištěný problém:

U paní Miroslavy zatím nebyl v oblasti denního režimu zjištěn žádný problém.

Pan František (křeček)

Pana Františka péče o křečka z hlediska denního režimu ovlivňuje jen málo. Každý den probíhá krmení a doplňování vody, kterého se pan František obvykle účastní a které většinou probíhá v odpoledních hodinách. Pan František si na krmení občas vzpomene sám a velmi se na něj těší, ale když je unavený, tak na křečka úplně zapomene.

Zjištěný problém:

U pana Františka nebyl v oblasti denního režimu prozatím zjištěn žádný problém.

Paní Věra (rybičky)

Rybičky denní režim paní Věry nijak neovlivňují kromě krmení, které probíhá každé ráno, protože ráda společně s rybami snídá. Čištění ryb a další péče denní režim paní Věry neovlivňují, protože se v tomto směru o ryby již vůbec nestará. Paní Věra je na snídání s rybami tak zvyklá, že když její přítelkyně na krmení jeden den zapomněla, dostala od paní Věry vynadáno, protože ona sama ryby nakrmit nemůže, jelikož neví, kde je krmení.

Zjištěný problém:

Problém nastává ve chvíli, kdy se na ranní krmení rybiček zapomene nebo se tato ranní rutina změní, protože je paní Věra na snídání s rybičkami zvyklá. Pokud se takto neděje, může to ovlivnit náladu paní Věry na zbytek dne.

7 Diskuze

Cílem výzkumného šetření byla identifikace charakteristik a limitů, které vznikají při použití metody petterapie v domácím prostředí u pacientů s demencí. Pozornost byla věnována jednotlivým případům seniorů s demencí, kteří chovají zvíře v domácím prostředí, a kde zároveň nemocný bydlí. Záměrně byly ke zkoumání vybrány různé druhy zvířat, které se lišily věkem, potřebnou péčí, aktivitou a dalšími charakteristikami. Různé druhy zvířat byly zvoleny z důvodu postihnutí širšího okruhu možných limitů, které při petterapii mohou vzniknout.

V empirickém šetření bylo využito kvalitativního výzkumu, proto jeho výsledky neplatí za obecně platné závěry. Účelem zkoumání bylo zaměřit se na jednotlivé případy interakce dementního seniora s chovaným zvířetem, tedy na konkrétní případy seniorů s demencí využívající metodu petterapie v domácím prostředí. Je možné, že v případě využití jiných respondentů či při zaměření na jiná zvířata ve výběru zkoumaného vzorku by výsledky dopadly odlišně.

Získání přístupu do domovů respondentů a zkoumaných jednotlivců bylo nesnadné. Potíže vznikly již při hledání seniorů s demencí, kteří by chovali zvíře, avšak ještě náročnější bylo nalezení takových seniorů s demencí, kteří by chovali jiná zvířata než psy a kočky. Podařilo se mi však najít dvacet seniorů, kteří mají demenci a vlastní různé druhy zvířat, díky čemuž se mi podařilo dosáhnout diverzity u zkoumaných jednotlivců. Získání souhlasů k rozhovorům bylo taktéž nelehké, avšak pro potřeby bakalářské práce a se zachováním anonymity respondentů se mi podařilo získat souhlas devíti respondentů. Otázkou zůstává, zda by výsledky nebyly ještě zajímavější a přínosnější, kdyby se mi podařilo získat přístup k ještě více respondentům a dalším druhům zvířat, které tito senioři doma chovají.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů. Respondenty byli pečovatelé či blízcí, kteří se starají o seniora s demencí, přičemž výzkumnou skupinou byli právě tito senioři v souvislosti v interakci se zvířetem. Na začátku rozhovorů jsem se snažila zjistit informace o seniorovi s demencí a zvířeti které chová tak, abych tyto informace mohla zařadit do kontextu petterapie, která u každého z těchto seniorů doma probíhá. Tyto informace uvádím v podkapitole 6.3. Je jisté, že vliv na petterapii má u každého jedince i mnoho dalších faktorů, pro ty však v rámci této práce nezbyla kapacita a mohly by být součástí

dalšího výzkumu. Během rozhovorů se podařilo získat požadovaná data, která byla součástí odpovědí na předem připravené a některé doplňující otázky. V rozhovorech občasně nastal problém, když si respondenti nevěděli rady s terminologií, kterou jsem u otázek využívala. Problémové bylo především slovní spojení „kognitivní funkce“. Po doplnění či vysvětlení pojmů však byly získány všechny požadované informace. U všech respondentů jsem měla možnost využít zúčastněného pozorování při interakci dementního seniora se zvířetem, což bylo pro psaní práce velice přínosné.

Charakteristiky a limity petterapie jsem zkoumala v pěti oblastech. Jak popisuji v kapitole 6.5, jedná se o oblast péče o zvíře, sociálních kontaktů, kognitivních funkcí fyzických schopností a denního režimu seniora. V těchto oblastech jsem se snažila zjistit, jaké charakteristiky a limity se v interakci dementního seniora se zvířetem vyskytují, a následně najít shody a odlišnosti mezi jednotlivými zvířaty. Chování seniora s demencí v interakci se zvířetem je ovlivněno mnoha faktory, které jsou ještě více umocněné právě nemocí. Při petterapii záleží na stádiu nemoci seniora, jeho aktuálním i dlouhodobém psychickém rozpoložení, osobnosti, fyzické kondici, socio-ekonomických podmínkách, sociálních kontaktech a dalších faktorech, které se týkají i zvířete. Ani zvířata nejsou tvorové, kterým člověk dokáže stoprocentně porozumět a každé z nich má své vlastní charakteristiky a vlastnosti, které průběh petterapie taktéž ovlivňují.

Během rozhovorů bylo překvapením, že se u mnohých pacientů v některých oblastech nevyskytoval téměř žádný problém. Mým předpokladem bylo, že o domácí zvířata pečují především právě senioři s demencí, ale ti to obvykle nezvládají již v počátečních stádiích demence kvůli zapomínání, proto si tuto část bere na starost někdo z jejich rodinných příslušníků či pečovatелů. Tím pádem v této oblasti vznikají problémy pouze málo nebo vznikají na straně člověka, který se o zvíře stará a ojedinele na straně zvířete, nikoliv však na straně dementního seniora. V oblasti sociálních kontaktů je ovlivnění seniora zvířetem různorodé a záleží spíše na dalších okolnostech jako je fyzická pohyblivost seniora, která mu umožňuje nové lidi potkávat i v souvislosti se zvířetem. Mým předpokladem bylo, že senior, který vlastní psa bude díky procházkám se psem v kontaktu s mnoha lidmi. Jak jsem ale zjistila, více sociálního kontaktu má například seniorka, která vlastní morče, která s ním díky své pohyblivosti může docházet do zájmového kroužku, který se zvířat týká a morče tam nosí. Dalším výrazným překvapením v oblasti sociálních kontaktů pro mě bylo, že s výjimkou jednoho seniora se zdá, že je tato oblast bezproblémová. V oblasti kognitivních funkcí jsem zaznamenala více problémů. Z výsledků v této oblasti by se dalo poznamenat, že čím je zvíře

menšího vzrůstu a méně náročné, tím méně problémů se vyskytuje. Souvisí to však i s faktem, že zvířata, která v této oblasti způsobují méně problémů seniora obvykle v oblasti kognitivních funkcí ani příliš nerozvíjejí nebo neovlivňují. Oblast fyzických schopností byla u každého seniora ovlivňována zvířetem různými způsoby, což bylo i mým předpokladem. Téměř u všech případů je však alespoň částečně rozvíjena jemná či hrubá motorika, u některých pacientů dokonce i lokomoce. Tyto schopnosti souvisí především s péčí o mazlíčka a aktivitami jako je dotýkání se srsti, hlazení a přenášení zvířete. V oblasti denního rozvrhu seniora se také ovlivňování zvířetem liší. Do denního rozvrhu některých seniorů se totiž zvíře vůbec nezahrnuje nebo je pouze jednou z položek denního programu, u některých se naopak celodenní rozvrh řídí právě zvířetem. Zdá se, že tato skutečnost souvisí s pokročilostí nemoci a fyzickými schopnostmi seniora, protože čím méně péči o zvíře senior zvládá, tím méně to ve většině případů ovlivňuje jeho denní rozvrh. Je možné konstatovat, že všechny oblasti, které jsem v empirické části vymezila, se navzájem ovlivňují a spíše než v jednotlivých oblastech, se problémy vyskytují jako kombinace nepříznivých podmínek. Dalo by se polemizovat o vhodnosti kategorizování oblastí, ve kterých se objevují problémy při petterapii, na druhou stranu není ani možné zkoumat překážky a limity petterapie jako nestrukturovaný celek. Existují i další oblasti, ve kterých by se limity petterapie mohly zkoumat.

Téma aktivizace seniorů se zaměřením na petterapii by bylo možné uchopit i jiným způsobem. Přínosné by mohlo být například zkoumání nejen limitů, které mohou při petterapii vzniknout, ale také výhod a konkrétních přínosů, které interakce se zvířetem do života dementního pacienta přináší. Zajímavé by také mohlo být zkoumání seniorů s demencí, u kterých je petterapie využívána v institucionálním zařízení, na rozdíl od domácího prostředí, jako je tomu v této bakalářské práci. V tomto výzkumu by mohlo být využito nejen pohledu pečovatелů, kteří v institucionálním zařízení pracují, ale například i příbuzných dementního seniora nebo vlastníka zvířete, který zařízení navštěvuje. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na cílovou skupinu s různými druhy zvířat, proto by bylo rovněž možné provést výzkum s cílovou skupinou, kde všichni zkoumaní budou k petterapii využívat stejné zvíře a následně porovnat jejich výsledky. Tyto výzkumy by mohly přinést nová zjištění, která by umožnila jednodušší pochopení práce pečovatele s dementním pacientem a zvířetem současně.

8 Závěr

Proces stárnutí je součástí života každého člověka, který vede ke stáří. Stáří je jednou ze životních etap, která může být stejně plnohodnotná jako etapy předešlé. Během stáří je riziko výskytu nemocí výrazně vyšší a jednou z těchto nemocí, které se také říká „nemoc stáří“, je demence. Demence je nemoc, která se postupně vyvíjí a její průběh mívá spíše pozvolný charakter. I při počátečních potížích je však zapotřebí pomoc, která může být využívána v rámci institucionálních zařízení, někteří však preferují pohodlí domova a péči blízkých nebo domácí pečovatelky. Nejen v institucionální, ale i v domácí péči je možné demenčního pacienta aktivizovat vhodnými metodami. Petterapie může být jednou z aktivizačních a podpůrných léčebných metod při práci s člověkem, který onemocněl demencí. Význam této metody tkví nejen v podpůrných procesech fyzických možností seniora, ale především v oblasti psychologické a emocionální. Metoda petterapie dokonce přináší užitek v oblasti udržování a navazování nových sociálních kontaktů. Jedná se o metodu, která je v jistém smyslu nenahraditelná, protože interakce s živými tvory je unikátní.

Ústředním tématem práce byla aktivizace seniorů s demencí v domácím prostředí se zaměřením na petterapii. Cílem bakalářské práce bylo v první řadě zjistit, jaké limity se vyskytují při použití metody petterapie u seniora s demencí v domácím prostředí. Dalším cílem bylo zjištění, jak je život seniora chováním zvířete v domácím prostředí ovlivněn v oblastech péče o zvíře, sociálních kontaktů, kognitivních funkcí, fyzických schopností a v oblasti denního režimu seniora.

V empirickém šetření bylo zjištěno, jaké limity se vyskytují při petterapii se zvířetem v pěti oblastech. V oblasti péče o zvíře bylo zjištěno, že kvůli nemoci pacienta trpí pouze jedno zvíře ze všech zkoumaných. Naopak se zde častěji vyskytují problémy na straně člověka, který péči zastává, případně psychologické problémy na straně pacienta. V oblasti sociálních kontaktů byly zjištěny problémy v minimální míře, ve většině případů dokonce vůbec žádné. V oblasti kognitivních funkcí můžeme pozorovat problémy různorodého charakteru. Jedná se jak o problémy na straně pacienta, tak o problémy na straně pečovatele nebo zvířete. Nejčastěji se vyskytující odpovědi zahrnují nestabilitu zvířete při rozvoji kognitivních funkcí během terapie a přílišnou touhu pacienta zůstat se zvířetem co možná nejdelší čas v rámci rozvíjení řečových schopností. V oblasti fyzických schopností se vyskytují podobné problémy u všech respondentů. Časté jsou bolesti zad nebo bolesti jiných částí těla, které jsou způsobeny interakcí

se zvířetem. V poslední oblasti, tj. oblasti denního režimu seniora byly zjištěny problémy v psychologické oblasti, kdy pacient nezvládá situaci, když se v péči o zvíře dělá něco jiným způsobem, než je obvyklé nebo kdy pacient upřednostňuje v denním režimu péči o zvíře před péčí o sebe sama.

Vzhledem k rozsáhlosti oblastí, ve kterých by bylo možné vlivy a limity petterapie zkoumat, nebylo možné v rámci bakalářské práce všechny obsáhnout. V rámci zkoumání v pěti oblastech, které byly v práci vymezeny, došlo ke zjištění, že problémy, které se při petterapii mohou vyskytnout mají různorodý charakter a je velmi složité je nějakým způsobem kategorizovat či porovnat. Za limity této práce by se dal považovat výběr terminologie v otázkách, které byly použity v rozhovorech. Problematicky se může jevit fakt, že nedostatečné porozumění některým termínům ze strany respondentů mohlo ovlivnit některé jejich odpovědi. I přesto, že se nepotvrdily původní předpoklady, přináší práce výsledky v oblasti, která ještě v České republice nebyla zkoumána.

9 Soupis bibliografických citací

- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. *European Collaboration on Dementia*. Vídeň: konference ICAD, 2009. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia>.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. Londýn: Alzheimer's Disease International, 2015. ISBN neuvedeno. Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
- BARTOŠ, Aleš, Miloslava RAISOVÁ a Miloslav KOPEČEK. Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, 74/107(6), s. 1–5. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/pdf?id=36320>.
- ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum Press, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
- DOLEJŠOVÁ, Věra a Jana WANKATOVÁ. Petterapie (animoterapie) aneb jak umí zvířata léčit. *Psych@Som*. 2008, 1(6), s. 17–26. ISSN 1214-6102.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FRANKOVÁ Vanda a kol. *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2423-5.
- GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
- HAUKE, Marcela a kol. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Petr VELETA. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*. 2005, 7(10), s. 449-453. ISSN 1803-5256. Dostupné z: internimedica.cz/savepdfs/int/2005/10/08.pdf.
- HOLMEROVÁ Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JANIŠ, Kamil. Volný čas seniorů. In POLÁCHOVÁ VAŠŤATKOVÁ, Jana a Alice BAČÍKOVÁ. *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů VIII*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. s. 693-700. ISBN 978-80-244-2815-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: ZSF OU v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7262-268-4.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, 12(2), s. 56–60. ISSN 2336-6486. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 80-2475-264-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.
- LIVEČKA, Emil. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: Ústav školských inf. při Min. školství ČSR, 1979. ISBN neuvedeno.

- M'AM'ALOCA, o. s. *Výměna zkušeností a know-how v oblasti aktivního stárnutí a zaměstnanecké politiky vůči pracovníkům starším 50 let.* 2010-2011. Dostupné z: <http://www.mamaloca.cz/wp-content/uploads/2012/03/Manuál-2.pdf>.
- MARX, Marcia S. et al. The Impact of Different Dog-related Stimuli on Engagement of Persons With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.* 2010, 25(1), s. 37–45. Dostupné z: <http://doi.org/10.1177/1533317508326976>.
- MÁTL, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2015.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-45-7. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000331.pdf?seek=1452679851>.
- MLÝNKOVÁ, Marcela. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 80-2477-099-7.
- OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše.* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9423-0.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence.* Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- ROCKWOOD, Kenneth et al. Physical activity and the maintenance of cognitive function. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association.* 2007, 3(2), s. 38–44. ISSN neuvedeno.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.
- SANDOIU, Ana. *Alzheimer's disease: When does personality start to change?.* Londýn: Medical News Today, 2017. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/319518.php?sr>.
- SHEARDOVÁ, Kateřina a Daniel HUDEČEK. Prevence demence a životní styl. *Neurologie pro praxi.* 2011, 12(6), s. 418–421. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/10.pdf>
- SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.
- SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie.* Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠAUEROVÁ, Markéta. *Zážitková pedagogika a možnosti jejího využití při práci s vybranými cílovými skupinami.* Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, 2013. ISBN 978-80-87723-07-4.

- TOPINKOVÁ, Eva., Roman JIRÁK a Jiří KOŽENÝ. Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence v klinické praxi: Sedmiminutový screeningový test. *Neurologie pro praxi*. 2002, 3(6), s. 323–328. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/06/10.pdf>
- ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: ÚZIS, 2018. ISBN: 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VELETA, Petr a Iva HOLMEROVÁ. *Úvod do taneční terapie pro seniory*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2002. ISBN 80-86541-07-X.
- VÍCHOVÁ, Monika. Alzheimerova choroba: pravděpodobné příčiny a prevence. *PsychLogOn*. 2013, 2(1), s. 58–62. ISSN 1805-7160. Dostupné z: <http://www.psychologon.cz/data/pdf/151-alzheimerova-choroba-pravdepodobne-priciny-a-prevence.pdf>
- VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
- ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print, 2012. ISBN 978-8089295-43-2.