

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY**

Diplomová práce

Aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních

Activating the elderly with dementia in residential homes

Praha 2013

**Vedoucí práce:**

PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D

**Vypracovala:**

Bc. Zora Zelená

## **Prohlášení**

---

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních“ vypracovala sama s použitím literatury, uvedené v seznamu literatury.“

V Praze dne.....

.....

Podpis

## **Poděkování**

---

Děkuji vedoucí diplomové práce, PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D., za metodické vedení a cenné rady při zpracování magisterské práce. Děkuji také za její lidský přístup a pochopení. Mé poděkování patří též PaedDr. Jitce Stejskalové z neurologické kliniky FTN v Praze, která mi poskytovala oporu v průběhu mého studia a umožnila mi klinický vhled do oboru. Dále děkuji PhDr. Heleně Tuhé za poskytování odborných rad při tvoření dotazníku. Upřímně děkuji své rodině za podporu a pomoc po dobu celého mého studia.

## OBSAH

Úvod .....	9
<b>1 Stáří a stárnutí .....</b>	<b>11</b>
1.1 Onemocnění ve stáří .....	12
1.2 Česká populace a její stárnutí.....	13
1.3 Shrnutí kapitoly č.1.....	16
<b>2 Systém péče o seniory.....</b>	<b>17</b>
2.1 Legislativa.....	17
2.2 Reforma zdravotně-sociální péče a její důvody .....	19
2.3 Kvalita sociálních služeb.....	20
2.4 Dokumenty o právech seniorů.....	21
2.5 Shrnutí kapitoly č.2.....	23
<b>3 Demence.....</b>	<b>24</b>
3.1 Charakteristika demence.....	27
3.1.1 Nejčastější příčiny demence.....	28
3.1.2 Přístup a péče o seniory s demencí .....	28
3.1.3 Statistické údaje o počtu onemocnění demence.....	31
3.2 Péče o seniory s demencí v Holandsku a vzdělávání pracovníků v sociálních službách.....	32
3.3 Shrnutí kapitoly č.3.....	35
<b>4 Terapeutická východiska pro terapeutickou práci se seniory s demencí .....</b>	<b>36</b>
4.1 Cíl aktivit.....	37

4.1.1	Motivace k činnostem.....	38
4.1.2	Přínosy aktivizace,aktivit.....	39
4.1.3	Terapeutický plán.....	41
4.1.4	Modelový scénář setkávání seniorů s demencí.....	41
4.2	Shrnutí kapitoly č.4.....	46
<b>5</b>	<b>Dotazníkové šetření.....</b>	<b>47</b>
5.1	Cíl šetření .....	47
5.1.1	Typy pobytových zařízení.....	47
5.1.2	Východiska pro přípravu dotazníkového šetření.....	48
5.2	Metoda a technika šetření.....	49
5.2.1	Dotazník a jeho struktura .....	49
5.2.2	Popis výběru zařízení.....	50
<b>6</b>	<b>Vyhodnocení šetření.....</b>	<b>51</b>
6.1	Diskuze .....	70
<b>Závěr</b>	.....	<b>72</b>
<b>Resumé</b>	.....	<b>74</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	.....	<b>75</b>
<b>Přílohy</b>		

Motto:

*„Péče poskytnutá nemocnému, přístřeší nabídnuté vyhnanci i odpuštění mají cenu jen díky úsměvu, jenž ozáří ten svátek. Setkáváme se v úsměvu. Blahobyt a komfort by nás nestačily plně uspokojit. Pro nás, kteří jsme byli vychováni v úctě k člověku, mají ohromnou cenu prostá setkání, která se někdy mění v nádherné svátky. Úcta k člověku! V tom spočívá ten prubířský kámen“.* (Antoine de Saint-Exupéry)

## **Anotace**

Záměrem předložené diplomové práce je zmapovat aktivity, které se používají při terapiích se seniory s demencí v pobytových zařízeních. Součástí deskripce je rozbor kvalifikace (vzdělání) pracovníků, kteří seniory aktivizují.

## **Abstrakt**

V teoretické části práce jsme se zabývali procesem stárnutí a jeho geografickým a statistickým vyhodnocením. Vycházeli jsme z právního rámce poskytované péče seniorům s demencí, z problematiky onemocnění demence, jejími příčinami, přístupem a péčí o seniory s demencí. Navázali jsme na terminologická vymezení a teoretická východiska pro zaměstnávání seniorů s demencí. Zmiňujeme filozoficko-psychologický zdroj. Důraz klademe na informace o možnostech zaměstnávání seniorů s demencí a jejich aktivizaci. Sledujeme teoretické zdroje, které jsou při zaměstnávání prvoplánově smysluplné pro uživatele, poskytovatele a především pro rodinné příslušníky. U všech sledovaných bodů respektujeme limit daný diagnózou demence.

V praktické části jsme se zaměřili na existující aktivity prováděné v pobytových zařízeních se seniory s demencí. V přehledu uvádíme některé typy zařízení, kde jsou senioři s demencí přijímáni k pobytu a kde se provádělo dotazníkové šetření. Vytvořením dotazníku, popis administrace a vyhodnocení získaných informací o zaměstnávání seniorů s demencí vidíme jako hlavní přínos magisterské práce. Zaměřili jsme se také na kvalifikaci (vzdělání) pracovníků, kteří se seniory pracují - aktivizují je. V závěru práce popisujeme komparaci teoretických a faktických informací od poskytovatelů, kde srovnání směřuje k základnímu cíli. Zmapovali jsme nejčastěji používané aktivizační činnosti. Zanalyzovali jsme výsledky dotazníkového šetření, které nám pomohly zmapovat danou problematiku. V návrhu pro praxi uvádíme možnosti pro doplňování vzdělání, kromě studia, formou workshopů, osvětou, spoluprací se zahraničím - výměnné pobyty, benefity.

**Klíčová slova:** stáří, demence, komunikace, terapie

## **Abstract**

In the theoretical section we have focused on the process of ageing and made a geographical and statistical assessment. The base was our country's legislative framework for providing care to the elderly with dementia, the issue of the illness of dementia, its causes, as well as the approach and care provided to people with dementia. We drew from the terminological definitions and theoretical resources for employing elderly people with dementia. We have made a note of the philosophical and psychological source. We lay emphasis on information concerning the possibilities of employing elderly people with dementia and their activation. We have followed theoretical resources which, in employing these people, are especially constructive for the users, providers and above all for the family. In all the items observed we respected the limit given by the diagnose of dementia.

In the practical section, we have paid attention to already existing activities employed in residential homes for the elderly with dementia. We give a list of some types of homes where people with dementia are placed and where a survey was made. We see the chief asset of the master's thesis in creating a questionnaire, describing the administration and evaluating the gained information on employing the elderly with dementia. We have also focused on the qualification (education) of staff working with – activating - the elderly. In the final section, we compare theoretical and factual information received from providers, aiming the comparison to a single basic goal. We have also made a review of most frequent methods used in activation. We have analyzed the results of our survey, which helped us to get a general view of the whole issue. In our proposal for practical use we suggest further education and training – apart from studying, the form of workshops, enlightenment campaigns, cooperating with other countries – exchange stays, benefits.

**Key words:** old age, dementia, communication, therapy



## Úvod

Zvolené téma diplomové práce, vychází z mých poznatků a dlouhodobé práce se seniory s demencí. Se stárnoucí populací souvisí nárůst výskytu demence, což vyplývá ze studií zabývajících se touto problematikou. Světová zdravotnická organizace (WHO) v loňském roce uvedla, že výskyt postižených demencí bude stoupat. V České republice s tímto onemocněním žije přibližně 130 000 lidí, z toho se léčí necelá desetina. Vyplývá to z výzkumů docentky Ivy Holmerové, primářky Gerontologického centra v Praze a předsedkyně České alzheimerovské společnosti. V současné době se Národní plán péče o nemocné s Alzheimerovou nemocí zaměřuje na screening nemocných s demencí, který by měl pomoci v časném podchycení onemocnění a včasném zahájení léčby. Z mých poznatků vyplývá, že veřejnost není stále ještě dostatečně seznámena s diagnózou demence. Odráží se to nejen na kvalitě života nemocného, ale také těch, kdo o ně pečují.

Diplomovou práci proto zaměřuji především na volnočasové aktivity ( terapeutické činnosti) v rámci pobytových zařízení s péčí o osoby s demencí a na kvalifikaci pracovníků, kteří aktivizují a terapeuticky vedou osoby s demencí. Práce a přístup pracovníků v oblasti aktivizačních činností, kteří se i s dobrými úmysly seniorům věnují, není mnohdy správně chápána a posléze i vedena. Zvláště u seniorů s demencí je práce limitována jednak jejich diagnózou a dále omezenými možnostmi aktivit. Důvodem, proč tomu tak je, je poměrně často neznalost oboru, který je komplexní, zahrnuje znalosti z řady oblastí a je multidisciplinární.

Smysluplnost aktivizačních (terapeutických) činností jsem si ověřila při každodenním setkávání s uživateli v domě seniorů. Aktivity jsou činnosti, kterých se lze zúčastňovat aktivně, ale také se dají jen pasivně pozorovat. Mohou se vykonávat individuálně nebo na pravidelných skupinových setkáních. Cílem aktivizace je udržení, popř. zlepšení stávajících dovedností hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti ve všedních denních činnostech. Stimulace kognitivních funkcí – duševní čilosti, paměti, pozornosti, myšlení, řeči, orientaci. U všech aktivit si uvědomujeme i limit daný syndromem demence. Požadavky na aktivity mají základ ve smysluplnosti a působí na všechny složky osobnosti - kognici, emoce, fyzickou a psychosociální složku osobnosti, a na udržení funkce smyslů. Aktivity probíhají ve známém, bezpečném a neohrožujícím prostředí, které jim zajišťuje ritualizace setkávání. Svým obsahem a důrazem jsou

zaměřeny na proces, ne na výsledek, zajišťují důstojnost uživatele. Aktivizace vychází ze základních potřeb každého seniora. Jednotlivé aktivity je možné flexibilně upravovat podle aktuální kondice účastníků.

## 1 Stáří a stárnutí

Existuje mnoho vědeckých studií o stárnutí a jeho procesech. V popředí stojí velký vývojový potenciál, tedy skutečnost, že na základě společenského pokroku a osobního nasazení jedince je možné stáří lépe utvářet. Je prokázáno, že dnešní sedmdesátníci jsou například tělesně a duševně stejně zdatní jako pětadesátníci, nebo dokonce jako šedesátníci před 30 lety. Rané stáří se stalo přijatelnějším, a přitom jeho vitalizace ještě nedosáhla vrcholu. Další pozitivní zjištění je, že křivka našich duševních schopností, inteligence a paměti nemá pouze sestupnou tendenci. Známe inteligenční kategorie, kterým stárnutí svědčí. Rozlišujeme dvě kategorie inteligence, fluidní (biologickou, vrozenou, abstraktní) a krystalickou (kulturní, konkrétní). Fluidní inteligence vykazuje známky stárnutí již velmi brzy, naopak krystalická inteligence zůstává dlouho funkční a do jisté míry se stále vyvíjí. Fluidní inteligence souvisí s neurobiologickými kvalitami mozku, výrazně narůstá v dětství, v průměru mezi třicátým a čtyřicátým rokem věku jí ale začíná ubývat. Fluidní inteligence je důležitá především při učení, a proto je pro starší dospělé naučit se něco nového tak obtížné. Oproti tomu krystalická inteligence je vázaná na dovednosti a schopnosti, jako jsou řeč, profesní vědomosti a sociální inteligence. V popředí stojí životní a každodenní zkušenosti. Tyto vědomosti a dovednosti mohou fungovat až do pozdního věku. Musíme ale zohlednit, že se u těchto nejstarších lidí jedná o vyhraněnou pozitivní výseč z hlediska tělesné i duševní vitality. S těmito zjištěními mohou staří lidé dosahovat lepších výsledků, jedná se o emocionální inteligenci a moudrost, kde se projevuje jejich výhoda životní a historické zkušenosti. Pouze pokud profese vyžaduje tělesnou sílu nebo neustálé přeučování, představuje stáří a s ním i související ztráta fluidní inteligence výrazné omezení (Baltes, 2009, Gruss ed.).

Kalendářní stáří je: „*vymezen dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny.*“<sup>(1)</sup> (Mühlpachr, 2004).

---

<sup>1</sup>MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vydání, Brno: vydavatelství MU, 2004, 20 s.

## 1.1 Onemocnění ve stáří

Stáří je samo o sobě rizikovým faktorem. Mnohonásobná onemocnění se projevují především ve vysokém věku, kdy je nejvýraznějším činitelem dědičnost. Genetické dispozice se pak projevují i vlivem určitých vnějších faktorů. Dalším výrazným aspektem je věk či pohlaví. Například taková onemocnění, jako je schizofrenie nebo deprese, se projevují v mládí nebo středním věku, Alzheimerova choroba se objevuje většinou u velmi starých lidí. U žen se projevují některé choroby dříve než u mužů a naopak. Budoucí výzkum, jehož cílem je rozpoznat příčiny komplexních onemocnění a najít lepší možnosti léčby, se musí osvobodit od diagnostických kategorií, a to i pro dobro pacienta, protože ten netrpí diagnózou nemoci, ale jejími symptomy. Pokud se určité onemocnění objevuje v rodině častěji, pro daného jedince to představuje zvýšené riziko vzniku tohoto onemocnění. Stejně tak věk rodičů nám umožňuje předpovídat očekávanou délku života. Všechny tyto předpovědi jsou v jednotlivých případech nepřesné. Výzkumy prokazují, že riziko onemocnění můžeme výrazně snížit tím, jaký život povedeme. Důležitým úkolem budoucího výzkumu je identifikovat právě tato rizika ohrožující každého jedince. Každý jedinec může snížit riziko vzniku onemocnění a těšit se tak delšímu životu za plného zdraví navzdory tomu, co předpovídají populární scénáře stárnutí populace (Holsboer, 2009, Gruss ed. ).

Nejtypičtějším rysem ve stáří je multimorbidita, jejímž důsledkem je polypragmázie. Stárnutí je individuální proces, který u jednotlivců probíhá rozdílně, ale přesto existují obecné rysy, které ho charakterizují: snížená adaptační schopnost, srdeční cévní systém, pohybový systém, výživa, nervový systém, smyslové poruchy, vylučování (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003).

Jedlička uvádí sedm hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u seniorů. Ateroskleróza, obstrukční choroba bronchopulmonální, osteoporóza , Alzheimerova nemoc, poruchy zraku, poruchy sluchu. Zdůrazňuje snižování svalové výkonnosti a přibývání psychických a psychiatrických diagnóz (Jedlička a kol., 1991).

Od poloviny 80. let existuje samostatný obor geriatric. Přes 200 lékařů (geriatrů) s touto specializací se věnuje seniorům, kteří by měli požadovat léčbu a vyšetření u tohoto specialisty zejména v případech, užívají-li větší množství léků a trpí-li současně několika závažnějšími chorobami. V České republice je nemocnost seniorů velmi vysoká. Více než 90 % osob starších 70-ti let trpí jednou nebo více chronickými nemocemi. Dostupné statistické údaje udávají, že, ze 100 osob nad 65 let trpí v ČR (Topinková, 2008):

- „3 onemocněnými srdce a cév
- polovina má zvýšený krevní tlak (hypertenzi)
- 37 ischemickou nemoc srdce
- 42 má závažné postižení kloubů nebo kostí
- 20 má zažívací potíže
- 16 má cukrovku
- 15 má psychiatrické onemocnění
- 4 mají nádorové onemocnění
- jen 4 jsou bez chronického onemocnění“.<sup>(2)</sup>

## 1.2 Česká populace a její stárnutí

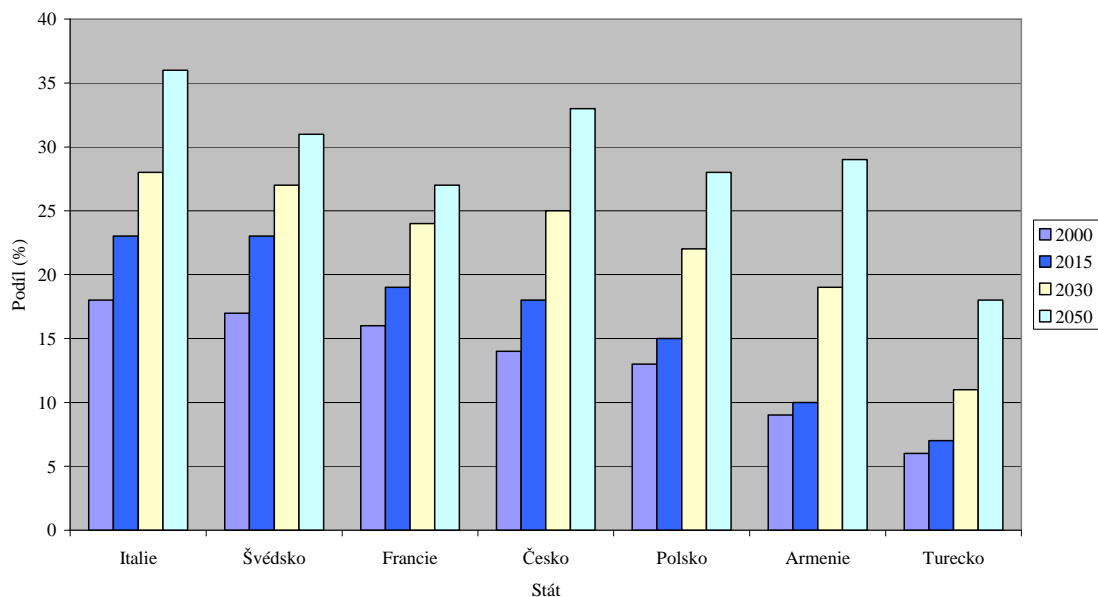
Sýkorová uvádí, že podle údajů Statistického úřadu žilo v roce 2007 v České republice 14,6% lidí nad pětadesát let, lidí nad pětadesát 124 937. V roce 2050 by se tato čísla měla dle prognózy zvýšit na 31,3% u lidí nad pětadesát let a osob starších osmdesáti pěti let by mělo žít na půl milionu. Jak demografové odhadují vývoj situace naznačuje následující graf :<sup>(3)</sup> (Sýkorová, 2007).

---

<sup>2</sup>TOPINKOVÁ, E., Nemoci ve stáří. In: [online]. 12.11.2008 [cit. 2013-03-04]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>

<sup>3</sup>SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří : Kapitoly z gerontosociologie*. Praha : Slon, 2007. Populační stárnutí a jeho sociální konsekvence,s.41.

Vývoj podílu osob ve věku >65 let v období 2000-2050 ve vybraných evropských zemích



V roce 2008 žilo v České republice 420 000 osob vyššího věku, které nebyly zcela soběstačné. Z nich 150 000 bylo závislých na pomoci druhých osob i v základních sebeobslužných činnostech a více než 60 000 osob vyžadovalo dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení ( [ordinace.cz](http://ordinace.cz) ).

Předpokládaný vývoj zdravotního a funkčního stavu osob starších 65 let lze podle demografických odhadů považovat za vysoce pravděpodobný. Počet seniorů, kteří se v České republice dožijí 65 a 80 let, se bude v tomto století trvale zvyšovat (*World Population Ageing, 2002*). viz tabulky:<sup>(4)</sup>

---

<sup>4</sup>ČEVELA,R.,KALVACH,Z.,ČELEDOVÁ,L.,*Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2012.s.211.

„Tab. 10.1 Procento mužů, které se dožívají daného věku“<sup>(4)</sup>

Věk	Období		
	2000-2005	2025- 2030	2045-2050
65 let	75,0% (narozené 1 935 - 1 940)	84,0% (narozené 1960-1965)	87,0% narozené 1980 - 1985)
80 let	32,0% (narozené 1920 - 1925)	46,0% (narozené 1945-1950)	52,0 % (narozené 1965 -I970)

„Tab. 10.2 Procento žen, které se dožívají daného věku“<sup>(4)</sup>

Věk	Období		
	2000-2005	2025- 2030	2045-2050
65 let	88,0 % (narozené 1 935 - 1 940)	92,0 % (narozené 1960-1965)	93,0 % (narozené 1980 - 1985)
80 let	55,0 % (narozené 1920 - 1925)	68,0 % (narozené 1945-1950)	72,0 % (narozené 1965 -I970)

Snižování úmrtnosti a zvyšování naděje na dožití vyššího věku je dokladem zlepšování zdravotního stavu nově stárnoucí generace (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Lidové noviny 24. 2. 2012 uvádějí, že: „V roce 2010 byl počet obyvatel nad 65 let v Česku **1 598 680** v roce 2015 má stoupnout na **1 886 008**, rok 2030 - **2 516 957**,rok 2045- **3 217 910** a v roce 2050 – **3 500 611** seniorů“.<sup>(5)</sup>

---

<sup>5</sup>Domovy pro seniory: Jak najít vhodné bydlení na stáří. 2012, 2.díl. DOI: Lidové noviny. Dostupné z: Lidové noviny

### 1.3 Shrnutí kapitoly č.1

Počet populace nad 65 let věku bude dle dostupných výzkumů nadále stoupat, ale na základě společenského pokroku a osobního nasazení jedince je možné stáří lépe utvářet. Pracovníci v sociálních a zdravotnických zařízeních se starají o aktivizaci seniorů a snaží se o zkvalitnění jejich života. Při aktivizaci lze využít emocionální inteligence a krystalické inteligence, tedy životních a každodenních zkušeností, které zůstávají dlouhodobě zachovány. Je důležité přihlížet k aktuálnímu stavu seniorů a k jejich limitům způsobeným mentálním i fyzickým stavem. Stáří je samo o sobě rizikovým faktorem pro vznik různých onemocnění, dalšími výraznými aspekty jsou pak dědičnost či pohlaví. Se stárnutím populace bude stoupat výskyt některých onemocnění, příkladem může být nárůst Alzheimerovy choroby apod. Demografické změny, prodlužující se věk dožití a nárůst některých onemocnění budou vyžadovat specifická řešení v několika rovinách. Bude muset být zlepšena informovanost obyvatelstva o syndromu demencí a jejich specifik, budou muset být proškoleni pracovníci sociálních a zdravotních zařízení zaměřených na péči a pomoc seniorům a posíleny obory a předměty studia gerontologie a geriatrie na středních a vysokých školách. Důležitá je i příprava seniorů na stáří prožité s přiměřenými aktivitami, osvěta pro rodiny a změny nebo reformy sociálně-zdravotnického systému.



## 2 Systém péče o seniory

V České republice se systém péče o seniory dělí na zdravotní a sociální. V nedávné době proběhly úvahy o sloučení ministerstva zdravotnictví s ministerstvem práce a sociálních věcí. Model sloučené sociálně-zdravotní péče pod jedním ministerstvem by mohl přinést zjednodušení systému komplexní péče o seniory. Z demografických výzkumů vyplývá, že počet populace nad 65 let bude výrazně stoupat, jak bylo podrobně popsáno v kap. 1.

V roce 2008 schválila vláda návrh „*Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*“.<sup>(6)</sup> Jedním z cílů programu je zajistit seniorům, kteří budou v roce 2050 tvořit třetinu společnosti, kvalitní a aktivní život. Návrh se mimo jiné zabývá a podporuje dostupnost zdravotní péče a zajištění kvalitní sociální péče. Pro dané období 2008 – 2012 formuluje Národní program závazné úkoly v oblastech, jež mají zásadní vliv na kvalitu života starších osob. Cílem připravovaných programů jsou změny v dílčích politikách, které mají na tuto situaci reagovat a mají také řešit potřeby a problémy seniorů. Tento dokument navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období 2003 – 2007. Na konci letošního roku 2012 bude vládě České republiky předložen Národní program přípravy na stárnutí na období 2013 – 2017, jehož cílem bude zapojit seniory aktivně do společnosti a zvýšit kvalitu jejich života ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

### 2.1 Legislativa

Systém a poskytování sociálních služeb se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. 1. 2007. Hlavním cílem zákona je chránit práva a oprávněné zájmy osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování, a to z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace.

---

<sup>6</sup>*Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 – 2012: MPSV [online]. 2008 [cit. 2012-08-04]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>*

Zákon vytváří právní rámec vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. Ocitne-li se osoba v nepříznivé sociální situaci\*, kterou není schopna samostatně řešit, má právo požádat o pomoc a podporu veřejnou správu nebo poskytovatele sociálních služeb. Poskytnutá pomoc musí osobám žádajícím o pomoc a podporu zachovávat lidskou důstojnost, musí vycházet z jejich individuálních potřeb, působit na ně tak, aby byla posilována jejich samostatnost a schopnost sociálního začlenění. „*Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob*“.<sup>(7)</sup> Zákon také umožňuje bezplatné sociální poradenství, které se vztahuje k možnostem řešení jejich nepříznivé sociální situace. Poradenství musí poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb. Pokud osoba žádající o pomoc je závislá na pomoci jiné osoby, může jí vzniknout nárok na příspěvek na péči. Žádost je dokládána odborným sociálním a lékařským posudkem. Podle zákona 108/2006 o sociálních službách se má každé zařízení, poskytující služby, řídit standardy kvality sociálních služeb. Potřebnou kontrolu pak provádí inspekce kvality těchto služeb(MPSV, 2006 ).

---

<sup>7</sup>MPSV [online]. 2006 [cit. 2012-08-05]. Zákon o sociálních službách. Dostupné z WWW: <mps.v.cz>.

\*Zákon definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením(MPSV, 2006).

Sociálně-zdravotních zařízení, které pečují o seniory s demencí, se platné znění Zákona č.20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu dotýká v třetí části, hlava první § 12. :

*„ Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení na základě spolupráce a účelné dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči“<sup>( 8)</sup>*

Sociálně-zdravotní zařízení nemají statut zdravotnického zařízení, přesto spadají pod odbor sociálně-zdravotní a zákonné zdravotnické normy chod zařízení ovlivňují jak organizačně, tak odborně.

Promítá se to do skladby personálu, organizačního řádu, podávání léků a odborného působení ve vztahu k pacientům s demencí. A zde narážíme na kompatibilitu, kdy v sociálně zdravotních zařízeních je jednotný požadavek: Zaměstnávat seniory s demencí v souladu se zdravotními cíli.

## **2.2 Reforma zdravotně sociální péče a její důvody**

Zdálo by se, že mluvit o reformě krátce po přijetí Zákona o sociálních službách je příliš neprofesionální. Ale domovy pro seniory (viz kap. 3.3.2) často suplují zdravotní péči a naopak ve zdravotnických lůžkových zařízeních „léčebnách dlouhodobě nemocných“ a následně „následné péče“ jsou dlouhodobě umístováni senioři ze sociálních, nikoliv zdravotních důvodů. Současný systém umístování na tyto typy lůžek (typy lůžek- akutní, slouží k poskytnutí neodkladné péče, v řadě zařízení jich využívají i pro následnou péči), je nefunkční, nepružný a lehce zneužitelný. Poddimezované jsou i ostatní potřebné zdravotně sociální služby, které by měly nabízet služby seniorům v jejich domácím prostředí. Zatím u nás neexistuje potřebná síť zastřešující a koordinující nabídku a poptávku po těchto službách. Vybudování komunitních center (např. při krajských nebo městských úřadech), která by byla schopna mapovat sociálně-zdravotní požadavky lidí v regionu a současně by zajišťovala a koordinovala potřebnou a odpovídající sociálně zdravotní péči o jednotlivé seniory, by byla jednou z cest, která by vedla ke komplexnosti péče o cílovou skupinu. Doporučení základních principů, které by měly být respektovány pro další rozvoj služeb pro seniory, se týkají především: (Válková, Holmerová, Krejzová , MPSV, 2010).

---

<sup>8</sup>MZ:Zákon o péči a zdraví lidu. In: [www.esipa.cz](http://www.esipa.cz) [online]. 1966 [cit. 2012-08-17]

- zachování základního postoje k seniorům, to je respekt, důstojnost a autonomie
- vzdělávání profesionálů poskytujících péči seniorům, úředníků státní správy a samospráv, vzdělávání seniorů samých
- respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb, snaha o zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí
- zajištění dostatečné kapacity služeb poskytovaných v domácím prostředí lidem s potřebou dlouhodobé péče a také komunitní zařízení pro denní i pobytovou péči
- kontinuita služeb, akcentovat aktivní přístup, podporu zdraví a prevenci
- využít možností a nabídky moderní geriatry a geriatricky modifikované medicíny, strategické dokumenty k péči o seniory konzultovat s odbornou veřejností, připravit a aktualizovat novou strategii služeb pro seniory a zajištění kvality tak, aby tyto dokumenty napomohly rozvoji služeb pro seniory
- vytvořit celorepublikovou strategii geriatrické péče, komunitních gerontologických služeb a péče pro lidi s demencí (Válková, Holmerová, Krejzová, MPSV, 2010).

Je zřejmé, že reforma bude vedena po linii jak kvantitativní (dostupnost, rozsah), tak po stránce kvalitativní (pestrost, individualizace) a to nejen v institucích, ale zejména formou služeb v domácím prostředí.

### **2.3 Kvalita sociálních služeb**

V uplynulých dvaceti letech po roce 1989 prošly sociální služby významnou proměnou. Na přelomu 80. a 90. let v souvislosti se společensko-politickými změnami došlo i mimo jiné k restitučním nárokům a tato skutečnost vedla k náhradě stávajících objektů novou výstavbou zařízení pro seniory. Vzhledem k uvolněným poměrům začala vznikat nezisková zařízení a byla zakládána občanská sdružení podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Tento zákon však nerozlišuje subjekty poskytující služby veřejnosti od subjektů, které sdružují lidi stejných zájmů a slouží jen těmto. Do roku 2007 nemusely tyto subjekty zaměstnávat pracovníky s určitou kvalifikací, formulovat

metodiky práce a ani se nezabývaly kvalitou svých služeb. Státní zařízení musela splňovat všechna předepsaná kritéria, která jim byla stanovena. V dubnu 2002 vydalo MPSV „Standardy kvality sociálních služeb“, které vyjadřují základní obecné minimum každé sociální služby. Standardy se staly přílohou Vyhlášky č.505/2006 Sb.

Standardy kvality se týkají všech sociálních služeb a jsou formulovány obecně. Byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že vznikaly v široké a dlouhodobé diskusi, lze je považovat za všeobecně přijatou představu, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Standardy jsou rozloženy na kritéria, nejen z důvodu srozumitelnosti, ale zejména proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardu splňují. Kritéria jsou měřitelná, můžeme si na ně jednoznačně odpovědět. Uživatelé služeb potřebují pocítovat kvalitní, bezpečnou a odbornou péči, upřímný zájem o řešení svých problémů. Potřebují se cítit svobodně, se všemi svými lidskými právy, která jim nesmějí být upírána např. jen proto, že je nedokážou prosazovat z důvodů stáří a závažného handicapu, jakým je demence. Úroveň služeb v zařízeních se liší podle jejich vedení a personálu, jejich lidských a odborných kvalit, podle vnitřních pravidel i objektivních kritérií, která se tam uplatňují (MPSV, 2002).

## 2.4 Dokumenty o právech seniorů

V Los Angeles byla v roce 1965 stanovena práva starých osob v „**Deklaraci práv starých osob**“, která jsou rozdělena do pěti okruhů.

V roce 1966 vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ve Francii „**Chartu práv a svobod starších občanů**“. Jedná se o mezinárodní dokument, který hájí práva a svobodu starších občanů, kteří potřebují pomoc a péči druhé osoby (nova.medicina, 2001).

**Zásady OSN pro seniory**- byly přijaty Valným shromážděním OSN dne 16. prosince 1991. Vlády jsou vyzývány, aby tyto zásady včlenily do svých národních

programů, kdykoli je to možné. Některé hlavní myšlenky těchto zásad se týkají nezávislosti seniorů, zařazení seniorů do společnosti, poskytnutí péče, možnost seberealizace, zachování důstojnosti ( MPSV,2002).

**Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb.,**

Listina se skládá z šesti hlav a ze 44 článků. Hlavním rysem je přímá aplikovatelnost a vynutitelnost ustanovení. Je nadřazena Ústavě České republiky a promítá se do všech zákonů a vyhlášek. K základním lidským právům patří například: svoboda myšlení, náboženského vyznání, svoboda pobytu a pohybu, svoboda, rovnost a důstojnost v právech, ochrana osobních údajů, nedotknutelnost soukromí.

Jedním ze zásadních dokumentů, týkajících se problematiky stárnutí, je **Mezinárodní akční plán** (OSN, Madrid 2002). Tento dokument přináší jak obecné informace související se stárnutím světové populace, tak i hlavní cíle a návrhy na řešení aktuálních problémů v seniorské problematice. Protože se jedná o dokument mezinárodní, mnoho bodů je v něm ovlivněno neutěšenými podmínkami rozvojových zemí. Dokument je rozdělen do tří základních částí, tzv. prioritních směrů. Každý prioritní směr pojmenovává problémy s ním související a zároveň cíle pro dosažení změn. Závěr dokumentu uvažuje o možnostech naplnění celého programu (MPSV, 2002).

## 2.5 Shrnutí kapitoly č. 2

System péče o seniory v České republice dělí na zdravotní a sociální, řídí se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který nabyt účinnosti 1. 1. 2007. Dále vláda pravidelně schvaluje ve čtyřletých obdobích „Národní program přípravy na stárnutí“ s cílem zlepšení kvality života seniorů.

Kvalita sociálních služeb je obecně formulována ve Standardech kvality sociálních služeb, které byly schváleny v roce 2002. Vzhledem k nedostatečné koordinaci sociálních a zdravotních služeb vedoucí k neefektivnosti se v současnosti volá po reformě zdravotně-sociální péče. Návrhem byl nový společný zákon o dlouhodobé péči, který by byl platný pro sociální i zdravotnická zařízení. Zatím nebyl přijat. Je to škoda, protože mohl sjednotit přístup a péči poskytovanou seniorům ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, u kterých se prolíná zdravotní a sociální problém (u seniorů ve vyšším věku jde téměř vždy o prolínání sociálně-zdravotní péče). Mluvílo se také o alternativě sloučení ministerstva zdravotnictví s ministerstvem práce a sociálních věcí pro ucelení péče o seniory.

Práva seniorů jsou zakotvena v dokumentech, které stanovují hlavní cíle v oblasti péče o seniory.

### 3. Demence

Philippe Pinel (1745 – 1826), francouzský lékař a psychiatr, je považován za zakladatele světové psychiatrie a pojmu demence.

Pojem a význam slova demence se dostává pomalu do povědomí veřejnosti, ale u mnohých stále vyvolává strach a předsudky. Demence je doprovázena smutným faktem, že nevíme, koho z nás postihne, neumíme jejímu vzniku zabránit a nevíme, jak ji zcela vyléčit. Dokážeme rozpoznat projevy a zmírnit její progresy. Dostatečná informovanost nám pomůže demenci rozpoznat a začít včasnou terapií nebo naopak vyloučit a předejít tak obavám.

Jedni z předních odborníků, kteří se problematikou demence zabývají, jsou autoři knihy „Psychiatrie minimum pro praxi“ Raboch, Pavlovský, Janotová. Pavlovský zde charakterizuje demenci jako úpadek celé psychiky člověka. Uvádí, že k základním příznakům demence patří porucha paměti a intelektu získaná od začátku třetího roku našeho života. Jedná se o období, kdy se jedinec diferencuje svými psychickými a somatickými kvalitami. „*Intelligence je schopnost jedince orientovat se a adaptovat se na situaci, získávat a udržovat si znalosti.*“<sup>(9)</sup> Demenci řadíme k sekundárním poruchám intelektu. Diagnostikovat demenci lze až po druhém roce věku, kdy dochází k rozvoji řeči. Pro člověka s demencí je obtížné orientovat se v nových situacích a adekvátně na ně reagovat, protože z jednotlivých složek paměti nejvíce trpí vštípivost, oproti schopnosti vybavovat si dávno minulé. V pokročilejším stádiu demence dochází ke ztrátě kontinuity osobnosti a může vést až k rozpadu osobnosti. V těchto pokročilých stádiích demence chybí nemocnému náhled na dané změny, a právě s tímto faktem se velmi obtížně vyrovnává jeho nejbližší okolí (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

---

<sup>9</sup>RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D., *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. s. 26.



Pojem demence jednak souvisí s problematikou různých stupňů mentálního postižení, v tomto případě jde o problém, vyskytující se již od dětství. Charakteristickým rysem je podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Pojem demence bývá označován za syndrom, provázející různé nemoci. V tomto případě se jedná o demenci získanou, většinou ve stáří, která zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, ztráta schopnosti samostatné existence (Jirák, Koukolík, 2004).

Jednou ze složek kognitivních funkcí je paměť. „*Paměť je schopnost organismů přijímat, uchovávat a znovu vybavovat předchozí zkušenosti, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů*“<sup>(10)</sup>. Tato schopnost je umožněna modifikací uspořádání mozkových buněk. Rozeznáváme dva hlavní druhy paměti: fylogenetickou (nepodmíněné reflexy, instinkty) a ontogenetickou (individuální). Ontogenetická paměť se dělí na: (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

- **deklarativní paměť** – lze vyjádřit verbálně i neverbálně
  - a) sémantická paměť - informace získané zkušenostmi, fakty
  - b) epizodická paměť - události jsou časově řízeny
- **nedeklarativní paměť** – dovednosti senzorické a motorické
  - a) procedurální paměť (dovednosti motorické)
  - b) podmiňování (I.P.Pavlov)

Paměť má časové zákonitosti. Do bezprostřední paměti jsou zapsány podněty zachycené smyslovými orgány na velmi krátkou dobu, jen nepatrná část přechází do krátkodobé paměti, z níž se ukládá menšina do paměti dlouhodobé.

---

<sup>10</sup>RABOCH,J.,PAVLOVSKÝ.,P., JANOTOVÁ,D. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. s. 22 -23.

Na několik minut až hodin jsou informace ukládány do pracovní paměti a později mohou být použity k řešení určitého problému. Ke čtyřem základním složkám paměti patří impregnace - vštípivost, která ukládá paměťové obsahy, retence - paměťové obsahy udržuje, konzervace – udržuje paměťové obsahy beze změny a reprodukce – má schopnost paměťové obsahy vybavovat. Ve stáří a u lidí s demencí je porušena vštípivost, která ukládá paměťové obsahy. U těžkých demencí je porušena retence a konzervace. Vybavnost umožňuje starým lidem vyprávět o svých zážitcích z mládí. Je to zejména proto, že celý život tyto zážitky opakovaně vypravovali (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

Další důležitou kognitivní funkcí pro seniory, je myšlení. „*Myšlení je logické, racionální zpracování vjemů a paměťových stop za účasti ostatních psychických funkcí včetně emocí, vedoucí ke zevšeobecnění poznání skutečnosti*“<sup>(11)</sup>. U člověka se myšlení projevuje v řeči, psaní, jednání a uskutečňuje se pomocí představ a pojmů. Názorný odraz konkrétního předmětu či jevu v lidské mysli je představa, pojem je pak výsledek abstrakce. Pojem zachycuje podstatné znaky předmětů a jevů a jednotlivé pojmy se pak asociují a logicky propojují. Pokud hovoříme o poruchách myšlení, zaměřujeme se na jeho kvantitu a kvalitu. U kvantitativní poruchy myšlení dochází především ke změně tempa myšlení a cíle myšlení. Do první skupiny změny tempa myšlení zařazujeme: a) bradypsychismus = útlum myšlení. Projevovat se může zejména u zvýšeného vyčerpání, únavy, u demencí, mentální retardace a deprese. Někdy se může myšlenkový útlum projevit mutismem, kdy člověk přestane mluvit úplně. Naopak u překotného myšlení: b) tachypsychismus = myšlení zrychlené (někdy se i rychlost myšlení stupňuje do trysku). U druhé skupiny kvantitativních poruch myšlení, kam patří poruchy cíle myšlení, se zařazují takové stavy, při kterých není myšlení ovlivněno vlastní dynamickou složkou, ale dalšími psychopatologickými faktory. U osob s demencí je to především ulpívavé myšlení (perseverace), charakteristické tím, že nemocný ulpívá na jednom slově nebo větě, a myšlení nevypravné, kdy se nemocný stále vrací ke stejné tématice. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

---

<sup>11</sup>RABOCH,J.,PAVLOVSKÝ.,P., JANOTOVÁ,D. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. s.16.

### **3.1 Charakteristika demence**

Pro demenci jsou charakteristická oslabení ve třech základních oblastech (paměť, myšlení, sociální chování). Je doporučeno objektivizovat úbytek kognice neuropsychologickými testy nebo kvantifikovaným vyhodnocením kognitivních funkcí. Výsledky testu nebo kvantifikace charakterizují stupeň demence na mírnou, středně těžkou a těžkou (Tošnerová, Bahbouh, 1999).

#### **1) Pokles paměti**

- Mírný stupeň poklesu paměti je na překážku denním činnostem, ale není tak závažný, aby neumožnil soběstačný život. V popředí obtíží je neschopnost zapamatovat si nové informace, např. při pozorování, vštěpování a vybavování základních součástí denního režimu /odložení brýlí, klíčů, užívání léků/
- Středně těžké postižení poklesu paměti je vážný handicap pro soběstačný život. V paměti se uchovává hluboce vštípená nebo velmi dobře známá informace. Nové informace jsou vštěpovány omezeně a na krátkou dobu. Jedinci nejsou schopni vzpomenout si, co nedávno dělali, kde se nacházejí, na jména známých lidí apod.
- Těžký stupeň postižení (ztráty) paměti je charakterizována úplnou neschopností vštípit do paměti nové informace. V paměti zůstává jenom zlomek informací získaných dříve. Jedinec nepoznává blízké příbuzné.

#### **2) Pokles úpadku úsudku a myšlení**

- Pokles těchto kognitivních funkcí se projevuje např. při plánování, organizování a všeobecném zpracování informací. Správnost údajů o jedinci by měli potvrdit rodinní příslušníci nebo pečovatelé.

#### **3) Změna v sociálním chování, úbytek emoční kontroly nebo motivace**

- Projevuje se nejméně jedním z příznaků: emoční labilita, apatie, podrážděnost, obhroublé společenské vystupování.

U nejčastěji se vyskytující „demence Alzheimerova typu“ mohou být v chování pacientů přítomny: agrese, agitovanost, nespavost, bloudění, nevhodné sociální chování. Demence mohou být u pacientů provázeny bludy, paranoidními myšlenkami, halucinacemi a depresemi. Ke zmapování možné demence lze použít dotazník Mini-Mental, který provádí zaškolený zdravotnický pracovník nebo sociální pracovník v ambulantním nebo pobytovém zařízení. Pokud se jedná o mírnou formu demence, je třeba doplnit anamnézu o dotazník GDS (Geriatric Depression Scale), a vyloučit možnou depresi, která demenci může imitovat. Je nutné pamatovat i na možnou komorbiditu, případ, kdy depresi nelze u demence vyloučit. U těchto případů očekáváme menší efekt léčby deprese (Tošnerová, Bahbouh, 1999).

### **3.1.1 Nejčastější příčiny demence**

K nejčastějším příčinám demence patří Alzheimerova choroba. Jedná se o degenerativní onemocnění, které postihuje mozkovou tkáň. Na druhém místě je vaskulární demence, kdy demenci způsobuje poškození cév, a v důsledku toho je poškozena mozková tkáň. Mezi vzácnější příčiny demence řadíme Pickovu nemoc - degenerativní onemocnění mozku - a v tomto případě se projevuje nevhodným společenským chováním již v časném stádiu onemocnění. Nemoc s Lewyho tělísky je neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Mezi vzácné příčiny patří demence při AIDS, Creutzfeld – Jakobsova nemoc, progresivní paralýza. Jedná se o nevratný stav. Demence je vždy důsledkem choroby, nikoli stárnutí. Termín stařecká demence neexistuje (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003).

### **3.1.2 Přístup a péče o seniory s demencí**

Každý nemocný člověk má právo být informován o své diagnóze. Diagnóza onemocnění způsobující demenci nepředstavuje v tomto případě výjimku. Předpokládáme, že osoby s poruchou kognitivních funkcí svému stavu obvykle nerozumí. Je to dáno povahou onemocnění. Šetrné seznámení s diagnózou může přinést paradoxně určitou úlevu, může vést ke zlepšení vztahů, k posílení důvěry jak v rámci

rodiny, blízkých, tak případně i s ošetřujícím personálem. Podmínkou k tomu, aby pacient lékaři dostatečně porozuměl a získal k němu důvěru, je nutná včasná diagnóza. Sdělení diagnózy pacientovi je závažnou událostí, u které je zapotřebí vyhradit si dostatek času. Pokud je pacient schopen zpracovat tento fakt, zároveň rozhodne, kdo z rodiny bude o jeho zdravotním stavu informován. U pacientů s progresí onemocnění jedná lékař s rodinou a poskytuje podporu pacientovi i rodině, z důvodu předpokládané krize v této náročné životní situaci. Součástí povahy tohoto onemocnění je fakt, že se chování nemocného bude měnit. Proto je zapotřebí umět poradit pacientovi i jeho rodinným příslušníkům, jakou vhodnou strategii a postup zvolit při vyrovnávání se s tímto onemocněním (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Péče o seniory s diagnózou demence se uskutečňuje v rodině nebo v institucích. Doporučení pro rodinu, jak se starat o svého nemocného, je shrnuto v publikaci „Alzheimerova choroba v rodině“ (autorky Holmerová, Jarolímová, Nováková). Autorky poskytují informace a postupy, které pomáhají zvládat rodinným příslušníkům dennodenní problémy:

- snažit se získat co nejvíce informací, poradit se s odborníky
- vytvořit si plán o postupu péče
- nepropadat panice při neúspěchu
- podporovat soběstačnost
- podporovat v aktivitách a zájmech
- přizpůsobit se potřebám
- zapojovat a nabízet společné činnosti
- snažit se žít normálně (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004).

Péče o seniory s demencí v domácím prostředí vyžaduje od rodinných příslušníků velké úsilí, trpělivost a pochopení. Rodina musí přizpůsobit chod domácnosti tak, aby byla zabezpečena problematická místa v bytě, a zároveň dohlédnout, aby se se seniorem jednalo adekvátně jeho možnostem. V publikaci „Péče o člověka s demencí“ od autora Joy A. Glennera a kol. najdeme doporučení, praktický návod, jak nemocnému pomáhat při zvládnání běžných každodenních problémů, jak zvládat osobní hygienou, jak zajistit dostatečnou výživu, jak komunikovat apod.. Publikace je určena nejenom rodinným příslušníkům, ale i sociálním pracovníkům,

pečovatelům přímé péče a všem těm, kteří se se seniory s demencí setkávají. Publikace je prezentována formou kazuistik, které se prakticky dotýkají všech oblastí péče o seniory s demencí (Glennner, 2012).

Bývalý ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek říká, „*Péče o lidi s demencí má často za důsledek depresi. Podle evropské studie až 78 % pečujících životních partnerů a 47 % pečujících dospělých dětí trpí nebo trpělo depresí.*“<sup>(12)</sup> Součástí Alzheimerova plánu, který měl být dokončen v roce 2011, by měla být zajištěna pomoc směřující k systematické podpoře rodinným pečujícím a péči v domácím prostředí. Je proto důležité podporovat pečující rodinné příslušníky nejenom finančně, ale i formou rozšíření ambulantní nebo terénní respitní péče a výrazně jim ulehčit a dát jim možnost odpočinku nebo návratu na trh práce (MPSV, 2013).

Institute, které zajišťují péči seniorům s demencí, dělíme na ambulantní, terénní a pobytové.

- Ambulantní jsou určeny osobám, které do zařízení typu denních stacionářů nebo center denních služeb denně docházejí nebo jsou doprovázeny. Ambulantní služby zajišťuje pečovatelská služba nebo odlehčovací služby (zákon č. 108/2006 Sb.).
- Terénní služby (zákon č.108/2006 Sb.) jsou poskytovány bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí. Jedná se zejména o osobní asistenci, tísňovou péči, odlehčovací služby a pečovatelskou službu.

---

<sup>12</sup>MPSV.[online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>

K pobytovým zařízením se podle (zákona č.108/2006 Sb.) se řadí:

- Odlehčovací pobytové služby, které umožňují přechodný pobyt uživatelům po dobu dovolené, onemocnění či pracovního zaneprázdnění pečující osoby/rodiny.
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Všechny výše jmenované typy zařízení jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách (č.108/2006 Sb.) založeno na smluvním principu. Sjednávání druhu služby a rozsahu poskytovaných služeb je individuální. Uživatelé sociálních služeb se účastní na úhradě ubytování, stravy a péči poskytované dle sjednaného rozsahu smlouvy.

Péče pro seniory s demencí je zastoupena z nemalé části Českou alzheimerskou společností, která vznikla v roce 1996 a jako občanské sdružení byla zaregistrována v roce 1997. Společnost vyvinula certifikační systém, „Certifikace Vážka<sup>®</sup>“, který je určen pro služby, které jsou určeny pro lidi s demencí. Certifikát se uděluje na dobu 18 měsíců. Koncem roku 2009 byl zahájen proces certifikace kontaktních míst, která poskytují lidem s demencí služby v pobytových zařízeních (alzheimer,2013).

### 3.1.3 Statistické údaje o počtu onemocnění demence

Demence postihuje přibližně 5,4 % populace starší 65 let a dále se zvyšuje ve vyšších věkových skupinách. *“Celosvětově trpí demencí přibližně 26 milionů lidí a každý rok přibývá 5 milionů nových případů. Každých 20 let se množství bude zvyšovat a kolem roku 2040 by mohlo dosáhnout 81,1 milionů. V Evropě je podle Eurostatu 86 milionů osob starších 65 let a téměř 5 milionů z nich trpí demencí.”* <sup>(13)</sup>

---

<sup>13</sup>Situace v ČR a ve světě.[online].[cit.2013-03-22].Dostupné z:<http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>.

Podle propočtů bude v roce 2040 v Evropě 10 milionů osob s demencí. Materiály Global Burden of Disease, zveřejněných v roce 2003 jako World Health Report, přispívala demence 11,2 % k „years lived with disability“. V Evropě existují významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v určování časné diagnostiky, časné léčby a podpory. Hlavní roli v záchytu demence by měli hrát praktičtí lékaři. Podstatou účinné péče je multidisciplinární přístup, který se zčásti odráží v narůstajícím počtu specializovaných center. *V České republice je celkový počet pacientů s demencí odhadován na 120–130 tisíc osob, prevalence činí tedy více než 1 % populace.*<sup>(14)</sup> V populaci nad 65 let se objevuje 10 nových případů demence na 1000 lidí za rok. V populaci nad 85 let je demence ještě častější, vyskytne se 90 nových případů na 1000 lidí za rok. Se stárnoucí populací se výskyt demence v České republice bude stále stupňovat. Demence jako syndrom provázející různá onemocnění je v současné době ve státech Evropské unie na předním místě ve sledovaných onemocněních. Každý rok se vyskytne přibližně 600 tisíc nových případů (alzheimer,2013).

### **3.2 Péče o seniory s demencí v Holandsku a vzdělávání pracovníků v sociálních službách**

V rámci projektu „Prohlubování kvalifikace pracovníků v sociálních službách a humanizace práce s klienty různých typů demencí“ (projekt z OPLZ MPSV č.:CZ.1.04/3.1.03/45.0046) byl natočen audiovizuální výukový pořad „Péče o klienty s demencí v Holandsku“. Spolufinancován byl Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Realizátorem projektu byla Akademie J. A. Komenského, o.s., Chrudim. Holandsko je státem s příkladnou péčí o seniory - lidi s demencí i Alzheimerovou chorobou. Vysoká úroveň péče, ale také odborné a osobní kontakty a přátelství inspirovaly autory projektu ke spolupráci a využití holandských zkušeností v České republice, konkrétně v Pardubickém kraji.

---

<sup>14</sup>Situace v ČR a ve světě.[online].[cit.2013-03-22].Dostupné z:<http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>.



Součástí spolupráce byly stáže pracovníků PSS a SP v sociálních zařízeních Opella (malá služba), spolupráce na studii dobrých praxí péči o lidi s demencí, spolupráce při natočení videoprogramu „Péče o lidi s demencí v Holandsku“. Zařízení Opella vzniklo v roce 2002 a má dnes cca 4000 tisíce klientů a 2000 tisíce zaměstnanců. Organizace se věnuje domácí a hospicové péči, péči o lidi s demencí a péči somatické. V Opelle kladou kromě kvalitní péče o klienta také velký význam a důraz na průběžné vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

Typy úrovně vzdělávání 1,2,3.

Úroveň 1. je určena pracovníkům, kteří zastávají základní jednoduché práce u klientů.

- každý, kdo v domě pracuje, musí být v kontaktu s klientem
- musí být seznámen s diagnózou demence
- musí vědět, proč je důležitá rodina
- jsou pro ně pořádány workshopy
- musí znát vizi organizace

Úroveň vzdělávání typu 2 a 3 - po maturitě. Studenti nebo i zaměstnanci navštěvují školy s odborným vzdělávacím programem.

V rámci péče o klienty je v Opelle využíván digitální systém, který je rozmístěn po celém zařízení. Pomocí tohoto software jsou klienti průběžně sledováni, hodnoceni a informace, které se o klientovi do systému vkládají, si může každý zúčastněný, včetně rodiny, přečíst. V budoucnu se uvažuje o připojení k síti i rodiny, přímo z domova. Na průběžnou spolupráci s rodinou kladou v zařízení velký důraz, se členy rodiny se zaměstnanci domlouvají, jakou péči zajistí. V Opelle dávají přednost menším jednotkám pro ubytování klientů (např. typu rodinných domků), spojených komunikacemi, „ulicemi“ v rámci areálu - slouží k volnému pohybu klientů, kde se vzájemně potkávají, posedávají a komunikují. Každý „dům“ má svůj vchod a při vstupu

do domu se musí zazvonit. Vybaveny jsou zařízením, které klientům připomíná jejich domácí přirozené prostředí, ve kterém žili.

Pracovní doba zaměstnanců je 36 hodin týdně. Využívány jsou kratší pracovní úvazky s různými časy nástupů do práce tak, aby v době náročnějších činností během dne bylo na pracovištích více pracovníků. Pracuje se maximálně v 8 hodinových směnách. Za důležité zde považují zajištění dostatečného odpočinku a načerpání nových sil pro personál.

### 3.3 Shrnutí kapitoly č. 3

Demence je termín, který označuje vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života člověka až po ukončení rozvoje jeho kognitivních funkcí. O demenci pak hovoříme u člověka staršího dvou let, kdy k rozvoji kognitivních funkcí už došlo. Při špatném rozvoji kognitivních funkcí dochází k onemocnění před druhým rokem života, což se označuje jako mentální retardace. Důležitý je úbytek kognitivních funkcí ( poznávacích funkcí) od stavu premorbidní osobnosti. Premorbidní osobnost je člověk před vznikem onemocnění. Tento úbytek pak začíná interferovat s veškerými aktivitami nemocného. Hlavní problémy nastupují především ve schopnosti pracovat, studovat a samostatně žít. Nové trendy, které se uplatňují v moderním ošetřovatelství, se dotýkají i seniorů s demencí. Aby ošetřující personál dokázal správně rozpoznat problémy, které mohou vznikat v oblasti tohoto onemocnění, musí mít dostatek vědomostí.

Poskytování péče seniorům s demencí v Holandsku nám pomáhá při realizaci našich plánů a je pro nás inspirací a přínosem.

#### 4 Teoretická východiska pro terapeutickou práci pro seniory s demencí

Teoretické východisko pro terapeutickou práci se seniory s demencí vidíme v komunikaci a jejich zákonitostech. Nástrojem ke komunikaci je jazyk a nonverbální projevy člověka. Pro obě tvrzení využíváme zdroje, které souvisí s filosofickým směrem Viktora E. Frankla a jeho teorií osobnosti, která osciluje kolem vůle ke smyslu – noologická dimenze lidské povahy. Jsme si plně vědomi omezení vůle ke smyslu ze strany pacientů, ale při aktivizaci pacienta s demencí je to především terapeut, který v této práci potřebuje smysl objevit.

Řeč a nonverbální komunikace jsou přirozenými projevy člověka, které ho neopouští ani v době narušení kognitivních funkcí. Lze je v omezené a především přiměřené míře využívat i v období úbytku psychického potenciálu pacientů. To je základní východisko pro práci se seniory s demencí (Drapela, 2003).

Při diagnóze pacientů s demencí nepočítáme s plnohodnotnými funkcemi, ale jejich fragmenty. Limit v možnostech rozvíjet se a vymyslet něco nového je dán podstatou onemocnění demence. Rozvoj kognitivních funkcí neočekáváme. Frankl ve své teorii osobnosti uvádí trojdimenzionální rozměr lidské povahy.

Dimenze: fyziologická

psychologická

noologická

Především noologická dimenze nás zaujala a vybídla k využití teoretického zaměření na podstatu práce se seniory s demencí. Tato dimenze lidské osobnosti se vztahuje k lidské vůli ke smyslu a hlavně k prožitku. Je to hlavní téma Franklovy teorie osobnosti, které spočívá v soustředění na stále probíhající proces smyslu v různých životních situacích (Drapela, 2003).

A nevidíme důvod vyřadit péči o pacienta s demencí z procesu životních smysluplných situací. Jenom těžiště k této práci vidíme v osobnosti pečovatele nebo terapeuta. V jejich smysluplném zaměstnávání a pečování o pacienty s demencí.

Podporu pro vybranou teorii osobnosti jsme objevili v práci profesora na Columbia University O. Sackse. Inspiraci pro terapii seniorů s demencí jsme získali z jeho beletristicky zpracovaných kazuistik. Zaujal nás přístup k stanovení terapeutických cílů, které jsou lidsky srozumitelné a z pozice lékaře neočekávání vývoje u pacienta,

ale jeho přijetí a objevování jinakosti, která dává jiné možnosti soužití. Proces poznání a přijetí omezenosti rozvoje pečující osoby klade na terapeuta nároky teoretických znalostí, následně nacvičených dovedností a především laskavé atmosféry pro práci nebo setkávání. Oslovilo nás lidské sdělení autora směrem k práci s neurologicko-psychiatrickými pacienty. „*Hluboce změněné identity a světy pacientů nemůžeme zkoumat jen z praxí a ordinací. Ale sdílet jejich život natolik, nakolik je to možné. Podobně se chovají, nebo se kdysi chovali, praktičtí rodinní lékaři. Vydal jsem se zkoumat život svých pacientů, jak ho žijí ve skutečném životě.*“<sup>(15)</sup> - přímá analogie s faktickou prací terapeuta s pacienty s demencí ( Sacks, 2009).

#### 4.1 Cíl aktivit

Terapeutický cíl při péči o seniory s demencí stavíme na spolupráci s rodinou a z naší strany podporou pro přijetí regrese psychických funkcí u jejich člena rodiny.

-posílení noologické roviny doprovodných členů – práce na uvědomění si smysluplnosti existence, svobody i odpovědnosti. Schopnost odpoutat se od Já, nesobeckosti v jednání a prožívání - sebedistance. Schopnost sebezpřesahu - zaměření mimo sebe sama, odpoutání se od sebe. Dále je posilována schopnost nést odpovědnost za svůj život a v neposlední řadě i vědomí o svobodě každého z nás.

Prožití existujících hodnot v životě:

Dle Franklova učení existují tři formy existence hodnot

Prožitkové – realizují se ve vztazích s jinými lidmi. Jedná se o přátelství, lásku, duchovní lásku, péči o druhé.

Tvůrčí hodnoty – jsou obsaženy v naší činnosti, kdy pod rukama nám může vyrůst úžasný výtvar, ze kterého budeme mít radost, bude nás i druhé těšit.

Postojové hodnoty - jsou ty poslední hodnoty, které nám zbývají, i když nám už nic nezbude, nemůžeme nic tvořit, jsme sami, protože postoj, který zaujmeme v určité situaci, je vždy na nás a nikdo nám ho nemůže vzít. Je to ta nejsvobodnější součást našeho ducha.

---

<sup>15</sup>SACKS, O. *Antropoložka na Marsu*. Dybbuk, 2009, s. 17.

Přijetí skutečnosti takové jaká je, to je asi ten nejdůležitější cíl. Člověka, který si stěžuje na osud a na to, co ho potkalo, co ho terapeut postupně učí, jak tento osud snášet. Uživatel postupně dochází k tomu, že on sám je v životě spíše objektem, kterého obklopují jednotlivé osudové situace a tyto situace jsou výzvy. Člověk se učí věci vydržet, ustát, nezhroutit se. Nezměnitelné situace se člověk musí naučit pokorně přijmout, nést bez trpkosti tento svůj kříž s vědomím, že každá takto těžká situace je dobrou příležitostí pro posílení smysluplnosti vlastní existence. Těžká situace se tak může stát vítanou výzvou, která nás posune zase o kus dál v osobnostním vývoji (Drapela, 2003).

#### **4.1.1 Motivace k činností**

Motivovat seniory s demencí v pobytových zařízeních k různým aktivitám je obtížné. Obecně u starých lidí dochází k oploštění emocí, apatii a pasivitě. Nedokáží se nadchnout pro novou věc, mají ochuzenou fantazii, trpí úzkostí. Bojí se, že neobstojí mezi ostatními, že se zesměšní a udělají si ostudu. Tyto důvody je svazují a začlenit se do nějaké tvůrčí činnosti je pro ně velmi těžké. Úlohou terapeuta (aktivizačního pracovníka) je mít o seniorovi dostatečné informace, které získá z dokumentace, rozhovorem s rodinou, rozhovorem se seniorem a testováním. Nejčastěji používanými testy jsou: test kognitivních funkcí MMSE (mini mental state examination), test základních denních činností dle Bartheové (určují soběstačnost) a testy dle povahy onemocnění, například test na apraxii, agnózi. Na základě těchto informací přistupuje terapeut k seniorovi a pomáhá mu překonat obtíže, které ho svazují natolik, že se nemůže účastnit společných setkání s ostatními.

Práce terapeuta (aktivizačního pracovníka) spočívá ve vypracování metodického plánu hodiny, který obsahuje vždy nějaký cíl a je tvořen cíli dílčími.

Terapeut (aktivizační pracovník) vychází z potřeb seniora a snaží se ho motivovat k činností na základě emočního prožitku. Tvůrčí a umělecké schopnosti seniorů je obohacují o výkon a užitek z jejich díla (Holmerová, Jarolímová, Suchá, a kol. 2009).

#### 4.1.2 Přínosy aktivizace, aktivit

*„Aktivizace je rozvinutí intenzivnější činnosti.“<sup>(16)</sup>*

*„Šířeji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzení, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti.“<sup>(17)</sup>*

Aktivizace seniorů s demencí z pozice speciální pedagogiky se primárně týká osob, které jsou ze speciálně pedagogických akceptovatelných příčin sociálně znevýhodněni např. z důvodu demence. Speciální aktivizace má své speciální cíle a může být prováděna různými formami a prostředky. Aktivizace realizovaná odborníky z řad speciálních pedagogů může probíhat formou specializované péče v oblasti zdravotnictví (např. logopedická péče), formou institucionalizovaného vzdělávání (edukace, reedukace, kompenzace, sociální rehabilitace, terapie) např. v Domovech pro seniory, denních stacionářích, penzionech a seniorských centrech. (Kozáková, Müller, 2006).

Aktivita je základem veškerého chování. Aktivitu neoznačujeme jako činnost jedince, ale jeho dispozici k jednání (Sillamy, 2001).

*„ Aktivita je činnost, činorodost, snažení...“<sup>(18)</sup>*

Pomocí aktivit posilujeme lidskou důstojnost, sebeuvědomění a smysluplnost. Aktivity nám strukturují den a vytvářejí mezníky času. Každá aktivita má svůj cíl. V případě seniorů s demencí se jedná o udržení, zlepšení stávajících dovedností (hrubá, jemná motorika), o eliminaci nežádoucích poruch chování (deprese, neklid, bloudění, úzkost), o pozitivní vliv na emoční stav (zvýšení sebevědomí, sebedůvěry, uplatnění v kolektivu), o pravidelný režim (udává řád, bezpečí, stabilitu) a verbální a neverbální komunikaci.

---

<sup>16</sup>KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 6.vydání, Praha: SPN, 2002, s.14.

<sup>17</sup> HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1 vydání, Praha: Portál 2000, s.27.

<sup>18</sup>KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 6.vydání, Praha: SPN, 2002, s.14.

Správně zvolená aktivita by měla působit na všechny složky osobnosti – kognici, fyzickou, psychosociální, duchovní stránku a na co nejvíce smyslů.

Měla by zachovávat důstojnost člověka, důraz by se měl klást na proces, ne na výsledek.

Setkávání by se mělo konat ve známém prostředí a měla by být zachována ritualizace.

Při aktivizaci musíme vzít v úvahu omezení, která senioři s demencí mají. I příliš mnoho aktivit by mohlo seniory vyčerpat psychicky, fyzicky nebo by se mohl zhoršit jejich zdravotní stav. Důležitý je i odpočinek, kdy se každý věnuje sám sobě nebo komunikuje s ostatními bez zásahu terapeuta.

Vhodné aktivizační činnosti pro seniory s demencí:

- **fyzioterapie** – pracuje se s pohybovým aparátem
- **kognitivní rehabilitace** – skládá se z různých cvičení, která pomáhají k lepšímu fungování jednotlivých úrovní poznávacích funkcí (soustředění, pozornosti, myšlení, zrakové a sluchové paměti, čtení, psaní)
- **reminiscenční terapie** – využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých předmětů
- **kinezioterapie** - somatoterapeutická aktivita, která používá pohybové programy, podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebnou komunikaci
- **taneční terapie** – využívá pohybu v procesu, působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzickou integraci člověka
- **arteterapie** – zabývá se výtvarným uměním s dopomocí různých technik, aktivizuje vitalitu, flexibilitu, stimuluje kreativitu
- **režimová úprava spánku** – důležitost se klade na pravidelnost ukládání k spánku a vstávání
- **muzikoterapie** – pomocí hudby se ovlivňují vegetativní funkce - srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus, motorika, termoregulace
- **terapeutické vaření** – vykonávání jednoduchých známých, stereotypních činností, navozujících pocit normality
- **pet-terapie** – zabývá se léčbou pomocí zvířat (Holmerová, Jarolímová, Suchá, a kol. 2007).



### **4.1.3 Terapeutický plán**

Terapeutický plán je součástí komplexní péče o seniora. Je vytvářen multidisciplinárním zdravotně-sociálním týmem – lékařem se specifickou odborností, rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, klinickým logopedem, klinickým psychiatrem, ergoterapeutem, speciálním pedagogem, sociálním pracovníkem, nutričním terapeutem, kinezioterapeutem a dalšími odborníky. Stanovuje se krátkodobý terapeutický plán, na dobu několika týdnů až měsíců, který určuje plán rehabilitace a každý člen týmu má v rámci své odbornosti úkoly, o které se má se seniorem pokusit a o jejich provádění informovat na poradách týmu.

U dlouhodobého terapeutického plánu, který může trvat řadu měsíců až let, se s ohledem na prognózu daného onemocnění navrhuje řešení další péče v době, kdy dojde k progresi onemocnění. Tento plán se může průběžně upravovat podle stavu seniora (Holmerová, Jarolímová, Suchá, a kol. 2007).

### **4.1.4 Modelový scénář setkávání seniorů s demencí**

Realizace skupinového setkávání osob s demencí musí mít určitou formu a strukturu, aby byla považována za aktivizační. Jinak může jít jen o setkávání v kavárně, které není realizováno s určitým záměrem. Z předcházejících kapitol je zřetelné, že aktivity pro osoby s demencí sledují mnohovrstevnatě různé potřeby těchto osob. Proto zde najdeme činnosti pohybové, kognitivní či prožitkové tak, aby podporovaly samostatnost a soběstačnost jedince, také aby napomáhaly kvalitnímu prožití této části života.

Tab. č. 1 struktura setkávání

<b>Forma</b>	otevřená skupina
<b>Vedení</b>	autoritativní
<b>Cíl</b>	emoční prožívání, rozvoj komunikace, sociální interakce, udržení, společensky přijatelného chování
<b>Dílčí cíl</b>	rozvoj verbální a neverbální komunikace, rozvoj vzájemné komunikace, rozvoj akceptace druhého, rozvoj schopnosti vyjádřit své pocity, rozvoj spolupráce, posilování vůle a motivace, rozvoj schopnosti naslouchat, rozvoj zdravého sebevědomí, rozvoj slovní zásoby, rozvoj schopnosti empatie, osvojit si přijatelný způsob řešení problémů a konfliktů, rozvoj sebeakceptace, rozvoj pocitu sounáležitosti
<b>Počet účastníků</b>	do 12 osob
<b>Frekvence</b>	1x týdně – 3x týdně

**Setkání:** třetí

**Metoda:** dramaterapie – navozuje prožitek, rozvíjí osobnost, podporuje verbální i nonverbální komunikaci, kognitivitu, emoční ladění, konativitu a seberealizaci

**Pomůcky:** vyrobené masky, scénář pohádky, relaxační hudba, CD přehrávač

**Délka setkání:** 1 – 1,5 hod

**Čas :** od 10,00- 11,00 hod , od 9,30 – 11,00 hod

## Setkání

**Cílem setkání je rozvoj a podpora** vzájemné komunikace, empatie, akceptace druhého, rozvoj slovní zásoby, posilování vůle a motivace, rozvoj pocitu sounáležitosti, sebeakceptace, spolupráce, rozvoj zdravého sebevědomí.

## Úvod

### Rituální přivítání

Každé setkání začíná představením osoby terapeuta (aktivizačního pracovníka), oslovením každého účastníka jeho celým jménem a vzájemným přivítáním do nového dne. Pokud je ve skupině nový účastník, věnujeme mu čas na krátké představení. Po sdělení, co je za den, měsíc a rok, kdo má svátek, eventuálně narozeniny, a po seznámení se se scénářem našeho setkání se společným zpěvem a zvolenou skupinovou „hymnou“ písně „Není nutno“ od Uhlíře a Svěráka naladíme na hodinu dramaterapie. Po vzájemném přivítání každý jednotlivě, v krátkosti sdělí svoje pocity, které se u každého účastníka zaznamenávají. Společně se shrne průběh posledního setkání, nechá se chvíle na rozmyšlenou a s dopomocí a podporou se připomene, že jsme se v minulém setkání věnovali výrobě pohádkových postav (masek) vystřižených z papíru, které lepili na špejle. Masky se vyráběly k pohádce „O Červené Karkulce“, kterou si v příští hodině společně zahrajeme. Jeden po druhém je každý účastník vyzván ke shrnutí předešlého setkání a k vyjádření, zda jim bylo setkání v něčem přínosné. Opět se výpovědi účastníků zaznamenávají.

### Skupinové zrcadlo

*„Celá skupina „zrcadlí“ pohyby jednoho vedoucího. Cílem je dosáhnout maximální úrovně synchronizace pohybů. Je vhodné, když prvním vedoucím cvičení je terapeut. Nejde jen o pohyby tváří v tvář, lze se pohybovat po celé ploše. Tímto způsobem může terapeut přivést skupinu do nálady, ve které ji potřebuje mít pro další práci. Technika je vhodná pro otevření i uzavření lekce(sezení).“<sup>(19)</sup>*

---

<sup>19</sup>VALENTA, M. *Dramatoterapie*. Praha: Grada, 2007. s. 144.

## **Těžiště, jádro – stěžejní aktivita**

Pohádka „O Červené Karkulce“ od bratři Grimmů.

Výběr pohádky byl zvolen po vzájemné domluvě s uživateli. Pohádka je zdroj moudrosti, poučení, zkušenosti a mravních hodnot. U seniorů s demencí je pohádka podnětná k vyvolání vzpomínky spojené s prožitkem.

Uživatelé pohádku znají, věnovali se jí v předminulém setkání a každý dostal upravený text tak, aby si ho sám mohl číst a opakovat si děj.

## **Scénář**

Na stole rozložíme masky: Karkulka, babička, maminka, myslivec, vlk, vypravěč.

Výběr bude po směru hodinových ručiček – relativně spravedlivé (vysvětlení uživatelům). Uživatelé, kteří masku nemají, budou dělat obecenstvo a v příští hodině si zase role vymění. Rozmístění v místnosti je přizpůsobené dané situaci, zvláště obecenstvo a zvláště představitelé rolí.

Každý si zkusí dát masku před obličej a pronést krátké představení „ kým v pohádce je“.

Po rozdělení masek přijde upřesnění role vypravěče: jeho úkolem bude celou pohádku vyprávět s případnou dopomocí.

Následně bude vysvětlen postup pro jednotlivé masky: když bude vypravěč mluvit o jednotlivých maskách - postavách děje, bude dotyčný s maskou pohybovat a vypravěč mu zároveň dá i prostor pro vlastní sdělení. To se odehraje stejně jako při nácvičku „představení masky“ – maska bude před obličejem a dotyčný bude mluvit k ději pohádky.

Provedeme názornou zkoušku.

Cílem dopomoci ze strany terapeuta: navozovat sdělení, vyplňovat hluchá místa v komunikaci asociačními dotazy, kde bude snadnější potřebná slova vybavit.

Po přehrání pohádky následuje diskuse o tom, jak se uživatelé cítili ve vybraných rolích a jak se představení líbilo obecně.

## **Závěr**

Uživatelé mají prostor na dotazy, na které se nedostalo během aktivity. Dochází mezi nimi k vzájemné interakci.

Po kladení dotazů a sdělení názorů a prožitků následuje relaxační technika - poslech meditační hudby. Skupina sedí kolem stolu a je vedena pokyny: „*Pohodlně se usadte, opřete si záda o opěradlo židle, ruce složte volně do klína a se zavřenýma očima nebo jak je každému příjemné poslouchejte hudbu a klidně dýchejte*“. Během relaxační činnosti terapeut chodí po místnosti a každého účastníka pohladí několikrát od hlavy na ramena a zpět. Před koncem relaxace všechny vyzve, aby pomalu otevřeli oči a pohybem těla se ze strnulé polohy protáhli a rozhybali.

Cílem relaxace je celkové zklidnění, uvolnění napětí, nervozity a příprava na další denní činnosti.

Po relaxaci se dává opět prostor uživatelům, aby vyjádřili svoje pocity. Vše se zaznamenává.

Na závěr terapeut poděkuje uživatelům za účast a spolupráci, za projevenou aktivitu, všechny pochválí a pozve na další společné setkání.

## **4.2 Shrnutí kapitoly č. 4**

Teoretické východisko pro práci s uživateli s demencí bylo vybráno z Franklovy teorie osobnosti, která se zabývá člověkem jako celkem.

Při výběru aktivit si uvědomujeme, že senioři s demencí jsou limitováni úbytkem paměťových schopností a nemusí dané činnosti porozumět. Zohledňujeme věk a stádium nemoci. Vybíráme takové aktivity, které jsou smysluplné a vycházejí z prožitku a nejsou zaměřeny na výkon.

## **5 Dotazníkové šetření**

Výsledky dotazníkového šetření byly statisticky zpracovány, vyhodnoceny a graficky znázorněny.

### **5.1 Cíl šetření**

Cílem šetření bylo formou standardizovaného dotazníku zmapovat, jakými aktivizačními technikami se zaměstnávají senioři s demencí v pobytových zařízeních a kvalifikace terapeutů (aktivizačních pracovníků).

#### **5.1.1 Typy pobytových zařízení, pobytová zařízení, kde probíhalo dotazníkové šetření**

Šetření probíhalo v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Rozesláno bylo 70 dotazníků, vráceno bylo 15 dotazníků.

#### **Domovy pro seniory – vrátilo se 10 dotazníků**

Jsou určeny seniorům, kteří dosáhli věku rozhodnému pro přiznání starobního důchodu a jejichž potřeby není možno trvale zajistit v domácím prostředí. Sociální pracovníce při jednání se zájemcem o službu seznámí žadatele s danými podmínkami. Možnost poskytnutí služby žadatelům s psychiatrickou diagnózou je posuzována na základě vyjádření lékaře s ohledem na zajištění bezpečnosti a bezkonfliktního prostředí stávajících uživatelů i zájemce.

#### **Domov se zvláštním režimem - vrátilo se 5 dotazníků**

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu duševního onemocnění, včetně Alzheimerovy choroby či jiného typu demence.

#### **Odlehčovací služby – dotazníky nebyly vráceny**

Odlehčovací služby se dělí na ambulantní, terénní a pobytové a jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, osobám se zdravotním postižením nebo s chronickým onemocněním, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Služby umožňují pouze přechodný pobyt. Pečujícím osobám poskytují nezbytný odpočinek a načerpání nových sil. Vhodné pro seniory s demencí.

## **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče – dotazníky nebyly vráceny**

Služba je určena osobám překládaným z akutního lůžka nemocnice, u kterých byla stanovena diagnóza a odezněla akutní fáze onemocnění, a kteří potřebují následnou komplexní ošetrovatelskou, rehabilitační a psychosociální péči do doby, než jim je zajištěna pomoc osobou blízkou nebo s pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

### **5.1.2 Východiska pro přípravu dotazníkového šetření**

Při tvorbě dotazníku jsme vycházeli z publikace Jiřího Pelikána „Základy empirického výzkumu pedagogických jevů“. Využili jsme explorativní metodu, jejíž předností je dostupnost. Technika vycházející z tohoto přístupu –v našem případě dotazník, může oslovit větší počet respondentů a získat tak dostatečné množství potřebných dat. Validita získaných údajů je vždy problematická, a to z důvodu pravdivosti odpovědí. Existují minimálně tři roviny sebereflexe, které se odrážejí ve výpovědích. První rovinou je to, co o sobě člověk vypovídá. Druhá rovina se týká toho, co je ochoten sám sobě o sobě a svém jednání připustit a třetí rovina je rovina skutečných postojů. Dotazník je nejpoužívanější výzkumnou technikou, jehož podstatou je získání dat a informací, které nás zajímají. Typy otázek mohou být uzavřené, polouzavřené a otevřené. Charakteristikou tohoto typu otázek je variabilita, respondent má možnost své vlastní volby odpovědi ( Pelikán, 2004).

Dotazník obsahuje celkem 13 otázek. První čtyři otázky se týkají identifikace zařízení a respondentů z hlediska vzdělání a pracovního zařazení. Následující čtyři otázky s podotázkami jsou zaměřeny na uživatele, na jejich věk, mobilitu, na zájem o aktivizační činnosti a jejich využití, proč se terapeutické hodiny připravují, jaká je cílová skupina, jaké terapeutické činnosti se uplatňují, oblíbenost aktivizačních činností u uživatelů a u terapeutů. Následující dvě otázky s podotázkami se věnují charakteristice hodiny, z jakých aktivit se tvoří náplň hodiny, složení skupiny, dodržování struktury hodiny, kdo dělá výběr uživatelů, příprava na hodinu, četnost terapeutických sezení, evidence



průběhu terapeutických činností a kdo provádí aktivizační činnosti. Poslední tři otázky jsou zaměřené na prezentaci aktivizačních činností, na finanční náklady spojené s terapeutickou činností a na doplnění o zkušenosti k uvedené problematice.

Konečná podoba dotazníku byla konzultována se socioložkou PhDr. Helenou Tuhou a statističkou Ing. Věrou Lánskou (dotazník je součástí přílohy(č.1).

## **5.2 Metoda a technika šetření**

Data byla zjišťována technikou standardizovaného dotazníku s uzavřenými a polouzavřenými otázkami. Sběr dat probíhal v termínu od 1. 10. 2012 do 31. 1. 2013. Délka vyplnění dotazníku trvala v průměru asi 15 minut. Dotazník byl rozeslán e-mailem, nebo předáván při osobní návštěvě v zařízeních pro seniory ředitelům nebo vedoucím, kteří pověřili jeho vyplněním příslušné pracovníky. Dotazníky za zařízení vyplňovali převážně pracovníci, kteří se zabývají aktivizací klientů, a to většinou elektronicky.

### **5.2.1 Dotazník a jeho struktura**

Dotazník byl zpracován na základě diskuse pracovní skupiny, v jejímž rámci byla vygenerována následující témata dotazníkového šetření :

- typ zařízení
- pracovní zařazení aktivizačních pracovníků
- dosažené vzdělání pracovníků
- věková kategorie uživatelů
- cíl terapeutických hodin
- výběr terapeutických činností
- časová frekvence činností
- nejoblíbenější činnosti
- délka terapeutické hodiny
- z jakých aktivit je tvořena náplň hodin

- jaké je složení skupiny
- evidence průběhu hodiny
- četnost terapeutických setkání se stejnou skupinou
- požadavky zřizovatele na výsledky terapeutických činností
- finanční náklady na terapeutické činnosti.

### 5.2.2 Popis výběru zařízení

Oslovena byla pobytová zařízení pro seniory ve Středočeském kraji, v Pardubickém a Hradeckém kraji a v Praze. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím e-mailu na elektronické adresy jednotlivých zařízení a prostřednictvím osobní návštěvy zařízení. Bylo osloveno 70 domovů pro seniory, z nichž 15 odpovědělo. 62 dotazníků bylo distribuováno e-mailem a 8 dotazníků bylo předáno osobním kontaktem. Dotazníky byly rozeslány a předány ředitelům zařízení. Účast byla zcela dobrovolná, což souvisí i s návratností počtu dotazníků. Z celkového počtu distribuovaných dotazníků se vrátilo 21,4% . U rozesílaných anket nebo dotazníků je toto procento návratnosti obvyklé.

Jsme si vědomi, že soubor, se kterým v této práci pracujeme a z jehož dat vycházíme, není reprezentativní za ČR ani za kraje , ale pro účely diplomové práce lze s těmito daty pracovat . Vycházet však budeme jen z prvního stupně třídění. Z rozložení četností odpovědí (viz .dotazník v příloze) lze zpracovat a popsat nejčastěji používané aktivizační činnosti pro seniory, lze se zamyslet nad tím, proč jsou některé používané, jiné méně nebo vůbec. Bohužel vzhledem k menší velikosti souboru přijdeme o zjištění, zda používané aktivizační činnosti souvisí např. s kvalifikací pracovníků nebo s vynakládanými finančními prostředky apod. Tyto otázky nastolíme a zamyslíme se nad nimi alespoň hypoteticky.

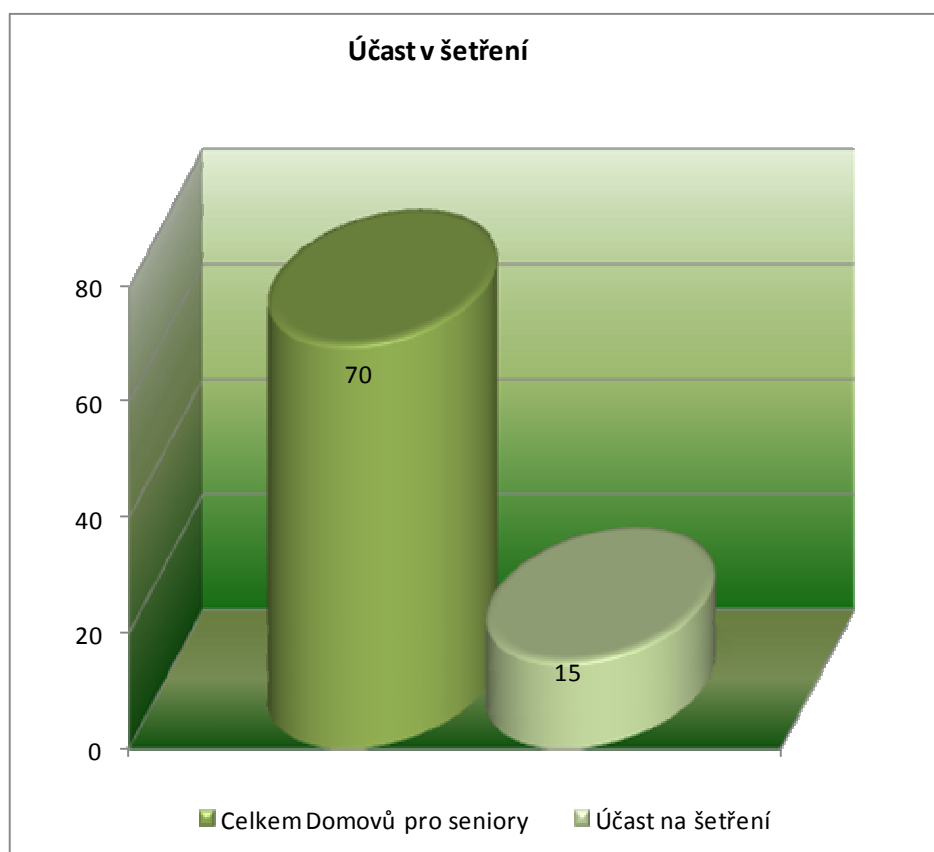
## 6 Vyhodnocení šetření

### Statistické zpracování dotazníků

Dotazníkovým šetřením bylo osloveno 70 domovů pro seniory, z toho se 15 dotazníků vrátilo s vyplněnými údaji. Dotazník je rozdělen do čtyř bloků.

Účast v šetření	počet	%
Dotazníků celkem	70	100
Počet vrácených dotazníků	15	21,4

Tab.č.2



Graf 1: účast v šetření

### Blok otázek č. 1 – 4

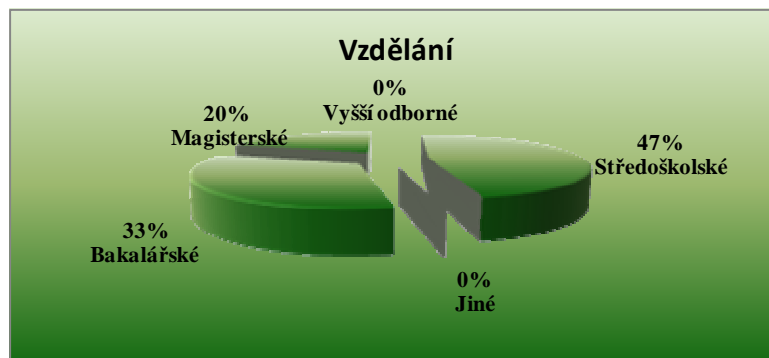
Otázky se týkají terapeutů (aktivizačních pracovníků): kde pracují, stupeň dosaženého vzdělání a pracovní zařazení.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že všech 15 zařízení je státních. Aktivizační pracovníci pracují v 10 domovech pro seniory a v 5ti domovech se zvláštním režimem. Jejich dosažené vzdělání, obor a pracovní zařazení je uvedeno v následujících tabulkách č. 3,4,5 a grafech 2,3,4. Příznivé je, že všichni mají vysokoškolské nebo středoškolské vzdělání a většina má vystudovaný zdravotnický nebo sociální obor. Pouze 13% z nich má vzdělání jiného směru. Podívejme se na otázku kvalifikace i z druhé strany, organizační, finanční. Nemáme takové finanční východisko, abychom ve sledovaných zařízeních měli samostatnou pozici aktivizačního pracovníka. Je tedy pochopitelné, že základní, resp. výchozí vzdělání bude většinou sociální (středoškolské) a zdravotnické (nižší vysokoškolské). Aktivizační pracovník částečně vykonává ve své pracovní náplni jiné činnosti, jen část pracovní doby je věnována aktivizaci seniorů. Blíže o tomto hovoříme v rámci pracovního zařazení v tab.5 a grafu 4. S tímto stavem souvisí kvalita a obsah aktivizačních programů. Součástí obou těchto nejčastějších typů vzdělání není práce se skupinou a znalost či základy terapií.

### Vzdělání

Vzdělání	Počet	%
Magisterské	3	20
Bakalářské	5	33
Vyšší odborné	0	0
Středoškolské	7	47
Jiné	0	0
Celkem	15	100

Tab.č. 3



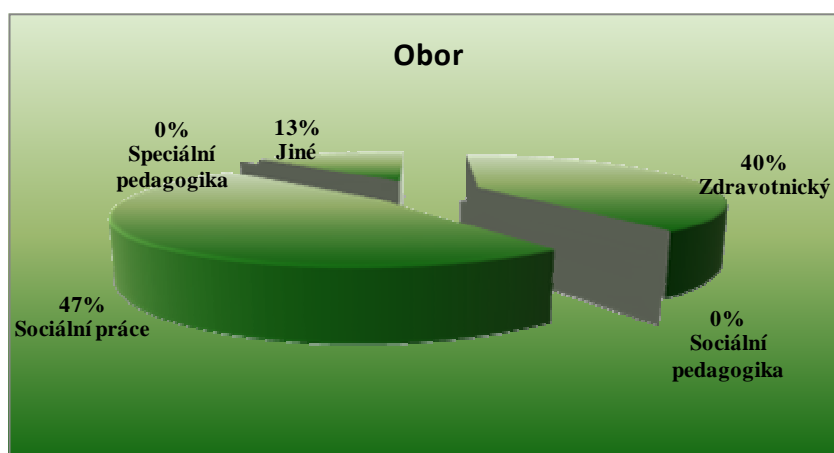
Graf2: vzdělání

Z grafického zpracování dosaženého stupně vzdělání vyplývá, že aktivizační pracovníci dosahují ve 47 % středoškolského, a v 53% vysokoškolského, z toho v 33% bakalářského a v 20 % magisterského stupně vzdělání. 47% z nich studovalo sociální práci, 40% zdravotnické obory a 13% mají jiný směr vzdělání, např. textilní apod. Viz tabulka č. 3 a 4 a graf číslo 2 a 3. S určitou migrací na trhu práce je nutné počítat, proto v rámci celoživotního vzdělávání existují kurzy, kterými si pracovníci doplňují své vzdělání. Předcházející jiné vzdělání a pracovní zkušenost jistě obohacuje, nicméně vybavenost a teoretická připravenost těchto pracovníků se může odrážet v kvalitě, pestrosti, náročnosti či opakovanosti sezení.

### Obor

Obor	Počet	%
Zdravotnický	6	40
Sociální pedagogika	0	0
Sociální práce	7	47
Speciální pedagogika	0	0
Jiné(SPGŠ,SPŠ text.)	2	13
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Tab.č.4



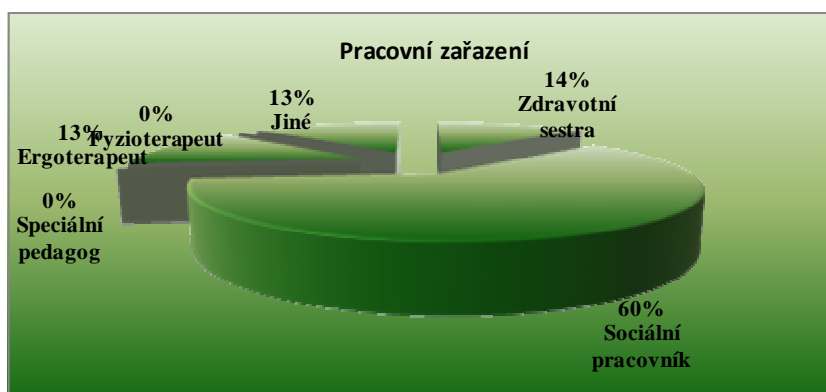
Graf 3: obor

Obor je z 47 % sociální, z 40 % zdravotní s výjimkou dvou pracovníků, kteří tvoří 13 % z celkového počtu. Speciální pedagogika ani sociální pedagogika nejsou zastoupeny.

## Pracovní zařazení

Pracovní zařazení	Počet	%
Zdravotní sestra	2	14
Sociální pracovník	9	60
Speciální pedagog	0	0
Ergoterapeut	2	13
Fyzioterapeut	0	0
Jiné(koor. alt.progr.)	2	13
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Tab.č.5



Graf 4: pracovní zařazení

V pracovním zařazení je 60% sociálních pracovníků, 14% zdravotních sester, 13% ergoterapeutů a koordinátorů alternativních programů. Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina zaměstnanců splňuje požadovaný stupeň odborného vzdělání. V současné době jsou obsazována místa odborných pracovníků v sociálních službách - terapeutů (aktivizačních pracovníků) převážně podle rozhodnutí vedoucích pracovníků a jsou zařazována do různých pracovních funkcí. Z poznatků běžné praxe vyplývá, že v některých případech ani ve vedoucích funkcích v sociálních zařízeních nepracují pracovníci splňující hledisko stupně vzdělání, oboru a praxe. V běžné praxi dochází proto k situacím, že odbornou práci terapeutů (aktivizačních pracovníků) vykonávají zdravotní sestry nebo jiný dostupný personál. Z hlediska pracovního ohodnocení jsou

sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách řazení k nejméně finančně ohodnoceným profesím. To lze přičíst historickému vnímání významu sociálních služeb a finanční situaci v České republice. Financování sociálních služeb je v České republice založeno na principu vícezdrojového financování. Poskytovatelé sociálních služeb získávají finanční prostředky :

- 1) z veřejného rozpočtu na úrovni obcí, krajů a státu,
- 2) z úhrad od uživatelů služeb-klientů,
- 3) z dotací (veřejných sbírek, EU, fondů a nadací, sponzorů a zdravotních pojišťoven).

## Blok otázek č. 5 - 8

V bloku otázek č. 5-8 se zabýváme podrobněji aktivizacemi a jejich oblíbeností a charakteristikou uživatelů z hlediska jejich pohybových schopností a věku.

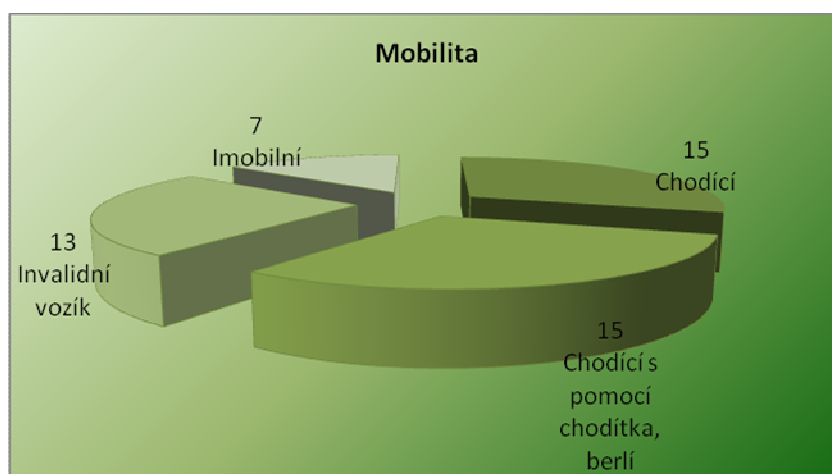
### Věková kategorie

Věková kategorie u seniorů se pohybuje v rozmezí mezi 60-100 lety. Je nutné připomenout, že jde o velmi široký věkový rozptyl řádově 30 let, tento rozdíl s sebou nese jiné prožitky v rámci dospívání, pracovního zařazení, možných zálib. S tímto je nutné pracovat v rámci skupiny. Senioři se díky lékařské péči, zdravému životnímu stylu a zvyšující se kvalitě života dožívají vysokého věku a proto i pobytová zařízení musí s tímto fenoménem dnešní doby počítat.

### Mobilita – jsou uvedeny všechny možnosti

Mobilita uživatelů	Počet
Chodící	15
Chodící s pomocí chodítka, berlí	15
Invalidní vozík	13
Imobilní	7
Celkem	50

Tab.č.6



Graf 5: mobilita



Mobilita uživatelů je znázorněna v tabulce č. 6 a v grafu 5. V sledovaných zařízeních je většina uživatelů chodících v různé míře, což ulehčuje vůbec dopravu uživatele na daný program. Bylo by zajímavé šetření, pokud by počet imobilních uživatelů byl větší, jak by to ovlivnilo sebrané informace.

### **Příprava terapeutických činností**

Terapeutické činnosti se připravují na základě emočního ladění, aktuálního prožitku, preventivního opatření, sociálního začleňování, interakce, kvality života, uspokojování potřeb a celkové aktivizace uživatele.

### **Cílová skupina**

Cílovou skupinou jsou senioři a senioři s demencí.

### **Uplatňované terapeutické činnosti**

<b>Terapeutické činnosti</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
<b>Trénink paměti</b>	<b>15</b>	<b>16,1</b>
<b>Muzikoterapie</b>	<b>14</b>	<b>15,0</b>
<b>Arteterapie</b>	<b>12</b>	<b>12,9</b>
<b>Reminiscenční terapie</b>	<b>11</b>	<b>11,8</b>
<b>Biblioterapie</b>	<b>9</b>	<b>9,7</b>
<b>Fyzioterapie</b>	<b>9</b>	<b>9,7</b>
<b>Terapeutické vaření</b>	<b>7</b>	<b>7,5</b>
<b>Pet-terapie</b>	<b>5</b>	<b>5,5</b>
<b>Taneční terapie</b>	<b>4</b>	<b>4,3</b>
<b>Jiné(ergot.,kanist)</b>	<b>3</b>	<b>3,2</b>
<b>Senzorická stimulace</b>	<b>2</b>	<b>2,2</b>
<b>Kinezioterapie</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>
<b>Aplikace světla</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>
<b>Režimová úpr.spánku</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Součet všech odpovědí</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Tab.č.7

Terapeuti (aktivizační pracovníci) uplatňují následující terapeutické činnosti: z tabulky č.7 je patrné, že mezi nejčastěji používané činnosti patří trénink paměti, muzikoterapie, arteterapie, reminiscenční terapie. Středně často nebo jen někde je používána fyzioterapie, biblioterapie, terapeutické vaření, pet-terapie, taneční terapie a kanisterapie.

Kromě režimové úpravy spánku, která se neuplatňuje v žádném zařízení, zbývající terapeutické činnosti jsou zastoupeny v malé míře: jde o sensorickou stimulaci, kinezioterapii a aplikaci světla. Jak je z tabulky zřejmé, ze 14 nabízených činností si s čtenější frekvencí pouze 4 (v širším vymezení 6). I zde můžeme vyjádřit určitou míru pochybností, zda činnosti označované jako např. arteterapie či muzikoterapie opravdu nesou prvky těchto terapií, pracovníci jsou v těchto terapiích proškoleni. Na druhou stranu chápeme, že ne každý pracovník může mít osvojené všechny druhy terapie, že se sám musí v terapii cítit a orientovat dobře. Občasnou změnu či jinou aplikaci než obvykle shledáváme jako přínosné jak pro uživatele, tak pro aktivizační pracovníky. V souvislosti s uplatňovanými terapeutickými činnostmi připomeňme typ vzdělání respondentů (sociální pracovník) a částečně zdravotnický personál (sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut)). Již zde můžeme vidět rozpor v kvalifikaci aktivizátorů a požadavků v kvalifikaci na jednotlivé techniky. V dalších tabulkách se budeme zabývat tím, jaké aktivizační činnosti jsou oblíbené u uživatelů a jaké u aktivizačních pracovníků.

### Nejoblíbenější 3 činnosti u uživatelů

Nejoblíbenější 3činn. u uživatelů	Počet	%
Taneční terapie	2	4,4
Terapie vařením	2	4,4
Kanisterapie	2	4,4
Arteterapie	2	4,4
Ergoterapie	2	4,4
Biblioterapie	3	6,6
Fyzioterapie	6	13,6
Reminiscenční terapie	6	13,6
Trénink paměti	9	20,0
Muzikoterapie	11	24,4
<b>Celkem</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Tab.č.8

### Nejoblíbenější 3 činnosti u terapeutů

Nejoblíbenější 3 činnosti.u terap.	Počet	%
Taneční terapie	1	2,4
Terapie vaření	2	4,8
Kanisterapie	2	4,8
Biblioterapie	2	4,8
Ergoterapie	2	4,8
Arteterapie	4	9,7
Reminiscenční terapie	5	12,2
Muzikoterapie	7	17,1
Trénink paměti	8	19,5
Fyzioterapie	8	19,5
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Tab.č.9



Graf:6 terapeutické činnosti

Podle názorů aktivizačních pracovníků patří k nejoblíbenějším činnostem u uživatelů muzikoterapie, následuje trénink paměti a reminiscenční terapie se dělí s fyzioterapií. Ostatní ze sledovaných činností jsou uváděny jako méně oblíbené. Oblíbenost či neoblíbenost souvisí s četností užívání, zkušeností pracovníků v terapii, pomůckami a atraktivitou podání.

K nejoblíbenějším činnostem u pracovníků patří fyzioterapie a trénink paměti se stejným počtem, následuje muzikoterapie a reminiscenční terapie.

Z porovnání nejoblíbenějších činností u pracovníků a uživatelů jsou patrné určité odlišnosti. Obě dvě skupiny mají oblíbené sice stejné činnosti - podle názorů aktivizačních pracovníků, jde o muzikoterapii, reminiscenční terapii, trénink paměti a fyzioterapii. Dalo by se usuzovat, že uživatelé mají oblíbenější spíše prožitkové

aktivizační činnosti, pracovníci sami do svých postojů pravděpodobně promítají hledisko prospěšnosti pro uživatele. Přidáme-li k srovnání informace z užívaných terapií, uvidíme větší rozptyl. Zcela se v oblíbenosti „ztratila“ arteterapie, ale v četnosti užívání je velmi vysoko. Naopak zmiňovaná fyzioterapie v užívaných činnostech je spíše ve střední kategorii, zatímco v pohledech uživatelů i pracovníků je na předních místech. Oblíbenost a četnost jednotlivých činností je limitována výslednými produkty (výsledkem fyzioterapie či muzikoterapie není žádný hmatatelný produkt), což je v kontrastu s požadavky zřizovatele (viz otázka č.11).

### **Blok otázek č. 9-10**

Tento blok otázek je zaměřený na charakteristiku terapeutické hodiny (počet uživatelů ve skupině, délka terapeutické hodiny, náplň hodiny, výběr uživatelů do skupiny apod). Respondenti mohli volit vícero odpovědí.

#### **Charakteristika hodiny**

Počet uživatelů v hodině je shodné ve všech zařízeních 10-12 osob, délka hodiny je v rozmezí mezi 60 – 90 minutami.

#### **Aktivity, ze kterých se tvoří náplň hodiny**

<b>Aktivity, z kterých se tvoří náplň hodiny</b>	<b>Počet aktivit</b>
<b>Trénink paměti</b>	<b>15</b>
<b>Muzikoterapie</b>	<b>14</b>
<b>Relaxační cvičení</b>	<b>13</b>
<b>Kognitivní dovednosti</b>	<b>13</b>
<b>Reminiscenční t.</b>	<b>12</b>
<b>Arteterapie</b>	<b>12</b>
<b>Procvičování jm. motoriky</b>	<b>11</b>
<b>Vytváření výrobků</b>	<b>10</b>
<b>Komunikační dovednosti</b>	<b>9</b>
<b>Biblioterapie</b>	<b>9</b>
<b>Sociální návyky</b>	<b>9</b>
<b>Ergoterapie</b>	<b>8</b>
<b>Časoprostorové zakotvení</b>	<b>8</b>
<b>Rytmická cvičení</b>	<b>7</b>
<b>Fyzioterapie</b>	<b>7</b>
<b>Modelování</b>	<b>3</b>
<b>Terapeutické vaření</b>	<b>3</b>
<b>Pet-terapie</b>	<b>3</b>
<b>Kinezioterapie</b>	<b>3</b>
<b>Senzorická stimulace</b>	<b>1</b>
<b>Aplikace světla</b>	<b>0</b>

Tab.č.10

Z tabulky č.10 vyplývá, že náplň hodiny tvoří všechny vypsání aktivity. V kontextu s uváděnými terapiemi zjistíme, že respondenti v úvodních otázkách sami nevypsali aktivity, které potom zmínili v této otázce. Navíc šíře zmíněných aktivit (21 v nabídce) klade velké nároky na přípravu pracovníka (viz blíže otázky 7, 9.1). Dle četnosti odpovědí jsou však aktivity zařazované :

**Často:** mezi ně patří trénink paměti, muzikoterapie, relaxační cvičení, kognitivní dovednosti, reminiscenční terapie, arteterapie, procvičování jemné motoriky, vytváření výrobků.

**Méně často:** komunikační dovednosti, sociální návyky, časoprostorové zakotvení, rytmická cvičení, fyzioterapie.

**Jen občas:** modelování, terapeutické vaření a pet-terapie.

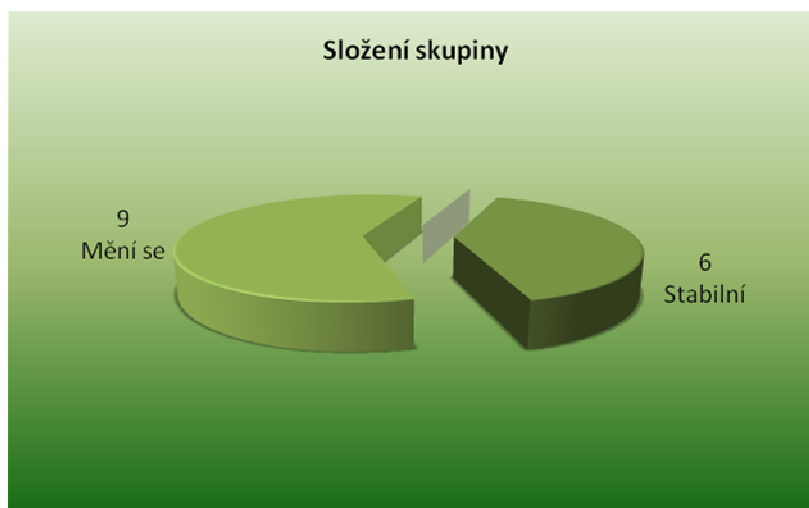
**Ojedinele nebo vůbec :** kinezioterapie, senzorická stimulace, aplikace světla a režimová úprava spánku.

Činnosti, které nejsou téměř zařazované do náplně terapeutických hodin, jsou natolik specifické, že speciálně nevyškolení pracovníci je nemohou používat. Z výsledku můžeme usuzovat, že některé činnosti pracovníci dělají přirozeně a pocitově, i když neznají třeba specifický nebo odborný název činnosti. Například časoprostorové zakotvení nebo tzv. orientace realitou.

### Složení skupiny

Složení skupiny	Počet	%
Stabilní	6	40
Mění se	9	60
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Tab.č.11



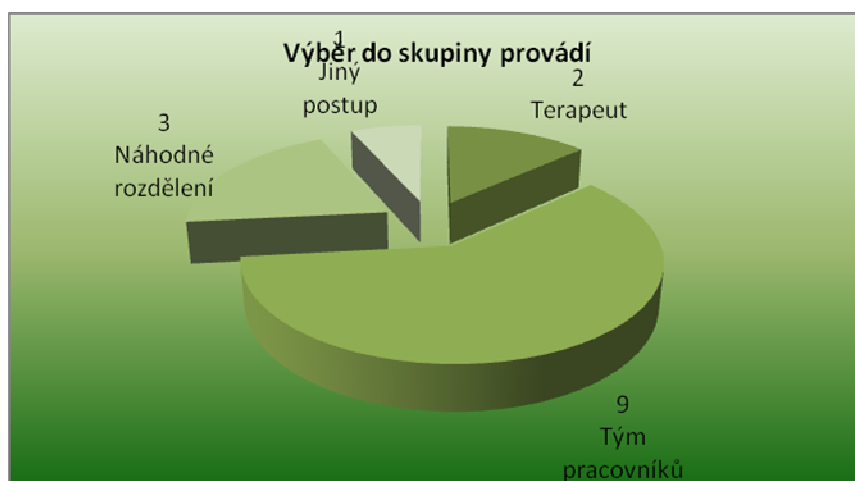
Graf 7:složení skupiny

V šesti zařízeních se pracuje stabilně se stejnou skupinou uživatelů, v devíti zařízeních se složení skupiny mění. Variabilní skupina s sebou nese větší zátěž na přípravu a dovednosti aktivizačního pracovníka, limituje možnosti vzájemné propojenosti jednotlivých lekcí.

### Výběr uživatelů do skupiny

Výběr do skupiny provádí	Počet	%
Terapeut	2	13,3
Tým pracovníků	9	60,0
Jde o náhodné rozdělení	3	20,0
Jiný postup(dle zájmu už.)	1	6,7
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Tab.č.12



Graf 8: výběr do skupiny provádí

Výběr do skupiny provádí tým pracovníků v devíti zařízeních, ve třech zařízeních se jedná o náhodné rozdělení, ve dvou zařízeních vybírá uživatele terapeut a v jednom zařízení se řídí zájmem uživatelů. Pozitivně hodnotíme, že na tvoření skupiny se podílí tým odborníků, protože to pomáhá holistickému pohledu na uživatele.

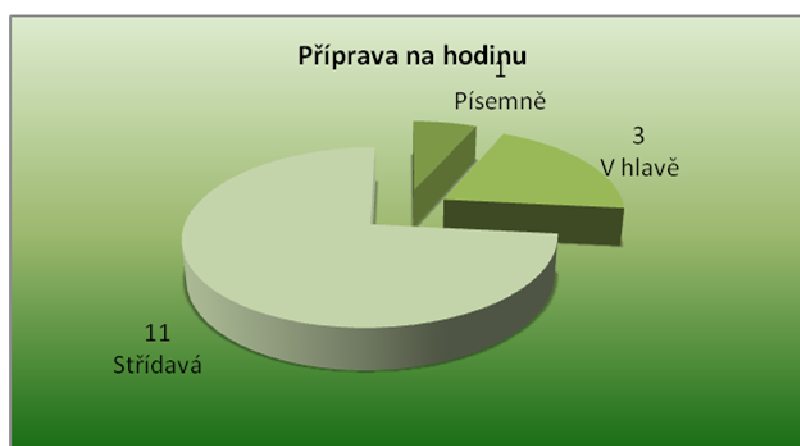
## Dodržování struktury hodiny (úvod, hlavní část, závěr)

Strukturu hodiny dodržují ve všech patnácti zařízeních. Pravidelná struktura je oporou pro uživatele, dává jim jistotu a pomáhá jim v orientaci v čase a místě, v orientaci v činnosti.

### Příprava na hodinu

Příprava na hodinu	Počet	%
Písemně	1	6,7
V hlavě	3	20,0
Střídavá	11	73,3
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Tab. č. 13



Graf 9: příprava na hodinu

Příprava na hodinu je u většiny zařízení střídavá (písemná a v hlavě), ve třech zařízeních dělají přípravu z hlavy a v jednom zařízení si přípravu zpracovávají písemně. Uvědomujeme si, že písemná příprava je zátěž. Zátěž ale vidíme i v případě přípravy „v hlavě“. Bez písemných záchytných bodů jsou zvýšeny nároky na teoretické znalosti, praktickou zkušenost, která posiluje kreativitu aktivizačního pracovníka a jeho organizační dovednosti. S přípravou na sezení se v pracovním rozvrhu nepočítá (jako např. u učitelů přímá a nepřímá práce). Určitě forma přípravy je v kontextu s frekvencí setkávání. Při takové četnosti různých činností (viz otázka č. 9.1) je při „přípravě v hlavě“ obtížné kontrolovat a dodržovat rovnoměrné využívání všech činností. Je



náročné zamezit intuitivnímu upřednostňování oblíbených aktivit či dokonce rutinní aplikaci činností.

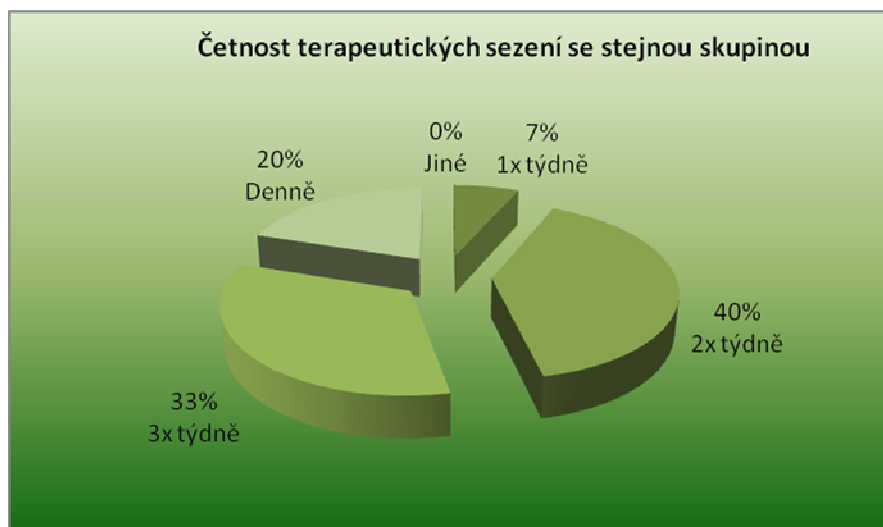
Aktivizace seniorů s demencí je vzhledem k diagnóze primárně omezena. Příčinou jsou především náhlé psychické rozlady seniorů. Proto je vhodné držet se pravidla, že někdy méně znamená více. V praxi se setkáváme s tím, že terapeuti (aktivizační pracovníci) jsou limitováni: časově, finančně, prostorově, kvalifikačně.

- Časové omezení se týká náplně práce (kromě aktivizačních činností, zastávají funkci zdravotních sester, sociálních pracovníků.....),
- finanční prostředky jsou omezené (např. terapeutická panenka 2000,-Kč ),
- prostorové možnosti – ne v každém v zařízení najdeme prostor, který splňuje podmínky pro terapeutické (aktivizační) činnosti,
- kvalifikace pracovníků je nedostatečná, setkáváme se s tím, že pracovníci nespĺňují potřebnou odbornou kvalifikaci.

#### Četnost terapeutických sezení se stejnou skupinou

Četnost terapeutických sezení se stejnou skupinou	Počet	%
1x týdně	1	7
2x týdně	6	40
3x týdně	5	33
Denně	3	20
Jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Tab.č.14



Graf 10: četnost terapeutických sezení se stejnou skupinou

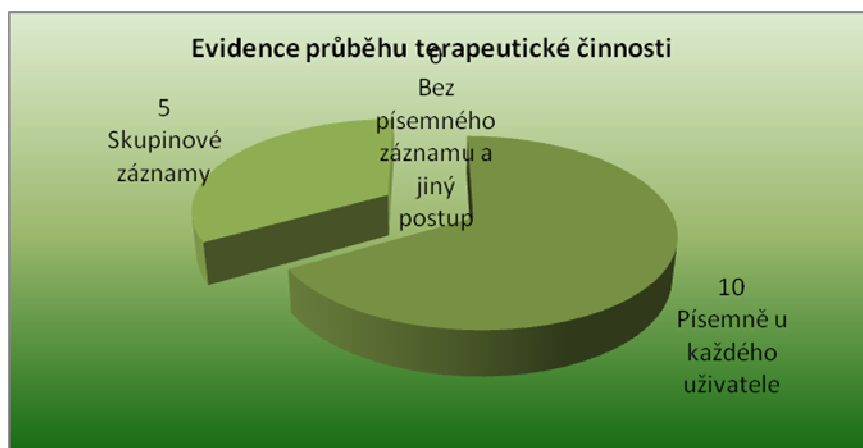
Nejčastější terapeutické sezení se stejnou skupinou je 2x nebo 3x týdně. Krajní varianty tj. jednou týdně nebo denně jsou využívány méně často. Sezení 2-3x týdně odpovídá jak psychické zátěži uživatelů, tak také časovému rozvrhu v zařízení a v neposlední řadě pracovní náplni aktivizačních pracovníků. Četnost sezení( graf č.10 ) a druhy činností (tabulka č.7) jsou důležitou informací v režimu uživatele. Jsou aktivizační programy jediné, čím uživatel naplňuje denní program? Pokud mají uživatelé vypsanou fyzioterapii, je přínosné ji potom začleňovat do aktivizačního programu? Naopak jde-li o imobilního uživatele, kolik času a personálu stojí zajistit účast takového uživatele v aktivizačním programu? Nakolik účast 2-3x týdně ovlivňuje kvalitu života uživatele? I když jsme si nekladli za cíl tuto otázku, je nezbytné ji v kontextu připomenout, stejně jako to, jak program může ovlivnit v pozitivním smyslu průběh choroby.

V neposlední řadě bychom měli mluvit o financích. Je možné zajišťovat 2-3x týdně program na profesionální úrovni (tj. strukturovaný, cílený, adaptovaný, vyvážený) s minimální finanční dotací (za hodinový plat sociálního pracovníka?). K této otázce se vrátíme na konci analýzy.

#### Evidence průběhu terapeutické činnosti

Evidence průběhu terapeutické činnosti	Počet	%
Písemně u každého uživatele	10	66,6
Skupinové záznamy	5	33,3
Bez písemného záznamu	0	0,0
Jiný postup	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Tab.č.15



Graf 11: evidence průběhu terapeutické činnosti

Zatímco u příprav je situace rozdílná, v otázce evidence je shoda v tom, že se provádí ve všech zařízeních v sledovaném souboru. Evidenci průběhu terapeutických činností v deseti zařízeních zaznamenávají u každého uživatele zvlášť a v pěti zařízeních se provádějí skupinové záznamy. V dalším šetření by bylo vhodné zjistit formu záznamu a její využití, stejně jako čas, který je potřebný k evidenci. Důležitou otázkou je využití záznamů, neboť si uvědomme, že na jednoho uživatele jsou to 2-3 záznamy za týden, k tomu přidáme další záznamy zdravotních sester, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka.

### **Kdo provádí terapeutické (aktivizační) činnosti s uživateli**

Z dotazníku vyplývá, že v sedmi zařízeních pracují s uživateli plně kvalifikovaní pracovníci v oboru. Pro zaměstnavatele je pracovní zařazení sociální pracovník, zdravotní sestra dostačující pro funkci terapeuta (aktivizačního pracovníka).

V následujících čtyřech zařízeních jsou to zaškolení pracovníci a ve zbývajících čtyřech zařízeních jsou to jiní méně kvalifikovaní pracovníci, uvedený důvod (lepší je nekvalifikovaný pracovník).

Zaujal nás poslední uvedený důvod „lepší je nekvalifikovaný pracovník.“ V kontextu poskytování institucionální péče, která má být v souladu s moderními trendy ve zdravotnictví a sociálních službách, je to důvod paradoxní. Navozuje nové otázky, ty ale nejsou předmětem šetření této diplomové práce.

Pro případné náměty k dalšímu šetření uvádíme:

Kdo a proč tuto odpověď napsal?

- byl to začínající respondent, který nemá žádnou praxi se seniory s demencí a nesplňuje dostatečnou odbornost a vzdělání .
- byl to respondent z dlouholetou praxí se seniory s demencí, který nesplňuje dostatečnou odbornost, vzdělání a pracuje na základě získané praxe, intuice,
- byl to respondent s požadovanou praxí , odborností a vzděláním?

Vrátíme-li se k informacím o používaných terapiích a činnostech, můžeme opět porovnávat připravenost pracovníků k aplikaci různých terapií a činností zvláště u tak specifických uživatelů, jako jsou osoby s demencí.

## Blok otázek č. 11- 13

Tento blok otázek se týká prezentace aktivizačních činností, zda zřizovatelé požadují zviditelňování zařízení a s jakými finančními náklady terapeuti (aktivizační pracovníci) disponují.

### Výsledky terapeutických činností

Požaduje zřizovatel výsledky terapeut. činnosti	Počet
Ne	2
Ano	13
<b>Celkem</b>	<b>15</b>

Tab.č.16

### Výběr možností prezentace

Možnosti	Počet
Dekorací a výzdobou výt.děl	12
Nástěnky- fotodokumentace	10
Výstavou výrobků v zařízení	5
Hudební vystoupení	1
Charitativním prodejem	1
Jinak(využitím web.stránek)	1
<b>Celkem</b>	<b>30</b>

Tab.č.17

Ve dvou zařízeních zřizovatel nepožaduje výsledky terapeutických činností zviditelňovat. Zbývajících třináct zařízení se prezentuje. Prezentace probíhá formou výstavy výrobků v zařízeních, dekorací a výzdobou výtvarných prací v zařízeních, nástěnkami s fotodokumentací, hudebním vystoupením, charitativním prodejem výrobků, využitím webových stránek. I když chápeme postoj zřizovatele, domníváme se, že je tento požadavek v nesouladu s nejčastěji používanými (a oblíbenými) činnostmi viz tab. 7 a 8 (fyzioterapie, trénink paměti, reminiscenční terapie, muzikoterapie). Jsou to činnosti, které nesměřují k vytvoření produktu. Vidíme zde prostor pro změnu představ, jak jednak přiblížit nabídku zařízení, ale zejména přínos

pro klienta a spokojenost uživatele. Mnohé činnosti jsou zaměřené prožitkově a kognitivně, z čehož nevznikají žádné produkty. Jde o společný prožitek a způsob trávení času. Shledáváme v přístupu zřizovatelů nepochopení významu aktivizačních programů.

### **Finanční náklady spojené s terapeutickou činností za poslední kalendářní rok**

Finanční otázka byla dotčena již dříve. Šest zařízení uvádí, že mohou disponovat ročně částkou nad 5 000,- korun, jedno zařízení disponuje částkou v rozmezí od 2001,- do 5000,- korun, šest zařízení má rozmezí od 501,- do 2000,- korun a dvě zařízení mají možnost využití finančních prostředků do 500,- korun.

Vezmeme-li středové hodnoty uvedených rozmezí, s tím, že nejvyšší částku budeme používat ve výši 6000 Kč, tak nám vychází průměrná částka cca 3200,- Kč. 7 zařízení (tj. asi polovina) má k dispozici průměrnou, ale spíše vyšší částku na aktivity s uživateli, podle odhadu aktivizačních pracovníků a 8 ze sledovaných zařízení nedisponuje pro své činnosti ani touto průměrnou částkou, a to se musí odrazit v zaměření a kvalitě aktivizací uživatelů. Budeme-li vycházet z průměrné částky a uděláme-li matematický propočet, zjistíme, že při úvaze 52 týdnů za rok, počítáno 40 týdnů s aktivizačním programem, počítáno 2 sezení týdně, dojdeme k závěru, že na jedno sezení je průměrně počítáno na pomůcky asi 40 Kč na X lidí. Ponechme na každém čtenáři, považuje-li částku za přiměřenou, dostatečnou či neadekvátní. Polovina zařízení nedisponuje ani touto částkou.

## 6.1 Diskuze

V této části diplomové práce se budeme zabývat otázkami k diskuzi, které vyplynuly z dotazníkového šetření a z konfrontace s poznatky z odborné literatury. Budeme se zabývat myšlenkou aktivizačních činností, proč jsou některé používané, jiné méně nebo vůbec. Provedeme komparace oblíbených aktivizačních činností u seniorů s demencí a u terapeutů (aktivizačních pracovníků). Zvážíme výzkumnou otázku, zda používané aktivizační činnosti souvisí s kvalifikací terapeutů (aktivizačních pracovníků) nebo s vynakládanými finančními prostředky.

K nejčastěji používaným terapeutickým (aktivizačním činnostem) patří trénink paměti, muzikoterapie, arteterapie, reminiscenční terapie. Uváděné činnosti jsou shodné s popisem činností uváděných v publikaci (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Z otázky v dotazníkovém šetření, která byla zaměřena na oblíbenost aktivizačních činností u uživatelů a pracovníků, vyplývají určité, i když ne velké, rozdíly. Dá se obecně říci, že uživatelé preferují prožitkové aktivizační činnosti a odborní pracovníci do připravovaných aktivizačních činností pravděpodobně promítají svůj názor o prospěšnosti (rehabilitace).

Další otázka k diskuzi zní : „Dala by se aktivizace nebo rehabilitace v sociálních zařízeních dělat také více prožitkovým způsobem?“ V souvislosti s aktivizacemi nám vyplynuly další hypotetické otázky (šetřením tyto myšlenky nelze doložit) : „Souvisí nabízené aktivizační činnosti se zaměřením a výší vzdělání pracovníků?“ Domníváme se, že ano. Pokud aktivizaci dělají vzdělaní a vyškolení pracovníci, je pravděpodobně nabídka vyvážená. Otázka nabídky aktivizací také souvisí s finančními možnostmi v jednotlivých zařízeních věnovaných na aktivizační programy. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že jsou i zařízení podle odpovědí respondentů, která dávají na aktivizace velice malé částky.

Naše další otázka k diskuzi nebo dalšímu šetření zní : „Mohou být při těchto finančních rozdílech, tzn. i v nabídkách a pestrosti aktivizačních programů, dodrženy rovné podmínky pro uživatele?“ Jestliže vyjdeme z poznatku, že jsou aktivizace pro udržení soběstačnosti a motoriky apod. prospěšné, měli by uživatelé ve všech zařízeních mít šanci takovéto činnosti provozovat.

V odborné literatuře věnované terapii je uváděna metoda „dramaterapie“. V žádném ve sledovaných sociálních zařízeních, kde dotazníkové šetření probíhalo, dramaterapie není používána.

V kapitole 4.1.4 „Modelový scénář setkávání seniorů s demencí“ je popsán modelový scénář „Dramaterapie“, která není zmiňována v doporučujících aktivizačních činnostech.

Dramaterapie je metoda terapeutická, ne aktivizační.

Valenta ve své publikaci „Dramaterapie“ uvádí, že v období třetího věku dochází u seniorů k biopsychosociálním změnám, které mají ireverzibilní povahu. Z výzkumů a praxe máme potvrzeno, že proces učení je v důsledku klesající flexibility a adaptability u starých lidí několikanásobně snížen, jako impregnační paměťové schopnosti. Bylo ale také zjištěno, že percepce řeči, hudební sluch, binokulární ostrost, paměť a schopnost učení se mohou udržet na vysoké úrovni, pokud jsou v průběhu života posilovány, což dává opodstatnění celé škále intervenčních postupů, které se u seniorů aplikují pro zpomalení involučních procesů. I dramaterapie je jedním z těchto procesů. Je prostředkem reedukace, kompenzace a rehabilitace seniorů a zároveň je smysluplnou, perspektivní a strukturovanou náplní volného času.

Dramaterapie je náročná na přípravu, vyžaduje trpělivost, znalosti a zkušenosti se seniory s demencí. Terapeut musí znát obor gerontopsychologie a měl by mít přímou zkušenost se zvláštnostmi osobnostní struktury starého člověka (Valenta, 2009).

Můžeme konstatovat, že cíl formulovaný v úvodu 5. kapitoly byl dosažen.

## Závěr

Mnoho lidí se podle středního věku dožití dočká devadesátých narozenin, a pokud zůstane trend dlouhověkosti nezměněn, jejich děti, popřípadě vnoučata velmi pravděpodobně oslaví trojciferné narozeniny. Dlouhý život není výsadou příští generace, je to velmi pravděpodobný osud většiny žijících Evropanů. Na čem je zmíněný optimismus založen? Proces aktivizace stáří je z hlediska naší společenské a ekonomické budoucnosti zásadní a jako takový by měl být podporován. Na stáří bychom měli nahlížet diferencovaně. Délka života je do určité míry podmíněna i geneticky. Neexistuje žádná zázračná pilulka ani očkování proti stárnutí. Jde o to porozumět předpokladům zdravého stáří a jak tento proces ovlivnit.

Onemocnění typu demence je komplikací, která vstupuje do života každého z nás. I když vzniku onemocnění nemůžeme zabránit, můžeme alespoň zpomalit jeho průběh. Pomocí screeningu, včasnou diagnózou, farmakoterapií, vhodnými aktivitami, správnou životosprávou a profesionálním přístupem. Kvalita života, která je nejvíce ovlivněna aktivním a kvalitním životem, je prioritou, kterou se snažíme u seniorů s demencí zachovat. Kvalita života může významně ovlivňovat funkční změny spojené se stárnutím, které jsou vedle zdravotního stavu zásadní pro kvalitní stáří.

V současné době nemá Česká republika fungující systém péče o seniory. Chybí jednotná strategie mezi zdravotnickými a sociálními službami, které by pomohly vyjasnit kompetence mezi resorty ministerstva zdravotnictví a ministerstva sociálních věcí. Z demografických studií vyplývá, že nárůst obyvatel nad 65 let se bude zvyšovat a v roce 2030 budeme „národ seniorů“. Vyvíjená činnost v oblasti péče o seniory s demencí je nedostatečná, to ale neznamená, že se společnost k této problematice obrací zády. Nutné je změnit společenské náhledy a vztah společnosti jako celku k seniorům s demencí a nezbytné je se touto situací zabývat.

Již nyní se s velkými finančními problémy potýkají mnohá zařízení. Finanční prostředky jim nestačí na běžný provoz, natož na zaměstnávání kvalifikovaných terapeutů (aktivizačních pracovníků), kteří jsou jedni z klíčových pracovníků v oblasti péče o seniory s demencí.



V náhledu do problematiky aktivizace seniorů s demencí formou dotazníkového šetření se nám sice potvrdilo, že terapeuti (aktivizační pracovníci) pracují na základě dodržování struktury hodiny, pracují s osvědčenými a smysluplnými aktivitami, které jsou prožitkové. Mají zájem o danou problematiku a o práci se seniory s demencí, což vyplývá z účasti při vyplňování dotazníků. Je to pouze malý vzorek a pro získání validních výsledků nedostatečný. Proto je žádoucí, aby pohled společnosti na stáří jako takové bylo pochopeno, oceněno a aby se odlišovalo podstatné od nepodstatného.

Díky předkládané diplomové práci jsme měli možnost zamyšlení nad problematikou aktivizace seniorů s demencí, pochopení souvislostí a získání teoretických znalostí, které jsou nezbytné pro jakoukoliv odbornou práci. Budeme usilovat o to, aby tento teoretický základ posloužil dobré myšlence. Pokusíme se v reálném životě uplatnit znalosti a silnou motivaci získanou studiem na Univerzitě Karlově.

V návrhu pro praxi podtrhujeme zvyšování kvalifikace terapeutů (aktivizačních pracovníků), pokud ji nesplňují, formou studia na příslušných vysokých školách. Osvětou v oblasti péče o seniory s demencí, spoluprací s tuzemskými i zahraničními institucemi zaměřenými na péči o seniory s demencí. Výměnnými pobyty a stážemi pořádanými v tuzemsku i v zahraniční formou benefitů. Medializací a publikováním odborných studií v oblasti péče o seniory s demencí.

## Resumé

Máme ověřeno, že aktivizační činnosti používané v pobytových zařízeních pro seniory s demencí jsou smysluplnou činností a jejich uplatnění (využití) vyplývá z výsledků dotazníkového šetření. Užívané aktivizační činnosti jsou shodné s popisem činností v odborné literatuře. Nejoblíbenější aktivizační činnosti u uživatelů a aktivizačních pracovníků se s nevelkými rozdíly shodují. Příznivé je také zjištění, že aktivizační pracovníci mají středoškolské a vysokoškolské vzdělání. Ve velké míře jsou zastoupeni sociální pracovníci a zdravotní sestry. Bohužel v žádném zařízení není vytvořena pracovní pozice pro speciálního pedagoga. V každém pobytovém zařízení je dodržována struktura hodiny i metodické postupy při přípravě na hodinu, délce trvání, četnosti sezení a evidenci o průběhu hodiny. Rozdílnost byla zjištěna v poskytování finančních prostředků na aktivizační činnosti od jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. Přínosem dotazníkového šetření bylo zjištění, že v pobytových zařízeních probíhají komplexní aktivizační programy a jsou využívány techniky vhodné pro práci se seniory s demencí. Aktivizace je přizpůsobena specifickým potřebám seniorů s demencí. Rovné podmínky nejsou vytvořeny v poskytování finančních prostředků na aktivizační činnosti. Dalším přínosem dotazníkového šetření pro obor bylo zjištění, že nejsou vytvářeny pracovní pozice pro speciální pedagogy.

Klíčová slova: aktivizační činnosti, finanční prostředky, vzdělání

## Seznam použité literatury

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY: Dopis Rukojmímu, str. 49 -50, Vyšehrad, ISBN80-7021-453-8.

ČEVELA, Rostislav., KALVACH, Zdeněk., ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2012, 264 s. ISBN 987-80-247-3901-4.

DRAPELA, J., Viktor. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003, 175 s. ISBN 80-7178-766-3.

GLENNER, Joy a kol. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Portál, 2012, 136 s. ISBN 13: 978-80-262-0154-0.

GRUSS, Peter.(ed.). *Perspektivy stárnutí : z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd.1. Praha : Portál s.r.o., 2009. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

HARTL, P HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1 vydání, Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HOLMEROVÁ Iva., JAROLIMOVÁ, Eva., NOVÁKOVÁ, Helena.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Vyd.5. Praha: Pfizer, spol.s.r.o.2004.

HOLMEROVÁ,Iva.,JAROLÍMOVÁ,Eva.,SUCHÁ,Jitka. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Edice Vážka, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ,Iva.,JURAŠKOVÁ,Božena.,ZIKMUNDOVÁ,Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. ČSLA 2003, 2. doplněné vydání, 88 s. ISBN 80-86541-12-6.

JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

JIRÁK, Roman., KOUKOLÍK, František. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 6.vydání, Praha: SPN, 2002, 862 s. ISBN 80-7235-023-4.

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1.vydání, Olomouc: vydavatelství UP, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého 2005. 300 s. ISBN 80-244-1075-3.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vydání, Brno: vydavatelství MU, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

PAVLOVSKÝ, Pavel., JANOTOVÁ, Dana., RABOCH, Jiří. *Psychiatrie.: minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006, 212 s. ISBN 8072547461.

SACKS Oliver. *Antropoložka na Marsu*. Dybbuk, 2009, 288 s. ISBN 978-80-86862-81-1.

SILLAMY, N. *Psychologický slovník*. 1.vydání, Olomouc: vydavatelství UP, 2001, 246 s. ISBN 80-244-0249-1.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří : Kapitoly z gerontosociologie*. Praha : Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

TOŠNEROVÁ, Tamara., Radvan BAHBAOUH. *Orientační vyšetření deprese a demence v ordinaci praktického lékaře: Opomíjené diagnózy ve stáří*. 1.sešit. Ambulance pro poruchy paměti FNKV: sdružení HESTIA, 1999, 12 s.

VALENTA, Milan. *Dramatoterapie*. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 80-247-1819-7.

## **Elektronické dokumenty**

Medicina.cz: První český zdravotnický portál. [online]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: [://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s\\_id=2545&s\\_rub=136&s\\_sv=2&s\\_ts=39](http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2545&s_rub=136&s_sv=2&s_ts=39).

MPSV [online]. 2006 [cit. 2012-08-05]. Zákon o sociálních službách. Dostupné z WWW: [.<.mpsv.cz>](http://www.mpsv.cz).

MPSV [online]. 2008 [cit. 2013-3-05]. Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, Dostupný z WWW: [.<http://www.MPSV.CZ>](http://www.MPSV.CZ).

MPSV [online].1963[cit. 2012-08-05].Zákon o rodině. Dostupné z WWW: [.<www.mpsv.cz>](http://www.mpsv.cz).

MPSV. In: VÁLKOVÁ, Monika a Iva HOLMEROVÁ. [online]. MPSV,19.5.2010[cit. 2012-07-15]. *Jaké jsou důvody pro změnu v systému zdravotně-sociální péče v ČR ?*.: Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8781>.

MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele.*, 2002. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>.

MZ: Zákon o péči a zdraví lidu. In: [Www.esipa.cz](http://www.esipa.cz) [online]. 1966 [cit. 2012-08-17].

Reformy MPSV. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>

Reformy MPSV: Zásady OSN pro seniory. [online]. [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>.

Situace v ČR a ve světě. [online]. [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>.

Služby ČASL. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/>.

TOPINKOVÁ, CSc, Prof. MUDr. Eva. Nemoci ve stáří. In: [online]. 12.11.2008 [cit. 2013-03-04]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>.

### **Novinové články**

Domovy pro seniory: Jak najít vhodné bydlení na stáří. *Domovy pro seniory: Jak najít vhodné bydlení na stáří*. 2012, 2.díl. DOI: Lidové noviny. Dostupné z: Lidové noviny.

### **Odborné časopisy**

*Pražský senior*: 5 ročník, Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2013, 26 s.

*Sociální služby*: Jana Hanousková. Zdeněk Kašpárek. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2013, 38 s.

### **Přílohy**

Příloha č.1 dotazník

Příloha č.2 dotazník s výchozími daty

Příloha č. 3 dotazník vyplněný respondentem

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

Vážení kolegové,

prosím o vyplnění následujícího dotazníku určeného k průzkumu pro magisterskou práci na Pedagogické fakultě UK v Praze. Cílem šetření je získání konkrétních poznatků práce terapeutů se seniory s demencí v pobytových zařízeních, jak se uživatelé aktivizují, z čeho terapeuti vycházejí, jaké mají cíle, v čem vidí smysluplnost prováděné práce, jaké terapeutické činnosti nejčastěji provádějí, jaká je struktura a charakteristika terapeutických hodin, s jakými finančními prostředky disponují. Výstupem by mělo být poukázání na případné deficity v této oblasti a nastínění možností jejich řešení (sociologický průzkum má pomoci v náhledu do problematiky terapie se seniory s demencí.)

Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely šetření.

Dotazník je koncipován převážně jako strukturovaný. U otevřených otázek prosím o volnou odpověď. U položek uzavřených vyberte, prosím, z nabízených možností. Správné odpovědi označte kliknutím na vyznačené obrazce u jednotlivých otázek. U některých otázek je možné označit i více odpovědí, nebo vpisujte další možnosti na místa tomu určená.

Děkuji za vyplnění dotazníku  
Bc. Zora Zelená

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

1. Kde pracujete?

- A ve Státním zařízení
- B v Soukromém ziskovém zařízení
- C v Neziskovém zařízení

2. V jakém zařízení pracujete?

- A v LDN
- B v Domově pro seniory
- C v Domově seniorů se zvláštním režimem
- D v Jiném (prosím uveďte) .....

3. Uveďte prosím Vaše dosažené vzdělání:

Stupeň:

- A Středoškolské
- B Vyšší odborné
- C Bakalářské
- D Magisterské
- E Jiné (prosím uveďte) .....

Obor:

- A. Zdravotnické
- B. Sociální pedagogika
- C. Sociální práce
- D. Speciální pedagogika
- E. Jiné (prosím uveďte) .....

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- A Zdravotní sestra
- B Sociální pracovník
- C Speciální pedagog
- D Ergoterapeut
- E Fyzioterapeut
- F Jiné (prosím uveďte) .....

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

5. Jaká je věková kategorie Vašich uživatelů?

Věková kategorie: .....

5.1 Uživatelé, kteří se účastní terapeutických nebo aktivizačních činností jsou (můžete uvést více možných odpovědí):

- A Chodící
- B Chodící s pomocí chodítka, berlí
- C Na invalidním vozíku s dopomocí personálu
- D Imobilní (na lůžku)

6. Proč připravujete terapeutické hodiny (můžete uvést více možných odpovědí):

- A Emoční naladění
- B Aktuální prožitek
- C Preventivní opatření
- D Sociální začleňování
- E Interakce
- F Kvalita života
- G Uspokojování potřeb
- H Jiné (prosím uveďte) .....

6.1 Vaši uživatelé jsou:

- A Senioři
- B Osoby s demencí
- C Osoby s jiným znevýhodnění (prosím uveďte s jakým) .....



7. Jaké terapeutické činnosti ve Vašem zařízení uplatňujete (můžete uvést více možností odpovědí)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A Arteterapie     | <input type="checkbox"/> H Terapeutické vaření        |
| <input type="checkbox"/> B Muzikoterapie   | <input type="checkbox"/> CH Senzorická stimulace      |
| <input type="checkbox"/> C Taneční terapie | <input type="checkbox"/> I Režimová úprava spánku     |
| <input type="checkbox"/> D Biblioterapie   | <input type="checkbox"/> J Fyzioterapie               |
| <input type="checkbox"/> E Reminiscence    | <input type="checkbox"/> K Aplikace světla            |
| <input type="checkbox"/> F Kinezioterapie  | <input type="checkbox"/> L Trénink paměti             |
| <input type="checkbox"/> G. Pet – terapie  | <input type="checkbox"/> M Jiné (prosím uveďte) ..... |

8. Uveďte, prosím, tři nejoblíbenější činnosti z výše uvedených

A u uživatelů .....

B u pracovníků – terapeutů .....

9. Charakterizujte, prosím, terapeutickou „hodinu„

A počet uživatelů ve skupině .....

B délka .....

9.1 Z jakých aktivit tvoříte náplň hodiny s uživateli (označte ty, které začleňujete do programu)?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muzikoterapie            | <input type="checkbox"/> Relaxační cvičení           |
| <input type="checkbox"/> Reminiscenční terapie    | <input type="checkbox"/> Terapeutické vaření         |
| <input type="checkbox"/> Modelování               | <input type="checkbox"/> Rytmická cvičení            |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapie              | <input type="checkbox"/> Aplikace světla             |
| <input type="checkbox"/> Vytváření výrobků        | <input type="checkbox"/> Procvičování jemné motoriky |
| <input type="checkbox"/> Arteterapie              | <input type="checkbox"/> Fyzioterapie                |
| <input type="checkbox"/> Trénink paměti           | <input type="checkbox"/> Kognitivní dovednosti       |
| <input type="checkbox"/> Kinezioterapie           | <input type="checkbox"/> Senzorická stimulace        |
| <input type="checkbox"/> Komunikační dovednosti   | <input type="checkbox"/> Sociální návyky             |
| <input type="checkbox"/> Biblioterapie            | <input type="checkbox"/> Jiné (prosím uveďte) .....  |
| <input type="checkbox"/> Časoprostorové zakotvení |  |
| <input type="checkbox"/> Pet- terapie             |  |

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

9.2 Jaké je složení skupiny?

- A Stabilní
  - B Mění se
  - C Je to jinak (prosím uveďte)
- .....

9.4 Dodržujete strukturu hodiny – úvod, hlavní část, závěr?

- A Ano
- B Ne

9.3 Kdo dělá výběr uživatelů do skupiny?

- A Terapeut
  - B Tým pracovníků
  - C Jde o náhodné rozdělení
  - D Postupujeme jinak (prosím uveďte)
- .....

9.5 Jak se připravujete na hodinu?

- A Písemně
- B Příprava v hlavě
- C Střídavá příprava

9.6 Jaká je četnost terapeutických sezení se stejnou skupinou?

- A 1x týdně
- B 2x týdně
- C 3x týdně
- D denně
- E Jiné (prosím uveďte) .....

9.7 Jak evidujete průběh terapeutické činnosti?

- A Vedeme písemné záznamy u každého uživatele hodiny
- B Vedeme písemné záznamy v průběhu hodiny skupiny (samostatné evidence činností skupiny, ne jednotlivce)
- C Nevedeme písemné záznamy
- D Postupujeme jinak (prosím uveďte jak ) .....

10. Kdo ve Vašem zařízení provádí terapeutickou nebo aktivizační činnost s uživateli?

- A Plně kvalifikovaný pracovník v oboru .....
- B Zaškolený pracovník s kurzem .....
- C Jiný méně kvalifikovaný pracovník (prosím uveďte důvod) .....

11. Požaduje zřizovatel výsledky terapeutických činností zviditelňovat?

- A NE
- B ANO – vyberte jak (zaškrtněte všechny možnosti)
- A Výstavou výrobků ve Vašem zařízení
- B Dekorací a výzdobou výtvarných děl
- C Prezentací průběhu terapeutických činností na nástěnkách (fotografie)
- D Hudebním vystoupením
- E Charitativním prodejem Vašich výrobků
- F Jinak (prosím uveďte jak) .....

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

12. Jaké jsou podle Vašeho odhadu finanční náklady na terapeutické činnosti za poslední kalendářní rok?

- A Do – 500,- Kč
- B 501 – 2000,- Kč
- C 2001 – 5000,- Kč
- D Nad – 5000,- Kč

13. Pokud máte zájem doplnit tento dotazník o Vaše zkušenosti k uvedené problematice, prosím, uveďte je

.....

Děkuji za otevřenost a laskavost při vyplňování tohoto dotazníku.

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

12. Jaké jsou podle Vašeho odhadu finanční náklady na terapeutické činnosti za poslední kalendářní rok?

- A Do – 500,- Kč
- B 501 – 2000,- Kč
- C 2001 – 5000,- Kč
- D Nad – 5000,- Kč

13. Pokud máte zájem doplnit tento dotazník o Vaše zkušenosti k uvedené problematice, prosím, uveďte je

.....

Děkuji za otevřenost a laskavost při vyplňování tohoto dotazníku.

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

Vážení kolegové,

prosím o vyplnění následujícího dotazníku určeného k průzkumu pro magisterskou práci na Pedagogické fakultě UK v Praze. Cílem šetření je získání konkrétních poznatků práce terapeutů se seniory s demencí v pobytových zařízeních, jak se uživatelé aktivizují, z čeho terapeuti vycházejí, jaké mají cíle, v čem vidí smysluplnost prováděné práce, jaké terapeutické činnosti nejčastěji provádějí, jaká je struktura a charakteristika terapeutických hodin, s jakými finančními prostředky disponují. Výstupem by mělo být poukázání na případné deficity v této oblasti a nastínění možností jejich řešení (sociologický průzkum má pomoci v náhledu do problematiky terapie se seniory s demencí.)

Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely šetření.

Dotazník je koncipován převážně jako strukturovaný. U otevřených otázek prosím o volnou odpověď. U položek uzavřených vyberte, prosím, z nabízených možností. Správné odpovědi označte kliknutím na vyznačené obrazce u jednotlivých otázek. U některých otázek je možné označit i více odpovědí, nebo vpisujte další možnosti na místa tomu určená.

Děkuji za vyplnění dotazníku  
Bc. Zora Zelená

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

1. Kde pracujete?

- A ve Státním zařízení 15
- B v Soukromém ziskovém zařízení
- C v Neziskovém zařízení

2. V jakém zařízení pracujete?

- A v LDN
- B v Domově pro seniory 10
- C v Domově seniorů se zvláštním režimem 5
- D v Jiném (prosím uveďte) .....

3. Uveďte prosím Vaše dosažené vzdělání:

Stupeň:

- A Středoškolské 7
- B Vyšší odborné
- C Bakalářské 5
- D Magisterské 3
- E Jiné (prosím uveďte) .....

Obor:

- A. Zdravotnické 6
- B. Sociální pedagogika
- C. Sociální práce 7
- D. Speciální pedagogika
- E. Jiné (prosím uveďte) .....

SPŠ 1  
SPGŠ 1

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- A Zdravotní sestra 2
- B Sociální pracovník 9
- C Speciální pedagog
- D Ergoterapeut 2
- E Fyzioterapeut
- F Jiné (prosím uveďte) .....

koordinátor denní stacionář 1  
pracovník v soc. službách  
altern. podpory 1

5. Jaká je věková kategorie Vašich uživatelů?

Věková kategorie: ..... 60 -100

5.1 Uživatelé, kteří se účastní terapeutických nebo aktivizačních činností jsou (můžete uvést více možných odpovědí):

- A Chodící 15
- B Chodící s pomocí chodítka, berlí 15
- C Na invalidním vozíku s dopomocí personálu 13
- D Imobilní (na lůžku) 7

6. Proč připravujete terapeutické hodiny (můžete uvést více možných odpovědí):

- A Emoční naladění 13
- B Aktuální prožitek 12
- C Preventivní opatření 11
- D Sociální začleňování 14
- E Interakce 13
- F Kvalita života 13
- G Uspokojování potřeb 11
- H Jiné (prosím uveďte) .....

6.1 Vaši uživatelé jsou:

- A Senioři 15
- B Osoby s demencí 15
- C Osoby s jiným znevýhodnění (prosím uveďte s jakým) .....



7. Jaké terapeutické činnosti ve Vašem zařízení uplatňujete (můžete uvést více možností odpovědí)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A Arteterapie 12    | <input type="checkbox"/> H Terapeutické vaření 7      |
| <input type="checkbox"/> B Muzikoterapie 14  | <input type="checkbox"/> CH Sensorická stimulace 2    |
| <input type="checkbox"/> C Taneční terapie 4 | <input type="checkbox"/> I Režimová úprava spánku     |
| <input type="checkbox"/> D Biblioterapie 9   | <input type="checkbox"/> J Fyzioterapie 9             |
| <input type="checkbox"/> E Reminiscence 11   | <input type="checkbox"/> K Aplikace světla 1          |
| <input type="checkbox"/> F Kinezioterapie 1  | <input type="checkbox"/> L Trénink paměti 15          |
| <input type="checkbox"/> G. Pet – terapie 5  | <input type="checkbox"/> M Jiné (prosím uveďte) ..... |

8. Uveďte, prosím, tři nejoblíbenější činnosti z výše uvedených

A u uživatelů ..... muzikoterapie 11, trénink paměti 9, reminis. terapie 6, fyzioterapie 6

B u pracovníků – terapeutů ..... fyzioterapie 8, trénink paměti 8, muzikoterapie 7, reminis. terapie 5

9. Charakterizujte, prosím, terapeutickou „hodinu„

A počet uživatelů ve skupině ..... 10 - 12

B délka ..... 1h - 1,5h

9.1 Z jakých aktivit tvoříte náplň hodiny s uživateli (označte ty, které začleňujete do programu)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muzikoterapie 14           | <input type="checkbox"/> Relaxační cvičení 13           |
| <input type="checkbox"/> Reminiscenční terapie 12   | <input type="checkbox"/> Terapeutické vaření 3          |
| <input type="checkbox"/> Modelování 3               | <input type="checkbox"/> Rytmická cvičení 7             |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapie 8              | <input type="checkbox"/> Aplikace světla                |
| <input type="checkbox"/> Vytváření výrobků 10       | <input type="checkbox"/> Procvičování jemné motoriky 11 |
| <input type="checkbox"/> Arteterapie 12             | <input type="checkbox"/> Fyzioterapie 7                 |
| <input type="checkbox"/> Trénink paměti 15          | <input type="checkbox"/> Kognitivní dovednosti 13       |
| <input type="checkbox"/> Kinezioterapie 3           | <input type="checkbox"/> Sensorická stimulace 1         |
| <input type="checkbox"/> Komunikační dovednosti 9   | <input type="checkbox"/> Sociální návyky 9              |
| <input type="checkbox"/> Biblioterapie 9            | <input type="checkbox"/> Jiné (prosím uveďte) .....     |
| <input type="checkbox"/> Časoprostorové zakotvení 8 |   |
| <input type="checkbox"/> Pet- terapie 3             |   |

9.2 Jaké je složení skupiny?

- A Stabilní 6
  - B Mění se 9
  - C Je to jinak (prosím uveďte)
- .....

9.4 Dodržujete strukturu hodiny – úvod, hlavní část, závěr?

- A Ano 15
- B Ne

9.3 Kdo dělá výběr uživatelů do skupiny?

- A Terapeut 2
  - B Tým pracovníků 9
  - C Jde o náhodné rozdělení 3
  - D Postupujeme jinak (prosím uveďte) 1
- dle zájmu uživatele
- .....

9.5 Jak se připravujete na hodinu?

- A Písemně 1
- B Příprava v hlavě 3
- C Střídavá příprava 11

9.6 Jaká je četnost terapeutických sezení se stejnou skupinou?

- A 1x týdně 1
- B 2x týdně 6
- C 3x týdně 5
- D denně 3
- E Jiné (prosím uveďte) .....

9.7 Jak evidujete průběh terapeutické činnosti?

- A Vedeme písemné záznamy u každého uživatele hodiny 10
- B Vedeme písemné záznamy v průběhu hodiny skupiny (samostatné evidence činností skupiny, ne jednotlivce) 5
- C Nevedeme písemné záznamy
- D Postupujeme jinak (prosím uveďte jak) .....

10. Kdo ve Vašem zařízení provádí terapeutickou nebo aktivizační činnost s uživateli?

- A Plně kvalifikovaný pracovník v oboru 7
- B Zaškolený pracovník s kurzem 4
- C Jiný méně kvalifikovaný pracovník (prosím uveďte důvod) 4 lepší je nekvalif. prac. ....

11. Požaduje zřizovatel výsledky terapeutických činností zviditelňovat?

- A NE 2
- B ANO – vyberte jak (zaškrtněte všechny možnosti) 13
- A Výstavou výrobků ve Vašem zařízení 5
- B Dekorací a výzdobou výtvarných děl 12
- C Prezentací průběhu terapeutických činností na nástěnkách (fotografie) 10
- D Hudebním vystoupením 1
- E Charitativním prodejem Vašich výrobků 1
- F Jinak (prosím uveďte jak) 2 webové stránky .....

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

12. Jaké jsou podle Vašeho odhadu finanční náklady na terapeutické činnosti za poslední kalendářní rok?

- A Do – 500,- Kč 2
- B 501 – 2000,- Kč 6
- C 2001 – 5000,- Kč 1
- D Nad – 5000,- Kč 6

13. Pokud máte zájem doplnit tento dotazník o Vaše zkušenosti k uvedené problematice, prosím, uveďte je

---

Děkuji za otevřenost a laskavost při vyplňování tohoto dotazníku.

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

Vážení kolegové,

prosím o vyplnění následujícího dotazníku určeného k průzkumu pro magisterskou práci na Pedagogické fakultě UK v Praze. Cílem šetření je získání konkrétních poznatků práce terapeutů se seniory s demencí v pobytových zařízeních, jak se uživatelé aktivizují, z čeho terapeuti vycházejí, jaké mají cíle, v čem vidí smysluplnost prováděné práce, jaké terapeutické činnosti nejčastěji provádějí, jaká je struktura a charakteristika terapeutických hodin, s jakými finančními prostředky disponují. Výstupem by mělo být poukázání na případné deficity v této oblasti a nastínění možností jejich řešení (sociologický průzkum má pomoci v náhledu do problematiky terapie se seniory s demencí.)

Informace, které poskytnete, jsou důvěrné, anonymní a budou využity pouze pro účely šetření.

Dotazník je koncipován převážně jako strukturovaný. U otevřených otázek prosím o volnou odpověď. U položek uzavřených vyberte, prosím, z nabízených možností. Správné odpovědi označte kliknutím na vyznačené obrazce u jednotlivých otázek. U některých otázek je možné označit i více odpovědí, nebo vpisujte další možnosti na místa tomu určená.

Děkuji za vyplnění dotazníku  
Bc. Zora Zelená

## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

1. Kde pracujete?

- A ve Státním zařízení
- B v Soukromém ziskovém zařízení
- C v Neziskovém zařízení

2. V jakém zařízení pracujete?

- A v LDN
- B v Domově pro seniory
- C v Domově seniorů se zvláštním režimem
- D v Jiném (prosím uveďte) .....

3. Uveďte prosím Vaše dosažené vzdělání:

Stupeň:

- A Středoškolské
- B Vyšší odborné
- C Bakalářské
- D Magisterské
- E Jiné (prosím uveďte) .....

Obor:

- A. Zdravotnické
- B. Sociální pedagogika
- C. Sociální práce
- D. Speciální pedagogika
- E. Jiné (prosím uveďte) .....

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- A Zdravotní sestra
- B Sociální pracovník
- C Speciální pedagog
- D Ergoterapeut
- E Fyzioterapeut
- F Jiné (prosím uveďte) .....

5. Jaká je věková kategorie Vašich uživatelů?

Věková kategorie: **60 - 100** .....

5.1 Uživatelé, kteří se účastní terapeutických nebo aktivizačních činností jsou (můžete uvést více možných odpovědí):

- A Chodící
- B Chodící s pomocí chodítka, berlí
- C Na invalidním vozíku s dopomocí personálu
- D Imobilní (na lůžku)

6. Proč připravujete terapeutické hodiny (můžete uvést více možných odpovědí):

- A Emoční naladění
- B Aktuální prožitek
- C Preventivní opatření
- D Sociální začleňování
- E Interakce
- F Kvalita života
- G Uspokojování potřeb
- H Jiné (prosím uveďte) .....

6.1 Vaši uživatelé jsou:

- A Senioři
- B Osoby s demencí
- C Osoby s jiným znevýhodnění (prosím uveďte s jakým) .....

7. Jaké terapeutické činnosti ve Vašem zařízení uplatňujete (můžete uvést více možností odpovědí)?

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> A Arteterapie   | <input type="checkbox"/> H Terapeutické vaření        |
| <input checked="" type="checkbox"/> B Muzikoterapie | <input type="checkbox"/> CH Sensorická stimulace      |
| <input type="checkbox"/> C Taneční terapie          | <input type="checkbox"/> I Režimová úprava spánku     |
| <input type="checkbox"/> D Biblioterapie            | <input checked="" type="checkbox"/> J Fyzioterapie    |
| <input checked="" type="checkbox"/> E Reminiscence  | <input type="checkbox"/> K Aplikace světla            |
| <input type="checkbox"/> F Kinezioterapie           | <input checked="" type="checkbox"/> L Trénink paměti  |
| <input type="checkbox"/> G. Pet – terapie           | <input type="checkbox"/> M Jiné (prosím uveďte) ..... |

8. Uveďte, prosím, tři nejoblíbenější činnosti z výše uvedených  
muzikoterapie, reminiscence, trénink paměti

- A u uživatelů .....  
B u pracovníků – terapeutů .....  
fyzioterapie, muzikoterapie, trénink paměti

9. Charakterizujte, prosím, terapeutickou „hodinu„

- A počet uživatelů ve skupině .....  
B délka .....  
12  
60 min

9.1 Z jakých aktivit tvoříte náplň hodiny s uživateli (označte ty, které začleňujete do programu)?

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Muzikoterapie         | <input type="checkbox"/> Relaxační cvičení                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reminiscenční terapie | <input type="checkbox"/> Terapeutické vaření                    |
| <input type="checkbox"/> Modelování                       | <input checked="" type="checkbox"/> Rytmická cvičení            |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapie                      | <input type="checkbox"/> Aplikace světla                        |
| <input type="checkbox"/> Vytváření výrobků                | <input checked="" type="checkbox"/> Procvičování jemné motoriky |
| <input type="checkbox"/> Arteterapie                      | <input checked="" type="checkbox"/> Fyzioterapie                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trénink paměti        | <input checked="" type="checkbox"/> Kognitivní dovednosti       |
| <input type="checkbox"/> Kinezioterapie                   | <input type="checkbox"/> Sensorická stimulace                   |
| <input type="checkbox"/> Komunikační dovednosti           | <input checked="" type="checkbox"/> Sociální návyky             |
| <input type="checkbox"/> Biblioterapie                    | <input type="checkbox"/> Jiné (prosím uveďte) .....             |
| <input type="checkbox"/> Časoprostorové zakotvení         |   |
| <input type="checkbox"/> Pet- terapie                     |   |



## DOTAZNÍK

Kontaktní osoba Bc. Zora Zelená  
zelenazora@seznam.cz

9.2 Jaké je složení skupiny?

- A Stabilní
- B Mění se
- C Je to jinak (prosím uveďte)

.....

9.3 Kdo dělá výběr uživatelů do skupiny?

- A Terapeut
- B Tým pracovníků
- C Jde o náhodné rozdělení
- D Postupujeme jinak (prosím uveďte)

.....

9.6 Jaká je četnost terapeutických sezení se stejnou skupinou?

- A 1x týdně
- B 2x týdně
- C 3x týdně
- D denně
- E Jiné (prosím uveďte) .....

9.4 Dodržujete strukturu hodiny – úvod, hlavní část, závěr?

- A Ano
- B Ne

9.5 Jak se připravujete na hodinu?

- A Písemně
- B Příprava v hlavě
- C Střídavá příprava

9.7 Jak evidujete průběh terapeutické činnosti?

- A Vedeme písemné záznamy u každého uživatele hodiny
- B Vedeme písemného záznamy v průběhu hodiny skupiny (samostatné evidence činností skupiny, ne jednotlivce)
- C Nevedeme písemné záznamy
- D Postupujeme jinak (prosím uveďte jak ) .....

10. Kdo ve Vašem zařízení provádí terapeutickou nebo aktivizační činnost s uživateli?

- A Plně kvalifikovaný pracovník v oboru .....
- B Zaškolený pracovník s kurzem .....
- C Jiný méně kvalifikovaný pracovník (prosím uveďte důvod) .....

11. Požaduje zřizovatel výsledky terapeutických činností zviditelňovat?

- A NE
- B ANO – vyberte jak (zaškrtněte všechny možnosti)
- A Výstavou výrobků ve Vašem zařízení
- B Dekorací a výzdobou výtvarných děl
- C Prezentací průběhu terapeutických činností na nástěnkách (fotografie)
- D Hudebním vystoupením
- E Charitativním prodejem Vašich výrobků
- F Jinak (prosím uveďte jak) .....

12. Jaké jsou podle Vašeho odhadu finanční náklady na terapeutické činnosti za poslední kalendářní rok?

- A Do – 500,- Kč
- B 501 – 2000,- Kč
- C 2001 – 5000,- Kč
- D Nad – 5000,- Kč

13. Pokud máte zájem doplnit tento dotazník o Vaše zkušenosti k uvedené problematice, prosím, uveďte je

---

Děkuji za otevřenost a laskavost při vyplňování tohoto dotazníku.