

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí

Alena Zahálková

Vedoucí práce: Prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel Ph. D.

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



Non-pharmacological approaches as a part of patients suffering from dementia care

Alena Zahálková

The diploma Thesis work Supervisor:
Prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel Ph. D.

Prague 2017

Anotace

Záměrem předložené bakalářské práce je zmapovat nefarmakologické intervence, které se používají při péči o seniory s demencí v pobytových zařízeních a možnosti alespoň dílčího využití při péči v domácím prostředí. Zjistit v jaké míře jsou nefarmakologické intervence využívány při udržení či zvyšování soběstačnosti klientů s demencí, jakým způsobem se podílejí na zmírňování či zamezení specifického chování osob s demencí, nakolik mohou intervence, přispívat ke zkvalitnění života osob s demencí a snižovat stresovou zátěž klienta i pečovatele.

Klíčová slova: stáří, demence, nefarmakologické intervence, kvalita života, péče o seniory, sociální práce.

ABSTRACT

This bachelor's thesis work deals with non-pharmacological approaches to elder people suffering from dementia in homes for elderly. There is also possibility of using non-pharmacological approaches during home care. How often are non-pharmacological approaches used to increase self-sufficiency of patients? How they help to avoid or to decrease client's specific behavior. Find out how interventions can help to increase client's quality of living and decrease level of stress for clients and carers.

Key words: elder, dementia, non-pharmacological approaches, Quality of living, elderly care, social care

estné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí“ vypracovala samostatně pod vedením Prof. Ing. Mgr. et Mgr. Petera Tavela Ph. D. a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne

.....

POD KOV N

Velice děkuji Prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peteru Tavelovi Ph. D. za cenné rady, připomínky, obětavost a za čas, který mi věnoval při vedení bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	9
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů

1.1 Pojem stáří	10
1.2 Pojem stárnutí	10
1.2 Pojem demence	11
1.3 Současná generace seniorů	13

2 Demence

2.1 Příčiny a diagnostika demence.....	14
2.2 Průběh demence	15
2.3 Léčba demence.....	16
2.4 Možnosti terapie demencí	17

3 Nefarmakologické přístupy

3.1 Rozdělení přístupů	19
3.2 Přístupy zaměřené na kognitivní schopnosti.....	19
3.2.1 Kognitivní rehabilitace	19
3.2.2 Reminiscence.....	20
3.2.3 Orientace realitou	21
3.2.4 Senzorická stimulace	22
3.3 Přístupy zaměřené na pohybové schopnosti	22
3.3.1 Fyzioterapie a kinezioterapie.....	22
3.3.2 Ergoterapie	23
3.3.3 Taneční a pohybová terapie.....	24

3.4 Přístupy zaměřené na prožitek	24
3.4.1 Arteterapie	25
3.4.2 Muzikoterapie.....	25
3.4.3 Aromaterapie, terapeutické vaření, pet-terapie	26
3.5 Specifické přístupy zaměřené na zlepšení kvality života	26
3.5.1 Validace.....	27
3.5.2 Preterapie.....	28
3.5.3 Habilitační terapie	28
3.5.4 Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma.....	29

4 Výhody a uplatnění nefarmakologických přístupů

4.1 Výhody nefarmakologických přístupů.....	30
4.2 Role sociálního pracovníka při práci se seniory v pobytových zařízeních	32
4.3 Role sociálního pracovníka při práci se seniory v domácím prostředí	33

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Praktická část, vlastní výzkumné šetření

5.1 Cíle výzkumného šetření.....	35
5.2 Hypotézy	35
5.3 Charakteristika vzorku respondentů	35
5.4 Metodika výzkumného šetření	36
5.5 Výsledky výzkumného šetření	37
5.6 Diskuze	44
5.7 Analýza a závěr výzkumného šetření	45
Závěr.....	49
Seznam použité literatury.....	51

Přílohy

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí. Téma, které jsem si vybrala, navazuje na témata, která jsem zpracovávala již v ročníkové práci. Po dobu praxe v domově pro zrakově postižené Palata jsem se snažila zmapovat velkou část nefarmakologických intervencí, které jsou při péči o klienty s demencí používány. Nefarmakologické intervence při práci s klienty s demencí mají pomáhat při udržení určité úrovně či zvyšování soběstačnosti klientů, zmírňovat či zamezovat specifické chování osob s demencí, které je často důsledkem poruchy kognitivních funkcí a behaviorálně psychiatrických komplikací a je i velkou zátěží pro pečovatele. V neposlední řadě mají intervence přispívat ke zkvalitnění života osob s demencí, snižovat stresovou zátěž nemocného a prodlužovat délku pobytu nemocného v domácím prostředí.

Typickým klientem domova pro seniory, kde jsem čerpala nejvíce poznatků, je tedy starší senior, který díky zrakovému handicapu potřebuje mnohem náročnější péči a také více psychologické podpory. Už jen samotná změna prostředí a adaptace na život v jiném prostoru je velmi náročná. Klient musí získat pocit bezpečí a jistoty, což je velice důležité pro další fázi pobytu, kterou je nácvik prostorové orientace. Pro udržení kvalitního života seniorů je potřeba poskytnout klientům mnohem více osobní asistence než v běžných zařízeních pro seniory.

Důležitou součástí péče o klienty je i pomoc při udržování vztahů klientů s jejich původním prostředím, především s rodinou. U klientů, kteří jsou v domově pouze na přechodný pobyt, je nejdůležitějším cílem jejich návrat do domácího prostředí a návrat k původnímu způsobu života. Možnosti nefarmakologických postupů pro zkvalitnění života těchto seniorů jsou důležitou součástí péče o klienty s demencí a zároveň zrakovým postižením.

Vzhledem k tomu, že v dnešní době je téma stárnoucích a starých lidí stále mimořádně aktuální a přes veškeré snahy o změny nahlížení společnosti na seniory, se neustále potýkáme se značnými předsudky vůči důchodcům a diskriminací starých lidí, mě téma, které se zabývá, naopak péčí o staré lidi oslovilo. V nefarmakologických intervencích vidím velký a doposud ne zcela využívaný potenciál pro zkvalitnění poslední etapy života seniorů postižených demencí.

Ve své práci se snažím zmapovat nejpoužívanější nefarmakologické přístupy a jejich využití při péči o klienty s demencí a to jak v bytovém zařízení, tak při péči o nemocného v domácím prostředí. Na základě vyhodnocení dotazníků poukazuji na využití, znalost a přínos jednotlivých metod pro zkvalitnění života seniorů s demencí. Protože stále i přes intenzivní výzkum není k dispozici farmakoterapie, která by umožňovala demenci léčit, nebo zastavit její progresi a stále lze

farmakologickou terapií pouze stabilizovat nemocného na určitou omezenou dobu, může být využití nefarmakologické intervence další účinnou cestou v ovlivnění symptomů demence a prodloužení soběstačnosti klienta, a to i bez nežádoucích vedlejších účinků, které mohou způsobovat farmaka.

Práce je členěna do šesti kapitol. V první kapitole se věnuji vymezení pojmům stáří a demence, dále je zde popsána současná generace seniorů a její specifika. Najdete zde i základní informace o stárnutí, změnách provázejících stáří a jak k pojmu stáří, tak k pojmu demence jsou uvedeny definice.

Druhá kapitola je vyhrazena demenci, jejím druhům, příčinám, diagnostice a léčbě.

Ve třetí kapitole jsou shrnuty nefarmakologické intervence, které jsou rozčleněny podle svého zaměření.

Ve čtvrté kapitole jsou popsány výhody a uplatnění jednotlivých nefarmakologických přístupů, dále pak role sociálního pracovníka, jak v pobytovém zařízení, tak jeho role při uplatňování, doporučování a objasňování smysluplnosti těchto přístupů pečovatелům, kteří se starají o pacienta s demencí v domácím prostředí.

Pátá kapitola je věnována praktické části, tedy vlastnímu výzkumu a jeho výsledkům, diskuzi a závěrům. Jsou zde uvedena zařízení, kde se provádělo dotazníkové šetření ke kvantitativnímu výzkumu, popis výběru respondentů, tvorba dotazníku, administrace a vyhodnocení získaných údajů. Cílem kapitoly je zmapovat využívání nefarmakologickým přístupů při péči o klienty s demencí. Nakolik tato péče může pozitivně ovlivňovat kvalitu života pacientů s demencí a v jakém poměru jsou využívány nefarmakologické metody versus farmaka.

1 Vymezení pojmů

1.1 Pojem stáří

Na přesném věku, kdy začíná období, které nazýváme stáří, se oficiálně celosvětově neshodují ani odborníci z řad lékařů, sociologů, psychologů a dokonce ani statistiků. Z lékařského hlediska se obvykle udává věk 75 let, z demografického pohledu se udává věk odchodu do důchodu 65 let. Tím jak se, však neustále posouvá odchod do důchodu, zvyšuje se i věkové pásmo, které je považováno za období stáří. A protože člověk stárne postupně a jednotlivá životní období nemají jasně vymezené hranice, začíná se v posledních letech užívat, také označení 50+,60+,70+ atd., které mnohem více vyhovuje, jak z praktických, tak společenských důvodů (Haškovcová H., 2010).

Větší shoda pak panuje v názoru, že věk můžeme posuzovat na základě několika kritérií:

- Věk kalendářní, který je přesně vymezen datem narození.
- Věk funkční, který zahrnuje charakteristiky biologické, psychologické a sociální.

Biologický věk se zabývá biologickým stárnutím organismu. Sociální věk zachycuje změny sociálních rolí a životního stylu. Věk psychologický se posuzuje na základě psychického stavu (Pacovský, V., Heřmanová, H., 1981).

Nejčastěji používané dělení je na střední (zralý) věk od 45 do 59 let, vyšší věk (rané stáří) od 60 do 74 let, stařecký věk (sénium, vlastní stáří) od 75 do 89 let a konečně 90 let a výše dlouhověkost (Haškovcová, H., 2010).

1.2 Pojem stárnutí

„Stárnutí není chorobnou změnou, ale normálním biologickým pochodem, který probíhá v nezadržitelném toku vývoje.“ (Švancara, J., 1983, s. 32).

Stárnutí jako biologický děj probíhá plynule celý život člověka, ale za skutečné projevy stárnutí je považován až pokles funkcí, který nastává, až po dosažení sexuální dospělosti. Stárnutí je nevyhnutelnou součástí života, jeho součástí je i přijímání nových životních rolí a změn v životním stylu. Údělem stárnutí je i úbytek fyzických a psychických sil. Každý stárne individuálně a na proces stárnutí má vliv celá řada faktorů např. zdravotní stav, životní styl, mentální zdraví, vzdělání (Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., Sucharda, P., a kolektiv. 2004).

O projevech stárnutí v současné době najdeme spoustu vědeckých studií. Stáří a stárnutí se dostává do povědomí široké veřejnosti, někdy bohužel v negativní podobě, jako jakýsi strašák. Staří lidé jsou prezentováni jako příjemci služeb a důchodů, na které musíme vydělávat. Média nám také často předkládají obraz nestárnoucích seniorů v podobě celebrit, které se snaží svůj věk kamuflovat, čímž

vytváří dojem, že stárnutí je nežádoucí. V naší současné společnosti je nedostatek vzorů z řad úspěšných seniorů, a to i přesto, že patříme mezi nejrychleji stárnoucí země (Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., 2003).

Psychologové se dosud převážně věnovali studiu selhávání různých funkcí v průběhu stárnutí. Obrat nastal až v posledních 20 letech, kdy se objevily studie o sociální determinaci stárnutí, empirické studie o moudrosti a studie o plasticitě mozku. Psychologové se zaměřili na změny v životě, např. při přechodu do důchodu, jak smysluplně změnit směřování našeho života v další etapě, jak předcházet depresi u starších lidí apod. Deprese je v seniorském věku poměrně častým jevem, s depresí se setkáváme tam, kde se u daného člověka objevuje chorobný smutek, skleslost, pocity vnitřního napětí, únavy, ztráty životní energie, úzkostí, apatie, nerozhodnost spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, pokleslým sebevědomím a celkovým útlumem. Deprese bere člověku duchovní sílu k životu a tyto stavy deformují životní hodnoty a negativně ovlivňují kvalitu života (Křivohlavý, J., 2009).

Moderní výzkumy přinášejí i pozitivní zjištění v oblasti stárnutí. Je jím např. poznatek, že naše duševní schopnosti, paměť i inteligence nemají pouze klesající tendenci. Jsou oblasti neboli inteligenční kategorie, kterým stárnutí naopak svědčí. Máme dvě kategorie inteligence, fluidní (biologickou, abstraktní) a krystalickou (kulturní, konkrétní). Fluidní inteligence začíná stárnout dříve než krystalická. Krystalická inteligence zůstává déle funkční a do jisté míry se stále vyvíjí. Fluidní inteligenci využíváme hlavně při učení, a proto je pro starší osoby obtížnější naučit se něco nového. Krystalická inteligence souvisí s dovednostmi a schopnostmi. Patří sem řeč, profesní vědomosti a sociální inteligence, zjednodušeně řečeno životní a každodenní zkušenosti. Tyto vědomosti a dovednosti mohou fungovat až do pozdního věku (Křivohlavý, J., 2009).

Se stárnutím, také velmi často souvisí tzv. fyzická křehkost, tento stav je spojován s větší náchylností k různým omezením. Jako příčiny fyzické křehkosti se uvádí např. snížená fyzická schopnost (pomalá chůze), snížená svalová síla, snížená imunita, snížená fyzická vytrvalost, ubývání kostní hmoty a minerálních látek v kostech, narušená pohyblivost a rovnováha. K dalšímu specifickému znaku stárnutí lze zařadit i polymorbiditu. U seniorů často dochází k řetězení nemocí – jedno onemocnění následně zapříčiní druhé. Typická pro vyšší věk jsou i chronická onemocnění, která se často nedaří vyléčit a jejich počet roste. (Mlýnková, J., 2011).

1.3 Pojem demence

Slovo demence má velká část z nás spojeno se stářím, ale demence není normálním průvodním znakem stárnutí. Jedná se o projev nemoci. Demence je obecný termín, kterým se označuje úbytek rozumových a duševních schopností. Nejčastěji vzniká v důsledku Alzheimerovy choroby, ale může

se vyskytnout i u jiných onemocnění, např. u Parkinsonovy choroby nebo jako důsledek cévní mozkové příhody či poraněním mozku (Glennner, J. A. a kol., 2012).

Demence je výsledkem postupně se zhoršujícího chronického onemocnění mozku, které ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných každodenních aktivit. Demence je charakterizována celkovým zhoršováním korových funkcí mozku, tedy podstatným snížením úrovně paměti, snížením poznávacích neboli kognitivních funkcí, ale i schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života. Dále snížení funkcí smyslových a pohybových, schopnosti sociálních kontaktů odpovídajících okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí. Všechny tyto změny přitom nastávají bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné, postupně se zhoršující, které nastupuje pozvolna a dále se prohlubuje. Vede postupně ke stále větší závislosti nemocného na pomoci druhých a končí úplnou ztrátou soběstačnosti (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., a kolektiv, Praha 2009).

1.4 Současná generace seniorů

Jednou z podstatných změn v současné generaci seniorů je částečné přesunutí života do kyberprostoru, ve společnosti spolu žije mladá generace, kterou provází počítač od začátku jejího života a starší generace, která je poslední generací gramotné kultury, generací, která znala světovou literaturu a nejvíce četla poezii. Od devadesátých let ve společnosti stále rychleji probíhá komputelizace, osvojování a využívání informačních technologií a zapojování těchto technologií do mnoha oblastí lidské činnosti, což se dotýká i současné generace seniorů. Počítačová gramotnost seniorů postupně narůstá. Nesmíme, však zapomínat, že stále existuje poměrně početná skupina starší generace, která počítač nepoužívá ať už z důvodu počítačové negramotnosti, nedostatku informací, či z technických nebo ekonomických příčin. (Sak, P. a kol., 2007)

Přesto, že se senioři snaží překonávat propast mezi kyberkulturou a gramotnou kulturou a naučili se používat internet ke komunikaci, nakupování a využívat i elektronické bankovníctví, přesto existuje rozdíl mezi seniory a mladou generací. Mladá generace opouští národní identitu a směřuje ke globální kyberkultuře zatím, co starší generace si zachovává českou identitu, která byla vytvářena hlavně národní kulturou. Nové technologie často usnadňují život, ale také vytlačují ustálené způsoby komunikace, chování i získávání informací, počítačově negramotný senior se může cítit vyloučen ze své komunity. (Sak, P., Kolesárová, K., 2012)

Současná generace seniorů je velice různorodá a to především díky neustále se prodlužující délce života a zvýšení počtu seniorů ve společnosti, tedy i rostoucímu vlivu na život v ní. Senioři jsou v mnoha ohledech aktivnější než mladší generace, je to generace, která ještě čte, z toho pramení i její vzdělanost, ale pomalu se začleňuje i do světa kyberkultury a tímto spojením se stává jedinečnou.

2 Demence

2.1 Příčiny a diagnostika demence

Příčinou demence je postižení mozku, při kterém dochází k porušení mnoha jeho funkcí, patří k nim paměť, orientace, chápání, myšlení, počínání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Obvykle nacházíme i horší emoční kontrolu sociálního chování a motivace. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, která patří mezi degenerativní onemocnění. Další příčinou demence je postižení cév, pak hovoříme o vaskulární demenci. Pod pojmem Pickova nemoc se skrývá degenerativní onemocnění mozku, které se projevuje nevhodným společenským chováním pacienta. Vzácnější příčinou demence je také nemoc s Lewyho tělísky (nemoc podobná Parkinsonově nemoci, u které se objevují časné halucinace), dále pak demence při AIDS, Creutzfeld - Jacobova nemoc, progresivní paralýza a demence způsobená nedostatečnou výživou. Pouze poslední jmenovaná je léčitelná, u ostatních příčin je ve většině případů stav nevratný. (Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., 2003).

Diagnostická a statistická příručka Americké psychiatrické společnosti (IV. Revize, DSM IV.) klasifikuje demenci následujícím způsobem - demence Alzheimerova typu, vaskulární demence, demence při onemocnění HIV, demence v důsledku poranění hlavy, demence při Parkinsonově nemoci, demence při Huntingtonově nemoci, demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci, demence při jiných obecně medicínských poruchách, perzistující demence v důsledku chemicky působících látek demence s mnohočetnou etiologií, demence jinak neurčená (Koukolík, F., Jiráček, R. 2004).

Existují ještě další dělení demence podle příčin, ale všechna se v zásadě velmi podobají. Důležité je zdůraznit, že demence nikdy není důsledkem pouhého stárnutí, a že často zmiňovaná stařecká demence, jako taková neexistuje. Demence sice není součástí normálního stárnutí, ale častěji se vyskytuje u starších lidí. Proto je včasné rozpoznání demence velmi přínosné pro další práci s klientem, především pak pro kvalitu jeho života (Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., 2003).

Stává se, že do pobytových zařízení přicházejí klienti s pokročilými stádii demencí, které nebyly diagnostikovány a naopak se setkáváme s chybně pozitivními diagnózami demence u pacientů, kteří dementní nejsou, ale jsou např. pouze nedoslýchaví a v důsledku toho se u nich rozvinuly další potíže (Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., 2003).

Alzheimerova choroba se vyskytuje nejčastěji - 50% všech demencí. Přesto, že je nejčastějším představitelem demencí, bývá zaměňována za jiné typy demencí, především za vaskulární demenci. Stanovení diagnózy Alzheimerova choroba je poměrně složité a provádí se pomocí různých

klinických a zobrazovacích testů, nutno podotknout, že neexistuje zcela spolehlivý test. Jednu z hlavních rolí při stanovení diagnózy hraje vyšetření kognitivních funkcí, které se skládá z testů, jejichž úkolem je posoudit stav vědomí a psychiky: orientaci, kvalitativní poruchy vnímání, nálada, emoční nastavení, myšlení, osobnost, intelekt. V případě zjištění poruch je doporučeno další odborné vyšetření hlavy a mozku pomocí zobrazovacích metod (magnetická rezonance, počítačová tomografie). Pomocí laboratorních vyšetření se dále vyloučí choroby, které mohou mít podobné příznaky jako Alzheimerova choroba. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Nováková, H., 2004; Jiráček, R., Koukolík, F. 2004).

Přesto, že v dnešní době došlo ke zlepšení informovanosti občanů o důležitosti včasné diagnózy nemocí a tedy i demence, stále jsou příznaky demence, jak laiky, tak lékaři hodnoceny, jako příznaky stárnutí a není jim věnována náležitá pozornost. Podobně je tomu i s příznaky deprese, která může souviset s demencí. Proto je důležité nepodceňovat příznaky a navštívit odborníka. Dostatečně rychlá diagnóza a informovanost pacienta, případně pečovatele o dalším vyšetření, o průběhu onemocnění, a také o možnostech terapie, snižuje stresovou zátěž a může velmi pozitivně ovlivnit, jak přijetí diagnózy, tak průběh onemocnění (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová C. a kol., 2009).

2.2 Průběh demence

Alzheimerova choroba a další choroby způsobující demenci se projevují typickými příznaky, které můžeme rozdělit do několika oblastí:

- Kognitivní poruchy – jsou to poruchy, které ve velké většině pacienta, jako první přivádějí k lékaři – poruchy paměti, soustředění, orientace a myšlení a motivace. K prvním a nejčastějším příznakům se řadí poruchy paměti, pacienti zapomínají, kam odložily různé předměty, zapomínají adresy, telefonní čísla apod. Tyto projevy lze bohužel zpočátku přičítat roztržitosti, postupně však dochází k progresi.
- Poruchy chování a psychické příznaky – BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia – obvykle předcházejí kognitivním poruchám, jde často o nápadné změny, které se projevují, jako specifické chování např. netaktnost. Jindy jde pouze o poruchy spánku, nálad, a afektů např. depresivitu, jsou to příznaky, které se často ve středním věku bagatelizují. Poruchy emotivity se vyskytují u pacientů v různé míře. V pokročilejších stádiích přecházejí do závažnějších projevů: především neklid, halucinace a bludy, agresivita, bloudění, inkontinence. Častým jevem je verbální agresivita, ta se projevuje nadávkami, slovním atakováním, klením, vulgarismy, stížnostmi apod. A právě jmenované závažnější problémy bývají důvodem umístění klienta z domácí péče do pobytového zařízení.

- Sociální změny – pacienti se straní společnosti více, než to odpovídá jejich zdravotnímu stavu, svým chováním si zneprátelejí okolí, a tím se dostávají do izolace. V pozdějších stádiích se zhoršuje soběstačnost, nejprve v instrumentálních aktivitách a později i v základních činnostech denního života - nemocní nezvládají sebeobslužné aktivity – koupání, používání WC, oblékání, stravování, uléhání a vstávání. Klienti jsou často inkontinentní a plně odkázáni na pomoc druhé osoby (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. 2007; Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., 2003).

Většina autorů dělí Alzheimerovu chorobu na tři stádia. I. Holmerová, B. Jurašková, K. Zikmundová (2003) nazývá tato stádia:

1. Počínající a mírná demence – v této fázi převažují hlavně poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí.
2. Středně pokročilá demence – fáze, ve které se už mohou projevit poruchy soběstačnosti, klient vyžaduje častý dohled pečující osoby.
3. Pokročilá forma demence – v této fázi je klient už zcela odkázán na nepřetržitou péči a také pomoc při většině sebeobslužných činností.

Česká alzheimerovská společnost (2007) nazývá fáze nemoci: počáteční stadium, střední stadium a pozdní stadium. V publikaci I. Holmerové, E. Jarolímové, J. Suché (2007) se stádia Alzheimerovi nemoci dělí na první stadium (syndrom počínající demence), druhé stadium (syndrom rozvinuté demence) a třetí stadium (syndrom pokročilé demence).

Druhé stadium je označeno jako nejdelším obdobím a trvá 2 – 10 let, zároveň je toto období pro pečující velmi náročné. Pacienti často potřebují 24 hodinovou péči, špatně se orientují (v čase i prostoru), nezvládají určité prvky sebeobsluhy, ztrácí se a bloudí i ve známém prostředí, stávají se inkontinentními. Mohou se již také vyskytovat bludy a halucinace. Ve třetím stadiu jsou nemocní plně odkázáni na pomoc pečující osoby a potřebují hlavně ošetrovatelskou péči. Pacienti mají problémy s polykáním, nejsou schopni poznat svoji rodinu a blízké přátelé, nerozumí okolí a nejsou schopni adekvátně se vyjádřit. Doma se již pacient vůbec neorientuje. Jsou přítomny obtíže při pohybu, pacient špatně chodí, nebo je odkázán na invalidní vozík, popř. upoután na lůžko. Často jsou pacienti plně inkontinentní. Posledním je terminální stadium, kdy je postižena celá osobnost nemocného. Alzheimerova choroba obvykle trvá od objevení se prvních příznaků 7 – 10 let a končí smrtí (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. 2007).

2.3 Léčba demence

Farmakoterapii Alzheimerovy choroby můžeme rozdělit do dvou základních skupin: farmakoterapie kognitivních poruch, farmakoterapie nekognitivních poruch. Farmakoterapie kognitivních poruch

ovlivňuje především kognitivní funkce (intelekt, paměť, motivace). Tyto funkce bývají u demencí primárně postiženy. Farmakoterapie nekognitivních poruch ovlivňuje nekognitivní funkce (náladu, spánek, chování). Nelze striktně oddělit kognitivní a nekognitivní farmakoterapii, vzájemně se prolínají, některé ovlivňují jak kognitivní, tak nekognitivní funkce (Jiráček, R., Koukolík, F. 2004).

Farmakologická kognitivní léčba, která patří k nejčastěji používané léčbě, využívá Inhibitory acetylcholinesterázy, které ovlivňují cholinergní deficit blokadou enzymu odbourávajícího acetylcholin, který je nutný k vytváření spojů mezi mozkovými buňkami. Používá se především u lehké a středně těžké fáze Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy nemoci s demencí a při vaskulární demenci. Často používaným inhibitorem cholinesterázy je Aricept (donepezil), který se používá hlavně v raném stadiu Alzheimerovy nemoci a při mírné kognitivní poruše. K léčbě pokročilé formy Alzheimerovy nemoci se předepisuje Namenda (memantin), tento lék reguluje hladinu glutamové kyseliny, která může při nadměrné tvorbě působit úhyn mozkových buněk. Dále se používají při prevenci i při léčbě samé protizánětlivé léky např. Aspirin, přírodní léky jako ginkgo biloba (Glennner, J. A. a kol., 2012).

Farmakologická nekognitivní léčba se snaží o symptomatické ovlivnění behaviorálně psychiatrických projevů onemocnění a zaměřuje se na deprese a úzkost. Používají se moderní antidepresiva – SSRI, SNRI jejich nevýhodou je, že špatně ovlivňují apatii. Při poruchách chování a psychotických projevech se předepisují atypická neuroleptika, jako je quetiapin, clozapin, v akutní fázi pak event. risperidon, tiaprid. Nevýhodou je, že zhoršují kognitivní deficit (Sheardová, K., 2011[online]).

Vedle farmakoterapie se při péči o klienty s demencí využívají, také nefarmakologické přístupy. Nefarmakologické intervence jsou velmi důležitou složkou v péči o nemocné s demencí už proto, že demence vyžadují celostní přístup ke klientovi, podporu pečujících a nejrůznější organizační opatření. Nefarmakologické intervence nemají tak dlouhou tradici, jako farmakologie, přesto jsou velmi užitečné. V současné době jsou jednotlivé metody analyzovány a zkoumány z hlediska účinnosti, pro některé z metod již existuje dostatek vědeckých důkazů o jejich prospěšnosti, jiné na své vědecké důkazy ještě čekají. Jednou z příčin nedostatku důkazů o prokazatelných vlivech, je i to, že nefarmakologické intervence jsou lépe uchopitelné pro metody kvalitativního výzkumu, ale medicína vyžaduje především výsledky kvantitativní, či ještě lépe výsledky randomizovaných kontrolovaných studií (Holmerová, I., Jarolímková, E., Suchá, J., a kol., 2007).

2.4 Možnosti terapie demencí

I přes intenzivní výzkum demencí dosud není k dispozici terapie, která by umožňovala nemoc vyléčit nebo alespoň zastavit progresi nemoci. Za úspěch farmakologické terapie lze v současnosti

považovat stabilizaci nemocného na určitou omezenou dobu a tím prodloužit dobu soběstačnosti pacienta a zkvalitnění jeho života. Při terapii demencí lze využívat farmakoterapie v kombinaci s nefarmakologickými přístupy. Pod pojem nefarmakologické intervence se sdružují metody, jako je biologická léčba, psychoterapie, socioterapie, terapie interkurentních chorob včetně rehabilitace. Optimální je kauzální terapie – tzn. terapie postihující základní příčinu onemocnění (Koukolík, F., Jiráček, R. 1999).

Americká neurologická asociace, která se důkladně zabývala účinností farmakologických i nefarmakologických metod při zvládnání demencí, potvrzuje účinnost některých nefarmakologických přístupů a podpůrných programů pro postižené demencí a jejich rodinné pečující. Při používání, či případném rozvoji nových nefarmakologických přístupů k pacientům trpícím demencí se velmi nutným stává komplexní přístup respektující a zahrnující osobnost nemocného seniora, který zohledňuje všechny oblasti, jeho života i nemoci samotné. Výzkum v této oblasti naráží na metodologické problémy (Holmerová, I., Jarolímková, E., Suchá, J., a kol., 2007).

Nefarmakologické přístupy zaujímají důležité místo při péči o klienty s demencí, také proto, že při péči o klienty s demencí zaujímají specifické místo hodnoty jako je důvěra, vzájemná úcta a pochopení druhého člověka. Postižený demencí se stává postupně závislý na pečovateli nejen fyzicky, ale i emociálně, spoléhá na pečovatele, který mu poskytuje pocit bezpečí i vlastní ceny klienta, tím, že mu poskytuje zpětnou vazbu. Je úkolem pečovatelů pomáhat osobám s demencí, které díky zhoršené funkci paměti, nedostatku úsudku a vhledu, se nedokáží přizpůsobit běžným situacím, budovat jejich identitu a vládu nad jejich světem (Zgola, J., M., 2003).

3 Nefarmakologické přístupy

3.1 Rozdělení přístupů

Nefarmakologické intervence lze rozdělit do několika skupin podle jejich zaměření na konkrétní problém nebo okruh obtíží pacientů s demencí:

1. Přístupy přispívající ke zlepšení nebo zachování kognitivních schopností
2. Přístupy přispívající k soběstačnosti klienta při běžných denních aktivitách
3. Přístupy přispívající k odstranění či zmírnění specifického chování a BPSD (behaviorálně psychiatrické symptomy demence)
4. Přístupy zaměřené na zkvalitnění života pacientů a komunikace s pečujícím

Mimo toto dělení existují ještě další neméně důležité okruhy, jako je podpora pacienta a jeho blízkých při stanovení diagnózy, adaptace prostředí pro nemocného s demencí, podpora pečujících, a také organizační opatření, systém péče a služeb (Holmerová, I., Jarolímková, E., Suchá, J., a kol., 2007).

3.2 Přístupy zaměřené na kognitivní schopnosti

Mezi přístupy zaměřené na zlepšení kognitivní funkcí můžeme zařadit kognitivní rehabilitaci, reminiscenční terapii, orientaci realitou, do kognitivních přístupů dále patří i senzorická stimulace, která je někdy zařazována do kognitivní rehabilitace a jinde je uváděna, jako samostatný terapeutický přístup (Holmerová, I., Jarolímková, E., Suchá, J. a kol. 2007).

3.2.1 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace (trénink) zahrnuje celou řadu aktivit a cvičení, které napomáhá k procvičení či udržení stávajících kognitivních funkcí. Ke zlepšení kognitivních funkcí, však ve valné většině případů nedochází, protože dochází k postupnému zhoršování nemoci. Cvičení paměti jsou přínosná u klientů ve stadiu mírné demence. V rozvinutých fázích demence se spíše zaměřujeme na cvičení dlouhodobé paměti, která je relativně dlouho zachována (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kolektiv, 2009).

Aktivity používané při kognitivním tréninku pro klienty s demencí, který je zaměřen na soustředění, pozornost, paměť, psaní, čtení atd., patří především různé zjednodušené slovní hry, doplňování slov podle první slabiky, zjednodušené pexeso, skládání obrazců a puzzle, čtení s pokusem o výklad, co jsem právě četl, křížovky, pro procvičení dlouhodobé paměti jsou vhodná například hlavní města. Důležitým předpokladem pro úspěch metody je, aby byla využívána šetrně, nepracuje se ani na čas, ani se nesoutěží, ale je podporováno sebevědomí a správná motivace. Terapeut napovídá, pomáhá

a chválí, místo aby opravoval a korigoval. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007, Craik, F., Salthouse, T., 2008).

3.2.2 Reminiscence

Reminiscenční terapie využívá vzpomínek a jejich vybavování pomocí nejrůznějších podnětů jako terapeutického prostředku. Reminiscence je využívána jak pro zdravé klienty, kde má především preventivní význam, tak právě pro klienty postižené demencí, pro které je velmi dobře využitelná, protože si mnohem lépe vybavují události z dálné minulosti. Terapie se uskutečňuje pomocí rozhovoru buď jednotlivě nebo ve skupině s terapeutem, který se snaží vyvolat hlavně příjemné vzpomínky nebo takové události, které měli pro klienta rozhodující význam. Nemocný se společně s terapeutem rozpomíná na prožité události, na různé věci, které jsou nebo byly pro něho důležité a mohou zlepšit kvalitu jeho života i nyní (Janečková, H., Vacková, M., 2010).

Při reminiscenční terapii je vhodná spolupráce s blízkými, kteří mohou poskytnout důležité informace ze života klienta, které pomáhají pracovníkům, jež o nemocného pečují v lepším pochopení jeho osobnosti, tím dochází k upevnění vztahu mezi nemocným a pečovatelem. Rodina může poskytnout i drobné předměty či fotografie, které lépe připomenou vzdálené události jeho života, na které je klient často právem hrdý a rád si je ve svých vzpomínkách oživí. Dnes je častým trendem, že si zařízení pro seniory zřizují místnosti, které jsou vybavené, tak jak bylo obvyklé v době mládí současných obyvatel domova. Podnětem při reminiscenční terapii může být i hudba, tanec, film, čtení populárních knih z období jejich mládí či středního věku atd. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kolektiv, 2009).

Cílem reminiscenční terapie je nejenom zájem o klienta a snaha mu porozumět, ale hlavně zvýšení jeho důstojnosti, ulehčení a zlepšení komunikace mezi klientem a personálem, ale i pomoc a podpora rodinným pečovatelům. Existuje mnoho důvodů proč tuto metodu využívat, např. je to metoda levná, účinná a přesto lehko aplikovatelná; je vhodná pro téměř všechna stádia demence; může být vnímána jako umělecká, protože podporuje tvořivost, fantazii a vnímavost; při reminiscenční terapii je prostor pro setkávání klientů, blízkých i pracovníků pobytových zařízení (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007).

Práce reminiscenčního terapeuta zahrnuje vymýšlení, plánování a realizaci reminiscenčních aktivit. Ke schopnostem terapeuta by měla patřit dovednost zhodnotit úspěšnost aktivit a případné změny. Nejdůležitějším předpokladem k praktikování reminiscence je dovednost aktivního naslouchání, to zahrnuje i dostatek času pro naslouchání, schopnost empatie, respektování osobnosti klienta, schopnost zapamatovat si události klientova života, umět citlivě zpracovat emoce a projevovat

opravdový zájem o pacientovo vyprávění a poskytovat přiměřenou zpětnou vazbu (Špatenková, N., Bolomská, B., 2011).

Méně známou metodou reminiscence je reminiscenční divadlo, které lze zařadit k nejkreativnějším technikám reminiscence. Jde o terapeutickou metodu zaměřenou především na fantazii a představivost seniorů, která jim umožňuje aktivní zapojení do divadelního ztvárnění dobře známých životních situací - např.: svatební den, oslava narozenin, první školní den, návštěva koncertu apod. Reminiscenční divadlo není pouze atraktivní metodou, která klientům nabízí hraní rolí, převleky a scénky, což je činnost, kterou ocení většina lidí bez rozdílu věku, ale jde o metodu, kde lze zapojit velké množství klientů, rodinných příslušníků, dobrovolníků. Představení předchází dlouhá řada příprav od hledání námětu, psaní scénáře, vytváření kostýmů, rozdělení rolí až po samotný nácvik příběhu, který by neměl být náročný, aby bylo možno zapojit i klienty s demencí a senioři neměli obavy ze zvládnutí své role. Divadlo může mít různé formy např. krátké scénky, pásmo písniček a vyprávění, ale i pantomima. Hlavním cílem je dobrá nálada, dobrý pocit z výsledku pro všechny zúčastněné a nikoli profesionální výkon. Pořádání divadelních přestavení a různých přehlídek či festivalů může hrát velmi významnou roli při integračních procesech a podílet se na vytváření multikulturních vztahů. (Janečková, H., Vacková, M., 2010; Schweitzer, P., 2006)

3.2.3 Orientace realitou

Orientace realitou patří mezi nejstarší metody, jeho vznik je datován do padesátých let minulého století, místem vzniku byly Spojené státy americké a do Evropy se rozšířil v osmdesátých letech. Jedná se o edukační techniku, která umožňuje klientům s demencí rozumět situacím a prostředí, které je obklopuje, co možná nejdéle. Orientace realitou může v některých případech, však zhoršovat behaviorální i psychologické příznaky nemoci, vyvolávat u pacientů agresi, agitovanost i úzkost. Především v případech, kdy je aplikována necitlivě a příliš intenzivně např. ve skupině. Orientace realitou není doporučována pro klienty v pokročilejších stádiích demence (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007).

Některé principy metody byly přehodnoceny, dnes se již např. nedoporučuje vyvracet klientům za každou cenu, že osoby, o kterých jsou přesvědčeni, že žijí, jsou již na „onom světě“. Potom, co jim je vysvětleno, jak to opravdu je, se často stává, že informaci zapomenou a zůstane pouze pocit zármutku. Doporučuje se tedy nevyvracet, ale dále s myšlenkou pracovat a to nejlépe pomocí další metody, kterou je Validace (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kolektiv, 2009).

Cílem přístupu je podat klientovi při každém kontaktu informace tak, aby byl orientován přiměřeně jeho schopnostem. Citlivě nemocnému připomenout čas, informaci o místě, kde se nachází, představit se, říct co se bude dělat, všechna sdělení by měla být pro pacienta srozumitelná. Důležité

je s klienty hovořit klidným, přátelským tónem, být trpělivý a usměvavý. Nejčastěji používanými prvky z orientace realitou jsou velké hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnky s připomínkou ročního období, barevná označení místností apod. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007).

3.2.4 Senzorická stimulace

Tak jako ke stáří patří zhoršující se paměť, tak s ním souvisí i postupné snižování funkčnosti smyslů. Smyslové orgány nejprve informaci zachytí a poté je ukládána do paměti. Smysly nám vlastně zprostředkovávají realitu vnějšího světa. V mozku jsou určité oblasti vyhrazeny pro sluchovou, čichovou, zrakovou, chuťovou i hmatovou paměť a z informací uložených v jednotlivých oblastech se vytváří celkový obraz světa kolem nás. Senzorická stimulace má tedy velmi blízký vztah k paměti. Cvičení z oblasti čichové, hmatové a zrakové stimulace jsou úzce propojeny s kognitivní rehabilitací. Hmatová stimulace je vhodná v lehčích a středních stádiích demence a je oblíbená především u žen. Klienti se snaží rozpoznávat jemnost a strukturu látek nebo se zavřenýma očima, rozpoznávají různé materiály atd. Čichová stimulace se hodí pro všechny stádia demence, je vhodné poznávat výrazné vůně, jako je koření, káva, bylinky, je dobré zaměřit se na běžně známé druhy koření. Při zrakové stimulaci se používají např. barevné kartičky a klienti hledají předměty ve stejné barvě nebo se snaží vybavit květiny stejné barvy či cokoli z přírody. Podobně můžeme pracovat i s různými geometrickými tvary (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007).

3.3 Přístupy zaměřené na pohybové schopnosti

Do této kategorie je možné zařadit Fyzioterapii, Kinezioterapii, Ergoterapii, Taneční a pohybovou terapii. Jmenované metody hrají důležitou roli také v zachování soběstačnosti v aktivitách denního života klientů. Pro klienty s demencí je podstatné plánovat smysluplné aktivity tak, aby zůstal klient aktivní a v celé šíři využíval své zachované schopnosti. Aktivity sice nezvrátí stav klienta, ale redukuje ochabování funkcí a pomáhají předcházet tzv. naučené neschopnosti (Zgola, J., M., 2003).

3.3.1 Fyzioterapie a Kinezioterapie

„Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího světa. Podílí se na něm tělo i duše ve vzájemné harmonii. O důležitosti pohybu v průběhu stárnutí a stáří nelze pochybovat.“ (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007, s. 189)

Fyzioterapie je obor, který je zaměřen nejen na léčbu bolesti pohybového aparátu, ale pomáhá také zmírnit nebo odstranit bolesti hlavy, bolesti břicha či zmírnit obtíže vznikající v důsledku stresu. Při práci s pacienty s demencí jsou používány metody, které nevyžadují volní spolupráci klienta. Používají se hlavně stimulační techniky a mobilizační techniky, které pomáhají zmírňovat funkční změny způsobené např. dlouhodobou imobilizací a jednostranným přetěžováním, dále techniky

zaměřené zejména na posílení svalové síly a oslabených svalů. Fyzioterapie je využívána i v rámci prevence např. předcházení problémům se zády a klouby, napomáhá ke zpomalování stárnutí a zlepšuje schopnost regenerace po fyzické zátěži nebo psychickém vypětí. (Lískovcová, J., in Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Kinezioterapie je podpůrný somatoterapeutický přístup, který využívá k dosažení dobrých léčebných výsledků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Kinezioterapie je metodou mezioborovou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. Cílem kinezioterapie při práci s pacientem s demencí je především podpořit aktivitu a soběstačnost, zlepšit komunikaci a mentální funkce, redukovat úzkost a depresi, pomáhat zvyšovat odolnost vůči zátěži. K dosažení léčebných úspěchů využívá cílené působení na psychiku klienta a jeho sociální vztahy, pomocí aktivně prováděného pohybového programu. Využívá se pohybových her, prvků tělesného cvičení a sportů. Pohybem se kinezioterapie snaží navázat kontakt s pacientem a pomocí osobních prožitků klienta dosáhnout i ovlivnění jeho psychiky, a to ve smyslu sebeuvědomění si vlastních možností. Při využívání kinezioterapie u pacientů s demencí je třeba mít na paměti některá specifika klientů. Dezintegrovanost klientů a omezená schopnost vnímat signály vlastního těla jim neumožňuje provádět složitější cvičení. Je důležité dávat klientům jednoduché pokyny a cvičení předvádět. (Hátlová, B., Suchá, J., 2005)

3.3.2 Ergoterapie

Pojem ergoterapie vznikl z řeckého slova ergon – práce a therapia – léčení. Přístup, který se snaží prostřednictvím smysluplného zaměstnávání o zachování a posilování soběstačnosti a o zvládnutí dovedností nutných k běžným denním, pracovním, zájmovým a rekreačním aktivitám u osob bez rozdílu věku a postižení (fyzické, smyslové, psychické, mentální nebo sociální znevýhodnění). Podporuje spoluúčast jedince v běžném životě v co možná největší míře, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Ergoterapie pomáhá s aktivním začleněním do společnosti, a tím ke zkvalitnění života jedinců s postižením (Votava, J. 2003; www.ergoterapie.cz, 2008 [online]).

Cílem ergoterapie u pacientů s demencí je především umožnit zachování soběstačnosti v běžných denních aktivitách (z anglického originálu *Activities of Daily Living*, ADL) a vedení k sebeobslužným činnostem. Dále pak zpříjemnění volného času. Návčik činností probíhá v reálných situacích a prostředí, které je klientům vlastní. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky, jako je osobní hygiena, použití WC, oblékání a svlékání apod., ale také pomáhá s mobilitou a orientací klienta s demencí. S klientem se provádí ergoterapeutické vyšetření a na jeho základě se sestavuje krátkodobý a dlouhodobý terapeutický plán, který je součástí komplexní rehabilitace. K ergoterapii

jsou požívány kromě nácviků i postupy, které zvyšují svalovou sílu, a zlepšují koordinaci, a také různé ruční práce a např. i metody arteterapie. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007).

3.3.3 Taneční a pohybová terapie

Taneční terapie působí na seniory jako aktivizačně-rehabilitační metoda, která pomocí souboru jednoduchých cvičení na rytmickou hudbu cíleně procvičuje různé partie těla. Cvičení jsou speciálně připravena s přihlédnutím k věku klientů, kteří se terapie účastní. Při taneční terapii je procvičována nejenom koordinace pohybů, ale také paměť. Taneční terapie pozitivně ovlivňují nejenom fyzickou kondici a pohybové schopnosti klientů, ale přispívá i k psychické pohodě, zvyšuje sebevědomí klientů, podporuje kreativitu a v neposlední řadě posiluje sociální kontakty. Taneční terapie nemusí být pouze vítanou aktivitou v domovech pro seniory či v jiných zařízeních, ale může se stát i milou společenskou událostí. (Veleta, P., www.veledance.com [online])

Pro pacienty s demencí taneční terapie velmi účinně přispívá k zachování soběstačnosti, dobrého psychického i fyzického stavu. Je ovšem důležité mít na paměti, že skupinová aktivita pro člověka s demencí, je taková, která mu umožňuje, aby dělal pouze to, na co stačí nebo v ní pouze byl a sledoval dění. To znamená, aby klient nebyl do aktivity nucen. Klient s demencí se lépe cítí v uzavřené skupině s menším počtem členů. Pohybové aktivity patří mezi ty, kde klientům větší množství účastníků nevadí, protože společný pozitivní prožitek, který může mít i při pouhém poslechu hudby je pro klienty velmi cenný. Klient se stává součástí skupiny, a přesto může dále zůstat i sám sebou. Ve skupině nachází spojení a vzájemnou podporu. (Zgola, M., 2003).

Tanec a hudba jsou plné emocí, a proto usnadňují i nonverbální komunikaci, která je pro klienty s demencí, často mnohem snadnějším komunikačním prostředkem. Pozitivně na psychiku seniorů působí příjemná atmosféra, kterou lze při taneční terapii vytvořit a pozitivní zpětná vazba terapeutů. Příjemná atmosféra může přimět pacienty s demencí také k pozornějšímu vnímání, pozvolnému získávání sebedůvěry, k neobvyklým fyzickým výkonům a k zájmu o dění kolem nich. (Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kolektiv, 2009).

3.4. Přístupy zaměřené na prožitek

Arteterapii, muzikoterapii, aromaterapii, pet-terapii, terapeutické vaření i již výše zmiňovanou taneční terapii můžeme zařadit mezi metody, které jsou zaměřené na prožitek klienta, na pocit smysluplného vyplnění volného času a nejen to, pomáhají klientů v přizpůsobení se novým podmínkám, ztrátě zdraví, poklesu fyzických sil, posilují sebevědomí a přispívají k psychické pohodě klientů. Některé z uvedených přístupů např. muzikoterapie napomáhají i při projevech specifického chování jako je agitovanost nebo zlepšují chování klientů při jídle apod. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007).

Demence zasahuje do schopnosti osoby chápat a vykládat si své pocity, nezbavuje klienty, však schopnosti mít požitek. Nervový systém člověka potřebuje i nadále být stimulován, nastává ideální čas na hlazení zvířat, brouzdání se bosí trávou, šplouchání nohou v bazénu, houpání se v síti, poslouchání oblíbené hudby či dopřát si vůni čerstvě umleté kávy. (Zgola, J., M., 2003).

3.4.1 Arteterapie

Arteterapie je metoda využívající umění jako hlavní prostředek k vyjádření, poznávání a ovlivňování lidské psychiky. Umělecké techniky a postupy napomáhají k redukci psychických či psychosomatických obtíží a konfliktů v mezilidských vztazích. Arteterapie je považována za postup léčebný, který lze využít v nejrůznějších oblastech prevence i následné péče. Arteterapeutické metody jsou využívány ve výchově i vzdělávání dětí a dospělých, ale i ve zdravotnictví a v sociální péči. Arteterapie je oborem interdisciplinárním. Arteterapeutické aktivity jsou zaměřeny na kognitivní, motivační i emocionální složky osobnosti podle stávajících potřeb klienta a situace, ve které se nachází. (ČAA, www.arteterapie.cz [online])

Arteterapie u klientů s demencí si klade za cíl, pomáhat při aktivizaci jejich kreativity, flexibility a vitality. Pomocí výtvarných technik je možné zvýšit sebevědomí klienta, dát mu pocit smysluplného využití času, ulehčit mu přizpůsobení se nové situaci, ztrátě zdraví, poklesu fyzických sil apod. Vhodné jsou výtvarné techniky, jako je např. malování, práce s papírem, textilní techniky, práce s přírodními materiály apod. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

3.4.2 Muzikoterapie

Při muzikoterapii se využívá hudby, ale i zpěvu, rytmu, tónu, často zároveň s použitím pohybu nebo výtvarných technik. Terapeutickou metodou je poslouchání hudby i její tvorba nebo výtvarné či jiné kreativní ztvárnění hudby. Pomocí tónů a zvuků, které souzní s různými částmi těla, můžeme muzikoterapeuticky působit na uvolnění napětí v těle nebo na stimulaci těchto částí. Na tělo a psychické procesy v něm probíhající má velký vliv i zpěv a práce s dechem. Hudbu lze také využít k navození potřebné atmosféry, která vede ke zvýšení koncentrace nebo představivosti, může sloužit i k odvedení pozornosti od rušivých myšlenkových procesů. Muzikoterapii lze využít relaxačně nebo naopak ke stimulaci energie, může být i dobrým nástrojem vzájemné komunikace a vyjádření vnitřního světa člověka (Gerlichová, M., 2014; Moreno, J.J. 2005).

Hudbu a zvuky vnímáme prakticky každou buňkou lidského těla, zvukové vibrace tak mohou pocítit i lidé, kteří jsou nedoslýchaví, hluchí nebo hluchoslepí, protože mají velice dobře rozvinuté ostatní smysly. Lidské tělo může fungovat podobně jako velký rezonanční hudební nástroj. Hudbu lze rozdělit na rytmickou, melodickou a harmonickou složku, pro zdravý vývoj člověka je důležitý především rytmus. Harmonická složka má vliv především na celkový soulad organismu. Melodie pak

vytváří příběh, to jak na nás hudba působí, závisí na aktuální situaci, ve které se klient nachází. (Gerlichová, M., 2014)

Techniky muzikoterapie při práci s klienty s demencí mohou mít pozitivní účinek na tlumení agitovanosti, bloudění, toulání i dalších specifických projevů a to především techniky napomáhající uvolnění, navození pohody a vyloučení zbytečných informací. Aktivizační techniky jako např. zpěv lidových písní, předvádění hry na hudební nástroje, hudební kvíz nebo poznávání hudebních nástrojů, může přispívat ke zvyšování sebevědomí a psychické pohodě klienta. Terapeut ovšem musí mít na paměti schopnosti a věk klientů. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

3.4.3 Aromaterapie, terapeutické vaření, pet-terapie

Je výhodou, že čichové, hmatové a chuťové vjemy nepotřebují být vysvětlovány, a přesto přinášejí klientům s demencí požitek. V období, kdy se zhoršuje jejich paměť, je nanejvýš příjemné vystavit je dobře známým vůním, jako je vůně čerstvě namleté kávy, smažené cibulky, pečených perníčků či bublajícího guláše, které na víc mohou vyvolat příjemné vzpomínky. Je také dobré zaměřit se na stravu a oživit ji bylinkami. Mixování jídel může být příčinou deprivace klientů, důležité je barevné a hezky podávané jídlo, které může být radostnou událostí dne. (Zgola, J., M., 2003)

K výše jmenovaným účelům může dobře posloužit, jak aromaterapie, tak terapeutické vaření. Vaření je velmi oblíbenou a vděčnou aktivitou prováděnou s pacienty s demencí. Při této běžné denní aktivitě je možné využívat naučené stereotypní dovednosti, které většinou dobře zvládají i klienti v pokročilém stádiu demence. Jako při všech aktivitách i zde je důležité přidělit klientům takový úkol, který není nad jejich schopnosti. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Ze smyslů pet-terapie uspokojuje hmat a zrak, hlazení zvířat pacienty uklidňuje a přispívá i k celkovému uvolnění klientů a k lepší komunikaci. Zvířata také zmírňují úzkost, depresi a zkvalitňují spánek. Pacienti také rádi zvíře pozorují při hře nebo ho využívají jako model při arteterapii. V zařízeních se pet-terapie provádí dvěma způsoby, buď dochází do zařízení pravidelně terapeut, nejčastěji se psem nebo jsou zvířata chována přímo v zařízeních, to bývají i menší mazlíčci jako jsou králíci, kočky, morčata apod. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

3.5 Specifické přístupy zaměřené na zlepšení kvality života

Zlepšení kvality života klientů s demencí je problematika velmi obsáhlá, metody, které se snaží o tento nelehký úkol, se zaměřují především na nonverbální komunikaci, smyslové podmínky přiměřené stavu klienta, vlídné a trpělivé zacházení, důraz na individuální přístup ke klientům a zachování úcty ke klientovi. Mezi tyto přístupy lze zařadit Validační terapii, Preterapii, Habilitační terapie, Psychobiografický model péče spojovaný se jménem prof. Erwina Böhma a další komplexní

metody. V terminálních fázích pacienti s demencí vyžadují náročnou péči, která má svá specifika, tyto metody jsou většinou zaměřeny na schopnosti ošetřovatelů a jejich přístup ke klientům. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Procházková, E., 2010)

3.5.1 Validace

Autorkou validace je Naomi Feil, americká gerontoložka a sociální pracovníce, která zaujala tímto přístupem už v 80. letech 20. století. Vycházela z vlastních zkušeností s péčí o starší a velmi staré lidi, používané přístupy jí připadaly nefunkční. Proto se pokoušela vytvořit jiné metody a techniky. Při validaci je kladen důraz na člověka, na přístup pečujícího personálu, důležité je empatické naslouchání a přijímání témat, které klient předkládá a vcitování se do osobní reality dezorientovaného klienta. Při validační terapii přijímáme vše, co klient vypráví a dělá, respektujeme jeho jedinečnost a citlivě reagujeme a zvolna vedeme klienta žádoucím směrem, nikoliv přímým opravováním. Pochopením jeho emocí a bolestných pocitů snižujeme jejich moc. Přijímáním klientovi reality mu pomáháme postupně znovu získat pocit vlastní hodnoty, důvěry a jistoty, tím se u pacienta snižuje i úzkost a deprese. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Tavel, P., 2009)

N. Feil nazývá klienty, s kterými pracuje pomocí Validace jako dezorientované velmi staré osoby, v anglickém originále „old-old“. Záměrně používá termín dezorientované osoby. Pečující personál pomáhá klientovi vyrovnat se s jeho vlastním vnímáním reality a zmírnit jeho dezorientaci. V tomto případě je dezorientace vykládána jako neschopnost pacienta orientovat se ve všeobecně akceptovaných normách a nemožnost unést přibývajících tělesné, sociální a psychologické ztráty, které jsou s vyšším věkem stále častější. Validační terapie rozlišuje 4 stádia dezorientace. Lidé s demencí často utíkají do minulosti, protože si vybavují příjemné události z mládí, kdy byli plní sil a energie, vše perfektně zvládali, kdy žili naplněný život. Znovu touží prožít hezké události jejich života, ale také potřebují dořešit neuzavřené kapitoly jejich života, dosáhnout určitého smíření a vyrovnat se s minulostí, to může být pro klienty velmi těžké. Minulost se stává důležitější než přítomnost. Proto je velmi potřebná podpora, projevení náklonnosti a empatie ze strany personálu, zvolit správný přístup, při kterém je terapeut k dispozici, vyslechne, podpoří, ale nevyvíjí nátlak je nelehkým úkolem. K dispozici jsou validační techniky – používání neohrožujících otázek typu - Kdo? Co? Kdy? Kde? Jak?, vnitřní naladění pracovníka, empatické naslouchání, oční kontakt, užívání hlubšího tónu hlasu, opakování pohybů, doteky, blízkost, použití hudby apod. Terapeut se má vyvarovat kritice a má velmi starého člověka podpořit, aby dosáhl svého cíle a sdílet s ním jeho zážitky (Feil, N., 2007, Janečková, H., Vacková, M., 2010).

3.5.2 Preterapie

Tvůrcem Preterapie je Dr. Garry Prouty, tato metoda je součástí fenomenologické tradice v psychoterapii, vychází z Rogerovského přístupu zaměřeného na člověka, má mnoho společných prvků s Validací terapií. Metoda je určena zejména pro klienty se sníženou schopností navázat či udržet psychický kontakt, pomáhá klientům navázat kontakt s realitou, ale i se sebou samým a svým okolím. Je často využívána pro klienty tzv. „nevhodnými pro terapii“, jako jsou klienti s těžkým psychotickým onemocněním, autismem, s těžkou mentální retardací a v neposlední řadě i klienti s demencí. Preterapie je využívána jako psychoterapeutická metoda, ale je vhodná i pro pracovníky v pomáhajících profesích, právě jako metoda, která usnadňuje komunikaci s klienty. (Prouty, G., Werde, V., D., Portner, M., 2005)

Dion Van Werde se zabýval právě pacienty trpícími demencí a preterapii u těchto pacientů lze uplatnit „...v té nejčistší podobě jako „bytí s““ (cit. Dle Werde, V., D., 2002, s. 14)

Za stěžejní pro preterapii Garry Prouty považuje „psychologický kontakt“ mezi terapeutem a klientem. Pro klienty s demencí je právě kontakt často obtížně zvládnutelný, proto preterapie působí na principu zrcadlení nebo reflektování. Terapeut se snaží klientovi zrcadlit, co vnímá a opakovat klientovo sdělení, tak aby lépe porozuměl jejich uvažování a přesněji poznal i jejich pocity a prožívání. Důležitým prvkem je také reflektování, které je používáno právě z důvodů zlepšení navázání kontaktu klienta s realitou, s druhými lidmi a především se sebou samým. Preterapie je metodou, která je přínosná jak pro odborníky z řad psychologů a psychiatrů, tak pro všechny pomáhající profese jako jsou sociální pracovníci, zdravotníci, pečující personál, ergoterapeuti, aktivizační pracovníci a další, protože má pozitivní účinky i na klienty, o kterých se předpokládalo, že nejsou přístupni metodám zaměřeným na klienta ani žádným jiným. Pro zaměstnance to ovšem znamená vystoupení z denní rutiny, která je jasně daná, zaběhnutá a přijmout zajímavou výzvu. Je třeba najít motivaci, přesvědčení, ale i reálně zhodnotit vlastní kompetence, proto je důležité poskytnout zaměstnancům podporu, školení v oblasti preterapie a hlavně supervizi. (Prouty, G., Werde, V., D., Pörtner, M., 2005)

3.5.3 Habilitační terapie

Jedná se o metodu, které stejně jako Validace a Preterapie vychází z respektování důstojnosti a individuality klienta, a tudíž i z rozdílných potřeb klienta s demencí. Habilitační terapie se zaměřuje na jednotlivé oblasti v péči o klienta, které jsou pro něho podstatné. Jedná se o vytvoření prostředí, které co možná nejlépe vyhovuje potřebám klienta s demencí, o strukturované aktivity přiměřené klientovým schopnostem s důrazem na uspokojení z prováděných činností, dostatečné a nenásilné podněty, citlivou, trpělivou a přiměřenou komunikaci s dostatkem neverbálních projevů,

kteře jsou pro klienta lépe čitelné a zaměření se na prevenci a podporu neproblémového chování. Důležitou oblastí je i přiměřená nezávislost klienta, umožnění klientovi, aby si zachoval co možná největší samostatnost. V co možná největší míře umožnit klientovi vést život podle vlastních představ, být svobodný v rozhodování a výběru, mít možnost volby, alespoň do té míry, jak mu dovolí jeho narušené schopnosti. Podíl účasti pomáhajícího na pomoci klientovi s demencí musí být přímo úměrný jeho dovednostem a míře soběstačnosti. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007, Pichaud, C., Thareauová, I., 1998)

3.5.4 Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma

Psychobiografický model péče je, na rozdíl od Validací terapie nebo Preterapie, speciálně určený pro klienty s demencí. Principem metody je péče zaměřená na citlivý lidský přístup ke klientovi s ohledem na jedinečnost každého klienta a jeho vlastní životní příběh. E. Böhm neuznával běžně používané způsoby péče v pobytových zařizováních pro klienty s demencí, které směřovaly pouze na základní potřeby klientů, kde většinu úkonů sebeobsluhy klientů přebíral pečující personál bez ohledu na zachovalé schopnosti a dovednosti klientů. Tímto způsobem péče docházelo k vytváření nepřiměřené závislosti klientů na ošetřujícím a pečujícím personálu. Prof. Böhm přišel s novým modelem péče aktivizujícím a re-aktivizujícím, který je zaměřen v prvním plánu na psychické schopnosti a až poté na tělo. V posledních stádiích nemoci je využívána stimulační péče, především bazální stimulace. (Procházková, E. 2010)

Důsledkem vyššího a vysokého věku dochází k tomu, že vytváří z lidí jednotlivce navzájem si více a více podobné, realita je však opačná, klienti jsou velmi odlišní, lidé postižení Alzheimerovou chorobou a dalšími demencemi se pohybují zhruba ve věkovém rozmezí od šedesáti do pětadevadesáti let a je tudíž velmi složité sestavit pro ně jednotný program. Různost vlivů prostředí, ve kterém se tito lidé pohybovali, jejich životních zkušeností, utváření vzpomínek a jejich rolí v životě je obrovská, najít pro všechny odpovídající péči je tedy velmi náročné. Informace z historie klienta a o sociálním prostředí, z kterého přichází do zařízení a jsou součástí přijímacího řízení, se mohou zdát dostatečné, je však velmi důležité, za jakých okolností byly shromážděny. Byly získány v době, kdy personál neměl s přijímanou osobou žádné zkušenosti, je tedy potřebné získat postupně podrobnější informace o jeho dosavadním dlouhém životě. (Zgola, J., M., 2003)

Psychobiografický model používá pro práci s klientem jeho biografii. Vytvoření Biografické knihy klienta má svá přesná pravidla, kniha napomáhá personálu lépe porozumět klientům a jejich potřebám a poskytovat klientům adekvátní péči, citlivou podporu a respekt k jejich individualitě. Důležitý je sběr dat o klientovi, pečující personál se nemůže zaměřit jen na somatiku, ale musí se zabývat i psychickým stavem klienta, velmi přínosná je přesná citace výroků klienta. Biografie klienta by měla přinášet

odpovědi na otázku Kdo je skutečně náš klient?. Biografická kniha vytvářená společně s klientem a jeho rodinou, má vliv na plánování péče, denních činností a volnočasových aktivit klienta. Důležité je v jaké době a v jakých sociálních podmínkách klient vyrůstal, tehdejší zvyky a morální hodnoty společnosti. Klienti si většinou uchovávají zvyklosti z období, ve kterém prožili velkou část svého života, proto je životní příběh klientů, nenahraditelným zdrojem informací. (Procházková, E. 2010).

Prof. Böhm nepoužívá pojmu demence, ale na základě vývojové psychologie podle Eriksona rozdělil jednotlivé části lidského života, a pro stáří popsal u seniorů se změnami v chování 7 fází regrese. Pro stanovení fáze regrese využívá diferenciální diagnostiku. Ke stanovení fáze slouží tabulkový systém, kde se hodnotí např. orientace, paměť, formální myšlení, vůle, schopnost kontaktu, emoce atd. Na základě stanovené fáze regrese se vybírá plán péče. Podle biografického modelu jsou pro 1. a 2. fázi regrese využívány aktivizační formy péče, které jsou zaměřeny na podporu klientovi soběstačnosti, udržení jeho schopnosti sebeurčení, vlastní zodpovědnosti a snaha o maximální zapojení klienta do péče. Pro 3. až 5. fázi regrese je využívána re-aktivizační forma péče, pro kterou je typické využití podnětů na základě biografie klienta, které jsou použity ke znovuoživení psychiky, a tedy i sebepéče. Podle Böhmovi metody je hlavním cílem péče znovuoživení duše (psyché) seniora, kterou popisuje jako energii duše, která je původním zdrojem naší životní motivace. Pokud senior nemá motiv proč dále žít, nemá ani snahu vykonávat běžné denní úkony. Hlavní snahou reaktivizační péče je na základě určení psychobiografické normality klienta adaptace instituce na seniorovu normalitu a té přizpůsobit i následnou péči o klienta. V 6. a 7. fázi regrese jsou využívány stimulující formy péče, např. bazální stimulace (Ebin [online]; Procházková, E. 2010).

Psychobiografický model péče prof. E. Böhma má za cíl nejenom přiměřenou péči o klienta s demencí a znovuoživení jeho psychiky, ale také vyvolat zájem personálu v pobytových zařízeních o zvyšování odborné úrovně v péči o klienty s demencí. Dále pak odstranit mýty o tom, že klient s demencí je nekomunikativní a náročný pacient s problematickým chováním. Dle Böhma je nutností přesvědčit a naučit personál pečující o klienty s demencí, podporovat klienty v jejich samostatnosti a jejich schopnostech rozhodovat o svém životě co nejdéle. Při správné motivaci na základě biografie klienta můžeme předpokládat, že klient sám převezme iniciativu v sebe péči (Ebin [online]).

4 Výhody a uplatnění nefarmakologických přístupů

Výhodou nefarmakologických přístupů je především to, že pozitivně působí na behaviorálně psychiatrické komplikace u pacientů s demencí. Nefarmakologické metody posilují lidskou důstojnost a sebeuvědomění pomáhají najít motivaci a dodávají smysl dalšímu životu seniorů, tím pozitivně ovlivňují emoční stav klientů. Dobrý psychický stav klientů vede k odstranění či zmírnění specifického chování klientů, které se projevuje neklidem, touláním, úzkostí až depresí. Při vhodně zvolených aktivitách, které zároveň strukturují den, ale také napomáhají k zlepšení či zachování stávajících schopností, dodržují pravidelný režim, který dává klientům pocit bezpečí a stability a při správně vedené verbální i neverbální komunikaci s klientem, dochází ke zvýšení sebedůvěry, sebevědomí a následně i lepšímu zapojení klienta s demencí do kolektivu. Další výhodou je, že nefarmakologické přístupy pomáhají ke zlepšení komunikace a většímu porozumění pečovatele a klienta, a tím snižují stresovou zátěž personálu. V neposlední řadě nesmíme zapomenout, že celá řada nefarmakologických přístupů se dá používat i v domácím prostředí a má minimum nežádoucích účinků (Sheardová, K., 2011, [online]).

Nefarmakologické přístupy lze uplatnit ve všech stádiích nemoci, již při stanovení diagnózy je důležité šetrně a dostatečně informovat pacienta i pečovatele o pravděpodobném průběhu nemoci a všech možnostech vývoje a péče. Upozornit pacienta na vhodné terapie, které pozitivně ovlivňují průběh onemocnění. Ve fázi rozvinutého onemocnění se nefarmakologické přístupy podílí na zachování či zlepšení kognitivních funkcí, ale i na podpoře všech součástí osobnosti, jako je psychosociální, fyzická i duchovní stránka. Pomáhají při zachování soběstačnosti v denních aktivitách a podněcují smysly. Zmírňují či odstraňují behaviorálně psychiatrické komplikace onemocnění s důrazem na zachování důstojnosti klienta. Při všech aktivitách je nutné brát v úvahu omezení a další nemoci, které klienti s demencí mají, aby nedošlo k vyčerpání. Pro klienty s demencí je důležitý odpočinek, kdy mohou mít čas jen sami pro sebe. V terminální fázi onemocnění se nefarmakologické přístupy využívají hlavně k zajištění dostatečného pohodlí klienta, a to jak po stránce psychické, tak fyzické i zde je velmi důležité zachovávat důstojnost klienta. Nefarmakologické přístupy hrají, také důležitou roli při podpoře pečujících rodin o pacienta s demencí, zejména v oblasti poradenství, svépomocných skupin, edukačních programů pro pečující a možností respitní péče. Spolupráce s rodinnými příslušníky v péči o pacienta s demencí je velice žádoucí. (Sheardová, K., 2011, [online], Zgola, J., M., 2003).

Pro péči o pacienta s demencí v domácím prostředí jsou dobře využitelné nefarmakologické přístupy, které nepotřebují velké odborné znalosti, a přesto jsou užitečným pomocníkem při péči o nemocného. Mezi tyto metody patří např. muzikoterapie, která snižuje neklid nemocného a je

dobrým pomocníkem při jídle. Doporučuje se především poslech oblíbené hudby a zpívání. Další účinnou metodou ke snížení neklidu a zlepšení příjmu potravy je masáž rukou či jemný dotek na předloktí. Pravidelné procházky a jednoduché cviky zase zlepšují spánek, psychický stav pacienta a snižují nežádoucí chování, jako je bloudění a neklid. Ke zlepšení komunikace a upevnění sebevědomí a identity pomáhá prohlížení fotografií, starých filmů a především pozorné a empatické naslouchání pacientovi. K větší soběstačnosti pacienta může přispět i nástěnka se svátky, datem či velké hodiny na dobře viditelném místě. Úprava prostředí, ve kterém pacient žije, tak aby se mohl bezpečně pohybovat a dobře se orientovat, přispěje k soběstačnosti pacienta. Především v raných stádiích demence napomáhá k udržování neztracených vědomostí tzv. cvičení paměti – doplňování křížovek, rýmů, slov, přísloví, čtení a interpretace textu. Je důležité pacienta do činnosti nenutit a každý úspěch patřičně ocenit. Pro zachování či zlepšení soběstačnosti je přínosné zapojit pacienta do běžných denních činností, jako např. vaření, či skládání prádla, zalévání květin apod. je nutné přihlídnout k možnostem a schopnostem pacienta a úkoly přizpůsobit tak, aby byl schopen je zvládnout. Aktivitu je potřeba co nejvíce zjednodušovat tak, aby obsahovaly co nejméně kroků. Aby pacient pochopil, co má dělat, musíte mu ukázat všechno, co bude k činnosti potřebovat. Návod mu je podáván v krátkých a jednoduchých větách, které se, pakliže je to nutné, ještě opakují. Jestliže nechce v práci pokračovat, nenaléháme na něj. V domácím prostředí se dají využít, i některé další intervence nebo jejich části např. aromaterapie, arteterapie, ergoterapie apod. (Sheardová, K., 2011, [online], Glenner, J., A., a kol. 2012).

4.1 Role sociálního pracovníka při práci se seniory v pobytových zařízeních

Sociální práce je „*umění*“, které vyžaduje velikou škálu dovedností. Jednou z hlavních schopností je porozumění potřebám druhých a schopnost pomáhat klientům tak, aby se na naší pomoci nestali závislí. Sociální práce je ovšem také „*vědou*“, neboť disponuje teoriemi a dále vytváří nové teorie vysvětlující vznik a řešení individuálních, skupinových a komunitních problémů. (Navrátil, P., 2001, s. 21)

Sociální pracovník je v pobytových zařízeních často vnímán jako pracovník určený k vyřizování nároků na sociální dávky, znalec problematiky přijímání nových klientů a odborník na pozůstalostní řízení, kontakt s notáři, obecním úřadem a dalšími institucemi. Sociální pracovník dále hraje důležitou roli v rozhodovacím procesu přijímání nových klientů, kdy musí respektovat různá přání klientů i jeho rodiny. Podporuje klienty při jejich rozhodování, snaží se podávat co nejvíce informací o zařízení a jeho fungování. Velmi důležitý je dobrovolný výběr zařízení a spoluúčast klienta na přípravě k změně domova, který přispívá i k jednoduššímu zvládnutí adaptačního procesu při přechodu do pobytového zařízení. Aktivní spoluúčast na přechodu do domova pro seniory je vhodnou prevencí tzv.

translokačního syndromu, který se projevuje u některých přemístovaných klientů. Projevuje se neklidem, zmateností, apatií, depresí až odmítáním života (Krátká, A., Šilhánková, G. 2008 [online]).

V pobytových zařízeních se sociální pracovník podílí na zajištění komplexnosti péče o seniory. To předpokládá zajištění lékařské a ošetrovatelské péče, ale také nabídku volnočasových aktivit, kulturních zážitků a umožnění věřícím pokračování v duchovním životě. Sociální pracovník spolu s ostatním personálem zajišťuje kvalitní a důstojný způsob života klientů. Snaží se vytvořit příjemné a podnětné prostředí tak, aby se klient cítil co nejlépe. Sociální pracovník je také v mnoha případech jediným prostředníkem mezi klientem a okolím. Musí se proto snažit navázat s klientem vztah založený na důvěře a pocitu bezpečí. Toho lze dosáhnout pouze pomocí správně zvoleného přístupu a empatického naslouchání (Matoušek, O. 2005; Malíková, E. 2011).

4.2 Role sociálního pracovníka při práci se seniory v domácím prostředí

Primární role sociálního pracovníka při práci se seniorem v domácím prostředí je umožnit klientovi zůstat co nejdéle ve známém domácím prostředí a to s ohledem na pokles jeho funkčních schopností a pokles soběstačnosti, který omezuje uspokojování jeho potřeb dle dřívějších zvyklostí. Dále pomáhá v naplňování životních plánů a udržování kontroly nad jeho životem v přiměřené míře, tak aby se významně nesnižovala kvalita jeho života. Práce sociálního pracovníka při péči o klienta nemůže vycházet pouze z hodnocení tělesných změn, ale je nutné chápat seniora jako celistvou bytost. Pomoc spočívá v hledání cesty při řešení náročných životních situací a v podpoře při rozhodování jak jeho, tak rodiny (Tošnerová, M., 2009; Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008).

Míra podpory klienta, však má v plné výši zachovávat a pokud možno zlepšovat dovednosti seniora, a tím snižovat jeho závislost na pomoci pečovatелů. Při poskytování osobní asistence – pomoc při osobní hygieně, podávání a přípravě stravy, úklidu domácnosti, ale i při doprovodech na úřady, návštěvách lékaře, zájmových činnostech atd. je velice podstatným nástrojem sociálního pracovníka rozhovor. Prostřednictvím rozhovoru dokáže sociální pracovník věnovat klientovi svůj čas, naslouchat jeho životnímu příběhu a získat mnoho potřebných informací o životních podmínkách seniora (Tošnerová, M., 2009; Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008).

Komunikace je důležitou kompetencí sociálního pracovníka, který by měl být schopen vhodnou formou podpořit klienta psychicky i morálně. Pochvala, pohlazení, podání ruky, ale také laskavost a vhodný humor je nedílnou součástí navázání důvěry ve vztahu s klientem, případně s jeho rodinou. Při práci s klientem se ztrátou soběstačnosti v důsledku demence je velmi prospěšné vytvořit si reálná očekávání a uvědomit si jaký životní příběh klienta dosud provázal. Jedním z prvních kroků při práci s rodinou klienta je zjistit, do jaké míry a zda vůbec spolupráci vítají, a jak si společnou péči

představují. Velkou pomocí může být už podrobnější seznámení blízkých s nemocí, dalším průběhem a specifiky, které demence obnáší (Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008; Kopecká, I., 2015).

Péče o blízkého člověka je náročná jak fyzicky, tak psychicky, proto má podpora sociálním pracovníkem v práci s rodinou své nenahraditelné místo. Hlavní zátěží pro pečovatele je čas a pravidelnost péče o seniora, dále pak konflikty a měnící se vztahy mezi pečovatelem a seniorem, často i konflikty v rodině, velkou zátěží je i sociální izolovanost. Nemalehými rolmi mohou hrát i nezkušenost a nedostatek odborných znalostí potřebných k péči o seniory s demencí. Velká zátěž pečovatelů často vyústí v žádost o ústavní péči (Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008).

Další rolí především existencionálně zaměřených sociálních pracovníků je řešení více sociálních důsledků stáří než zajištění hmotných podmínek. Senioři se často zaobírají svými obavami, které starší věk přináší, jako je strach ze ztráty samostatnosti, obava z odloučení od svých blízkých, strach z nemoci a nemožnosti, ale i obavy z ponížení, bezmoci a nezájmu okolí. V životě starších lidí dochází k velkým životním zvrátům – odchod do důchodu, změna dosavadního bydliště, případně příprava na nástup do domova pro seniory, či jiného pobytového zařízení. Dochází, také častěji ke ztrátě vrstevníků a přichází strach z blížící se smrti. Senioři se velmi často, pokoušejí ignorovat realitu blížící se smrti a možnost se na ni připravit (Thompson, N., 2000; Tošnerová, M., 2009).

Problémem se pak může stát i to, že spolu se stárnutím a představou blížící se smrti klient začíná až příliš ochotně přijímat omezení svých životních možností. Chová se jako by jeho životní možnosti byly menší, než opravdu jsou. Snahou sociálního pracovníka je hledat způsob, jak klienta zbavit pocitu omezení životních možností a snažit se o zvětšení prostoru pro svobodnější rozhodování. U klientů se také často objevují pocity neúčinnosti a pocit malého přínosu pro rodinu, je velmi obtížné pomoci klientům vyrovnat se s těmito pocity. Přestože je existencionálně zaměřená sociální práce především individuální práce s klientem, měl by pracovník vidět seniora v širších rodinných, společenských a politických souvislostech (Thompson, N., 2000; Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008).

5 Praktická část. Vlastní výzkumné šetření

5.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumné práce je zmapovat pomocí explorativního šetření, využívání nefarmakologických metod při udržení soběstačnosti klientů, při zmírňování či zamezení specifického chování osob s demencí a při zkvalitnění života klientů. Dále pak zjistit využívání farmakologické léčby versus nefarmakologické postupy. Poznat míru důvěry personálu v pobytových zařízeních k nefarmakologickým metodám a na základě vyhodnocení dotazníků potvrdit nejčastěji využívané nefarmakologické metody, jejich znalost a ochotu se dále sebevzdělávat. Mezi další cíle patří nalézt vhodné metody pro péči o nemocného v domácím prostředí, které zvládne i rodinný příslušník bez nutnosti delšího zaškolení. Průzkumem chci dále zjistit, zda mohou nefarmakologické postupy působit na klienty i negativně např. v nich vyvolávat pocit frustrace či depresivní nálady. Hlavním cílem výzkumné práce je poukázat na to, že stabilizovat nemocného na určitou omezenou dobu, může být díky nefarmakologickým intervencím další účinnou cestou v ovlivnění symptomů demence a prodloužení soběstačnosti klienta, a to i bez nežádoucích vedlejších účinků, které mohou způsobovat farmaka.

5.2. Hypotézy

Hypotéza č. 1. Nejpoužívanější a nejznámější nefarmakologickou metodou bude arteterapie.

Hypotéza č. 2. V méně než polovině jednotlivých zařízení se budou pořádat pravidelné semináře na prohloubení znalostí v nefarmakologických metodách.

Hypotéza č. 3. Farmaka jsou stále velmi často používána ke zmírnění specifického chování klientů s demencí.

Hypotéza č. 4. Jako metody vhodné pro domácí využití bude doporučováno cvičení paměti.

Hypotéza č. 5. Personál se nebude chtít podílet na úhradě případného sebevzdělávání.

Hypotéza č. 6. Většina zaměstnanců se setkala i s nežádoucími účinky nefarmakologických metod, jako je frustrace nebo deprese.

5.3. Charakteristika vzorku respondentů

Zaměstnance pobytových zařízení jsem oslovila několika způsoby. Osobně jsem kontaktovala zaměstnance v domově pro zrakově postižené seniory Palata, a dále jsem oslovila sociální pracovníky v Domovech pro seniory v Praze na Zahradním Městě a v Malešicích a jejich prostřednictvím jsem oslovila zaměstnance. S osobním kontaktem jsem měla velmi dobré zkušenosti, zaměstnanci byli ochotní k vyplnění dotazníků. Zbytek respondentů jsem oslovila prostřednictvím

elektronicky zaslánoho dotazníku na adresy několika mimopražských domovů pro seniory (Beroun, Telč, Liberec, Jablonec nad Nisou, Mladá Boleslav, Slaný, Most, Dřevčice). Rozložení počtu respondentů v jednotlivých skupinách je náhodné. Díky pestrému rozmístění v menších i větších zařízeních se dalo předpokládat, že mezi respondenty bude nejrůznější zastoupení jednotlivých profesí, které jsem oslovila. Zaměstnanci jsou rozděleni podle zastávaných pozic do 4 skupin.

1. skupina – psycholog, terapeut,
2. skupina – aktivizační pracovník,
3. skupina – zdravotnický pracovník
4. skupina – sociální pracovník.

Rozdělení do skupin podle počtu zúčastněných respondentů ukazuje tabulka číslo 1 a graf číslo 1.

Tabulka č.1.

sociální pracovník	17
zdravotní pracovník	15
aktivizační pracovník	10
terapeut / psycholog	5
total	47



Graf č. 1.

5.4. Metodika výzkumného šetření

Zvolila jsem kvantitativní způsob výzkumu, pro sběr dat jsem použila formu papírového a elektronického dotazníku. Tento způsob jsem zvolila z důvodu získání většího objemu dat. V dotazníku (viz příloha č. 1) jsem použila 14 otázek, otázky jsou uzavřené i otevřené s možností vybrat více odpovědí nebo doplnit potřebné údaje důležité pro následné statistické zpracování. V první otázce vyplňovali respondenti pouze své pracovní zařazení, jiné údaje ohledně jejich osoby nebyly pro další šetření podstatné.

Dotazník je tematicky rozdělen na dvě části. V první části jsou otázky na konkrétní používání nefarmakologických metod a na vlastní zkušenosti respondentů s využitím nefarmakologických přístupů, druhá část je pak více zaměřena na používání farmak při práci s klienty s demencí a otázky směřované na další sebevzdělávání respondentů.

Samotné šetření probíhalo od května 2015 až do června 2017. V první části výzkumu byly použity tištěné papírové dotazníky, které byly rozdány v Pražských domovech pro seniory a v druhé části výzkumu byly použity elektronické dotazníky, které byly rozeslány s průvodním dopisem do mimopražských domovů pro seniory. Takto bylo osloveno 75 respondentů, zpět se vrátilo 32 tištěných dotazníků ze 40 tištěných dotazníků a 19 elektronických dotazníků z 35 rozeslaných elektronických dotazníků. S odmítnutím o vyplnění dotazníku jsem se setkala v jednom z Pražských domovů pro seniory s tím, že celá práce se musí předkládat nebo dělat v jejich zařízení, 8 tištěných dotazníků se nevrátilo, 4 dotazníky v tištěné podobě byly vyplněny pouze částečně, takže se nedaly použít k dalšímu zpracování.

5.5 Výsledky výzkumného šetření

V další části praktické části jsem analyzovala jednotlivé otázky dotazníku.

Otázka č. 1 slouží pouze pro upřesnění pozice, kterou respondent v zařízení zastává. Tabulka č. 1.

Otázka č. 2: „Které z uvedených nefarmakologických metod znáte?“

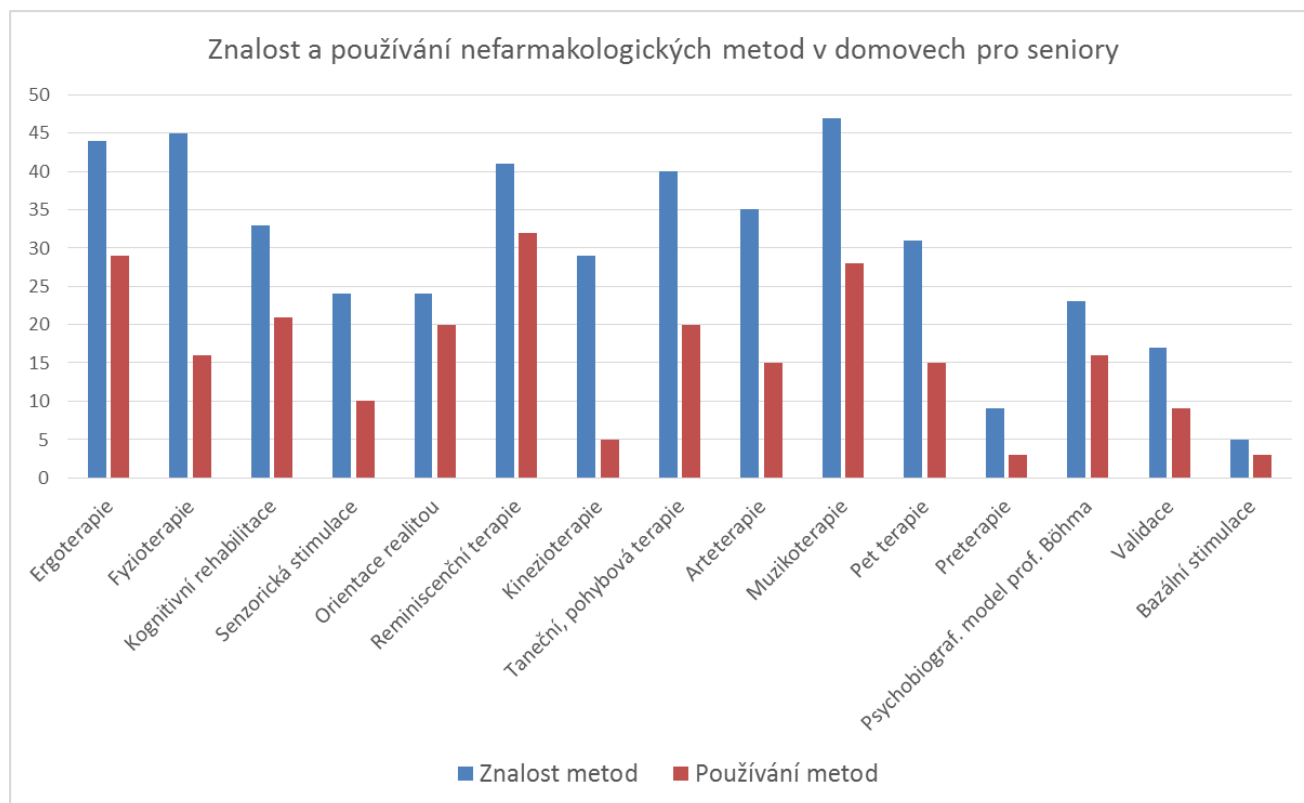
V otázce jsem zkoumala podpořenou znalost nefarmakologických metod. Nejznámějšími metodami jsou muzikoterapie 100%, fyzioterapie 96%, ergoterapie 94% a reminiscenční terapie 87%. Nejméně známou je Preterapie 19%. Metodou, která byla doplněna, jako další známá nefarmakologická metoda je bazální stimulace.

Tabulka č. 2. Znalost a používání metod

	Znalost metod	Používání metod	Podíl znalosti	Podíl používání	Použití v případech znalosti
Ergoterapie	44	29	94%	62%	66%
Fyzioterapie	45	16	96%	34%	36%
Kognitivní rehabilitace	33	21	70%	45%	64%
Senzorická stimulace	24	10	51%	21%	42%
Orientace realitou	24	20	51%	43%	83%
Reminiscenční terapie	41	32	87%	68%	78%
Kinezioterapie	29	5	62%	11%	17%
Taneční, pohybová terapie	40	20	85%	43%	50%
Arteterapie	35	15	74%	32%	43%
Muzikoterapie	47	28	100%	60%	60%
Pet terapie	31	15	66%	32%	48%
Preterapie	9	3	19%	6%	33%
Psychobiograf. model prof. Böhma	23	16	49%	34%	70%
Validace	17	9	36%	19%	53%
Bazální stimulace	5	3	11%	6%	60%

Otázka č. 3: „Které z uvedených nefarmakologických metod používáte při práci ve vašem zařízení?“

Výsledky k otázce č. 3 jsou zaneseny do tabulky č. 2 a znázorněny v grafu č. 2.



Graf č. 2.

Celkově nepoužívanější metodou je Reminiscenční terapie 68%, dále pak Ergoterapie 62% a muzikoterapie s 60% zaujímá třetí pořadí. Zajímavý je i poměr používání metod v případě jejich znalosti. Např. Orientaci realitou používá pouze 43% z celkového počtu respondentů, ale naopak celkem vysokých 82% z těch, kteří tuto metodu znají.

Otázka č. 4: „Které z nefarmakologických postupů, jež používáte, považujete na základě svých zkušeností za účinné při potřebě pomoci se zmírněním specifického chování klientů?“

Také zde byla možnost vybírat z nabídky odpovědí. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že za metodu účinnou při zmírnění specifického chování klientů považuje 27 respondentů Reminiscenční terapii, 19 respondentů Ergoterapii, 18 respondentů muzikoterapii a shodný počet respondentů 16 označilo za účinnou Pet terapii a Psychobiografický model.

Tabulka č. 3 zobrazuje souhrnné výsledky k otázkám č. 4 až č. 7. Graf č. 3 znázorňuje účinnost pro zmírnění specifického chování.

Tabulka č. 3. Účinnost nefarmakologických metod

	specifické chování	úzkost a deprese	podpora sebeúcty	zlepšení soběstačnosti
Ergoterapie	19	19	27	29
Fyzioterapie	13	9	10	30
Kognitivní rehabilitace	9	7	16	24
Senzorická stimulace	9	4	5	10
Orientace realitou	11	9	13	20
Reminiscenční terapie	27	16	25	20
Kinezioterapie	4	2	3	8
Taneční, pohybová terapie	11	15	12	19
Arteterapie	13	14	11	13
Muzikoterapie	18	22	13	13
Pet terapie	16	17	9	10
Preterapie	2	2	1	4
Psychobiograf. model prof. Böhma	16	12	13	8
Validace	2	3	6	4
Bazální stimulace	0	3	0	0

Graf č. 3.

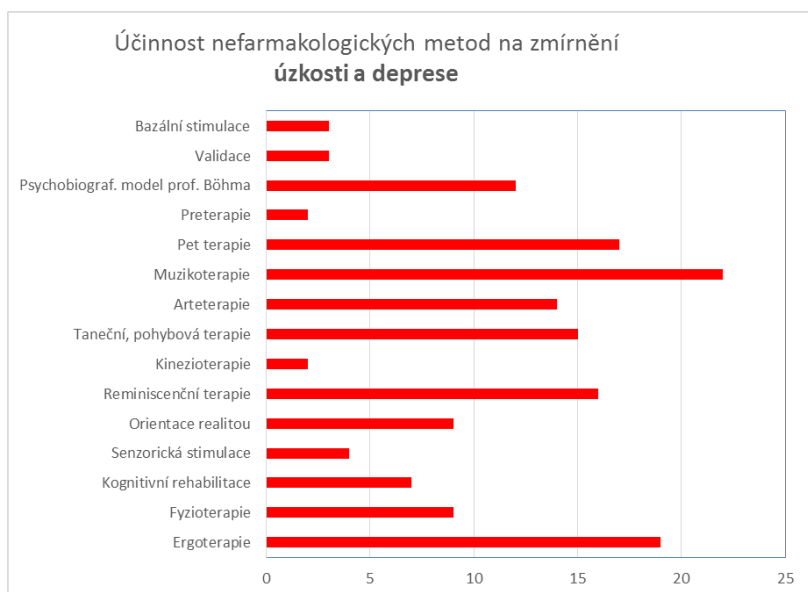


Otázka č. 5: „Které z nefarmakologických postupů, jež používáte, považujete na základě svých zkušeností za účinné při pomoci se zmírněním úzkosti a deprese u klientů?“

Při zvládnání úzkosti a deprese vidí jako účinnou metodu - muzikoterapii 22 respondentů, 19 respondentů uvádí ergoterapii a velmi podobný počet respondentů označilo jako účinnou metodu Pet terapii 17 respondentů a 16 respondentů určilo účinnou Reminiscenční terapii.

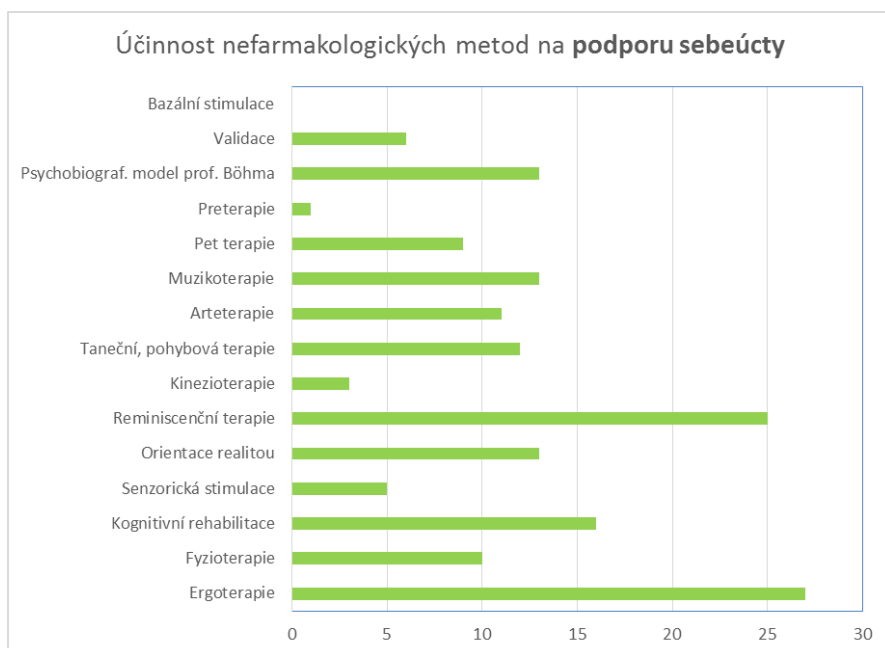
Znázornění ukazuje graf č. 4 a v tabulce č. 3 jsou uvedeny i ostatní metody dle účinnosti.

Graf č. 4



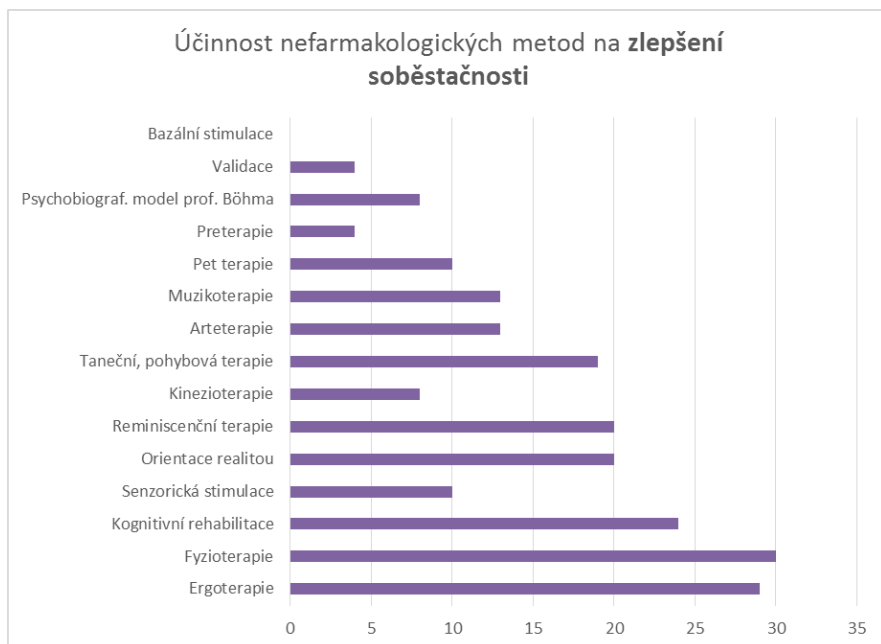
Otázka č. 6: „Které metody, jež používáte, považujete na základě svých zkušenost za vhodné pro podporu a upevnění sebeúcty, identity klienta?“

Z následujícího grafu č. 5 je patrné, že za nejúčinnější metodu na podporu klientovy sebeúcty získala nejvíce příznivců 27 respondentů Ergoterapie, 25 respondentů se přiklání k Reminiscenční terapii, 16 respondentů považuje za účinnou kognitivní rehabilitaci. Přesné údaje jsou v souhrnné tabulce č. 3. Účinnost nefarmakologických metod.



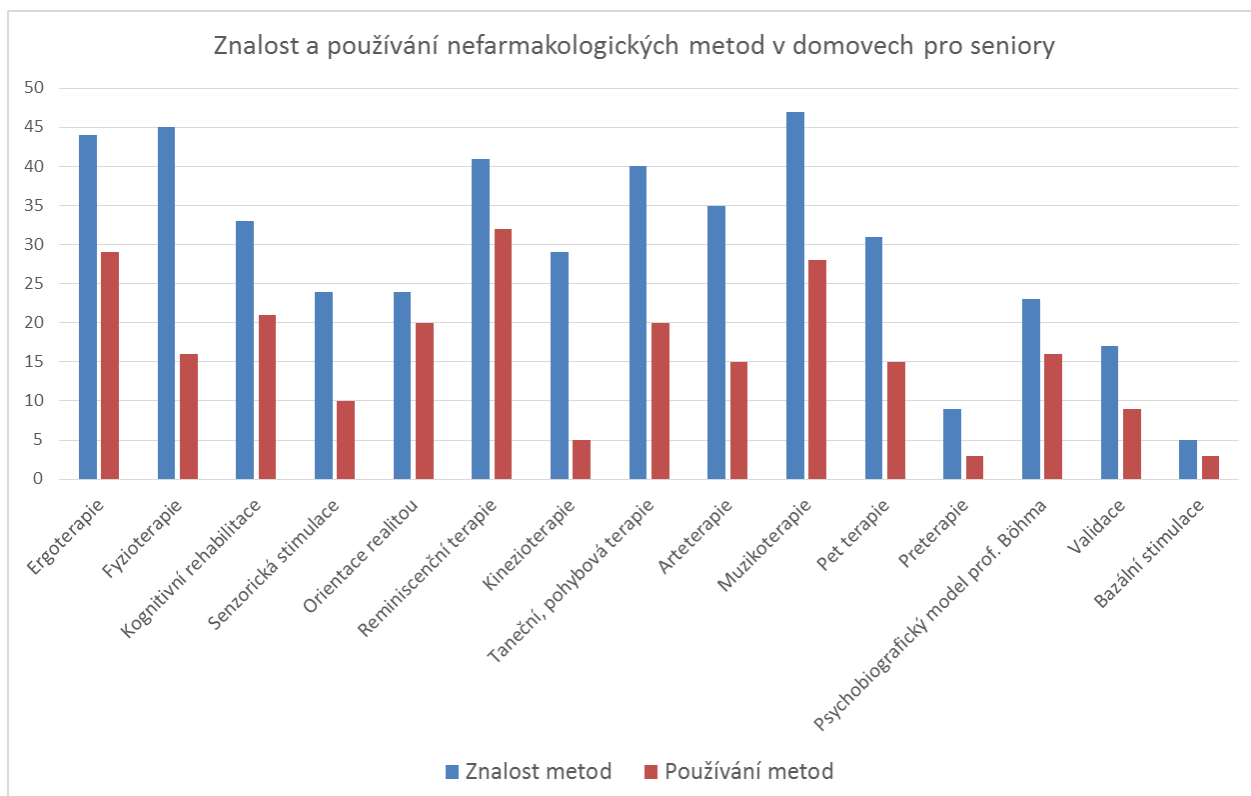
Graf č. 5.

Otázka č. 7: „Které metody přispívají podle Vašich zkušeností k uchování či zlepšení soběstačnosti klienta?“



Graf č. 6.

V poslední otázce zaměřené na účinnost nefarmakologických metod označili nejčastěji respondenti Fyzioterapii a to celkem 30 krát, Ergoterapii uvedli 29 krát, Kognitivní rehabilitaci 24 krát a shodně 20 krát zvolili Orientaci realitou a Reminiscenční terapii. Údaje znázorňuje graf č. 6, podrobné údaje jsou v tabulce č. 3 a srovnání jednotlivých metod dle účinnosti uvádí graf č. 7.

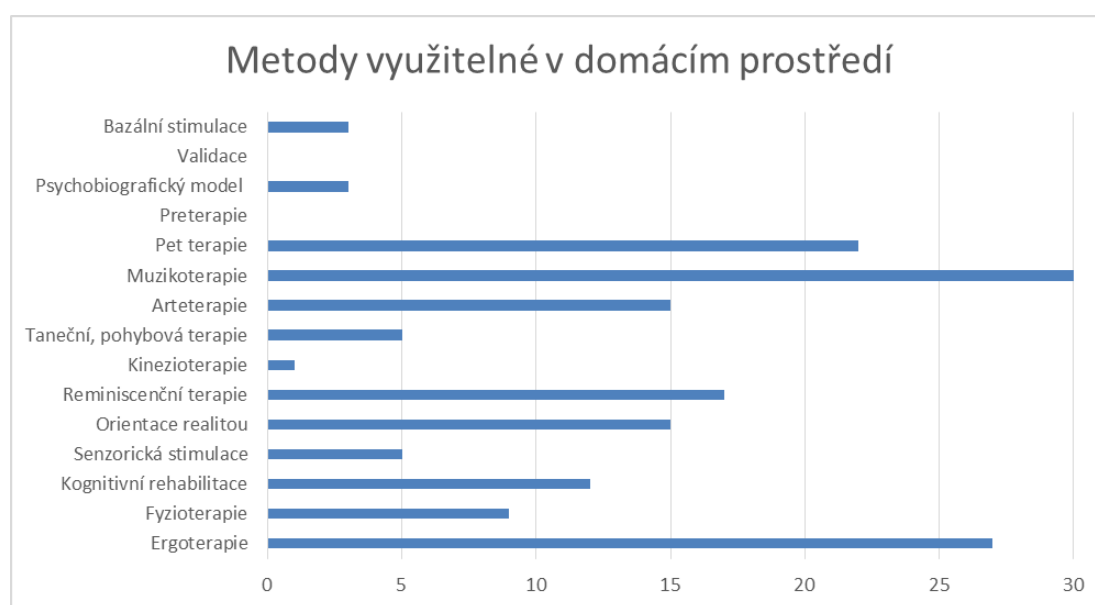


Otázka č. 8: „Vyberte metody, o kterých si myslíte, že jsou dobře využitelné v domácím prostředí.“

V otázce vybrali respondenti pro využití v domácím prostředí na prvním místě Muzikoterapii v počtu 30 hlasů, na druhém místě byla vybrána Ergoterapie a to hlasy 27 respondentů na třetím místě je z 22 hlasy Pet terapie. Přesné zobrazení doporučených metod vhodných k používání v domácím prostředí zobrazuje i graf č. 8.

Tabulka č. 7 Metody využitelné v domácím prostředí

Metody využitelné v domácím prostředí	četnosti	podíl
Ergoterapie	27	57%
Fyzioterapie	9	19%
Kognitivní rehabilitace	12	26%
Senzorická stimulace	5	11%
Orientace realitou	15	32%
Reminiscenční terapie	17	36%
Kinezioterapie	1	2%
Taneční, pohybová terapie	5	11%
Arteterapie	15	32%
Muzikoterapie	30	64%
Pet terapie	22	47%
Preterapie	0	0%
Psychobiografický model	3	6%
Validace	0	0%
Bazální stimulace	3	6%



Graf č. 8.

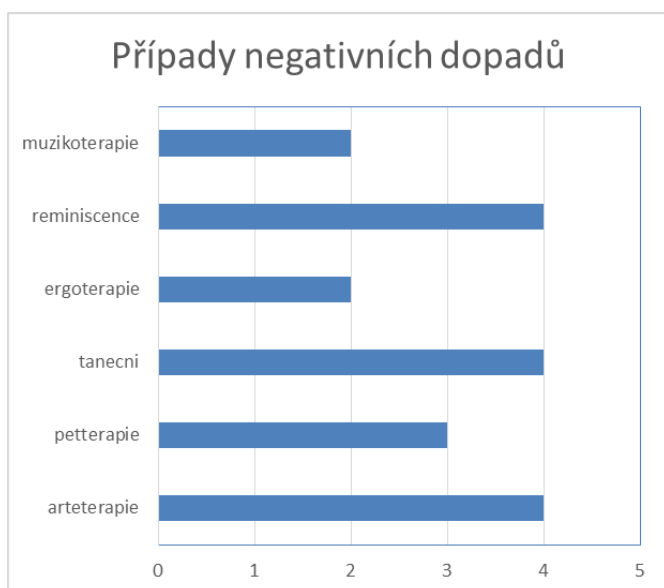
Otázka č. 9: „Setkal(a) jste se s tím, že by některé metody měly spíše negativní dopad – depresivní reakce, frustrace klienta apod.? Pokud ano, které?“

Z celkového počtu respondentů 18 mělo zkušenost s negativním dopadem nefarmakologické metody v podobě úzkosti či deprese klienta, 29 respondentů nemělo negativní zkušenost.

Tabulka č. 8.

Setkali jste se s negativními dopady nefarmak. metod?	
ANO	18
NE	29

Respondenti s negativní zkušeností uvedli jako metody, u nichž zaznamenali negativní reakci: taneční terapii 4 krát, Reminiscenci 4 krát, arteterapii 4 krát, Pet terapii 3 krát a 2 krát muzikoterapii a ergoterapii.



Graf č. 9.

Otázka č. 10: „Používají se při zmírňování projevů specifického chování klientů ve vašem zařízení farmaka?“

Používání farmak ke zmírnění specifického chování klientů		
vždy	0	0%
často	5	11%
někdy	20	43%
zřídka	10	21%
nikdy	0	0%
nevím	12	26%
celkem	47	100%

Tabulka č. 9. Používání farmak

Podávání farmakologických přípravků na zmírnění projevů specifického chování u seniorů s demencí sledovala otázka č. 10. Obě krajní možnosti, jak možnost „vždy“, tak možnost „nikdy“ zůstaly s 0. Nejvíce respondentů 20 odpovědělo „někdy“, 12 respondentů se vyjádřilo možností „nevím“, 10 respondentů „zřídka“ a 5 respondentů „často“.



Graf č. 10.

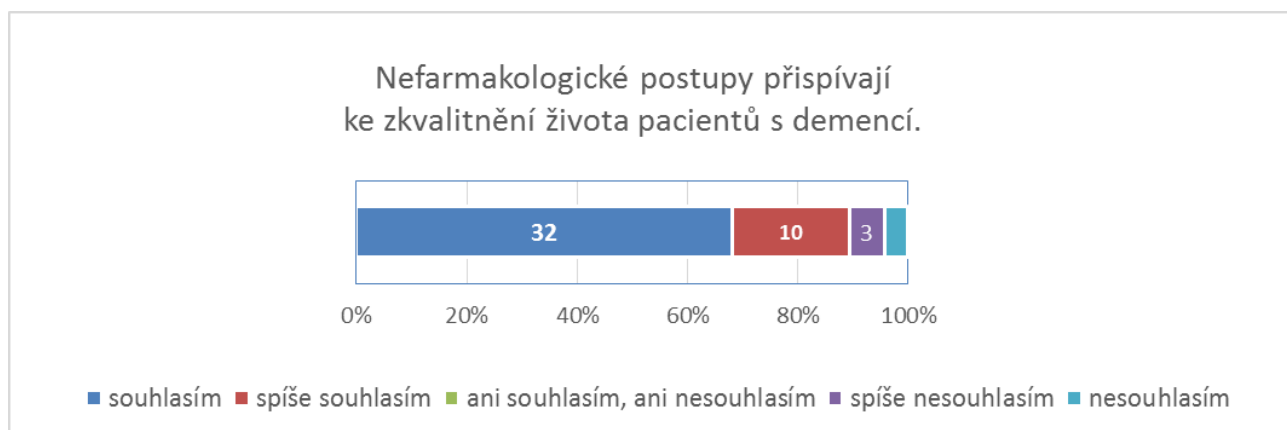
Otázka č. 11: „Do jaké míry souhlasíte s tvrzením, že nefarmakologické postupy přispívají ke zkvalitnění života pacientů s demencí?“

Z níže uvedené tabulky je patrné, že 89% tedy 42 respondentů se k otázce zda přispívají nefarmakologické metody ke zkvalitnění života pacientů s demencí, vyjádřilo slovy „souhlasím“ či „spíše souhlasím“. Na druhém pólu spektra pak zůstala odpověď „nesouhlasím“ se 4% (2) a „spíše nesouhlasím“ s 6% (3).

Tabulka č. 10.

Nefarmakologické postupy přispívají ke zkvalitnění života pacientů s demencí.		
	četnost	podíl
souhlasím	32	68%
spíše souhlasím	10	21%
ani souhlasím, ani nesouhlasím	0	0%
spíše nesouhlasím	3	6%
nesouhlasím	2	4%
celkem	47	100%

Graf č. 11.



Otázka č. 12: „Zúčastnil(a) jste se, v posledním roce nějakého semináře, školení, sebevzdělávacího kurzu se zaměřením na nefarmakologické intervence?“

Odpověď „ano“ zúčastnil(a) jsem se semináře, školení či sebevzdělávacího kurzu dalo 49% respondentů (23). V dotaznících bylo u otázky připsáno několik zajímavých poznámek, které budou zmíněny později.

Školení a nácviky nefarmakologických metod		
	četnost	podíl
zúčastnili se v minulosti	23	49%
mají zájem (při vlastní úhradě)	17	36%
v zařízení se pořádají	17	36%

Tabulka č. 11.

Otázka č. 13: „Uvítal(a) byste trénink v nefarmakologické intervenci, které dosud nevyžíváte, i přesto, že byste se musel(a) podílet na jeho úhradě?“

Na výše položenou otázku odpovědělo kladně 36% respondentů to je 17 z celkového počtu (viz Tabulka č. 11).

Otázka č. 14: „Pořádají se v zařízení, ve kterém pracujete školení, semináře či nácviky nefarmakologických intervencí?“

Na otázku odpovědělo ANO 17 respondentů a 30 respondentů odpovědělo NE.

5.6 Diskuse

Hypotéza č. 1. Nejpoužívanější a nejznámější nefarmakologickou metodou bude arteterapie.

Tato hypotéza souvisela s otázkou číslo 2, a také s otázkou číslo 3. Přesto, že 73% respondentů uvedlo znalost arteterapie a 60% respondentů ji používá, nejznámější metodou je muzikoterapie

se 100% a nejpoužívanější metodou mezi respondenty je Reminiscenční terapie s 68%. Hypotéza potvrzena nebyla.

Hypotéza č. 2. Pouze v méně než polovině jednotlivých zařízení se budou pořádat pravidelné semináře na prohloubení znalostí v nefarmakologických metodách.

36 % respondentů v odpovědi na otázku č. 14 potvrdilo pořádání vzdělávacích akcí v zařízení, ve kterém pracují. Hypotéza se zcela potvrdila.

Hypotéza č. 3. Farmaka jsou stále velmi často používána ke zmírnění specifického chování klientů s demencí.

K této hypotéze se vztahuje otázka číslo 10 a může pro nás být dobrou zprávou, že alespoň v tomto výzkumu se tato hypotéza zcela jednoznačně nepotvrdila, protože nejvíce respondentů 20 odpovědělo „někdy“ a 10 respondentů „zřídka“. Farmaka jsou sice používána, ale není to vždy a alespoň v tomto výzkumu jsou nefarmakologické metody partnerem, kterého je dobré brát na zřetel.

Hypotéza č. 4. Jako metody vhodné pro domácí využití bude doporučováno cvičení paměti.

Cvičení paměti, které řadíme do kognitivní rehabilitace, bylo doporučeno 12 respondenty, jako nejvhodnější metoda pro domácí využití byla označena muzikoterapie, kterou vybralo 30 respondentů výzkumného šetření. Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 5. Personál se nebude chtít podílet na úhradě případného sebevzdělávání.

Hypotéza se potvrdila, otázka č. 13 ukázala, že 36 % respondentů je ochotno zúčastnit se sebevzdělávání i v případě, že by se částečně podíleli na úhradě. Naopak 64% respondentů v takovém případě nemá o vzdělávání v nefarmakologických metodách zájem.

Hypotéza č. 6. Většina zaměstnanců se setkala i s nežádoucími účinky nefarmakologických metod, jako je frustrace nebo deprese.

S nežádoucími účinky při používání nefarmakologických postupů se setkalo 18 respondentů a 29 respondentů uvedlo, že se s nežádoucími účinky nesešlo. Hypotéza, která souvisela s otázkou číslo 9, se nepotvrdila.

5.7 Analýza a závěr výzkumného šetření

Protože celkový počet respondentů je 47, nechtěla jsem vytvářet zbytečně složité křížové analýzy, které by nebyly dostatečně průkazné a zaměřila jsem se na hypotézy a otázky, které by alespoň nastínily postoje personálu k nefarmakologickým metodám a jejich používání při práci se seniory s demencí.

V první části jsem se zaměřila na znalost a používání nefarmakologických metod vůbec. Nebyla pro mne velkým překvapením dobrá znalost metod respondenty, kromě Validace, Preterapie a Psychobiografického modelu všechny metody překročily ve znalosti 50% hranici. Zajímavější bylo, že metody, které byly méně známé v celkovém počtu respondentů, byli mezi respondenty, kteří uvedli, že metodu znají, také více používané. Např. Psychobiografický model prof. Böhma z celkového počtu metodu používá 34% respondentů a z respondentů, kteří uvedli, že Psychobiografický model znají, ho používá 70%. To se opakuje u několika metod.

V druhé části výzkumného šetření jsem se zaměřila na účinnost nefarmakologických postupů, na základě zkušeností respondentů při potřebě pomoci se zmírněním specifického chování klientů, při pomoci se snížením úzkosti a deprese. Dále pak metody vhodné pro podporu a upevnění sebeúcty klienta a metody přispívají podle zkušeností respondentů k uchování či zlepšení soběstačnosti klienta. V dotazníku se tímto zabývají otázky č. 4 až otázka č. 7. Výsledky zde nejsou zcela přesvědčivé, i když v každé otázce byla jako nejúčinnější vyhodnocena jiná nefarmakologická metoda. Nejpřesvědčivější výsledek je pro mne u otázky č. 7, která se ptá po účinných metodách na zlepšení či zachování soběstačnosti klienta. Jako nejúčinnější je označena Fyzioterapii s 30 respondenty, Ergoterapii s 29 a Kognitivní rehabilitaci s 24 respondenty.

Domnívám se, že účinnost nefarmakologických metod je obtížné změřit pomocí dotazníku, protože na každého klienta působí metody úplně jinak, každý klient má své potřeby a nelze mu naordinovat tu jedinou metodu, které předtím zabrala na jiného klienta. Jak bylo uvedeno i v několika dotaznících, nelze přesně určit, co na kterého klienta zabere. Respondenti odpovídali na základě svých vlastních zkušeností s různými klienty.

Otázka číslo 8 byla věnována výběru vhodných metod pro použití v domácím prostředí, zde byla pro mne vcelku reálně doporučena Muzikoterapie 30 respondentů, Ergoterapie 27 respondentů a Pet terapie 22 respondentů.

Hypotéza, která se úplně nepotvrdila, se týkala otázky číslo 9 a zajímala se o negativní zkušenosti s nefarmakologickými metodami. Přesto, že bylo méně respondentů s negativními zkušenostmi, jejich postřehy byly podnětné. Např. jeden z respondentů napsal, že měl jeho klient bývalý výtvarník frustrující zážitek při arteterapii, jiná klientka si zase připomněla při Pet terapii zemřelého psíka a paní na taneční terapii byla velmi frustrovaná, že si nepamatuje taneční kroky. Na ergoterapii byla klientka smutná, že už neumí tak krásně vyšívat. I to mohou být cenné zkušenosti, které nás upozorní na nečekané situace s klienty.

Z posledního okruhu otázek již byly jasné odpovědi. Hypotéza o stále velkém množství užívaných farmak na zmírňování specifického chování u klientů s demencí se zcela nepotvrdila. 20 respondentů

odpovědělo „někdy“ a 10 respondentů „zřídka“ a to pro mne bylo milé překvapení, že se sice farmaka stále používají, ale snad s větším rozmyslem, alespoň v zařízeních, kde byl prováděn výzkum.

Jednoznačně také vyplynulo, že respondenti souhlasí s tvrzením, že nefarmakologické metody přispívají ke zkvalitnění života klientů s demencí. 89% respondentů s celkového počtu se k otázce, vyjádřilo slovy „souhlasím či spíše souhlasím“.

V části zařízení se uskutečňují semináře či kurzy na nefarmakologické metody, několik respondentů v dotazníku napsalo, že se stále sociální pracovníci více školí ohledně legislativy než nefarmakologických metod a z jejich pohledu mají málo času na přímou práci s klientem. Jeden z respondentů si stěžoval na kvalitu některých školení např. na seminář, kde byla přednášena metoda bazální stimulace.

K otázce sebevzdělávání za případnou úhradu, kromě toho, že respondenti odpověděli na otázku číslo 13, připsali 4 respondenti, že se vzdělávají sami, jeden z respondentů se vyjádřil, že nedostává plat, tak velký, aby si ještě přispíval na sebevzdělávání.

K pochopení příčin současného stavu a hlubšímu prozkoumání názorů pracovníků na používání nefarmakologických metod by byl vhodný také kvalitativní výzkum. Odpověděl by např. na otázky, proč nejsou známé metody používány, co tyto pracovníky motivuje k dalšímu vzdělávání, jaké výhody či nevýhody v současnosti spatřují v používání nefarmakologických metod. Pochopení těchto motivátorů a případných překážek by následně mohlo pomoci aplikovat vhodné nefarmakologické metody a tím zlepšit komunikaci personálu s klienty, zlepšit životní podmínky pro klienty a zároveň pečujícímu personálu usnadnit péči o seniory s demencí.

Závěr

Práce se zabývá problematikou demence u seniorů z různých pohledů. Začíná vymezením pojmů, které úzce souvisí se stářím a především s Alzheimerovou chorobou, její etiologií, rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku demencí, symptomy i způsoby léčby. Hlavní úkolem práce je však seznámení se s účinnými nefarmakologickými metodami, které mohou být v případě jejich správného používání, velkým pomocníkem při péči o seniory s demencí.

Autorka dále věnuje značnou pozornost zátěži, kterou jsou pro pečovatele BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), které se rozvinou během času prakticky u všech pacientů s demencí, jako specifické chování, které se často stává důvodem pro umístění seniora s demencí do pobytového zařízení jinak řečeno do institucionální péče. Zvládání specifického chování klientů je jednou z věcí, pro které je využití nefarmakologických metod právě to správné využití.

Práce dále poukazuje, že nemálo důležité je nalezení pozitivního vztahu mezi klientem a pečovatelem v pobytových zařízeních, kde opět hrají nefarmakologické metody velkou roli. Pečovatelé, které měla autorka možnost vidět při používání nefarmakologických přístupů, ji přesvědčili, jak mohou být tyto terapie přínosné pro vytváření kvalitního kontaktu s klienty a pro kvalitu života klientů, u kterých byla diagnostikována demence a zároveň mají zrakové postižení.

Nefarmakologické přístupy přináší přístup plný citlivosti, pozitivní energie, laskavosti, empatie a nonverbální komunikace, kterou klient často vnímá mnohem více, než se zdá. I když může být náročné takto jednat s každým klientem se syndromem demence, měli bychom mít na mysli, jaké chování jim prospívá, protože tu jsme pro ně.

Nefarmakologické metody nám ukazují pojetí člověka s demencí jako kteréhokoliv jiného staršího člověka v našem okolí, který netrpí touto zákeřnou nemocí. Přístupy, které práce přibližuje, se snaží rozvíjet či alespoň udržet zachované schopnosti klientů s demencí. Jejich prvotním cílem je připravit seniorům takové podmínky pro život v pobytových zařízeních, kde tráví většinu času, které respektují jejich důstojnost. Udržet sociální kontakty mezi nemocným, okolím, jeho rodinou a zachovat, co nejvyšší míru soběstačnosti jsou důležité úkoly, kde jsou nefarmakologické metody dobrým pomocníkem pro pečovatele

Každá jednotlivá metoda, jak se objevilo i v praktické části, má moc významně kvalitně ovlivnit celkový stav seniora se syndromem demence. Jen je velmi důležité přizpůsobit způsob komunikace klientovi se změněnou schopností zpracovávat a přijímat informace. Správně vybrat vhodnou metodu pro podpoření a zachování všech dosud uchovaných schopností seniora s demencí.

V praktické části je poukázáno na důležitost vzdělávání zaměstnanců, kteří pečují o klienty se syndromem demence, příslušný kurz jim pomůže lépe proniknout do problematiky práce s lidmi s demencí a pochopit specifika nefarmakologických přístupů. Prostřednictvím těchto kurzů si lze dobře vyzkoušet praktický nácvik komunikace s člověkem s demencí. Praktická část chtěla upozornit, že již samotná znalost nefarmakologických přístupů může péči o člověka s demencí zkvalitnit.

Ještě je třeba zdůraznit důležitost pomoci sociálních pracovníků při péči o seniory s demencí v domácí péči. Práce s rodinou, kde mívají ostatní členové rodiny od seniora se syndromem demence nereálná očekávání je přínosem, jak pro rodinu, tak pro seniora. Taková pomoc v důsledku, může prodloužit dobu, po kterou bude rodina ochotna a především schopna o seniora s demencí pečovat.

Závěrem už jen pár slov. Profesionální sociální pracovník by měl hledat stále nové a efektivní způsoby komunikace, tak aby pomáhal seniorům s demencí aktivizovat jejich vlastní zbývající schopnosti a to tak, aby byli schopni co možná největší interakce s jejich okolím. Dalším nelehkým úkolem sociálního pracovníka je zachovat důstojnost seniora se syndromem demence a nalézt takové metody, které pro něho budou příjemné a zároveň motivační. V takovém případě se autorka domnívá, že může být práce s klienty s demencí přínosná a uspokojivá i pro pečující personál. Vhodná nefarmakologická metoda jim pak umožní vyrovnat se s nerealistickými požadavky na klienty i na sebe samé.

Seznam použité literatury

- Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují.* Praha, Pfizer, 1998.
- CRAIK, Fergus I.M., SALTHOUSE, Timothy A. *The Handbook of Aging and Cognition.* 3rd Edition. New York and Hove: Psychology Press, 2008. 655 s. ISBN 978-0-8058-59990-4
- FEIL, N. *Validation.* 5. vydání. München: Reinhardt-Verlag 2007. ISBN 3-497-01914-3.
- GERLICOVÁ, Markéta, *Muzikoterapie v praxi – příběhy muzikoterapeutických cest.* Praha: Grada a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
- GLENNER, Joy a kol. *Péče o člověka s demencí.* 1. vyd. Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
- GRUSS, Peter.(ed.). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje.* Vyd.1. Praha: Portál s.r.o., 2009. s. 224. ISBN 978-80-7367-605-6.
- GRÜN, A. *Umění stárnout.* Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-316-6.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* 2. Přepřacované vydání Praha: Havlíček Brain Team, 2010, ISBN 978-80-87109-19-9.
- HÁTLOVÁ, Běla, SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demencí.* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.
- 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. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* 2. Doplněné vydání, Praha: ČSLA, 2003. ISBN 80-86541-12-6
- JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. s. 525. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman., KOUKOLÍK, František. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie.* Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 8072622684.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kolektiv. *Geriatric a gerontologie.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha 7: Grada, 1. Vydání 2008, s. 208. ISBN 978-80-247-2169-9.

- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. Vydání Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha, Grada, 2009. s. 144. ISBN 978-80-247-2362-4.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024714914.
- LÍSKOVCOVÁ, J., in HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ Eva, SUCHÁ, Jitka. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Edice Vážka, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana, (eds.). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 807367002X.
- MALÍKOVÁ, Eva, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání, Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MORENO, J. J. *Rozehrát svou vnitřní hudbu: Muzikoterapie a psychodrama*. Praha: Portál, 2005, 127 s. ISBN 80-7178-980-1.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 8090307000.
- PACOVSKÝ, Vladimír, HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Psychobiografický model E. Böhma*. Odborný časopis sociální služby. 2010, roč. 12, č. 2, s. 22-23.
- PROUTY, Garry, PÖRTNER, Marlis, Dion van WERDE. *Preterapie: Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6
- SAK, Petr a kol.: *Člověk a vzdělání v informační společnosti*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-230-0.
- SAK, Petr, KOLESÁKOVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
- STAUDINGER, U. M., BAUMERT, J.: *Vzdělávání a učení po padesátce – plasticita a realita*. In GRUSS, P.(ed.): *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha, Portál, 2009. s. 224. ISBN 978-80-7367-605-6.
- SCHWEITZER, Pam; *Remembering Yesterday, Caring Today: Reminiscence in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 978-1-84310-649-4

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a BOLOMSKÁ, Barbora. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: SPN, 1983.

TAVEL, Peter.: *Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí*. Odborný časopis Československá psychologie 2009, roč. LIII. č. 5. s. 455–465.

THOMPSON, N. *Understanding Sociál Work Preparing for Practice*. London: Macmillan, 2000.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, a.s., 2009. ISBN 978-80-251-2104-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 96. ISBN 9788024721705.

VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 8024701839.

INTERNETOVÉ CITACE

Česká alzheimerská společnost, o. p. s. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Z anglického originálu. *Help for the Caregivers* vydaného *Alzheimer's Disease International* přeložily Iva Holmerová, Hana Janečková a Dagmar Niklová, 10. vydání upravily Iva Holmerová a Martina Mátlová. ISBN 978-80-86541-49-5.

Dostupné na: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000469.pdf?seek=1484223713>

Česká Arteterapeutická Asociace, *Co je arteterapie*.

Dostupné na: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

Česká Asociace Ergoterapeutů, *Ergoterapie a její cíle*.

Dostupné na: <http://www.ergoterapie.cz>

EBIN - Erwin Böhm Institut - Výhradní zastoupení pro Českou a Slovenskou republiku pro vzdělávání v Psychobiografickém modelu péče. Článek - *Základní stavební kameny Psychobiografického modelu (PBM) prof. E. Böhma.*

Dostupné na: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>

KRÁTKÁ, Anna, ŠILHÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín 2008. ISBN 978-80-7318-726-2. Dostupné na:

http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/18677/kratka_osestrovatelstvi.pdf?sequence=1

VELETA, Petr, *Taneční terapie pro seniory*.

Dostupné na: <http://www.veledance.com/>

Psychiatrie v praxi 2011; 12(3): 126-128, článek - *Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí*. MUDr.Kateřina Sheardová.

Dostupné na: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>

P LOH :

Příloha č. 1: Dotazník pro respondenty

Jmenuji se Alena Zahálková, jsem studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií, kde studuji obor Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii a tématem mé bakalářské práce jsou „*Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí*“.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí praktické části mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní, nebude nikde zveřejněn a poslouží pouze ke zpracování práce.

Dotazník – používání nefarmakologických postupů u klientů s demencí

1) V zařízení pracuji na pozici: (označte křížkem)

Psycholog/ terapeut	
Zdravotní pracovník	
Aktivizační pracovník	
Sociální pracovník	

2) Které z uvedených nefarmakologických metod znáte? (zaškrtněte)

Název metody	Znamé metody
Ergoterapie	
Fyzioterapie	
Kognitivní rehabilitace	
Senzorická stimulace	
Orientace realitou	
Reminiscenční terapie	
Kinezioterapie	
Taneční, pohybová ter.	
Arteterapie	

Muzikoterapie	
Pet terapie	
Preterapie	
Psychobiografický model prof. Böhma	
Validace:	
Jiné	

3) Které z uvedených nefarmakologických metod používáte při práci ve vašem zařízení?
(zaškrtněte)

Název metody	Používané metody
Ergoterapie	
Fyzioterapie	
Kognitivní rehabilitace	
Senzorická stimulace	
Orientace realitou	
Reminiscenční terapie	
Kinezioterapie	
Taneční, pohybová ter.	
Arteterapie	
Muzikoterapie	
Pet terapie	
Preterapie	
Psychobiografický model prof. Böhma	
Validace:	
Jiné	

4) Které z nefarmakologických postupů, jež používáte, považujete na základě svých zkušeností za účinné při potřebě pomoci se zmírněním specifického chování klientů (agitovanost, bloudění, toulání)? Zaškrtněte.

Metoda		Komentář k vhodnosti
Ergoterapie		
Fyzioterapie		
Kognitivní rehabilitace		
Senzorická stimulace		
Orientace realitou		
Reminiscenční terapie		
Kinezioterapie		
Taneční, pohybová terapie		
Arteterapie		
Muzikoterapie		
Pet terapie		
Preterapie		
Psychobiografický model		
Validace		
Jiné:		

5) Které z nefarmakologických postupů, jež používáte, považujete na základě svých zkušeností za účinné při pomoci se zmírněním úzkosti a deprese u klientů? Zaškrtněte.

Metoda		Komentář k vhodnosti
Ergoterapie		
Fyzioterapie		
Kognitivní rehabilitace		
Senzorická stimulace		

Orientace realitou		
Reminiscenční terapie		
Kinezioterapie		
Taneční, pohybová ter.		
Arteterapie		
Muzikoterapie		
Pet terapie		
Preterapie		
Psychobiografický model		
Validace:		
Jiné		

6) Které metody jež používáte, považujte na základě svých zkušenost za vhodné pro podporu a upevnění sebeúcty, identity klienta? Zaškrtněte.

Metoda		Komentář k vhodnosti
Ergoterapie		
Fyzioterapie		
Kognitivní rehabilitace		
Senzorická stimulace		
Orientace realitou		
Reminiscenční terapie		
Kinezioterapie		
Taneční, pohybová ter.		
Arteterapie		
Muzikoterapie		
Pet terapie		

Preterapie		
Psychobiografický model		
Validace:		
Jiné		

7) Které metody přispívají podle Vašich zkušeností k uchování či zlepšení soběstačnosti klienta? Zaškrtněte.

Metoda		Komentář k vhodnosti
Ergoterapie		
Fyzioterapie		
Kognitivní rehabilitace		
Senzorická stimulace		
Orientace realitou		
Reminiscenční terapie		
Kinezioterapie		
Taneční, pohybová ter.		
Arteterapie		
Muzikoterapie		
Pet terapie		
Preterapie		
Psychobiografický model prof. E. Böhma		
Validace:		
Jiné		

8) Jmenujte metody, o kterých si myslíte, že jsou dobře využitelné v domácím prostředí.

Metoda		Komentář k vhodnosti
Ergoterapie		
Fyzioterapie		
Kognitivní rehabilitace		
Senzorická stimulace		
Orientace realitou		
Reminiscenční terapie		
Kinezioterapie		
Taneční, pohybová ter.		
Arteterapie		
Muzikoterapie		
Pet terapie		
Preterapie		
Psychobiografický model prof. E. Böhma		
Validace:		
Jiné		

9) Setkal(a) jste se s tím, že by některé metody měly spíše negativní dopad – depresivní reakce, frustrace klienta apod.? (zakroužkujte)

ANO

NE

Pokud ANO, které?

.....

.....

.....

10) Používají se při zmírňování projevů specifického chování klientů ve vašem zařízení farmaka? (zakroužkujte)

Vždy asto Někdy Zřídka Nikdy NEV M

11) Do jaké míry souhlasíte s tvrzením, že nefarmakologické postupy přispívají ke zkvalitnění života pacientů z demencí? (zakroužkujte)

Souhlasím

Spíše souhlasím

Ani souhlasím ani nesouhlasím

Spíše nesouhlasím

Nesouhlasím

12) Zúčastnil(a) jste se, v posledním roce nějakého semináře, školení, sebevzdělávacího kurzu se zaměřením na nefarmakologické intervence? (zakroužkujte)

ANO NE

.....

13) Uvítal(a) byste trénink v nefarmakologické intervenci, které dosud nevyžíváte, i přesto, že byste se musel(a) podílet na jeho úhradě? (zakroužkujte)

ANO NE

.....

14) Pořádají se v zařízení, ve kterém pracujete školení, semináře či nácviky nefarmakologických intervencí? (zakroužkujte)

ANO NE

.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Alena Zahálková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce.

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii.

Název práce: Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí

Počet stran (bez příloh): 54

Počet titulů české literatury a pramenů: 38

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 7

Vedoucí práce: Prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel Ph. D.

Rok dokončení práce: 2017

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Alena Zahálková

Obor studia: : Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí

Vedoucí/oponent* práce: Peter Tavel

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 54

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 49

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

			x	
--	--	--	---	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Čo Vám práca dala?
Aké sú slabé stránky práce?
Aký ďalší výskum v danej oblasti odporúčate?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práca na výbornej úrovni. Vyzdvihujem pomerné hojné zastúpenie zahraničných zdrojov.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborný

Datum, podpis:



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Alena Zahálková
 Obor studia: Sociální politika a sociální práce
 Název práce: Nefarmakologické intervence při práci se seniory s demencí
 Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 54

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 42

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Jaký je rozdíl mezi krystalickou a fluidní inteligencí?
- 2) Vysvětlete východiska a principy Preterapie.
- 3) Která výzkumná zjištění Vás překvapila?

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka bakalářské práce se zabývá aktuálním společenským tématem, možnostmi nefarmakologické intervence při práci se seniory. V teoretické části nejprve vymezuje klíčové pojmy, dále se zabývá problematikou demence a možnostmi její léčby. Podrobněji popisuje nefarmakologické léčebné přístupy, které rozděluje na přístupy podporující kognitivní a pohybové schopnosti seniorů, dále pak na přístupy zaměřené na prožívání a na zlepšení kvality života seniorů. V závěru teoretické části se autorka zamýšlí nad výhodami představených nefarmakologických přístupů a popisuje význam a roli sociálního pracovníka při práci se seniory v domácím prostředí i v zařízeních pobytových. V praktické části bakalářské práce pak představuje výsledky dotazníkového šetření realizovaného u 46 respondentů, zaměstnanců pobytových zařízení pro seniory (psychologů/terapeutů, sociálních pracovníků, zdravotních pracovníků, aktivizačních pracovníků). Hlavním cílem kvantitativního výzkumu bylo zjištění, v jakém rozsahu jsou v daných zařízeních využívány při péči o seniory nefarmakologické metody léčby, v jaké míře jsou zaměstnanci s nimi seznámeni, zda jsou ochotni participovat na sebevzdělávání atd.

Autorka zvolila téma, které úzce souvisí se studovaným oborem. Bakalářská práce je po stránce obsahové a stylistické celkem dobře zpracována. Autorka prokázala schopnost propojit teorii s praxí. Po stránce gramatické a formální mám drobné výhrady k občasným překlepům např. s. 28, ř. 2 - fenomenologickou tradici/ má být fenomenologickou; dále pak k často chybějícím tečkám na konci vět, zejména u odkazů na zdroje se objevují tečky velmi často před závorkami.

V praktické části bakalářské práce autorka zpracovala v rámci popisného výzkumu procentuální četnosti odpovědí z dotazníkového šetření. Za slabé místo realizovaného výzkumu považuji nízký počet respondentů.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 5/9 2017

Mgr. Lucie Vacková Ph.D.