

UNIVERZITA MATEJA BELA V BANSKEJ BYSTRICI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

AKTIVIZÁCIA SENIOROV S DEMENCIOU
V ŠPECIALIZOVANOM ZARIADENÍ

Bakalárska práca

b955a7ba-7091-4cf9-b42e-78d9599afa5b

Študijný program: Sociálna práca

Študijný odbor: 7761 Sociálna práca

Pracovisko (katedra/ústav): Katedra sociálnej práce

Vedúca bakalárskej práce: PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

Banská Bystrica 2015

Nikola Kovalčíková

ČESTNÉ VYHLÁSENIE:

Vyhlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne pod odborným vedením konzultantky PhDr. Miroslavy Tokovskej, PhD. a použila som len literatúru, ktorú som uviedla v zozname literatúry.

V Brezne, dňa 20.04.2015

podpis

POĎAKOVANIE

Ďakujem PhDr. Miroslave Tokovskej, PhD., za usmerňovanie, odborné vedenie, cenné rady, pripomienky a pomoc pri spracovaní bakalárskej práce.

ABSTRAKT

Meno a priezvisko autora: Nikola Kovalčíková

Názov práce: Aktivizácia seniorov s demenciou v špecializovanom zariadení

Názov univerzity: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Názov fakulty: Pedagogická fakulta

Názov katedry: Katedra sociálnej práce

Vedúca záverečnej práce: PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

Stupeň odbornej kvalifikácie: 1 stupeň, bakalár (v skratke „Bc“)

Miesto: Banská Bystrica

Rok: 2015

Rozsah práce: 41 strán

V našej bakalárskej práci sme sa sústredili na tému aktivizácie seniorov s demenciou v špecializovanom zariadení v zmysle zákona č. 485/2013 Z. z. o sociálnych službách. Bakalárska práca je zameraná na teoretické rozpracovanie problematiky seniorov so syndrómom demencie, na sociálne služby, ktoré sú seniorom poskytované a na aktivizačné prístupy a metódy ako aj na organizáciu voľného času seniorov s ochorením demencie z pohľadu inštruktorov sociálnej rehabilitácie.

Kľúčové slová: aktivizácia, senior, demencia, špecializované zariadenie, sociálna služba, sociálna práca

ABSTRACT

Author: Nikola Kovalčíková

Thesis title: Activation of seniors with dementia in a specialized facilities

Name of university: University Of Matej Bel in Banská Bystrica

Name of faculty: Faculty of education

Name of department: Department of social studies

Thesis advisor: PhDr. Miroslava Tokovská, PhD.

Qualification degree: Bachelor

Location: Banská Bystrica

Year: 2015

Thesis extent: 41 pages

In my bachelor thesis I have focused on the activation of seniors with dementia at a specialized facility within the meaning of the Act č.448 / 2008 Coll. on social services. Bachelor thesis will focus on the theoretical elaboration of seniors with dementia, social services, which are provided by the seniors and occupational therapy and leisure time activities for seniors with dementia from the perspective of social rehabilitation instructor.

Key words: activation, senior, dementia, specialized equipment, social service, social work

OBSAH

ÚVOD

1 AKTIVIZÁCIA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH	8
1.1 Vymedzenie pojmu aktivizácia	10
1.2 Legislatívne a teoretické východiská aktivizácie	11
1.3 Aktivizačné činnosti v sociálnych službách	12
2 SENIORI S OCHORENÍM DEMENCIE	16
2.1 Demencia – závažné ochorenie seniorov	16
2.2 Diagnostika a liečba demencie	19
2.3 Nefarmakologická liečba demencie	20
2.4 Sociálne dôsledky ochorenia demencie	23
3 AKTIVIZÁCIA SENIOROV S DEMENCIOU V ŠPECIALIZOVANOM ZARIADENÍ	25
3.1 Sociálna práca v špecializovanom zariadení so seniormi s demenciou	26
3.1.1 Úlohy sociálneho pracovníka v roly inštruktora sociálnej rehabilitácie	27
3.1.2 Multidisciplinárna spolupráca v špecializovanom zariadení	29
3.2 Aktivizácia seniorov s demenciou v špecializovanom zariadení	30
3.2.1 Vybrané aktivizačné terapeutické prístupy	33
3.2.2 Špecifická komunikácia so seniormi s demenciou	36
ZÁVER	39
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	40

ÚVOD

Témou bakalárskej práce je „Aktivizácia seniorov s demenciou v špecializovanom zariadení“. Táto téma nás veľmi zaujala, nakoľko sa so seniormi s demenciou denne stretávam pravidelne vo svojej práci. Preto mi je táto problematika veľmi blízka. Pracujem na poste inštruktora sociálnej rehabilitácie a našim seniorom ponúkam veľké množstvo voľnočasových aktivít a rôznych terapeutických činností. Aktivizáciu takto chorých seniorov považujeme za veľmi náročnú prácu a aj napriek veľmi dôkladnej príprave v praxi, často narážame na rôzne prekážky a cítime, že v tejto problematike je stále čo objavovať. Aktivizácia je jednou z možností ako zmysluplne vyplniť čas seniorom, ktorý trávia zvyšok svojho života v pobytových zariadeniach. Mojou prácou v špecializovanom zariadení je zmysluplné využívanie voľného času u seniorov, ktorá má byť vykonávaná v súčinnosti so sociálnou rehabilitáciou v rámci záujmových činností. Ponuka aktivít seniorom s demenciou sa uskutočňuje pomocou rôznych záujmových oblastí – ručné práce, hudba, tanec, tréningy pamäti.

V prvej kapitole sa budeme venovať vymedzeniu pojmu aktivizácia, teoretickému a legislatívnemu východisku aktivizácie a aktivizačným činnostiam v sociálnych službách.

Druhá kapitola sa bude zameriavať na demencie, diagnostiku a liečbu demencií.

Posledná kapitola popisuje priamo sociálnu prácu so seniormi s demenciou v špecializovanom zariadení, úlohy sociálneho pracovníka v roli inštruktora sociálnej rehabilitácie a vybrané aktivizačné terapeutické prístupy.

1 AKTIVIZÁCIA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

Aktivizácii – obnovenie činnosti, uvedenie do činnosti alebo zintenzívnenie činnosti je v špecializovaných zariadeniach, ktoré poskytujú starostlivosť o seniorov s demenciou, je potrebné venovať dostatočnú pozornosť. Prijímatelia sociálnych služieb tu majú zabezpečenú starostlivosť o základné životné potreby, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, pracovnú terapiu a záujmovú činnosť. Len tak sedieť na izbe a čakať na raňajky, obed a večeru nestačí, každý človek má vrodennú potrebu aktivity. Nečinnosť vedie k poklesu vnímavosti, nezájmu o okolie, ku strate telesnej a duševnej bystrosti, ako aj k strate flexibility. V rámci vyplňania voľného času u seniorov, má byť tendencia vytvárať pre nich také aktivity, ktorých budú spolutvorcami a budú vychádzať z ich želaní, potrieb, prianí alebo individuálnych preferencií. To ale neznamená, že na ponuke aktivít pre seniorov by sa nemal podieľať aj sociálny pracovník. Vychádzame z toho, že každý človek vie najlepšie sám čo by chcel robiť, o čo má záujem a čo ho zaujíma.

Schlosserová (2004) upresňuje, že aktivizácia sa zabezpečuje pomocou záujmových aktivít vykonávajúcich sa najmä v zariadeniach sociálnych služieb, ako príklad uvádza ručné práce, zberateľstvo, hudba, tanec, cvičenie, vyšívanie alebo výroba dekoratívnych predmetov. Úloha sociálneho pracovníka v aktivizačnej činnosti so seniormi spočíva v podpore, úcte a pomoci, ale i v zdokonaľovaní a precvičovaní pamäti a v podpore zapájania sa seniorov do dobrovoľníckej práce i v navštevovaní univerzít tretieho veku. (In Tokovská, Šolcová, 2014, s.44)

Formy aktivít sú rôzne. Môžu byť v mestách i v obciach pôsobiace organizácie so svojim programom, denné centrá a knižnice, Univerzity tretieho veku, cirkevné spoločenstvá. Dôležité je, aby aktivity boli

vykonávané v kontakte s inými ľuďmi, pretože práve sociálny kontakt stimuluje záujem, zabezpečí komunikáciu a nadviazanie nových vzťahov. Osobitným problémom je ponuka aktivít seniorom s demenciou a je potrebná najmä v inštitúciách. Uskutočňuje sa pomocou rôznych záujmových oblastí – hudba, tanec, cvičenia, prednášky a pod. Súčasťou aktivít sú aj tréningy pamäti. Mnohé výskumy profesionálov nás stále častejšie utvrdzujú v tom, že aj človek vo vyššom veku môže aktivizáciou a trénovaním svojich kognitívnych schopností ovplyvniť úpadok svojich schopností a zlepšiť tak kvalitu svojho starnutia.

Jednou z mnohých úloh sociálnych pracovníkov zariadení sociálnych služieb je nájsť a uplatňovať také jedinečné metódy a postupy pozitívnej aktivizácie klientov, ktoré im umožnia prežívať starobu, v rámci ich možností, naplno udržať ich subjektívny pocit kvality života na čo najvyššej úrovni.

Každý človek ako jedinečná bytosť má právo na individuálny prístup. V zariadeniach sociálnych služieb sa snažia pomáhajúci profesionáli spoločne s rodinou riešiť problémy spojené so starostlivosťou o seniorov s demenciou, ktorý sa už nedokáže o seba postarať a nevedia si zabezpečiť úkony sebaobsluhy počas neprítomnosti rodinných príslušníkov ak sú pracovne zaneprázdnení. Všetky zariadenia sociálnych služieb poskytujú základné sociálne poradenstvo, ktoré zahŕňa usmernenia ako sa orientovať v možnostiach pomoci, ako prekonávať bariéry spojené s udržaním pocitu dôstojnosti napríklad pri nastupujúcej inkontinencii, alebo pohody pre seniora postihnutého demenciou.

Zariadenia sociálnych služieb vykonávajú široké spektrum odborných, obslužných a ďalších činností a jednou z mnohých povinností poskytovateľa sociálnych služieb je podľa §7 Zákona o sociálnych službách aktivizovať prijímateľa sociálnej služby podľa jeho schopností a možností (Zákon č. 485/2013). Česká odborníčka v oblasti práce so seniormi v pobytových zariadeniach jasne definuje aktivizáciu, ktorá zahŕňa tieto činnosti (Máliková 2011, s. 115):

- a) voľnočasové a záujmové aktivity
- b) poskytnutie pomoci pri obnovení alebo udržaní kontaktu s prirodzeným sociálnym prostredím.
- c) Pomoc pri nácviku a zlepšovaní všetkých schopností klienta.

Pre pomáhajúcich profesionálov znamená aktivizácia nielen udržiavanie záujmov klientov, ale i uspokojovanie potrieb spoločenského života s pozitívnym vplyvom na emocionálnu stránku klienta.

1.1 Vymedzenie pojmu aktivizácia

S pojmom aktivizácia sa stretávame vo viacerých vedných oblastiach, preto považujeme za významné analyzovať tento pojem z viacerých uhlov pohľadu.

Psychológovia Strmeň a Raiskup (2008, s. 15) pod pojmom aktivizácia rozumejú „zámernú činnosť a cieľavedomé úsilie podnecovať a stimulovať aktivitu, udržiavať alebo zvyšovať aktivačnú úroveň.”

Viac sa stotožňujeme s názorom p. Tokovskej, ktorá definuje aktivizáciu nasledovne: „Aktivizácia je systematická činnosť a plánovaná snaha pomáhajúceho profesionála s cieľom zlepšenia alebo udržania celkového zdravotného stavu klienta, ktorá vychádza z poznatkov životného príbehu (biografie) klienta, vplýva na zachovanie identity a integrity klienta a jej výsledkom je zmysluplné prežívanie dňa a uvedomovanie si vlastnej hodnoty.“ (Tokovská, 2012)

Môžeme tiež povedať, že aktivizácia je vzbudenie, usmerňovanie aktivity smerom k činnosti. Aktivity sa regulujú v súlade s potrebami, záujmami a presvedčením seniorov.

Cieľom aktivizácie nie je zvrátiť nenávratné poškodenia postihnutého, ale to, aby fungovali zostávajúce časti a funkcie mozgu a aby sa udržiaval aktuálny funkčný stav klientov.

Aktivizačné postupy by sa mali skladať z každodenných bežných činností na ktoré sú ľudia s demenciou zvyknutí, do ktorých sa zapoja priamo a spontánne, ktoré budú pre nich zábavné a ktoré budú podporovať ich sebestačnosť.

1.2 Legislatívne a teoretické východiská aktivizácie

Aktivizáciu prijímateľov sociálnych služieb (v našom prípade seniorov) určuje §7 Zákon č. 485/2013, ktorý sa mení a dopĺňa Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, ktorý zakotvil právo prijímateľa na aktivizáciu podľa svojich potrieb, schopností a možností a na druhej strane povinnosť poskytovateľa mu túto aktivizáciu poskytnúť na odbornej úrovni. V § 6 tohto zákona odstavec 2 písmeno a) hovorí, že fyzická osoba má právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojim rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabráňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti. (Zákon č. 485/2013, ktorým sa mení a dopĺňa Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov). V zákone č. 485/2013, ktorým sa mení a dopĺňa Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov máme legislatívne ukotvený aj individuálny plán. Cangár (2013) individuálny plán popisuje ako: „Plán činností a aktivít, ktorý má za cieľ pomôcť poskytovateľovi sociálnej služby nastaviť systém spolupráce v procese individuálneho plánovania. Práve tento prvok predstavuje hlavnú časť systémovej úrovne individuálneho plánovania. Je nevyhnutné odpovedať si na nasledovné otázky v rámci napĺňania konkrétneho cieľa individuálneho plánu: Čo sa bude robiť? Kto to bude robiť? Kde sa to bude robiť? Kedy sa to bude robiť? Ako sa to bude robiť?“.

V sociálnej práci so seniormi môžeme aplikovať niekoľko teoretických prístupov, ktoré vysvetľujú ľudské správanie, vnútorné sily psychiky a vonkajšie faktory prostredia. V práci sa zameriavame na aktivizáciu spojenú s profesionálnou starostlivosťou a pomocou pre seniorov s ochorením demencie. Každého seniora vnímame ako jedinečnú osobnosť so svojim životným príbehom, vnútornou silou a zmyslom života. (Kamanová, Kucharska, 2015, s. 26-27)

Východiskom pre prácu so seniormi je salutogenetický prístup, ktorý vychádza z koncepcie zdravia medicínskeho sociológa Aarona Antonovského (2004). Jeho pohľad na svet definuje myšlienka: na svete sú všetci ľudia vystavení mnohým rizikám a napriek tomu zostávajú zdraví. Táto filozofia sa týka aj seniorskej populácie, ktorá je zvlášť zraniteľná a náchylná na nebezpečenstvá s fatálnymi následkami. Salutogenéza sa zaoberá vývojom zdravia a jej hlavné zameranie je na kontrolu a zvládanie (po anglicky coping) existujúceho alebo „zostávajúceho“ zdravia každého človeka. Zdravie sa nechápe ako neprítomnosť choroby, ale ako zdravie a choroba súčasne tvoriace jednotu kvality života. Antonovsky (2004) vníma zdravie ako kontinuum medzi plným zdravím a vážnou chorobou a salutogenetická perspektíva sa zameriava na faktory, ktoré sa približujú k zdraviu. Ide tu o prispôsobenie prostredia potrebám seniora s ochorením demencie. Súhlasíme s názorom Antonovského o komplementárnosti vzťahu vzniku a vývoja zdravia a choroby s dôrazom na sociálny kontext bytia. Pojem salutogenéza pochádza z latinčiny salus – šťastie, spása, neporušenosť a genese (gréckeho pôvodu) – vznik, vznikanie, pôvod. Salutogenéza sa stavia do protikladu patogenézy, ktorej význam slova spočíva v hľadaní vzniku choroby. Sústreďenie pozornosti pomáhajúcich profesionálov na seniorov s ich schopnosťami a stanovovanie cieľov na udržiavanie ich dispozícií je praktická salutogenetická práca. Jadro salutogenetického vnímania a uplatňovania prístupov v pomáhajúcej profesii spočíva v hľadaní fungujúceho zdravia v chorobe, čo znamená, že aj seniori s demenciou sú schopní uskutočňovať voľnočasovú aktivitu, ak sa im prispôsobí prostredie a najmä postoje pomáhajúcich profesionálov.

1.3 Aktivizačné činnosti v sociálnych službách

Aktivizácia prijímateľov sociálnych služieb seniorov s ochorením demencie, podľa ich schopností a možností ako uvádza legislatíva, je pre

pomáhajúcich profesionálov príležitosťou využiť vlastnú fantáziu, kreativitu a odborné vedomosti.

Osobitným problémom je ponuka aktivít starým ľuďom a je potrebná najmä v inštitúciách. Zásadný dôraz pri aktivizácii sa kladie aj na osobnosť pomáhajúceho profesionála v roli aktivizačného pracovníka. Od jeho schopnosti motivovať často závisí aj zapojenie sa klientov do činnosti. Zároveň by mal byť schopným predchádzať a riešiť názorové nezhody klientov. Veľkou mierou sa podieľa na vytvorení pozitívnej a zábavnej atmosféry.

Zmysel vykonávaných aktivít chápeme v spojitosti s uspokojovaním potrieb podľa Maslowa, salutogenetickým vnímaním Antonovskeho, prístupom zameraným na človeka podľa Rogersa a prístupmi zameranými na starostlivosť podľa Kitwooda. V seniorskom veku je potrebné v dostatočnej miere saturať potreby stimulácie, učenia, aktivity, otvorenej budúcnosti, istoty i sebarealizácie. Je nesmierne dôležité podporovať seniorov v nájdení aleb v pokračovaní aktivít, ktoré dávajú pocit zmyslu života a pocit užitočnosti i vo vyššom veku. Pre každého seniora a seniorku je významné niečo robiť v závislosti od kondície, respektíve od zdravotného stavu, ktorý často ovplyvňuje realizáciu aktivít. Domnievame sa, že vo všeobecnosti platí princíp, že v práci so seniormi neexistuje hodnotnejší prostriedok ako primeraná činnosť. Našu domnienku potvrdzuje Čunderlíková a Wirth (2009, s. 8): „Potreba aktivity je vrodená, orgány ľudského tela sú prispôsobené k činnosti a pohybu. Nečinnosť vedie k poklesu vnímavosti, nezájmu o okolie, ku strate telesnej a duševnej bystrosti ako aj k strate flexibility“. Vychádzajúc z teórie potrieb človeka od Maslowa a ich uspokojovania, Odlerová a Tokovská (2011) rozdeľujú aktivizačné činnosti do nasledovných skupín:

Telesné/fyzické – týkajú sa všetkých aktivít spojených s pohybom, udržiavanie sebaobsluhy, hygieny, prípravy jedla, nácvik písania alebo

vypisovania tlačív, prechádzky, výlety, šport, práca v záhrade, tanec, výtvarné činnosti.

Psychické/duševné – týkajú sa vzdelávacích, relaxačných, sebapoznávacích aktivít.

Sociálne – všetky aktivity realizované v societe a týkajúce sa sociálnych vzťahov, sociálnych zručností a komunikácie.

Spirituálne – týkajúce sa duchovných, estetických činností a religiozity.

Kombinované – spojenie vyššie uvedených, napríklad udržiavanie pracovných zručností, kde je nutné kombinovať pohyb s edukáciou, komunikáciou a cit pre udržiavanie estetického prostredia.

Špeciálne – uskutočňujú sa prostredníctvom špeciálnych terapií, sú zamerané na jednotlivé okruhy rozvoja alebo udržiavania napríklad jemnej motoriky, pamäte, ľudských zmyslov, práca so zvieratami. Za špeciálne aktivity považujeme aj biblioterapiu a bazálnu stimuláciu.

Podporné – ich cieľom je podporiť prebiehajúcu aktivitu, napríklad aromaterapia môže podporovať relaxáciu aj povzbudzovať k pohybovému cvičeniu.

Ostatné – ide najmä o kreatívne činnosti (kreslenie, maľovanie, práca s papierom atď.) výroba darčiekov, úžitkových predmetov, háčkovanie, štrikovanie, spievanie...

Všetky aktivizačné činnosti musia spĺňať podmienky: aktivita má dávať zmysel seniorom, činnosti majú byť pozitívne motivujúce a majú mať preventívny charakter vo význame profylaxie zhoršenia zdravotného stavu či už telesného alebo duševného. Aktivity vedúce k patologickým zmenám na zdraví seniora nie sú správne aplikované. (Tokovská, 2014, s. 61-65)

Tokovská (2014) ďalej uvádza, že aktivizačná činnosť so seniormi trpiacimi ochorením demencie je možná na základe serióznej multidisciplinárnej spolupráce odborných zamestnancov zariadení špecializovaných zariadení napríklad ako lekárov, inštruktorov sociálnej

rehabilitácie, sociálnych pracovníkov, ale aj odborného prístupu jednotlivcov pracujúcich so seniormi s ochorením demencie.

2 SENIORI S OCHORENÍM DEMENCIE

Demencia sa v 21. storočí považuje za hrozbu ľudstva spolu s inými ochoreniami, ktoré majú za následok zníženie kvality života, nárast výdavkov v spoločnosti na sociálno-zdravotnú starostlivosť a psychickú záťaž príbuzných.

2.1 Demencia – závažné ochorenie seniorov

Podľa Jiráka (2009) je demencia porucha, pri ktorej dochádza k podstatnému zníženiu úrovne pamäti a ďalších kognitívnych (poznávacích) funkcií (funkcií, ktoré zabezpečujú adaptáciu na vonkajšie prostredie, komunikáciu s vonkajším prostredím, cielené chovanie). Medzi tieto funkcie patrí okrem pamäti pozornosť, vnímanie, rečové funkcie (schopnosť tvorby reči a schopnosť porozumieť reči), tzv. exekutívne (výkonné) funkcie – schopnosť byť motivovaný k určitej činnosti, túto účelnú činnosť naplánovať, povieť a spätne zhodnotiť – funkcie zabezpečujú účelné jednanie a ďalšie. Celková úroveň kognitívnych funkcií sa obyčajne označuje ako inteligencia. K postihnutiu kognitívnych a ďalších funkcií dochádza ochorením mozgu, najčastejšie chronickým, postupujúcim. Okrem postihnutia kognitívnych funkcií dochádza k postihnutiu ďalších funkcií. U demencie sú popisované okruhy troch základných skupín funkcií, pričom ohraničenie je neostré, trochu schematické, tieto okruhy sa navzájom prelínajú:

Kognitívne funkcie – sú myšlienkové procesy, ktoré nám umožňujú spoznávať, pamätať si, učiť sa, prispôsobovať meniacim sa podmienkam prostredia. Sú to vnímanie, pamäť, koncentrácia, rýchlosť myslenia, porozumenie informáciám, ale aj schopnosť riešiť problémy, plánovanie a úsudok. Pri Alzheimerovej chorobe sú postupne postihnuté všetky tieto schopnosti. Predpokladáme, že ich cielená stimulácia a aktivizácia spomaľuje prechod choroby do vyšších štádií. Aktivizačné a stimulačné

aktivity by mali zohľadňovať aktuálne schopnosti ale aj prechádzajúce zručnosti a záujmy pacienta.

Aktivity denného života - napríklad ako či sa jedinec dokáže sám obliecť, ísť samostatne vonku, či je schopný samostatne vstať z postele, dokáže vykonávať ľahšie domáce práce a mnoho ďalších.

Poruchy emócií (afektov a nálad), správania, spánku a cyklu spánok – bdenie. Poruchy týchto funkcií sa súhrnne nazývajú behaviorálne a psychologické príznaky demencie.

Vavrušová (2012) dopĺňa, že demencie sú závažné duševné choroby, pri ktorých sú základnými prejavmi úbytok kognitívnych (poznávacích) funkcií. Medzi kognitívne funkcie patria pamäť, intelekt, pozornosť, motivácia. Vývoj kognitívnych funkcií sa ukončuje od druhého do štvrtého roku života. Ak dôjde vplyvom choroby k podstatnému zníženiu kognitívnych funkcií oproti premorbídnej úrovni, hovoríme o demencii. Pri postihnutí kognitívnych funkcií v zmysle ich nedostatočného vývoja, ktoré vzniklo prenatálne, perinatálne alebo v rannom postnatálnom období – hovoríme o mentálnej retardácii. Vo väčšine prípadov demencií dochádza najskôr k postihnutiu pamäti. Postupne býva postihnutá súdnosť, logické myslenie, exekutívne (výkonné) funkcie, orientácie a nakoniec dochádza k rozvoju obrazu ťažkej intelektovej deteriorácie. Aj Holmerová a kol. (In Mlýnková, 2011) popisuje, že demencia je skupina duševných porúch, ktorých základným rysom je podstatný úbytok kognitívnych funkcií, najmä pamäti a intelektu. K tomuto úbytku dochádza na základe ochorenia mozgu. Výsledkom postihnutia je obmedzenie a zníženie duševných činností, úbytok schopností vykonávať denné činnosti, nakoniec dochádza k strate samostatnej existencie. Demencia má podstatný vplyv na kvalitu života chorého ako aj celej jeho rodiny.

Pri všetkých typoch demencií nevieme presné príčiny ochorenia, ale sú známe rizikové faktory, ktoré podporujú výskyt demencií.

Holmerová a kol. (In Mlýnková, 2011) uvádza rizikové faktory: *Vek*- demencia sa môže vyskytnúť v každom veku, aj u detí starších ako dva roky a ďalej po celý život jedinca. S pribúdajúcim vekom nad 60 rokov je výskyt ochorenia pochopiteľne vyšší. Rodinný výskyt a *genetické faktory* – výskyt demencie pred 60 rokom veku pravdepodobne súvisí s výskytom demencie v rodine. *Vzdelanie* – demencie sa vyskytujú menej u osôb s vyššou úrovňou vzdelania. Cievne mozgové príhody a vaskulárne ochorenia – u osôb s cievnu mozgovou príhodou sa demencie vyskytujú častejšie. *Alkohol* – pri dlhodobej nadmernej konzumácii alkoholu môže dôjsť vplyvom priameho toxického pôsobenia alkoholu k zničeniu mozgových buniek. *Poranenia hlavy* – napr. po úrazoch hlavy sa môže častejšie vyskytnúť demencia. *Depresie* – u seniorov trpiacich depresiou je vyššie riziko vzniku demencie. Telesná a duševná aktivita – pravidelná mentálna a fyzická aktivita predstavuje protektívny (ochranný) faktor vzniku demencie. Demencia je progredujúce ochorenie, ktorého výskyt sa neustále zvyšuje. Počet seniorov s touto diagnózou neustále narastá, čo kladie určité nároky na ich starostlivosť. Jedným z nich sú kvalitné teoretické vedomosti o demencii. Demencia je ochorenie, ktoré sa vyskytuje prevažne u starých ľudí. Postihuje kognitívne funkcie, správanie, emócie chorého a celú osobnosť. Výskyt demencie v celom svete výrazne stúpa, preto ju niektorí autori označujú ako tichú epidémiu.

Pri demencii je veľmi dôležitá nefarmakologická liečba, ako napríklad metóda aktivizácie a rôzne iné moderné nebiologické metódy zamerané na udržiavanie kognitívnych funkcií pacienta.

Starostlivosť o klienta trpiaceho demenciou je veľmi náročná. Človek by mal mať určitý stupeň vedomostí o príznakoch, diagnostike, liečbe, ale aj o starostlivosti o dementného klienta. Je potrebné, aby sme si dobre všímali všetky, aj najmenšie zmeny sociálneho správania, kognitívnych funkcií, ktoré môžu byť príznakom zhoršenia stavu klienta. Okrem toho by sme mali mať veľa trpezlivosti a pochopenia pre

dementného klienta a jeho príbuzných s ktorými pri starostlivosti spolupracujeme. Demencia je ochorenie, pri ktorom sa klient stráca v prostredí a vo svete, kde dovtedy bez problémov „fungoval“. Bežné činnosti sa pre neho stávajú veľmi náročné a mnohé veci si prestáva uvedomovať. Takýto klient je odkázaný na pomoc druhých. V domácom prostredí sa o klienta starajú najbližší príbuzní, ktorí väčšinou nevedia ako sa o neho majú starať, aby správne uplatňovali nefarmakologickú liečbu.

Je dôležité mať vedomosť o tom, čo je demencia napríklad aj kvôli tomu, aby nedošlo napríklad ku oslabeniu rodinných väzieb, nedostatočnej starostlivosti o človeka s demenciou, či neskorú diagnostiku a sociálnu podporu.

2.2 Diagnostika a liečba demencie

Rozpoznanie demencie, jej odlíšenie od iných mentálnych porúch a zistenie jej príčiny nie je vždy jednoduché. Napriek častému výskytu, sa z rôznych dôvodov pri jej diagnostike robí veľa chýb, často je stanovená neskoro alebo nepresne. Pre správne určenie diagnózy je potrebné, aby lekári a sestry v ambulantnej starostlivosti poznali a rozpoznávali niektoré podstatné symptómy, ktoré môžu zachytenie a diagnostiku demencie komplikovať. Ovládanie a aplikovanie uznávaného pravidla „4 D“ (*Depresia – Delírium – Drugs/lieky – Demencia*) do klinickej praxe, by malo v počiatočnej fáze pomôcť najskôr vylúčiť depresiu, delírium a nežiaduce účinky liekov, a až potom by sa u pacienta mal začať riešiť problém demencie. Medzi čiastočné a prechodné poruchy, ktoré je potrebné odlišovať od globálneho postihnutia v zmysle demencie patria v prvom rade depresia a delírium. Včasná diagnostika demencie je predpokladom úspešnej liečby, dlhodobého zachovania autonómie a dôstojného života pacienta v jeho vlastnom prostredí. Praktický lekár môže dôkladnou diferenciálnou diagnostikou rozpoznať pôvod organických mozgových zmien, liečiť reverzibilné poruchy kognitívnych

funkcií i napomôcť spomaleniu progresie organických zmien u ireverzibilných demencií. Diagnostika demencie a liečba demencie patrí výhradne do rúk medicínskych špecialistov. Lekári využívajú na diagnostiku bežné i špeciálne lekárske vyšetrenia ako aj psychiatrické vyšetrenie, MR alebo CT hlavy na kontrolu úrazu hlavy alebo inej príčiny, základné krvné testy pre vylúčenie zníženej funkcie štítnej žľazy, lumbálna punkcia môže byť nutná pri podozrení na tretie štádium syfilisu alebo chronickej meningitídy (zápalu mozgových blán). Pri liečbe demencie sa aplikuje najmä farmakoterapia formou psychostimulancií, nootropík, antidepresív, ktoré sú predpísané ak sa objaví depresia. Anxiolytiká a antipsychotické lieky v individuálnych prípadoch, prevencia úrazov hlavy, krvácania do mozgu, infekcií mozgu, zlepšenie prekrvenia mozgu, denná dávka aspirínu, liečba zameraná na zníženie cholesterolu v krvi, individuálna starostlivosť o pacientov s demenciou a morálna podpora partnerov, rodiny.

2.3 Nefarmakologická liečba demencie

K veľmi významným patrí aj nefarmakologická liečba nazývaná podľa Poledníkovéj (2006) a podľa Koukolíka, Jiráka (2004, s. 152) aj ako „nebiologické terapie demencií, ku ktorým patria psychoterapia, socioterapia, dietoterapia a nácvikové metódy – tzv. aktivizácia seniora”. V tejto časti sa budeme hlavne zaoberať metódami, používanými najmä vo fáze rozvinutej demencie a vo fáze pokročilej demencie. Dôležité je rešpektovanie zásady správnej komunikácie so seniormi s demenciou. Nefarmakologickú liečbu vnímame z viacerých aspektov a to: programované aktivity, individualizované aktivity, orientácia realitou, validácia, kognitívny tréning, reminiscencia, naučený postup, kinezioterapia a tanečná terapia. *Programované aktivity* - ako je všeobecne uvádzané rozvinutá demencia je fázou, ktorá je napríklad u Alzheimerovej choroby obdobím veľmi dlhým, trvajúcim spravidla 2 až 9 rokov. Seniori v tejto fáze demencie sú ešte schopní určitých

sebaobslužných činností, je zachovaná celkom uspokojivá komunikácia, môžu sa podieľať na rôznych aktivitách. Naopak, keby sa im tieto činnosti neponúkali, spravidla by dochádzalo k nežiaducemu správaniu, či poruchám chovania. Ľudia v tejto fáze demencie spravidla profitujú z určitej pravidelnosti denného režimu. Ľudí v rozvinutej fáze demencie nemožno do jednotlivých činností nútiť, je treba ich šetrne a systematicky viesť k tomu, aby zachovávali určitý denný rytmus a aby sa podieľali na činnostiach takým spôsobom, ktorý bude rešpektovať ich priania a preferencie, ale ktorý bude tiež čo najviac podporovať udržanie ich sebestačnosti. Prirodzeným rytmom dňa je doba jedál.

Začiatok denného programu súvisí u väčšiny ľudí s rannou hygienou. Ďalším riešením je voľnejšia doba raňajok, na ktoré sa ľudia schádzajú tak, ako sú hotoví s hygienou a ďalšou potrebnou prípravou. Ranná hygiena a raňajky majú byť príjemným začiatkom dňa, ľudia sa zo svojich izieb postupne schádzajú na oddelení, niektorí pomáhajú raňajky pripraviť, iní ešte oddychujú, rozprávajú sa a podobne. Po ukončení hygieny, raňajok a ďalších drobných aktivít na oddelení začína popoludňajšia aktivita.

Obed je ďalším dôležitým denným medzníkom. Vlastná doba obeda by mala byť dostatočne dlhá na to, aby sa mohli všetci pokojne najesť. Niekomu je potrebné jedlo nakrájať, napríklad ak je len lyžicou alebo vidličkou, niekomu je potrebné pomôcť iným spôsobom. Po obede sú ľudia s demenciou spravidla unavení a potrebujú si chvíľu oddýchnuť. Tento oddych je im potrebné dopriať, ale v žiadnom prípade by nemalo ísť o dlhý spánok v posteli, stačí zdriemnutie v kresle. Poobede je možné vystriedať dve alebo viac aktivít. Poobedie je prerušené poobedňajším olovrantom a uzatvára sa spoločnou večerou. Niektorí sa na rôznych aktivitách zúčastňujú ochotne, iní menej ochotne, niektorí robia radi jednu, iní zase inú činnosť. Do jednotlivých aktivít ich nemôžeme nútiť, pokiaľ to sami nebudú chcieť. Dobré ale je, keď zotrávajú s ostatnými pokiaľ možno čo najviac v spoločnom priestore a dianie aspoň sledujú.

Individualizované aktivity - progresiou ochorenia dochádza k zhoršeniu celkového stavu psychického a somatického a seniori potrebujú čo najviac individualizovaný režim. Môžu sa aj naďalej zúčastňovať na niektorých aktivitách, ale sú rýchlejšie unavení, nemajú záujem alebo je z ich správania jasné, že im účasť na týchto činnostiach nerobí dobre a neprináša im žiadny úžitok, naopak môže ich stav zhoršovať. V tomto prípade sa prestávame o ich účasť v jednotlivých činnostiach snažiť. Nesnažíme sa ani programovať deň tak dôsledne ako u ľudí v strednej fáze demencie. Snažíme sa im ponúknuť rôzne pestré, ale jednoduché činnosti, snažíme sa ich viesť k sebaobslužke, ale stále viac potrebujú našu pomoc vo väčšine úkonov. *Orientácia realitou* - ľudia s demenciou si v dôsledku poruchy kognitívnych funkcií interpretujú realitu iným spôsobom. Často majú predstavu, že žijú ich blízky, ktorý už dávno nie sú na tomto svete, hovoria o nich, očakávajú ich. Pokiaľ im vysvetlíme, ako to naozaj je, často sa rozplačú, ale vzápätí opäť zabudnú, čo sme im vysvetlili a pretrváva len pocit smútku. Preto je dobré tieto myšlienky nevyvracať, ale pracovať s nimi. *Naučený postup* - ide o priblíženie postupov, ktoré každému človeku s demenciou individuálne vyhovujú a návody, akým spôsobom je zvyknutý jednotlivé aktivity (hygiena, jedlo atď.) vykonávať. Tento popis zahŕňa tiež čo má rád, čo nemá rád, aký je jeho obvyklý denný rytmus a podobne. Tieto skúsenosti sú neoceniteľné najmä v situáciách, kedy sa striedajú opatrovatelia alebo keď človek s demenciou prechádza z jedného prostredia do druhého (napríklad do inštitúcie). Niektoré pracoviská majú pre tieto účely vypracované dotazníky ktorých cieľom je zistiť čo najpodrobnejšie dôležité údaje. (Jiráková, Holmerová, Brozová a kolektív, 2009, s. 91–100)

Český expert v oblasti demencie Pidrman (2007, s. 93) rozdeľuje ciele nefarmakologickej liečby na: „zachovanie prípadne zlepšenie úrovne jednotlivých zručností, zmysluplné využívanie voľného času, ovplyvňovanie behaviorálnych a psychologických príznakov demencie a aktivít denného života, zlepšenie verbálnej a neverbálnej komunikácie.”

Ďalej pripomína, že relevantné sú aktivity podporujúce silné stránky seniora s demenciou, komplexnosť a primeranosť ponúkaných voľnočasových aktivít. Za kroky v liečbe považuje Pidrman (2007) životný štýl, fyzickú a psychickú aktivitu, optimalizáciu senzorických funkcií a starostlivosť o správnu výživu.

2.4 Sociálne dôsledky ochorenia demencie

Rozvoj ťažkej demencie prináša pre rodinu, v ktorej sa nachádza klient s ochorením demencie problémy, ktoré je nutné riešiť. V tomto štádiu rodiny často potrebujú pomoc zdravotníkov, sociálnych služieb, sociálnych pracovníkov. Nakoľko sa potreby a nároky chorých často líšia, nie je možné ich jednoznačne definovať. Ochorenie sa postupne vyvíja, preto sú v každom štádiu sociálne dôsledky iné. Určite tou najťažšou záťažou pre rodiny s dementným členom je nutnosť celodennej, 24 hodinovej a nepretržitej starostlivosti o neho. V konečnom štádiu ochorenia je potrebné zabezpečenie bezpečnosti postihnutého človeka, jeho stravovanie a hygiena. Častým problémom sú poruchy správania, nespavosť a blúdenie. Starostlivosť zo strany rodiny je mimoriadne náročná. Úlohou sociálneho pracovníka je poučenie rodiny o zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a zákone č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, ktoré sú určené na pomoc takýmto klientom. Všetky demencie, no najmä Alzheimerova choroba, sa často nazývajú aj „chorobou príbuzných“, pretože tí v podstate trpia viac než samotný klient, ktorý si už v pokročilom štádiu ochorenia svoj stav neuvedomuje. Rodinní príslušníci a všetci opatrovatelia si musia v tejto zložitej situácii zachovať svoju výkonnosť, vitalitu a duševné zdravie. (Dóci, 2007) Na Slovensku sú známe organizácie pomáhajúce najmä príbuzným a ľuďom trpiacim na Alzheimerovu chorobu a demencie rôzneho typu, sú to: Nadácia Memory, Centrum Memory a Slovenská Alzheimerova spoločnosť.

Slovenská Alzheimerova spoločnosť – na Slovensku sa problematike Alzheimerovej choroby (ďalej len ACH) venuje od roku 1994 Nadácia Memory, ktorá založila v roku 2002 Centrum Memory – neziskovú organizáciu ako prvé preventívne, diagnostické, vzdelávacie centrum a špecializované zariadenie pre ľudí s ACH. Centrum Memory je nezisková organizácia poskytujúca všeobecne prospešné služby – sociálne, zdravotnícke a vzdelávacie.

V roku 1998 vzniklo občianske združenie Slovenská Alzheimerova spoločnosť (SAS) nielen ako odpoveď na spoločenskú objednávku, ale hlavne na pomoc ľuďom s poruchami pamäte a ACH. K hlavným cieľom spoločnosti patrí presadzovanie práv a potrieb dotknutých osôb, organizovanie vzdelávania, propagácia poznatkov výskumu, diagnostiky a liečby a osвета o chorobe prostredníctvom masmédií. (Tokovská, 2013, s. 173)

3 AKTIVIZÁCIA SENIOROV S DEMENCIOU V ŠPECIALIZOVANOM ZARIADENÍ

Celkový stav každého klienta je možné čiastočne zlepšiť použitím niektorých metód, prístupov na aktivizáciu klienta. Zlepšenie sa môže premietnuť na fyzickej úrovni, úbytkom zdravotných problémov a z nich vyplývajúcich obmedzení, alebo kognitívnych funkcií, kedy sa stabilizuje emočný stav, nedochádza k výkyvom emócií a zmenám nálad. V tejto kapitole si vysvetlíme aké zariadenie je vhodné pre seniorov s ochorením demencie, aké sú v ňom poskytované služby, aké úlohy spĺňajú sociálni pracovníci, ktorý v takýchto zariadeniach pracujú a v poslednom rade sa budeme zaoberať samotnou aktivizáciou v špecializovaných zariadeniach, aktivizačnými terapeutickými prístupmi a komunikáciou s ľuďmi, ktorý trpia ochorením demencie. Dôležitým faktom je uvedomenie si, že ochorenie demencie nepostihuje len samotného jednotlivca, ale dotýka sa celej rodiny, skupiny ľudí žijúcich v blízkosti chorého seniora a v neposlednom rade toto ochorenie kladie aj zvýšené nároky na spoločnosť, čo sa prejavuje v poskytovaní špecializovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti. Seniori s ochorením demencie si vyžadujú špecifický prístup.

Výrazne najčastejšie v sociálnych službách je zastúpená oblasť, v ktorej sa poskytujú sociálne služby osobám, ktoré sú spravidla na dlhšiu dobu odkázané na pomoc inej osoby pri bežných denných činnostiach, pri starostlivosti o domácnosť, či pri rozličných sociálnych aktivitách z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu. (Repková, 2011)

3.1 Sociálna práca v špecializovanom zariadení so seniormi s demenciou

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa.

Podľa Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách Z. z sa v špecializovanom zariadení poskytuje: pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu 20 dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba. Zabezpečuje pracovnú terapiu a záujmovú činnosť a utvára podmienky na vzdelávanie a úschovu cenných vecí.

Na vzdelávanie podľa odseku 2 písm. c) prvého bodu sa neutvárajú podmienky v špecializovanom zariadení, v ktorom sa poskytuje sociálna služba plnoletej fyzickej osobe. (Zákon č. 448/2008 Z.z.)

Špecializované zariadenie poskytuje sociálnu službu občanovi, ktorý je odkázaný na pomoc inej fyzickej osoby a je zaradený najmenej do piateho stupňa odkázanosti podľa Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách, ktorý má zdravotné postihnutie, ktorým je demencia rôzneho typu etiológie, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba a schizofrénia celoročnou formou pobytu. Zriaďovateľom je samosprávny kraj. (Tokovská, 2014, s. 99)

3.1.1 Úlohy sociálneho pracovníka v roly inštruktora sociálnej rehabilitácie

V súčasnosti sa stretávame s pojmom rehabilitácia, ktorá začína byť ponímaná ako interdisciplinárny odbor, ktorý zahŕňa nielen zdravotnícku, ale aj sociálne - právnu a pedagogicko - psychologickú starostlivosť.

Proces rehabilitácie sa delí na tri druhy: *sociálna rehabilitácia* – úlohou je motivovať jedinca, aby dokázal sám existovať, aby čo najmenej bol odkázaný na pomoc druhých; týka sa hlavne rizikových klientov a teda drogovovo závislých, abstinujúcich alkoholikov a pod.

výchovná rehabilitácia – sústreďí sa na prekonanie prekážok pri dosahovaní pozitívnych zmien v myslení a správaní, *profesijná rehabilitácia* – slúži ako pomoc, ktorá je zameraná na reintegráciu jedinca na trh práce. (Šrobárová, 2012)

Sociálnu rehabilitáciu podľa Jesenského môžeme charakterizovať aj ako: „Súhrn opatrení na integráciu občana vo všetkých oblastiach života a proces zmierňovania obmedzení a znižovania závislosti na iných osobách. Môže mať formu nácviku sociálnych zručností, tréningu a mobility vytvárajúcu čo najpriateľnejšie podmienky pre zaradenie občana s postihnutím do života. Týka sa ekonomického zabezpečenia, právnej ochrany, morálnej podpory, vybavenia technickými pomôckami a opatreniami odstraňujúcimi bariéry sebaobsluhy, možností pre prácu, cestovania, lokomócie – komunikácie, v spoločenskom uplatnení, odbúravania predsudkov verejnosti voči nim ap. (Juhásová, A., Šmehilová, A., Ajdariová, P., 2012, s. 16-17)

Sociálna rehabilitácia je vo svojej podstate metodickým postupom usilujúcim sa o opätovné začlenenie tých klientov, ktorí sa ocitli na rôzne dlhé obdobia mimo aktívne spoločenské dianie napr. z dôvodov nariadeného inštitucionálneho pobytu, zdravotného postihnutia, sociálne nepriaznivých podmienok a pod.“ (Levická, 2006, s.146). Sociálna rehabilitácia vychádza zo zákona č. 448/2008 Z.z. a je to odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti, fyzickej

osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobsluže, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách. Vykonáva ju vyškolený pracovník a teda inštruktor sociálnej rehabilitácie v pracovisku, kde sa poskytuje takáto služba, vtedy hovoríme o ambulantnej. Klient prichádza do zariadenia účelne za službou rehabilitácie alebo terénny pracovník prichádza za klientom s cieľom poskytnutia tejto služby. V rámci pobytovej formy je sociálna rehabilitácia poskytovaná klientom v danom zariadení podľa prevádzky nepretržite. Poskytuje sa v zariadeniach chránených dielní, v domoch sociálnych služieb, v zariadeniach pre seniorov, v zariadeniach podporovaného bývania, v zariadeniach opatrovateľskej služby a samozrejme v rehabilitačných strediskách. Cieľom sociálnych zariadení je podporovanie ich nezávislosti. Predtým boli seniori len objektami sociálnej starostlivosti, ale v súčasnosti sa volá po aktivizácii, po zapájaní sa do života a tým sú sami nútení skvalitňovať si život.

Náplň práce inštruktora sociálnej rehabilitácie

Samostatná rehabilitačná práca v sociálnej práci na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobsluže, pri základných sociálnych aktivitách, výchovy individuálne a v skupinách na úseku fyzikálnej terapie v zariadení sociálnych služieb, inštruktor sociálnej rehabilitácie je priamo podriadený riaditeľovi daného zariadenia, v spolupráci so sociálnou pracovníčkou a zdravotnou sestrou poskytujúcou odborné ošetrovateľské úkony zabezpečuje organizovanie kultúrnych podujatí, po dohovore s hlavnou sestrou denne vyberie, uskutočňuje neliekovú terapiu. Odvádza pozornosť klientov relaxačnou technikou, hudbou, videozáznamom, DVD záznamom, počúvanie nahrávok, zhotovovaním rôznych predmetov, darčkových ozdôb podľa obdobia a potrieb. Vede prácu s

administratívnymi úkonmi, čo sa týka zapisovania úkonov novým klientom pomáha pri adaptácii v zariadení. Vypracováva ročný plán záujmových činností a denne vedie pracovné a denné aktivity s klientmi napr. písanie, nácvik podpisu, čítanie, maľovanie, modelovanie, ručné práce. (Šrobárová, 2012). Skúsenosti z práce so seniormi potvrdzujú, že ak sú aktivity „ušíte na mieru“, teda vychádzajú z biografie klientovho života, dokážu seniorovi pomôcť napríklad v rozptýlení depresie, smútku, samoty, prípadne dokážu eliminovať nervozitu a nepokoj, ktoré sú častými prejavmi adaptácie na nové prostredie. Ďalším významným faktorom je samotná modifikácia aktivít podľa potrieb i zdravotného stavu seniorov a podstatným je i samotný proces realizácie aktivít – teda ako senior prežíva činnosť a nie výsledok činnosti. K hlavným zásadám v práci so seniormi. Ktoré potvrdzuje aj Zgola (2003), je dôležité dodržiavať aby *každá činnosť mala jasný účel* – účel musí byť jasný a prijateľný pre všetkých angažovaných. *Každá činnosť musí byť dobrovoľná* – ide tu hlavne o dobrovoľnú účasť seniora na aktivite. Aktivity, ku ktorým sú seniori donútení, nemajú pre nich žiadny význam. Ďalej je dôležité aby *každá činnosť mala príjemný priebeh, aby bola spoločensky prijateľná* – produkt ktorý je výsledkom činnosti, musí odrážať schopnosti účastníkov a nie ich obmedzenie a *činnosť by nemala viesť k neúspechu* – s vedomím toho, že každá činnosť by mala ponúknuť účastníkovi pozitívnu skúsenosť potvrdzujúcu správnosť jeho konania, je potrebné urobiť všetko pre to aby bol zaručený úspech.

3.1.2 Multidisciplinárna spolupráca v špecializovanom zariadení

Hlavný problém najmä dlhodobého psychiatrického ochorenia spočíva v nutnosti pokryť množstvo rôznych potrieb klienta. Preto účinný spôsob pomoci tkvie práve v súčinnosti mnohých odborníkov – a nielen ich. K tomu je potrebná previazanosť – a to je podstatou multidisciplinárnej spolupráce. Tá sa snaží súčinnosťou lepšie využívať

zdroje pomoci a tým prispieť k väčšej efektívite. Na úrovni organizácií a inštitúcií predstavuje fungovanie konkrétneho tímu odborníkov, ktorý pomoc duševne chorému poskytujú a ďalej spolupracujú s ďalšími tímami či odborníkmi odinakiaľ. V rámci inštitúcií a organizácií je konkrétna podoba spolupráce ovplyvnená mnohými aspektmi a zvyklosťami. Dôležitá je vždy ochota spolupracovať, dôverovať iným odborníkom a rešpektovať ich pohľad na starostlivosť. Ďalej je potrebné si uvedomiť, že členmi takéhoto tímu musia byť aj rodinný príslušníci a sami klienti.(Mahrová a Venglářová, 2008)

Pri prístupe multidisciplinárneho tímu pracuje každý zo zaangažovaných profesionálov separátne, pričom však vytvárajú ucelený terapeutický tím. Každý z členov tímu pracuje v rámci vlastného poľa pôsobnosti, ich ciele sa neprekrývajú, spolu však participujú na komplexnej starostlivosti. Tu teda sociálni pracovníci trénujú komunikačné zručnosti, psychoterapeut posilňuje postoj sebaúcty a sebahodnoty, lekár lieči zdravotné problémy, zdravotné sestry sú súčasťou akejkolvek zdravotnej starostlivosti o klientov, psychiater vykonáva diagnostiku a zaháji odbornú, spravidla medikamentóznú starostlivosť, inštruktorky sociálnej rehabilitácie pracujú v rámci individuálnej či skupinovej terapie – arteterapia, muzikterapia, biblioterapia atď. Títo profesionáli spolupracujú na vytvorení komplexného plánu starostlivosti o klientov.(Mahrová a Venglářová, 2008)

3.2 Aktivizácia seniorov s demenciou v špecializovanom zariadení

Laici sa domnievajú, že aktivita je činnosť, pri ktorej sa človek aktívne pohybuje alebo niečo vykonáva v rámci voľného času (športové aktivity, výtvarné a iné).Odborníci Šolcová, Tokovská (2014) deklarujú, že aktivita je všetko, čo podnecuje zmysly sluch, zrak, chuť, čuch hmat, stimuluje premýšľanie a výsledkom je konanie. Od ranného vstávania a ranných rituálov až po večerné uloženie sa na spánok – to všetko je

aktivita. U zdravého človeka je to bežná záležitosť, ktorú si hlbšie neuvedomuje, ale napríklad u seniora s demenciou je každá cieľavedome pripravená a realizovaná činnosť aktivitou. S pojmom aktivizačná terapia sa stretávame aj u českého odborníka Matouška (2008, s.22), ktorý vysvetľuje, že ide o terapiu s cieľom, aby sa klienti bez veľkého úsilia cítili dobre pri nejakej činnosti (pri hraní na hudobný nástroj, speve, pri výtvarných činnostiach, gymnastických cvičeniach, tanci a podobne) a zároveň pri tom boli v styku s inými klientmi, respektíve s terapeutmi. U ľudí s demenciou je dobrou formou aktivizačnej terapie tzv. kniha života. Špecialistky Jančeková a Vacková (2010) popisujú v rámci vytvárania kníh života aj mapu, krabicu alebo kufor života ako individuálne dokumenty obsahujúce intímnu formu spomínania, ktoré sa formujú v spolupráci s inými ľuďmi.

S aktivitou úzko súvisí aj aktivizácia, ktorá je definovaná v slovenskej legislatíve ako povinnosť poskytovateľa sociálnych služieb. Každé zariadenie a odborný personál je povinný aktivizovať klienta podľa jeho schopností a možností.

Všetky pracovné metódy a postupy musia byť cielené na zamestnávanie činnosťami, ktoré obohacujú a spríjemňujú každodenný život. Podstatou je pozitívna životná skúsenosť klientov, humor, optimizmus a pekné okamihy strávené v prítomnosti pomáhajúceho profesionála alebo v skupine rovesníkov. Do aktivizácie sa tiež zahŕňajú tieto ciele, ktoré sú uvedené v individuálnych plánoch. Holmerová a iní (2007, s. 140), zdôrazňuje ciele aktivizácie ako: *„Udržanie zostávajúcich zručností, zmysluplné vyplnenie voľného času, elimináciu nežiaducich porúch správania, pozitívny vplyv na emočný stav osoby s demenciou – zvýšenie sebavedomia, pravidelný režim – dodávajúci osobám s demenciou pocit bezpečia, stability, verbálna a neverbálna komunikácia klienta a personálu a klientov medzi sebou“*. Niektoré aktivity sa môžu deliť na činnosti podľa skupiny uspokojovania potrieb alebo oblastí, ktoré sa predcvičujú a rozvíjajú:

Aktivity uspokojujúce fyzické potreby – športové a pohybové, hudobné (sluch, dýchanie), ručné a výtvarné práce (jemná motorika), starostlivosť o faunu a flóru

Aktivity uspokojujúce psychické potreby – hudobné (relaxácia), spoločenské (súťaživé hry), informačné, duchovné, cvičenie pamäti a vzdelávacie aktivity, ručné a výtvarné práce (rozvoj kreativity), terapia so zvieratami (venovanie pozornosti na zviera, na starostlivosť)

Aktivity uspokojujúce sociálne potreby – všetky kolektívne aktivity (kontakt s druhými), kultúrne, spoločenské, participačné (možnosť samostatného rozhodovania – skupina klientov sa sama zorganizuje za účelom nejakej činnosti a pomáhajúci profesionál im pomôže v minimálnej miere), ručné a výtvarné činnosti umožňujú pocit uznania a užitočnosti

Aktivity uspokojujúce duchovné potreby – duchovné (hľadanie zmyslu života, rozjímanie, rozhovory, biblické stretnutia, zájazdy s kňazom, pastormi). (Tokovská, 2013, s. 80-81)

Medzi aktivizačné techniky, ktoré sú vhodné pre seniorov s demenciou patria napríklad: ergoterapia, atreterapia, kognitívna rehabilitácia, senzorická stimulácia, canisterapia, muzikoterapia, reminiscenčná terapia, kinezioterapia, tanečná terapia.

Ergoterapia: je profesia, ktorá sa zameriava na podporu zdravia a celkovej pohody jedinca prostredníctvom zamestnávania. Primárnym cieľom ergoterapie je umožniť ľuďom zúčastniť sa každodenných aktivít. Ergoterapeuti dosahujú tento cieľ tak, že sa snažia pomáhať ľuďom vykonávať činnosti, ktoré zvyšujú možnosť ich začlenenia (participácie), alebo prispôsobujú prostredie podporujúce participáciu osoby. (Svetová federácia ergoterapeutov, 2004)

Súčasťou aktivít je i kognitívna aktivizácia. Najčastejšie využívané je pexeso na netradičný spôsob, ďalej práca s písmenami a číslami a skladanie obrázkov rôznych geometrických tvarov. Je náročné nájsť také pexeso, aby seniori nemali pocit infantilnosti a dehonestácie staroby na

úroveň dieťaťa. O to ťažšie je nájsť aktivizačnú činnosť pre seniora s demenciou. Senior s demenciou prechádza štádiami ochorenia, pričom je veľmi potrebné pracovať na profesionálnej úrovni s ohľadom na prejavy ochorenia v jednotlivých štádiách. S klientmi vo vyšších štádiách ochorenia sa dá pracovať za podmienok absolútneho prispôsobenia predmetov činnosti a nastavenia aktivity na primeranú úroveň. Najdôležitejšími prvkami zostáva, aby každá činnosť mala jasný cieľ, dobrovoľnú účasť prijímateľa sociálnej služby, viedla k úspechu a mala celkovo príjemný priebeh. Pri pexese i ostatných činnostiach, ako je tvorivá práca s písmenami, číslami, obrázkami ako aktivizačnej metóde, nejde o víťaza. Hlavným cieľom je udržiavanie schopnosti koncentrácie, myslenia, pamäte a v neposlednom rade i o schopnosti jazyka – pomenúvania vecí.

3.2.1 Vybrané aktivizačné terapeutické prístupy

V praxi sa stretávame so širokou škálou terapeutických prístupov, ktoré sú zamerané na ľudí s demenciou. Všetky majú spoločný základ a to orientáciu na postihnutého človeka na jeho bio-psycho-sociálnu jednotu. Odlišujú sa však v cieľoch a vo formách. Niektoré sa zameriavajú viac na stimuláciu pozitívneho myslenia klienta, ale sú aj tie, ktoré pracujú s negatívnymi emóciami a prežívaním. V tejto časti sa zameriame hlavne na reminiscenčnú terapiu, arteterapiu, zmyslová aktivizácia, pracovnú terapiu a psychobiografický model.

Reminiscenčná terapia: Spomínanie ako terapia pre starých ľudí sa začala prvýkrát používať v roku 1963 Mhonom, Rhudickom a Butlerom. Od tohto času je dôležitým terapeutickým nástrojom v práci so starými ľuďmi. Využíva spomienky v rámci terapie a aktivizácie buď v individuálnej, alebo skupinovej forme. Cieľom reminiscenčnej terapie je stimulovať pozitívne spomienky, ktoré sa majú opäť oživiť. Využívajú sa pri tom fotografie, básne, hudba, oblečenie, ale tiež pachy a vône. Je

vhodná pre klientov, ktorí si dokážu vybaviť spomienku vedome, jasne rozoznávajú minulosť od prítomnosti. Ide teda o klientov v rannom štádiu Alzheimerovej choroby, kedy ešte je človek orientovaný časom, situáciou, priestorom. Ako prostriedok sa využíva životný príbeh, memory box(krabica), memory book (kniha), memory room (miestnosť).

Psychobiografický model: podstatou psychobiografické starostlivosti je umenie personálu porozumieť klientom na základe znalosti ich životného príbehu tzv. Biografie a poskytnúť im adekvátnu starostlivosť zodpovedajúcu stupňu regresie klienta. Na prácu s biografiou a na psychické potreby klientov je zameraná táto špecializovaná starostlivosť, kde je v popredí záujmu psychický problém klienta. Tento ošetrovateľský model je medzinárodne uznávaný a v súčasnosti veľmi využívaný v nemecky hovoriacich krajinách v oblasti geriatrickej a gerontopsychiatrickej starostlivosti. Prioritne je tento model zameraný na podporu schopnosti sebaopatery starých a zmätených ľudí a na spôsoby ako čo najdlhšie túto schopnosť uchovať, či navrátiť, a to princípom oživenie záujmu seniora, oživením jeho psychiky. Böhm vždy kritizoval klasické spôsoby starostlivosti tzn. iba nakŕmiť, udržať v čistote, v teple a pohodlí a vykonať ordinácie lekára. V psychobiografickom modeli sa snažia o rozšírenie uhla pohľadu na človeka seniora. Skoršie spôsoby starostlivosti, kde sestra preberala všetky úkony sebaopatery, bez toho, aby reflektovala zachovalé schopnosti a zručnosti klienta a sústredila sa hlavne na saturáciu potrieb a týmto konaním vytvárala klientovu závislosť na starostlivosti, je v nových ošetrovateľských modeloch a konceptoch minulosťou. Böhm predkladá starostlivosť aktivizujúci a re-aktivizujúci, a ak používa vo svojom modeli pojem rehabilitácia, tak v zmysle re- aktivizácia psychických schopností človeka, tzn. - Najskôr rozhýb psychiku, potom telo. (Procházková, 2013)

Arteterapia: v procese arteterapie sa využívajú všetky druhy výtvarného umenia a výtvarnej tvorby. Arteterapia má veľmi veľkú

výpovednú lehot, lebo umožňuje klientom vyjadriť sa nielen verbálne a súčasne im umožňuje prijať informácie o sebe, iných ľuďoch, svete, objavovať svoje možnosti. To, že niečo človek tvorí, znamená, že mení aj sám seba. U klientov to platí dvojnásobne. Cieľom arteterapie je podpora vývinu senzomotoriky, samostatnosti, komunikácie, prežívania. Dôležitý je aj fakt, že na výtvarnej činnosti sa podieľa celá osobnosť. Význam arteterapie spočíva aj v diagnostike. Vo výtvarnom diele sa projektuje vývinová úroveň, štruktúra osobnosti, jej vlastnosti, črty. Arteterapeutické techniky so seniormi je možné zacieliť na konkrétne oblasti, ktoré sú narušené procesom starnutia, čiže hlavne na koncentráciu, tréning pamäti a rehabilitáciu jemnej motoriky. Tieto techniky udržujú klienta v dobrej kondícii a pri dlhodobom pobyte v zariadení napomáhajú i udržaniu psychickej pohody.

Pracovná terapia: základom pracovnej terapie je zmysluplné zamestnanie, lebo zmysluplný pohyb, zmysluplný čin sú výsledkom zložitých intrapsychických, neuropsychických a psychomotorických procesov na ktorých participuje celý človek, celá osobnosť. Každý úspešný zmysluplný pohyb a čin vyvolá subjektívne jedinečný pocit, ktorý jedinec prežíva precítene „zvládol som to“ a súčasne ho motivuje do ďalšej činnosti. Pracovnú terapiu prezentuje aj výrok Reilla: „Človek môže ovplyvniť stav svojho zdravia tým, že v súlade so svojim duchom a svojou vôľou používa svoje ruky“. Ergoterapia nie je tréningom, ale príležitosťou objavovať vlastné možnosti. Pri výbere činnosti v pracovnej terapii sa vychádza z individuality jedinca, jeho schopnosti a možnosti vzhľadom na diagnózu alebo problém. (Kamanová, Kucharska, 2015, s. 110-112)

Zmyslová aktivizácia: chápeme ju ako zapojenie všetkých zmyslových orgánov, ktoré vnímame ako zdroj človeka a ktoré môžeme využiť a tak pomôcť každému jednotlivcovi v komunikácii, v uvedomení si vlastnej osobnosti a podporiť ho pri bežných denných činnostiach.

Zmyslová aktivizácia je nenásilná, prirodzená komunikácia prostredníctvom farieb, zvukov, dotykov, chuťou a vôňou medzi klientom a sociálnym pracovníkom. Vede k pochopeniu vlastnej hodnoty každého človeka, jeho potrieb a záujmov, pretože ak poznáme potreby, môžeme prebudiť záujem pomôcť starnúť a sprevádza. (Vojtová, 2015)

3.2.2 Špecifická komunikácia so seniormi s demenciou

K pacientom s demenciou je potrebné pristupovať trpezlivo, trvale reflektovať ich stav, snažiť sa pátrať po tom, čo potrebujú a čo si prajú, byť pozorný, trpezlivý, empatický, komunikovať neverbálne, (taktilne), ak je to pacientovi príjemné, neponáhľať sa, rešpektovať jedinečnú a dôstojnú ľudskú bytosť, nebáť sa s pacientom zasmiať. Demencia nemusí znamenať stratu zmyslu pre humor. V každom p však je treba chovať sa tak, aby sme pacienta neurazili a aby sme vždy rešpektovali jeho ľudskú dôstojnosť. Ak dobre porozumieme, čím človek s demenciou prechádza a poznáme dobre prejavy tejto choroby, ľahšie pochopíme, prečo sa chorý v daných situáciách chorý určitým spôsobom.

Každá osoba s demenciou je jedinečný človek s vlastnými veľmi odlišnými zážitkami zo života, so záľubami, koníčkami a tým čo radi nemajú. Mali by sme sa usilovať o to, aby senior s demenciou bol čo najmenej konfrontovaný so svojou nesebestačnosťou a nedostatočnosťou. Preto je dôležité, aby pomáhajúci bol stále v kontakte s pacientom, snažil sa ho viesť a podporovať, aby eliminoval zmätok a prípadné nedorozumenia.

Schopnosť komunikovať je podmienkou, aby sa človek úspešne začlenil do svojho sociálneho prostredia a aby nadväzoval a udržiaval vzťahy. Prostredníctvom komunikácie svoje oznámenia predávame iným a naopak prijímame ich oznámenia. Človek môže byť kvôli nedostatočnej komunikácií osamote a izolovaný, aj keď je fyzicky obklopený ľuďmi.

Schopnosť komunikácie však nie je celkom zničená ani v dôsledku pokročilej demencie, stále je možné hľadať iné formy komunikácie,

ktorými pacient ešte disponuje, jednoduchá verbálna a nonverbálna komunikácia, gestá a chovanie, ktorými nám naopak chce niečo povedať. (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s.108-109)

Pomáhajúci profesionál poskytuje chorému klientovi nielen starostlivosť a určité služby, ale aj vždy nadväzuje kontakt s osobou, ktorej bude pomáhať. Každý človek je jedinečný a preto by malo byť spojenie medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom originálne. Nie každý chorý klient má chuť začať rozhovor s opatrovateľom, lekárom alebo sociálnym pracovníkom o počasí alebo o živote. Sociálny kontakt a komunikácia majú mnoho aspektov (okolnosti, vzory správania, ťažkosti života, ochorenie klienta, rodinné i životné prostredie a iné na strane pomáhajúceho i klienta). Komunikovať jednoducho znamená vysílať, prijímať a dešifrovať signály. Na schopnosti komunikovať do veľkej miery závisí, aké vzťahy si človek vybuduje, ako dokáže prežiť, rozvíjať formálne či dôverné vzťahy či dávať životu zmysel.

Komunikácia je odovzdávanie informácií, pocitov druhým. Deje sa cestou verbálnou (slovnou) a neverbálnou (mimoslovnou). (Tokovská, 2013)

Rozhovor pri posteli chorého umožňuje vyjadriť neistotu, pochybnosti slovne (verbálne) alebo bez slov (neverbálne) prejavíť svoje želania, nádeje a radosť. Kontakty chorej osoby s okolím (návštevy príbuzných, susedov, lekárov) treba podporovať aj u dlhodobo a ťažko chorých prostredníctvom pohybov rúk, tváre a očí.

Ak pomáhajúci profesionál začne rozhovor s chorým človekom, kladie mu tzv. otvorené otázky, na ktoré chorý môže odpovedať rôznymi spôsobmi (nielen áno/nie).

Rozhovor pri posteli chorého má aj tieto funkcie:

Diskusiou o vlastnej situácii a prežívaní s pracovníkom, ktorý prejaví pochopenie a prijíma všetky informácie bez hodnotenia, sa posilňuje sebahodnotenie a sebadôvera chorého.

Pracovník môže spoznať názory a predstavy chorého a zistiť v akom duševnom rozpoložení sa chorý nachádza.

Významnou úlohou pomáhajúcich profesionálov je podporovanie nadväzovania a udržiavanie kontaktov. (Tokovská, 2013, s.92-93)

ZÁVER

Seniori s demenciou potrebujú vo všetkých fázach demencie pomoc a práve aktivizácia je pre nich pomocou, ktorou sa aspoň snažíme udržiavať ich súčasnú úroveň kognitívnych schopností, sebestačnosti pri denných činnostiach a existujúce zručnosti. Aktivizáciou môžeme udržať a zlepšiť kvalitu života seniorov trpiacich demenciou. Aktivizácia je veľmi prospešná a dôležitá.

Teoretická časť bakalárskej práce prináša kompletný pohľad na aktivizáciu seniorov trpiacich demenciou. V prvej kapitole sme sa zamerali na aktivizáciu v sociálnych službách, na vymedzenie hlavného pojmu a to je „aktivizácia“ a na aktivizačné činnosti, ktoré sú v sociálnych službách veľmi dôležité. V druhej kapitole venujeme pozornosť seniorom s ochorením demencie, diagnostike a liečbe, hlavne tej nefarmakologickej liečbe pri demencii, ktorá je neodmysliteľnou súčasťou pri ochorení tohto druhu a sociálnym dôsledkom tohto ochorenia, ktoré pôsobia na rodinu postihnutého člena. A v poslednej kapitole sme sa venovali aktivizácii seniora s demenciou v špecializovanom zariadení, sociálnej práci, ktorá je vykonávaná v takýchto zariadeniach pre seniorov trpiacich demenciou, úlohám, ktoré zohráva inštruktor sociálnej rehabilitácie v takomto zariadení, vybraným aktivizačným prístupom a špecifickej komunikácií so seniormi s demenciou. Dôležité sú aj rôzne druhy terapií zameraných na aktivizáciu klienta.

Pozornosť sme venovali aj zisťovaniu rôznych foriem aktivizácie klientov s demenciou v špecializovaných zariadeniach. V praxi môžeme využiť popisované aktivizačné metódy pre široký okruh klientov v rôznych štádiách ochorenia demencie.

Našou prácou sme sa snažili popísať činnosť sociálnych pracovníkov, ktorí vykonávajú rôzne činnosti s klientmi trpiacimi na ochorenie demencie.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2011. 279 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
2. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.: *Ergoterapie*. Praha : Portá, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367.583-7.
3. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
4. JUHÁSOVÁ, A., ŠMEHILOVÁ, A., AJDARIOVÁ, P.: *Sociálna rehabilitácia ľudí o zdravotným postihnutím*. Nitra 2012. ISBN 978-80-558-0081-3.
5. KAMANOVÁ, I., KUCHARSKA, E.: *Wybrane aspekty opieki nad osobami starszymi z perespektywy opieki zdrowotnej i pracy socjalej*. Tribun EU 2015. 358 s. ISBN 978-80-263-0883-6
6. KRIVOŠÍKOVÁ, M.: *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1
7. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M.: *Sociální práce s lidmi s deusevním onemocněním*. 1.vyd. Praga : Grda, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
8. MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
9. MLÝNKOVÁ, J.: *Péče o staré občany*. 1. vyd. Grada : Praha, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
10. PROCHÁZKOVÁ, E.: Psychobiografický model starostlivosti. In: *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby*. Zborník z V. Medzinárodnej konferencie, vydala SAS, Centrum Memory, n.o a Neuroimunologický ústav SAV, 2013, 152 s., Bratislava ISBN 978-80-971-1031-4
11. TOKOVSKÁ, M.: *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie*. 2014.

145 s. ISBN 978-80-263-0870-6.

12. TOKOVSKÁ, M.: *Starostlivosť o človeka v kontexte vybraných pomáhajúcich profesií*. Banská Bystrica 2013. 219 s. ISBN 978-80-557-0528-6.

13. TOKOVSKÁ, M., ŠOLCOVÁ, J.: *Kognitívna a psychomotorická aktivizácia v pomáhajúcich profesiách*. Banská Bystrica 2014. 93 s. ISBN 978-80-557-0716-7.

14. VAVRUŠOVÁ, L. a kol., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. 180 s. ISBN 978-80-8063-382-0.

15. ZAVACKÁ, Z.: *Sociálna práca s občanmi vo vyššom veku*. Ružomberok 2007. 90 s.

16. ZÁKON NR SR 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

17. VOJTOVÁ, H.: Smyslová aktivizace...

<http://www.domovseniorupt.cz/file.php?nid=3388&oid=3214794>

18. CANGÁR, M.: Individuálne plánovanie a novela zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. In: *Integrácia*, č. 3-4, 2013, Bratislava. ISSN 1336-2011.

19. ZGOLA, J. M.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha : Grada, 2003. 266s. ISBN 80-247-0183-9.