

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Smyslová aktivizace klientů s demencí**  
**v domovech pro seniory**

**Activating the Elderly with Dementia**  
**in Retirement Homes**

*Bakalářská práce*

**Vedoucí:**

Mgr. Tereza Palánová

**Autor:**

Barbora Maléřová

Praha 2018

Mé poděkování patří Mgr. Tereze Palánové za její čas, ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla pro psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala Domovu U Přehrady, Domovu Sue Ryder, klientům a pracovníkům těchto zařízení za otevřenost a vstřícnost. Z celého srdce děkuji svým blízkým za trpělivost a neutuchající podporu.

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Smyslová aktivizace klientů s demencí v domovech pro seniory“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 6. 5. 2018

Barbora Maléřová

## **Anotace**

Tato bakalářská práce pojednává o aktivizaci seniorů s demencí v domovech pro seniory. V části zaměřené na teorii aktivizace seniorů s demencí v domovech pro seniory se práce zabývá stářím z hlediska jeho různých definic, kvalitou života ve stáří, psychickými a fyzickými změnami, životem seniorů v pobytových službách, demografickým vývojem a vysvětlením pojmu ageismus. Dále je v této části popsána demence, její příznaky, druhy, nejčastější příčiny a nejobvyklejší diagnostické metody demence. Dalšími teoreticky popsanými tématy jsou pak současný systém sociálního zabezpečení seniorů v ČR a aktivizace seniorů se zaměřením na aktivizaci smyslovou. Závěrečnou, praktickou část, tvoří mé poznatky z praxe ve dvou pobytových zařízeních pro seniory ilustrované na konkrétních příkladech a srovnání dvou domovů pro seniory z hlediska aktivizačních programů. Cílem práce je poukázat na význam smyslové aktivizace klientů s demencí v domovech pro seniory a na její možný přínos pro kvalitu života těchto klientů.

## **Klíčová slova:**

Senior, demence, domov pro seniory, aktivizace, smyslová aktivizace, Montessori metoda

## **Annotation**

The presented Bachelor's Thesis deals with the issue of activation of elderly with dementia in retirement homes. Its theoretical part focuses on seniors and various types of definitions of "old age", quality of life, psychological and physical changes, life of seniors in long-stay institutions, demographic trends and exposition of the term "ageism". Then it moves to the definition of dementia, its symptoms, types and most frequent causes including the commonly used methods of its diagnosis. It also aims at describing the current social system in the Czech Republic in the terms of care for seniors. Last chapter of the theoretical part lists various methods of activation of elderly with a particular interest in activation therapy. The practical part of the thesis consists of description of my experience as a volunteer worker with seniors with dementia in two long-stay institutions, which is exposed in three particular case studies and comparison of two elderly houses and its' activation therapies. The chief aim of the thesis is to highlight the importance of activation therapy of seniors with

dementia in retirement homes and to point out its potential benefit for their quality of life.

**Keywords**

Senior, dementia, retirement home, activation therapy, Montessori Method

## **Obsah**

Obsah /6

Seznam zkratk /8

## **Úvod /9**

### **1. Stáří /11**

1.1 Definice /11

1.2 Kvalita života /12

1.3 Psychické změny /13

1.4 Fyzické změny /12

1.5 Senior v pobytové sociální službě /14

1.6 Demografický vývoj /15

1.7 Ageismus /16

### **2. Demence /18**

2.1 Definice /18

2.2 Druhy demence /18

2.3 Příznaky /18

2.4 Rozdělení příznaků podle stadia nemoci /19

2.5 Nejčastější příčiny demence /19

2.5.1 Alzheimerova nemoc /19

2.5.2 Vaskulární demence /20

2.5.3 Smíšená demence /21

2.5.4 Sekundární demence /21

2.5.5 Demence při Parkinsonově chorobě /21

2.5.6 Demence při Pickově nemoci /21

2.5.7 Demence při Huntingtonově chorobě /22

2.6 Diagnostika /22

### **3. Systém sociální péče o seniory v ČR /23**

3.1 Definice /23

3.2 Pobytová zařízení /24

3.3 Pracovníci /25

3.4 Vývoj sociálních služeb pro seniory v následujících letech /27

### **4. Aktivizace seniorů /29**

4.1 Definice /29

4.2 Vybrané metody aktivizací /30

4.2.1 Arteterapie /30
4.2.2 Ergoterapie /30
4.2.3 Muzikoterapie /30
4.2.4 Reminiscenční terapie /31
4.2.5 Tanečně-pohybová terapie /32
4.2.6 Zooterapie /33
4.3 Význam aktivizace při práci s klienty s demencí /33
4.4 Smyslová aktivizace /35
4.5 Metody Marie Montessori /36
4.5.1 Metody Marie Montessori v práci s klienty s demencí /37
4.5.2 Využití metod Marie Montessori ve smyslové aktivizaci /38
<b>5. Aktivizace klientů s demencí v praxi /40</b>
5.1 Domov u Přehrady v Jablonci nad Nisou /40
5.1.1 Popis zařízení /40
5.1.2 Aktivizační činnosti /40
5.1.3 Kazuistika č. 1 – paní O /41
5.2 Domov Sue Ryder /44
5.2.1 Popis zařízení /44
5.2.2 Aktivizační činnosti /45
5.2.3 Kazuistika č. 2 – paní M /45
5.2.4 Kazuistika č. 3 – paní C /48
5.3 Zhodnocení /50
5.4 Srovnání Domova u Přehrady a Domova Sue Ryder /51
5.4.1 Obecné srovnání /51
5.4.2 Srovnání možností a způsobu aktivizací klientů /53
v Domově U Přehrady a Domově Sue Ryder /53
5.4.3 Shrnutí srovnání Domova U Přehrady a Domova Sue Ryder /53
<b>Závěr /55</b>
<b>Seznam použité literatury /56</b>
<b>Příloha 1: přehled srovnání Domova U Přehrady a domova Sue Ryder /59</b>
<b>Abstrakt /61</b>

## **Seznam zkratek**

aj. = a jiné

apod. = a podobně

atd. = a tak dále

cit. = citováno

č. = číslo

ČR = Česká republika

MMSE = Mini-Mental State Examination

s. = strana

SMME = Severe Mini-Mental State Examination

tamt. = tamtéž

tj. = to jest

tzv. = takzvaný



## Úvod

Předkládaná bakalářská práce se věnuje tématu smyslové aktivizace klientů s demencí v domovech pro seniory. Na základě demografického vývoje posledních desetiletí lze jasně sledovat trend stárnutí populace. Dá se tedy předpokládat, že počet seniorů v České republice bude stále narůstat. Riziko výskytu demence s vyšším věkem narůstá a otázka, jakými způsoby lze smysluplně aktivizovat klienty s demencí a zvýšit kvalitu jejich života, bude tak stále více aktuální. Domnívám se, že vhodně zvolené aktivity mohou zmírnit či odvrátit některé projevy demence, nebo alespoň pozitivně ovlivnit její subjektivní prožívání, a přispět tak k důstojnému prožití posledního období života.

Pobyt v domově pro seniory může být pro mnohé klienty náročný – mimo jiné i proto, že se zásadním způsobem zvyšuje množství volného času zpravidla přímo úměrně tomu, jak se snižují nároky kladené na seniory v oblasti základní péče o sebe. Aby se u seniorů předešlo ztrátě chuti do života, ztrátě zájmu o sebe a své okolí, depresi, nebo poklesu sebevědomí, které jim v tomto období hrozí, a aby zbytečně nepřicházeli o ty dovednosti, které jsou jim ještě zachovány, je nutné zvolit k nim v tomto období citlivý přístup ze strany personálu zařízení. Ten by měl dbát především na to, aby klienti vykonávali takové množství činností každodenního života, jaké jim jen jejich zdravotní stav a míra zachování schopností dovoluje. Kromě toho je důležité seniorům poskytnout podporu a asistenci v hledání nových, uspokojivých a smysluplných možností trávení volného času. Zaměříme-li se v tomto ohledu na stimulaci smyslů klientů v kontextu jejich životního příběhu, můžeme tím napomoci zmírnit nebo odstranit některé příznaky demence, obnovit nebo uchovat některé schopnosti klientů a v neposlední řadě též zvýšit jejich spokojenost a kvalitu života.

Práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola je věnovaná stáří, jeho definici, kvalitě života v tomto období, změnám, které u seniorů nastávají, nebo mohou nastat po stránce fyzické a psychické, seniorům v pobytových službách, prostor je zde věnován i demografickému vývoji a problému ageismu. Ve druhé kapitole rozebírám pojem demence, popisuji její nejčastější příznaky, druhy a hlavní příčiny, stručně také popisuji některé diagnostické metody, kterými lze demenci u seniorů určit. Třetí kapitola je věnována současnému systému sociálních služeb pro seniory v České republice a jeho předpokládanému vývoji v následujících letech.

Čtvrtá kapitola pojednává o aktivizaci klientů v domovech pro seniory, vybraných metodách aktivizace a jejím významu pro práci s klienty s demencí. Dále v této kapitole blíže popisují pojem smyslové aktivizace a snažím se zvážit její možný přínos. Prostor je zde věnován také užití Montessori metod při práci s klienty s demencí a jejich vztahu ke smyslové aktivizaci. V poslední kapitole této práce popisují své zkušenosti a poznatky z praxe ve dvou pobytových zařízeních pro seniory, blíže seznamují s chodem a způsoby aktivizace v těchto zařízeních a ilustrují smysl aktivizace klientů s demencí na třech kazuistikách. Prostor zde věnují také srovnání Domova U Přehrady s domovem Sue Ryder z hlediska realizace aktivizačních činností.

Cílem této práce je popsat způsoby aktivizace klientů v domovech pro seniory se zaměřením na klienty s demencí a poukázat na význam smyslové aktivizace pro kvalitu života těchto klientů.

# 1. Stáří

## 1.1 Definice

Je třeba rozlišovat normální a patologické stárnutí. „Nástup dílčích projevů, které považujeme za ukazatele stáří, a míra involuce bývají do značné míry individuální“.<sup>1</sup> Kromě dědičnosti má na stárnutí vliv i životní styl, strava, tělesný pohyb, kouření, alkohol, kontakt s jedovatými látkami.<sup>2</sup>

Celou řadu obtíží spojených se stářím řeší nejrůznější kompenzační strategie od brýlí, léků, naslouchadel, přes fyzická a duševní cvičení až po plastické operace zmírňující vnější příznaky stáří.<sup>3</sup>

„Nesporný význam má pro zdravé stárnutí pestrá, vyvážená, biologicky hodnotná strava obohacená v zátěžových obdobích (onemocnění, operace, rekonvalescence) pečlivě uváženým doplněním důležitých látek (vitaminů, minerálních látek, apod.).“<sup>4</sup>

Thorová definuje podle následujících kritérií:

**(1) Chronologický věk** neboli kalendářní věk – názor společnosti na to, od kolika let je člověk starý, se proměňuje v závislosti na průměrné délce dožití. V rozvinutých zemích platí v současné době za počátek stáří 65. rok života, celosvětově se však za počátek stáří považuje věk 60 let, v méně rozvinutých zemích je to přibližně 50 let.

**(2) Biologický věk** – není zcela totožný s kalendářním věkem, mohou se v něm u stejně starých lidí objevovat velké rozdíly. Určuje stupeň degenerace tkání, která se projevuje jako pokles fyzické výkonnosti, kognitivních schopností a odolnosti organismu.

**(3) Změny v sociálních rolích** – odchod do důchodu, osamostatnění dětí, narození vnoučat.<sup>5</sup>

Podle Světové zdravotnické organizace je nynější počet lidí starších 60 let celosvětově oproti roku 1980 dvojnásobný.

---

<sup>1</sup> THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6. s. 463.

<sup>2</sup> Tamt.

<sup>3</sup> Tamt.

<sup>4</sup> KALVACH, Zdeněk. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008. Cit. podle THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6. s. 463.

<sup>5</sup> THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6. s. 463.

Teorie stárnutí rozdělujeme do následujících dvou skupin:

**(1) Stochastické teorie** neboli teorie opotřebení předpokládají, že poruchy spojené se stárnutím jsou výsledkem celkového tělesného opotřebení a jsou spíše náhodné.

**(2) Nestochastické teorie** neboli teorie naprogramování pak předpokládají, že projevy stárnutí jsou naprogramovány geneticky.<sup>6</sup>

## 1.2 Kvalita života

Kvalita života ve stáří klesá vlivem nastupujících psychických i tělesných změn. Senioři s přibývajícím věkem čím dál tím více musejí čelit narůstající závislosti na péči druhých osob. V souvislosti s tím je důležité udržet si i ve stáří pocit sebeúcty a osobního významu a nepodlehnout pocitu zbytečnosti. Ve stáří je důležité udržovat nebo se pokoušet znovu navazovat kontakty s druhými osobami a bránit se tak sociální izolaci, která může vést k negativním psychickým jevům.

Zvládání osobního života se ve stáří stává stále náročnější, neboť k problémům, které byl člověk schopen v průběhu svého předchozího života řešit, se přidávají i obtíže přímo související se stářím, jako jsou demence, smyslové poruchy, nestabilita spojená s častými pády, snížená schopnost pohybu, chronické bolesti, inkontinence, aj.

Nejčastější zátěžové situace ve stáří jsou nemoc nebo úmrtí partnera, rapidní zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený pokles kvality života a též riziko ztráty soukromí.

Tyto rizikové situace jsou už samy o sobě velkou zátěží. Psychické a fyzické změny, které ve stáří nastupují, navíc způsobují sníženou schopnost seniorů na zátěžové situace reagovat.<sup>7</sup>

## 1.3 Psychické změny

Ve stáří přirozeně dochází k pomalejší mozkové činnosti. Objevují se problémy s pamětí, což může mít negativní dopady i na pocit sebevědomí seniora. Zhoršuje se adaptace na změny a nové situace, včetně osvojování si nových schopností nebo

---

<sup>6</sup> ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4. s. 21.

<sup>7</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5. s. 235

návyků. Změny, které se ve stáří objevují, vedou k omezení možností trávení volného času, ztrátě motivace k mnoha činnostem a zúžení okruhu zálib.

S těmito proměnami se objevuje i nezájem či snížená chuť pečovat o sebe nebo se zajímat o své okolí. S tím souvisí i zvýšený výskyt psychických poruch u seniorů. Tyto proměny v prožívání se nevyhnutelně projevují i v komunikaci s okolím, pro seniorovy blízké začíná být vzájemný kontakt obtížný a komunikace může začít postrádat pro seniora důležité aspekty, jako je pochvala, ocenění, povzbuzení od okolí. Tyto změny vedou k tomu, že senior začíná ztrácet chuť do života. U seniorů pozorujeme zvýšený výskyt depresí, které se často objevují v situacích, jako je např. úmrtí partnera, přestěhování nebo umístění do instituce, vlastní těžká nemoc, apod. Mezi seniory se jedná o velmi časté onemocnění. V seniorském věku se projevuje apatií, nezájmem o okolní dění a zanedbáváním péče o sebe a své okolí.<sup>8</sup> Senior se může hůře soustředit a být dezorientovaný, což odborně nazýváme pseudodemencí při depresi.<sup>9</sup> Pro mnohé seniory je obtížné o depresi hovořit, jedná se ale o velmi vážný zdravotní problém, který může vyústit sebevraždou. Deprese je dobře léčitelná léky, nebo terapií.

## 1.4 Fyzické změny

Zhoršení zdravotního stavu je přirozeným projevem stáří. Toto zhoršování vede i ke snižování soběstačnosti, a tak může vést i k bezmocnosti a závislosti na druhých osobách, které může vyústit až v nutnost umístění do instituce.

U seniorů se často vyskytuje tzv. polymorbidita neboli výskyt několika nemocí současně. Míra polymorbidity se navíc s postupujícím stářím zvyšuje, což je důsledkem přirozeného oslabení organismu starého člověka.

Nejčastějšími onemocněními ve stáří jsou:

**(1) Demence** – jedná se o degenerativní onemocnění postihující mozkovou tkáň. Demence je vždy projevem nějaké další choroby. Nejedná se o normální příznak stárnutí, ale je častější u starších lidí. Demence se projevuje:

- a) v rovině kognitivních poruch, tedy problémů v okruhu paměti, myšlení a orientace,

---

<sup>8</sup> HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. s. 58, s. 56.

<sup>9</sup> Tamt., s. 57.

- b) poruchami chování a dalšími psychickými příznaky, např. nevhodné chování, deprese, poruchy spánku, agresivita, halucinace, bludy, neklid,
- c) změnami sociálního chování, jako je sociální izolace, stranění se společnosti, obavy ze sociálních kontaktů, atd.<sup>10</sup>

Stádia demence zpravidla dělíme na mírnou demenci, střední demenci a pokročilou demenci. V pokročilejších fázích nemoci pacient potřebuje čím dál větší míru podpory a pomoci i s běžnými každodenními aktivitami.

**(2) Smyslové poruchy** – např. poruchy zraku, sluchu, čichu, chuti, snížené vnímání polohy a pohybu vlastního těla a z toho plynoucí zvýšené riziko pádu. Tyto poruchy jsou do jisté míry normálním příznakem stárnutí.<sup>11</sup>

**(3) Chronická onemocnění oběhové soustavy** – zejména poruchy cév zásobujících srdce, mozek a končetiny, dále poruchy srážlivosti krve, které mohou způsobovat vznik krevních sraženin ohrožujících srdce, plíce a mozek a v neposlední řadě poškození srdečního svalu.

**(4) Nemoci pohybového aparátu** – nejčastěji se jedná o:

- a) osteoporóza, neboli „snížení obsahu kostní hmoty na jednotku objemu kosti pod normu odpovídající věku a pohlaví“<sup>12</sup> a z toho plynoucí zvýšená náchylnost ke zlomeninám,
- b) osteoartróza, která se projevuje bolestí kloubů, jejich deformací a omezenou hybností,
- c) degenerativní změny páteře, které zpravidla postihují i okolní svalovou tkáň.

**(5) Inkontinence moči** – podle Holmerové postihuje až 20% mužů a 40% žen nad 65 let.<sup>13</sup> Inkontinence moči může mít celou řadu příčin, mnohdy velmi snadno léčitelných. Patří mezi ně poruchy dráždivosti močového měchýře, infekce močových cest, zvětšení prostaty u mužů, vedlejší účinek užívaných léků, nebo vážnější nemoc, jako např. rakovina, nebo diabetes.

## 1.5 Senior v pobytové sociální službě

Senioři přecházejí z domova do institucionální péče zpravidla z toho důvodu, že nejsou schopni se již sami o sebe dostatečně postarat a pro jejich rodinné

<sup>10</sup> HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. s. 58.

<sup>11</sup> Tamt., s. 59 – 60.

<sup>12</sup> Tamt., s. 67.

<sup>13</sup> Tamt., s. 72.

příslušníky by péče byla příliš časově, fyzicky, či psychicky náročná, nebo si domácí péči nemohou či nechtějí dovolit z různých, většinou ekonomických či sociálních důvodů. Umístění do rezidenčního zařízení je náročnou životní změnou, na kterou se váže mnoho negativních psychických jevů. Jak vyplynulo již z kapitoly o psychických změnách, u seniorů nastává v důsledku pomalejší mozkové činnosti mnoho změn v prožívání a jednání a adaptace na nové podmínky může být pro ně v důsledku toho velmi náročná.<sup>14</sup>

Pro většinu seniorů není jednoduché zvyknout si na nové prostředí a nové lidi kolem sebe, nový režim dne, nové způsoby trávení volného času, apod. Klienti v domově pro seniory netráví čas domácími pracemi, péčí o zahradu atd., což pro klienty to sice znamená značné ulehčení, protože se pro ně s narůstajícím věkem mohly stát tyto činnosti už značně vysilující, zároveň si však musejí najít nové způsoby trávení svého času. Z toho důvodu nabízejí domovy pro seniory svým klientům zpravidla velké množství různých aktivizačních činností, pořádají různé tematické akce, zaměřené např. na roční období, svátky, atd. V domovech pro seniory často vystupují hosté zvenčí, pořádají se oslavy narozenin, atd. Zbytek svého času musí senioři vyplnit činnostmi podle své volby a svého výběru. V tomto náročném období je důležité nerezignovat na přizpůsobování se novým okolnostem a nepřístupovat k novým podmínkám pesimisticky.

Zvláštním fenoménem ústavní péče je, že senioři přestávají využívat i těch schopností, které jsou jim ještě zachovány. Tato situace může nastat hned z několika důvodů: pro seniora je pohodlnější tyto schopnosti jednoduše vyřadit, senior nemá dostatečnou možnost své dovednosti procvičovat, senior je svým okolím chápán jako nesoběstačný a je k němu tak i přístupováno bez ověření toho, zda tomu tak skutečně je, případně v jakém rozsahu.

## 1.6 Demografický vývoj

Délka života a s ní související počet seniorů v populaci úzce souvisí se společenskou rolí seniorů a jejich chápáním svého postavení v rodině a společnosti.<sup>15</sup> Demografická prognóza České republiky v současné době předpokládá, že u obyvatel ČR poroste střední délka života (neboli naděje dožití),

---

<sup>14</sup> Viz kapitola 1.3 této práce.

<sup>15</sup> ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4. s. 71.

do roku 2030 budou lidé nad 65 let tvořit přibližně čtvrtinu populace v ČR a střední délka života se prodlouží zhruba o čtyři roky. Počet obyvatel nad 65 let se do roku 2050 zvýší až na jednu třetinu celkového počtu obyvatel ČR a zhruba 10% obyvatel ČR bude starších 80 let.<sup>16</sup> Můžeme očekávat, že v roce 2050 bude v ČR žít 3,7 milionu lidí starších 60 let, což je oproti roku 2000 zvýšení o 1,8 milionu obyvatel.<sup>17</sup>

Od roku 2009 podle Českého statistického úřadu ubývá počet obyvatel v produktivním věku, tedy ve věku 15 – 64 let.<sup>18</sup>

Čevela uvádí, že je pravděpodobné, že zdravotní a funkční stav seniorů bude pravděpodobně lepší, než zdravotní a funkční stav dnešních seniorů, stejně jako je stav dnešních seniorů lepší oproti zdravotnímu a funkčnímu stavu seniorů konce 50. let 20. století.<sup>19</sup> „Velmi bude záležet na jejich zdravotním stavu a průceschopnosti, na vytváření podmínek pro jejich společenskou participaci včetně zaměstnanosti i na míře potřebné podpory ošetrovatelské péče v případě závažných funkčních deficitů a zdravotních problémů neúspěšného stárnutí“.<sup>20</sup>

## 1.7 Ageismus

Tento pojem se začal používat v USA na přelomu 60. a 70. let 20. století. „Český ekvivalent tohoto anglického pojmu neexistuje.“<sup>21</sup>Jedná se o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich vysoký věk. Jde o přílišné zobecnění vycházející z dojmu, že všichni senioři jsou stejní. Staří lidé jsou považováni za senilní, nepřizpůsobivé, obtěžující a zatěžující společnost. Stereotypy týkající se stáří mohou být navíc seniory přijaty za své a staří lidé si tak mohou vsugerovat např. snížení pracovního výkonu. Pramenem ageismu může být přílišné lpění na mládí a kráse jako životní hodnotě, negativní zkušenost se seniory, nebo strach ze stáří, nemoci a smrti.

Ageismus se může projevat i pokusy o separaci starých občanů od zbytku společnosti, např. umístováním seniorů do pobytových zařízení sociálních služeb.

---

<sup>16</sup> Tamt., s. 83.

<sup>17</sup> Tamt., s. 84.

<sup>18</sup> Aktuální populační vývoj v kostce. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>.

<sup>19</sup> ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4. s. 83.

<sup>20</sup> Tamt., s. 84 – 85.

<sup>21</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8. s. 48.



S ageismem úzce souvisí i pojem gerontofobie, který je definován jako strach ze stárnutí, nebo strach ze seniorů.<sup>22</sup>

Ageismus může mít několik zdrojů:

**(1) Individuální** – strach jedince ze stárnutí a smrti.

**(2) Kulturní** – je způsoben společenským uspořádáním hodnot, uměním a literaturou.

**(3) Sociální** – pramení z pocitu, že starých lidí je příliš mnoho a nejsou pro společnost nijak přínosní.<sup>23</sup>

Vzhledem k tomu, že seniorů neustále přibývá, bude problém ageismu pro společnost stále palčivější a je na místě aktivně pracovat na tom, aby byli senioři vnímáni jako plnohodnotní lidé.

Ageismus projevovaný vůči seniorům se dělí na tři typy:

**(1) Nový ageismus** – dobře míněné, ale přehnané ochraňování starých lidí, které je staví do pasivní a submisivní role.

**(2) Benevolentní ageismus** – projevování přehnané pomoci starším lidem, hraničící s neúctou. Může u starých lidí prohloubit pocit bezmoci a zbytečnosti.

**(3) Ambivalentní ageismus** – prolínání nového a benevolentního ageismu.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3. s. 37.

<sup>23</sup> VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6. s. 121 – 131.

<sup>24</sup> Tamt., s. 112 – 113.

## 2. Demence

### 2.1 Definice

Demence (z latinského *de mens* – bez mysli) je získaný syndrom (syndrom = soubor příznaků), jehož důsledkem bývá nejčastěji zhoršování mozkových funkcí tzv. vyšších korových funkcí, tj. paměti, orientace v čase, prostoru, osobě a situaci a schopnosti myšlení a úsudku. Dochází ke změně osobnosti nemocného. Sociální chování seniora trpícího demencí bývá narušené. Schopnost kontroly emocí těchto klientů je omezená. Toto narušení se objevuje v míře, která má zásadní negativní vliv na život klienta i jeho blízkých. Demence zpravidla postupuje u různých pacientů různou rychlostí, ovšem s trvale narůstající mírou projevů.

### 2.2 Druhy demence

Druhy demence jsou v literatuře nejčastěji děleny do těchto skupin:

**(1) Atroficko degenerativní demence** (Alzheimerova choroba, Pickova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, apod.).

**(2) Ischemicko-vaskulární demence** (demence smíšeného typu, multiinfarktová demence, apod.).

**(3) Symptomatické demence** (alkoholová demence, metabolické demence, demence při infekčních nemocech, apod.).

**(4) Sekundární demence** (po úrazech, při zánětlivých onemocněních mozku, při epilepsii, apod.).<sup>25</sup>

### 2.3 Příznaky

Příznaků demence je celá škála, různě se objevují u jednotlivých typů demence a stupňů nemoci. Můžeme říci, že každý pacient trpící demencí má unikátní soubor příznaků a projevů, neboť se u každého pacienta můžou projevit různé příznaky.

Jedním z hlavních příznaků jsou zhoršující se problémy s pamětí, dezorientace, a změněná schopnost úsudku, nebo problémy s vykonáváním každodenních činností včetně základních úkonů. U nemocných dochází k problémům s vybavováním slov a stavbou vět a v důsledku toho i ke špatné schopnosti komunikovat. Dochází i k projevům různých psychóz – halucinace, paranoia, atd.

---

<sup>25</sup> ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-494-2. s. 98.

Co se poruch chování týče, můžeme u nemocných zaznamenat tzv. agitovanost, neboli nutkání k činnosti (neustálé nutkavé přerovnávaní věcí, apod.). Můžeme se setkat i s agresivitou, slovní i fyzickou. Jako důsledek dezorientace v čase a prostoru se u demence objevuje bloudění. Mohou se objevovat deprese a úzkosti. Typickým příznakem demence je obrácení denního režimu – nemocní ve dne spí a v noci jsou bdělí a aktivní. U některých klientů, kteří ztrácejí věci, dochází k obviňování okolí z krádeže nebo schování věcí a podezřívavosti.

Jiráček dělí příznaky do tří skupin:

- 1) postižení kognitivních funkcí,
- 2) postižení aktivit denního života,
- 3) poruchy chování a psychologické příznaky demence.<sup>26</sup>

## 2.4 Rozdělení příznaků podle stadia nemoci

**(1) Lehká demence** – obtížné dorozumívání, hledání slov, zapomínání, vztahovačnost, podezřívavost, popírání problémů, problémy s početnými úkony a se psaním, časová dezorientace, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování až bezradnost, deprese, úzkost, agresivita, změny osobnosti směrem k egocentričnosti a sobeckosti.

**(2) Střední demence** – poruchy soudnosti, vzrůstající problémy s pamětí, prohlubování změn osobnosti, neschopnost vykonávat běžné každodenní aktivity, nesamostatnost v provádění základních úkonů, poruchy řeči, bloudění, halucinace, stavy zmatenosti, ztráta náhledu do svých obtíží.

**(3) Těžká demence** – poruchy příjmu potravy, nepoznávání i blízkých osob, nechápání okolního dění, ztráta schopnosti souvislé řeči, poruchy vylučování, ztráta soběstačnosti, ritualizace pohybů, upoutání na lůžko nebo toulání.

## 2.5 Nejčastější příčiny demence

### 2.6.1 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc byla poprvé popsána v roce 1907. Je nejčastější příčinou výskytu demence. Alzheimerova nemoc není léčitelná a je s jistotou diagnostikovatelná až po smrti pacienta, její průběh se však dá ovlivnit. Nemoc

---

<sup>26</sup> JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6. s. 37.

nepostihuje jen seniory, její výskyt je zaznamenán u všech věkových skupin obyvatelstva, s rostoucím věkem se však její výskyt zvyšuje. Příčina nemoci není dosud známa, existují ale rizikové faktory pro její výskyt, kromě věku také nesprávná či nedostatečná výživa, chronický stres, rodinný výskyt, cévní onemocnění, poranění hlavy, deprese, alkoholismus.

Počátek Alzheimerovy nemoci je zpravidla nenápadný a první příznaky mohou být často zaměňovány za běžné projevy stárnutí. Rychlost postupu nemoci a její projevy jsou velmi individuální. Rozlišujeme presenilní a senilní formu nemoci. U presenilní formy Alzheimerovy nemoci se nemoc objevuje do 65 let věku pacienta, tato forma postihuje častěji ženy. Senilní forma nemoci se objevuje po dosažení 65 let.

Vágnerová rozděluje demenci u Alzheimerovy choroby do čtyř stádií:

**(1) Lehká demence** – poruchy paměti, potíže s nalézáním slov, problémy s chováním a reagováním v nových situacích.

**(2) Střední demence** – postupující poruchy paměti, problémy se sociálním chováním, ztráta orientace v čase a prostoru, bludy, snížení soběstačnosti, příznaky začínají nemocnému bránit v každodenním životě.

**(3) Těžká demence** – ztráta základních dovedností, apatie, dezorientace, velmi malá schopnost komunikace, nepoznávání blízkých osob.

**(4) Terminální stadium** – upoutání na lůžko, téměř neexistující komunikace, úplná závislost na péči druhých osob.<sup>27</sup>

## 2.5.2 Vaskulární demence

Jedná se o druhý nejčastější typ demence. Vaskulární demence vzniká zjednodušeně řečeno narušením funkce cév v mozku, jako je ucpání, prasknutí, nebo krvácení tepny. Vaskulární demenci je obtížné diagnostikovat, neboť neexistují žádné diagnostické testy, které by mohly pomoci diagnózu zjistit.

Vaskulární demence dělíme na tyto typy podle místa vzniku:

**(1) Vaskulární demence s náhlým začátkem** – objevuje se po cévní mozkové příhodě.

**(2) Multiinfarktová demence** – infarkty v oblasti mozkové kůry i bílé hmoty, průběh je kolísavý, multiinfarktová demence je často doprovázena depresemi, neboť si nemocný svůj stav uvědomuje.

---

<sup>27</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5. s. 273.

**(3) Podkorová vaskulární demence** – poškození bílé mozkové hmoty a oblasti bazálních ganglií, jež má za příčinu narušení koordinace pohybů a jemné motoriky.<sup>28</sup>

### **2.5.3 Smíšená demence**

Při smíšené demenci se objevují jak příznaky Alzheimerovy choroby, tak vaskulární demence. Tyto znaky se objevují asi u 60 – 90% nemocných.<sup>29</sup>

### **2.5.4 Sekundární demence**

Sekundární demence se vyskytuje jako doprovodný příznak jiných nemocí. Může se jednat o nemoci infekčního původu jako meningitida, encefalitida a meningoencefalitida. Dříve se sekundární demence vyskytovala u nemoci syfilis. Rizikovým faktorem pro výskyt sekundární demence je přítomnost viru HIV, způsobujícího nemoc AIDS.<sup>30</sup>

### **2.5.5 Demence při Parkinsonově chorobě**

Zhruba 10 – 30% nemocných Parkinsonovou chorobou onemocní demencí. Tato demence se projevuje problémy s vybavováním, pomalými myšlenkovými procesy, problémy s plánováním složitějších úkonů.

### **2.5.6 Demence při Pickově nemoci**

Jedná se o vzácné onemocnění- Demence se u něj projevuje v raných fázích poruchami osobnosti a emotivity, později poruchami chování a v těžších formách i kognitivními poruchami.

---

<sup>28</sup> JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6. s. 75.

<sup>29</sup> KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4. s. 37.

<sup>30</sup> JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6. s. 77.

### 2.5.7 Demence při Huntingtonově chorobě

Huntingtonova choroba je taktéž nemocí, jejímž příznakem je demence. Jedná se o dědičné léčitelné neurodegenerativní onemocnění mozku, které není smrtelné, ale oslabuje imunitní systém, takže může vést ke snížení délky života.<sup>31</sup>

## 2.6 Diagnostika

Demence je ireverzibilní neboli nevratný proces. Při včasné diagnostice je průběh nemoci ovlivnitelný. Demence není léčitelná, vhodně zvolenou terapií (medikativní i nemedikativní) ale lze u některých klientů do značné míry ulehčit její průběh a zmírnit její projevy.

Pro diagnostiku demence existuje velké množství hodnotících škál a testů. Důležitá je především správnost a rychlost diagnózy. Diagnostika je založena na zkoumání rozsahu narušení kognitivních funkcí. Využívají se psychologická vyšetření, zobrazovací metody, důležitá je též osobní anamnéza klienta. Jako nejvhodnější se jeví testy, které jsou spíše krátké a jednoduché, neboť se při nich snižuje riziko mylné diagnózy v důsledku únavy testované osoby.

Zásadní v diagnostice Alzheimerovy choroby je tzv. Folsteinův MMSE (Mini-Mental State Examination) test. Jedná se o mezinárodně využívanou techniku vyšetření psychického stavu. Existuje i zjednodušená varianta testu, tzv. SMME (Severe Mini-Mental State Examination). Při diagnostice demence je užíván též Montrealský kognitivní test, který je citlivější k mírným kognitivním poruchám.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> ROTH, Jan. Huntingtonova nemoc. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie - proLékaře.cz* [online]. Praha: Meditorial, 2018 [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/huntingtonova-nemoc-33804?confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/huntingtonova-nemoc-33804?confirm_rules=1).

<sup>32</sup> MŮHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2. s. 84.

## 3. Systém sociální péče o seniory v ČR

### 3.1 Definice

V České republice je za standardní model poskytování péče seniorům považována rodina, formální služby péče o seniory jsou zpravidla využívány až v situaci, kdy rodina péči seniorovi poskytovat nemůže, nebo pokud senior rodinu nemá.<sup>33</sup> Přirozeným prostředím člověka se rozumí „rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity“.<sup>34</sup>

Zákon o sociálních službách definuje sociální služby jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.<sup>35</sup> Cílem sociálních služeb je zajistit klientovi pomoc v základních každodenních činnostech. Soběstačnost seniora by měla být s pomocí sociálních služeb zachována, nebo zlepšena, což vede ke zlepšení samostatnosti seniora, a tím i ke zvýšení kvality jeho života.<sup>36</sup>

Zákon o sociálních službách říká o způsobu fungování sociálních služeb, že „rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“<sup>37</sup>

Sociální služby jsou poskytovány v následujících třech formách:

**(1) Terénní** – jsou poskytovány v domácím prostředí klienta, pracovníci sociálních služeb zajišťují klientovi v jeho domácnosti pomoc ve vykonávání každodenních úkonů, jako jsou hygiena, příprava jídla, zajišťování chodu domácnosti,

---

<sup>33</sup> DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 80.

<sup>34</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §3.

<sup>35</sup> Tamt.

<sup>36</sup> DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 61.

<sup>37</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §2.

doprovod klékaři, nebo jiné činnosti, podle individuální potřeby a domluvy s klientem a jeho rodinou.

**(2) Ambulantní** – ambulantními službami se rozumí takové služby, kde klient není ubytován, pouze do nich dochází ze svého domova, jedná se např. o denní stacionáře.

**(3) Pobytové** – jedná se o služby, ve kterých je klient ubytován, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, atd.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb se podle zákona o sociálních službách rozumí „pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“<sup>38</sup>

## 3.2 Pobytová zařízení

Jedná se o zařízení, které je spojeno s ubytováním klienta, např. z důvodu špatného zdravotního stavu, nebo z důvodu snížené soběstačnosti. Jedná se o:

**(1) Týdenní stacionáře** – jsou určeny osobám, které mají z důvodu věku nebo zhoršeného zdravotního stavu zhoršenou soběstačnost a které potřebují dopomoc druhé osoby.

**(2) Domovy pro seniory** – jsou určeny pro klienty, kteří již z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, snížené soběstačnosti, nebo obtíží se zajišťováním chodu domácnosti nemohou setrvat ve svém původním domově. Domovy pro seniory svým klientům poskytují komplexní péči. Podle Králové a Rážové<sup>39</sup> by mělo dojít k využití této služby teprve ve chvíli, kdy již klient není schopen samostatného života a zajišťování chodu své domácnosti ani za pomoci rodiny a s využitím terénních

---

<sup>38</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §35.

<sup>39</sup> KRÁLOVÁ, Jarmila a RÁŽOVÁ, Eva. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Ostrava: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3. s. 43.



sociálních služeb. Služba má podle zákona o sociálních službách poskytovat svým klientům následující: „poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“<sup>40</sup>

**(3) Domovy se zvláštním režimem** – poskytují své služby zejména klientům, kteří trpí chronickým duševním onemocněním, nebo klientům závislým na návykových látkách. Domovy se zvláštním režimem jsou často spojeny s domovy pro seniory. Klienti domovů se zvláštním režimem obvykle kladou zvláštní požadavky na bezpečnost a chod, pravidelnost denního programu, čemuž je chod domova se zvláštním režimem uzpůsoben.

Pobytové služby nabízejí i domovy pro osoby se zdravotním postižením a zdravotnická zařízení lůžkové péče. V těchto zařízeních setrvávají klienti, kteří z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nemohou žít ve svém domácím prostředí. Odcházejí odtud zpravidla buď zpět domů, kde využívají terénních sociálních služeb, nebo do dalších pobytových zařízení.

### 3.3 Pracovníci

V domovech pro seniory nalezneme jednak sociální pracovníky, jednak pracovníky v sociálních službách.

**(1) Sociální pracovník** podle zákona 108/2006 vykonává v domově pro seniory odbornou činnost spočívající ve „vykonávání sociální šetření, zabezpečování sociální, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“.<sup>41</sup>

Předpoklady pro výkon práce sociálního pracovníka jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §49.

<sup>41</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §109.

<sup>42</sup> DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 80.

Odbornou způsobilostí se rozumí:

- a) „vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.“<sup>43</sup>

Kromě těchto předpokladů daných zákonem by měl být sociální pracovník vybaven také určitými osobnostními rysy a vlastnostmi jako jsou empatie, schopnost naslouchat, dobré komunikační schopnosti, důvěryhodnost, aj. Sociální pracovník by měl mít komplexní přehled o sociálních službách a odbornících, na které může klienta v případě potřeby odkázat.<sup>44</sup>

**(2) Pracovník v sociálních službách** je podle zákona 108/2006 ten, kdo v zařízeních sociálních služeb vykonává přímou obslužnou péči, základní nepedagogickou činnost a „pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, diagnostické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.<sup>45</sup>

Zákonem danými předpoklady pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách jsou způsobilost právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, která spočívá v dokončeném alespoň základním vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu a to do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách § 109.

<sup>44</sup> HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0. s. 82.

<sup>45</sup> Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 116.

<sup>46</sup> Tamt.

### 3.4 Vývoj sociálních služeb pro seniory v následujících letech

Stárnutí populace a očekávaný demografický vývoj předpokládá, že bude docházet k prodlužování právě té části života, kdy člověk potřebuje pomoc druhé osoby. To ovlivní i sociální systém ČR. Podle Dvořáčkové by mělo být základním cílem zdravotní politiky v České republice zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, což by mělo přispět k prodloužení života a zvýšení jeho kvality.<sup>47</sup> Do budoucna je důležité zamezit tomu, aby byli senioři žili v pobytových službách, když to jejich zdravotní stav nevyžaduje. Častou příčinou takového jednání příliš malá nabídka terénních a ambulantních služeb, jejich špatná finanční a místní dostupnost<sup>48</sup> pro seniory nebo jejich pečující, nebo neinformovanost seniorů a jejich rodinných příslušníků o existenci a fungování těchto služeb.<sup>49</sup> Důležitými faktory pro budoucí rozvoj sociálních služeb spočívají mj. v závislosti rozvoje sociálních služeb na dotacích,<sup>50</sup> nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění,<sup>51</sup> naplňování standardů kvality sociálních služeb a naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, aj. Do budoucna je též důležité posílit počty sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.<sup>52</sup>

Přirozeným důsledkem dopadů sociálního začleňování a implementace lidských práv je deinstitucionalizace, neboli proces přechodu od ústavní péče k péči v přirozeném prostředí.<sup>53</sup> Senioři jsou podporováni v tom, aby ve svých domácnostech zůstávali co nejdéle a do pobytových zařízení odcházeli až v případech, kdy z důvodu zdravotního stavu omezujícího pohyb nebo soběstačnost již není možné

---

<sup>47</sup> DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 23.

<sup>48</sup> KOL. AUTORŮ. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin*. Projekt „Podpora neformálních pečovatelských skupin“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002 [online]. Fond dalšího vzdělávání, 2015. [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatelu>.

<sup>49</sup> PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6. Cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 23.

<sup>50</sup> HORECKÝ, J. Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování. *Fórum sociální politiky*. 2009. Cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 25.

<sup>51</sup> PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009. Cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 25.

<sup>52</sup> DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3. s. 25.

<sup>53</sup> MPSV.CZ: *Transformace sociálních služeb*. MPSV.CZ: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>.

nebo bezpečné, aby ve svém přirozeném prostředí setrvali. Sociální služby jsou zaměřeny na podporu samostatnosti a tím pádem i na rozvíjení pocitu důstojnosti a soběstačnosti.

Pro seniory, kteří potřebují pomoc s péčí o svou osobu a nežijí v pobytovém zařízení, jsou určeny terénní služby poskytované v jejich přirozeném prostředí a ambulantní služby, což jsou zařízení sociálních služeb, kam senioři dochází, ale nejsou zde ubytováni. „Jedná se o tzv. sdílenou péči, kdy se na péči podílí formální a neformální pečovatelé.“<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> KOL. AUTORŮ. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR.* Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002 [online]. Fond dalšího vzdělávání, 2015. [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatelu>.

## 4. Aktivizace seniorů

### 4.1 Definice

Aktivizační programy jsou důležitou složkou péče o klienty v domovech pro seniory. Je přirozené, že lidé touží po aktivním životě, a je pro ně obtížné se vyrovnávat se změnami a omezeními, která s sebou stárí přináší. Klienti domovů pro seniory jsou většinou nějakým způsobem omezeni v možnostech aktivního života, mnohdy přicházejí o záliby, kterým se dříve věnovali, a mají velké množství volného času, avšak jen omezené možnosti, jak tento čas trávit. Z tohoto důvodu nabízejí domovy pro seniory svým klientům různé aktivity zaměřené na mentální i fyzickou činnost. Tyto aktivity jsou vždy přizpůsobeny schopnostem, možnostem a přáním klientů a účast na nich není povinná.

Aktivity v domovech pro seniory vedou k určitému rozptýlení, vnášejí nové aspekty do životů klientů, vytrhují seniory z letargie a na rozdíl od četby, poslouchání rozhlasu nebo sledování televize jsou aktivní zábavou, kterou mohou účastníci sami ovlivňovat a podílet se na jejím průběhu. Slouží zároveň jako příležitost pro setkávání seniorů, kteří v domovech pro seniory žijí, případně, pokud je aktivita zaměřena i na účastníky mimo domov pro seniory, tak i jako místo pro setkávání s lidmi z „okolního světa“. Aktivity také nabízejí příležitost pro určitou seberealizaci.

Fyzická činnost blahodárně působí i na psychický stav člověka. Proto by se senioři měli hýbat tak, jak jim to jen jejich fyzické možnosti a zdravotní stav dovolují. Pravidelný pohyb je nezbytným předpokladem zachování stability a rovnováhy. Doporučuje se chodit pravidelně na procházky a vhodným způsobem cvičit. Pohybové aktivity by měl senior konat pokud možno pravidelně. Velký přínos pravidelných pohybových aktivit spočívá i v tom, že podporují klientovu sebeúctu a pocit soběstačnosti.

Suchá rozděluje aktivizační činnosti do těchto kategorií: individuální (jsou zaměřeny na klienta jako jednotlivce), skupinové (rozvíjejí komunikaci mezi klienty apod.), pasivní, aktivní, zaměřené na fyzickou aktivitu, zaměřené na kognici, pracovní, sebeobslužné, zájmové.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3. s. 61.

## 4.2 Vybrané metody aktivizací

### 4.2.1 Arteterapie

Arteterapie využívá kléčbě výtvarný projev klienta. V rámci arteterapie rozlišujeme buď její užití jako samotné tvůrčí činnosti kléčbě, nebo procesu a výsledku umělecké tvorby k následné psychoterapii.<sup>56</sup>

Při arteterapii nedochází u klienta pouze k zapojení fyzických schopností tvořit, ale také k projevení jeho osobnostních rysů, pocitů, zkušeností, atd. Pro klienty, pro něž je vyjadřování obtížné, ať už z důvodu nemoci nebo jiného, je arteterapie možností, jak se vyjádřit beze slov. Kromě toho může také pomoci ke zlepšení nebo procvičení fyzických schopností, především jemné motoriky.

### 4.2.2 Ergoterapie

Ergoterapie je typ terapie, která má za cíl pomoci klientovi zachovat si co největší soběstačnost. Jejím cílem je pomoci klientovi udržet nebo zlepšit své stávající schopnosti, nebo si vybavit ztracené schopnosti v oblasti každodenních aktivit a péče o sebe. Hlavním prostředkem, se kterým ergoterapie pracuje, je smysluplná činnost vybraná na základě zájmů, potřeb a stavu klienta.<sup>57</sup>

Ergoterapie je zaměřená jak na fyzickou, tak na psychickou stránku klienta. Napomáhá k začlenění do běžného života a ke zlepšení nebo udržení aktivit denních činností či volného času.

### 4.2.3 Muzikoterapie

Jedná se o terapeutický přístup využívající hudby, rytmu a zvuků. Pro seniory představuje muzikoterapie přínos v tom, že jim připomíná prožitky z jejich uplynulého života a vyvolává vzpomínky na dobu, kdy ještě byli aktivní a plní sil.

V muzikoterapii využíváme těchto technik:

- a) **Zpěv** – zlepšuje artikulaci a dech. Při skupinové formě dává příležitost k setkávání, společnému tvoření i anonymnímu sebevyjádření.
- b) **Poslech hudby** – navozuje pocit relaxace a vyvolává vzpomínky a pocity, které mohou sloužit k následné terapii. Vytváří prostor pro myšlenky a emoce.

---

<sup>56</sup> Využití arteterapie. *Česká arteterapeutická asociace* [online]. Praha: ČAA, 2018 [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie/vyuziti-arteterapie>.

<sup>57</sup> *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. Praha: Česká Asociace Ergoterapeutů, 2018 [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.

- c) **Hudební improvizace** – spontánní hudební projev prostřednictvím hudebních nástrojů a hlasu.
- d) **Hudební interpretace** – reprodukce známého materiálu. Je vhodná pro klienty, kteří mají problém s vyjadřováním a bezprostředním projevem.
- e) **Pohybové aktivity při hudbě** – slouží mj. jako trénink senzomotorické koordinace, pomáhají k uvolnění svalů a pravidelnému dýchání.<sup>58</sup>

#### 4.2.4 Reminiscenční terapie

Reminiscence (z latinského *reminiscere* – vzpomenout si) je terapeutická metoda, hojně užívaná při práci se seniory. Využívá se při ní vzpomínek, upřednostňovány jsou pozitivně laděné vzpomínky na různé životní události. Klient má při nich příležitost připomenout si příjemné prožitky.

Ve stáří lidé často rekapitulují a hledají ve svém uplynulém životě smysl. Reminiscence jim pomáhá utřídit myšlenky a vzpomínky, dává příležitost k ospravedlnění a vyrovnání se s tím, čím v životě prošli. Při reminiscenci má senior možnost porozumět svému životu.

Reminiscence je rovněž důležitá pro obeznámení pracovníků domova pro seniory se seniorovým životem a pomáhá zlepšovat a navazovat vztahy jak mezi klienty mezi sebou navzájem, tak mezi klienty a pracovníky. Při reminiscenci může dojít k tomu, že se senior vrací k nevyřešeným životním událostem a nevyjasněným konfliktům a dostává zde šanci pochopit, odpustit, ventilovat negativní emoce, zbavit se pocitů viny, křivdy, obav nebo úzkostí a může se mu tím značně ulevit. Reminiscence má vést k pocitu úlevy, radosti, veselí a uspokojení.

Norris rozlišuje typy reminiscenčních skupin:

- a) **oddechovou** – slouží ke smysluplnému a radostnému naplnění volného času,
- b) **podpůrnou** – je cílena na posílení pocitu důstojnosti a sebeúcty, má evokovat příjemné pocity a zlepšit klientovo emoční rozpoložení,
- c) **terapeutickou** – je cílena na usmíření se a vyrovnání se se svým životem.<sup>59</sup>

Hlavní přístupy v reminiscenční terapii:

**(1) Narativní přístup** – vyprávění vzpomínek ať už ústní či psanou formou, ve skupině nebo individuálně. Narativní reminiscenční terapie má pomoci navodit

<sup>58</sup> HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5. s. 52.

<sup>59</sup>Cit. v JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807367-581-3. s. 72.

příjemné pocity a zlepšit klientovo emoční rozpoložení. Cílem narativní metody je smysluplné a příjemné vyplnění volného času, sdílení s ostatními, navazování nebo zlepšování vztahů. Facilitátor skupinu vede a vhodným způsobem moderuje, podporuje vyprávění, dává všem zúčastněným možnost se projevit, aktivně naslouchá a především nehodnotí jednotlivé klienty.

**(2) Reflektující přístup** – klade si za cíl pomoci klientovi vyrovnat se s nedořešenými záležitostmi, odpustit, narovnat vztahy s blízkými, vyrovnat se s traumaty a smířit se sám se sebou. Pomáhá klientovi přijmout svůj život a sám sebe.

**(3) Expresivní přístup** – pracuje s náročnými vzpomínkami a traumaty. Expresivní přístup se opírá o zapojení dalších lidí, kteří naslouchají a vyjadřují své pocity ohledně probíraného tématu. Expresivní přístup v reminiscenční terapii je zároveň zacílen i na budoucnost klienta, jeho výsledkem by mělo být zbavení se nepříjemných a tíživých pocitů, případně jiných psychických problémů.

**(4) Informační přístup** – pracuje na principu předávání zkušeností, vzpomínek a názorů mezi generacemi. Při informační reminiscenci mají senioři příležitost vyprávět o tom, jak vypadal jejich život a jak prožívali různé historické události, přičemž předávají tyto informace mladší generaci.<sup>60</sup>

#### 4.2.5 Tanečně-pohybová terapie

Jedná se o terapeutický přístup založený na práci s tancem a pohybem. Prostředkem dosahování pozitivní změny je tělesný pohyb a kreativní sebevyjádření. Cílem tanečně-pohybové terapie není technicky dokonalé provedení taneční choreografie, klient dostává při terapii možnost nového způsobu vyjadřování svých emocí. Kromě toho slouží koordinovaný pohyb k fyzickému i psychickému uvolnění klienta. Možnosti pohybu jsou u seniorů mnohdy omezeny jejich zdravotním stavem a tanečně-pohybová terapie je tak pro ně příležitostí k pohybovým aktivitám.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Cit. v JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807367-581-3. s. 73.

<sup>61</sup> *Česká asociace taneční a pohybové terapie* [online]. Praha: Asociace tanečně pohybové terapie ČR, 2018 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <http://www.arttherapies.cz/ceska-asociace-tanecni-a-pohybove-terapie.html>.



## 4.2.6 Zooterapie

Zooterapie je terapeutická technika, jejíž základ spočívá v kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Nejčastějším využitím zooterapie je tzv. canisterapie, která má v práci se seniory své využití zejména u klientů se sklony k apatii, dlouhodobě nemocných nebo upoutaných na lůžko, pomáhá klientům, pro které je běžná komunikace z nějakého důvodu obtížná, své využití má i u seniorů s psychickými problémy nebo psychiatrickou diagnózou. Mimo canisterapie existuje též felinoterapie neboli zooterapie s kočkami, hipoterapie neboli zooterapie s koňmi, ornitoterapie tedy zooterapie s ptactvem a mnoho dalších.<sup>62</sup>

## 4.3 Význam aktivizace při práci s klienty s demencí

Pro dosažení co možná nejlepších výsledků při léčbě demence je důležité kombinovat jak farmakologické, tak nefarmakologické druhy léčby. Jednou z možností nefarmakologické léčby je i aktivizace. Jedná se o smysluplné naplnění volného času. Cílem aktivizace je pomoci klientovi naplnit potřeby, které pro něj v domově pro seniory není tak snadné saturovat. Aktivizace je zaměřena jak na fyzickou, tak na psychickou a společenskou stránku klientových potřeb. Aktivizace též podporuje pravidelnost klientova denního režimu. Smysluplná aktivita je tím nejlepším prostředkem péče o klienta s Alzheimerovou nemocí.<sup>63</sup>

Při výběru vhodných aktivit pro klienta je vždy nutné brát v potaz, z jakých podmínek přichází. Měli bychom vždy brát ohledy na jeho životní zkušenosti, znalosti, zájmy, rodinné prostředí, ze kterého pochází, jaké nebo jaká zaměstnání vykonával a v neposlední řadě i jeho zdravotní stav. Vždy navíc musíme nechat finální rozhodnutí, jakých aktivit se zúčastní, na klientovi a jeho uvážení. Cílem aktivizačních činností je zkvalitnění klientova života ve stáří. Aktivizace má klientovi navodit pocity jistoty, bezpečí a sebeúcty. Proto je důležité plánovat a vybírat aktivity s ohledem na jedinečnost každého klienta.

Výsledkem aktivizace by mělo být zlepšení nebo alespoň udržení klientovy psychické a fyzické kondice a soběstačnosti. Aktivizace jsou pro klienta jednou

---

<sup>62</sup> HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5. s. 62.

<sup>63</sup> ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9. s. 148.

z příležitostí, kdy může zažít úspěch a připadat si užitečný, což je v situaci, kdy se ocitá v domově pro seniory, velmi důležité.

Aktivizační činnosti jsou příležitostí, kdy se klient může sám zapojit do péče o svou osobu a přispívají tím v nemalé míře k zachování pocitu důstojnosti. Klient díky nim může ještě využít svých zbývajících sil ke svému prospěchu, může se oprostít od smutných myšlenek a setkat se se svými vrstevníky. Dobře zvolené aktivity naplňují volný čas klienta, přinášejí do jeho života příjemnou změnu a přiměřené množství nových prvků a předcházejí zhoršování nálady.

Po psychické stránce má být aktivizace pro klienta podnětem ke zvyšování sebevědomí a pocitu důstojnosti, zapojení se do rozhodování o trávení svého času a celkové zlepšení emočního rozpoložení.

Při výběru aktivity velmi záleží na tom, abychom brali ohled na rozsah a projevy klientova onemocnění, fyzickou kondici klienta (včetně užívání kompenzačních pomůcek), jeho chování ve skupině a také chuť se aktivity účastnit.

Aktivizace by měla předejít tomu, že senior v pobytové službě ztrácí schopnosti, které jsou mu zachovány z toho důvodu, že je nevyužívá, protože je za něj vykonává jiná osoba, která neví, co klient dokáže a co ne.<sup>64</sup>

Před první účastí klienta s demencí na jakékoli aktivitě by měl být klient informován, že jeho účast je dobrovolná a klient může aktivity kdykoli zanechat. Každá činnost musí být klientovi vhodně vysvětlena s ohledem na jeho zdravotní stav a je velmi důležité, aby se zaměstnanci domova pro seniory, kteří s klienty aktivity provádějí, věnovali každému klientovi individuálně a s ohledem na jeho možnosti. Vzhledem k tomu by se měla vhodně volit i velikost skupiny klientů, která bude aktivity vykonávat. Aktivita by měla být vedena odlehčenou formou a neměla by klienty stresovat. Pracovníci domova pro seniory, kteří aktivity vedou, by měli klienty chválit a podporovat a rozvíjet tím pocitu důstojnosti a vlastní důležitosti klientů. Obzvláště u klientů s demencí je důležité volit vhodnou délku aktivity, aby byli klienti schopni soustředění po celou dobu aktivity.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0. s. 17.

<sup>65</sup> Tamt., s. 18.

## 4.4 Smyslová aktivizace

Lidské smysly jsou stimulovány každý den v průběhu celého našeho života. Svět kolem nás poznáváme a prožíváme pomocí smyslů, tím pádem jsou se smyslovými vjemy úzce provázány i naše vzpomínky.

Ve stáří často dochází k vážným zdravotním problémům, které ovlivňují schopnost samostatného pohybu, nebo jinak omezují možnosti sebeobsluhy. V takové situaci může dojít k zúžení možností a příležitostí své smysly využívat a zaměstnávat. Když smysly nejsou stimulovány, mohou slábnout a mizet.<sup>66</sup>

Smyslová aktivizace může v klientech vyvolat příjemné pocity, může přinést zasunuté vzpomínky, „vyvolá vědomou konfrontaci se sebou samým, s okolím a s vlastním životem“.<sup>67</sup> Tímto způsobem slouží smyslová aktivizace zároveň jako trénink paměti, neboť vyvolává zasunuté vzpomínky, prožitky a pocity.

Smyslovou aktivizací můžeme stimulovat, obnovovat, nebo rozvíjet celou řadu schopností, jako jsou čich, chuť, sluch, zrak, schopnost zapojení více smyslů zároveň, jemná motorika, motivace, soustředění, radost z činnosti a v neposlední řadě schopnost pěstovat sociální kontakty. Smyslová aktivizace dopomáhá klientům nacházet slova, a tím zlepšuje komunikaci klienta se svým okolím.<sup>68</sup>

Aktivita by vždy měla být zaměřená na to, co klient dokáže. Zároveň by měla klienta i zaujmout a je proto důležité, aby bavila i pečovatele nebo jiného pracovníka, který aktivitu provádí. Je důležité, aby se klient mohl svobodně rozhodnout, zda se chce aktivity účastnit. Je vhodné klientovi názorně předvést, jak bude aktivita probíhat, a poté mu dát možnost volby, zda se jí chce účastnit. Aktivity by měly být vystavěny tak, aby byly pro klienta dobře srozumitelné, a aby klient mohl sám kontrolovat, jestli je zvládá. Pomůcky a materiály, které jsou při aktivitě využívány, by měly být vybrány tak, aby se s nimi klientovi dobře manipulovalo, aby byly příjemné na dotek a pokud možno aby měly jasné barvy kvůli stimulaci smyslů.

Můžeme vybírat materiály „pro rozlišení hmotnosti (váhy), pachů a vůní, barev, tvarů, velikostí, šumů a tónů, rozdílných chutí, vodivosti tepla, charakteru (vlastností) povrchů a struktur“.<sup>69</sup>

---

<sup>66</sup> Tamt., s. 32.

<sup>67</sup> Tamt.

<sup>68</sup> Tamt.

<sup>69</sup> Tamt., s. 39.

Během průběhu aktivizace by měl pečující pomáhat klientům ve vykonávání činností jen tehdy, pokud je to nezbytně nutné.

Zcela zásadní význam má pro smyslovou aktivizaci vykonávání takových činností, jaké byl klient zvyklý dělat celý život, a to v nejvyšší možné míře. Některé z těchto činností mohou být u všech klientů podobné (péče o své tělo, stravování, apod.), jiné zase velmi individuální (péče o květiny, četba, apod.). Klient by měl ve svém okolí nacházet předměty, které důvěrně zná a které ho mohou propojit s jeho minulostí a navodit příjemné vzpomínky.

Smyslová aktivizace je konceptem ošetrovatelské a zdravotní péče a aktivizace. Jejím základem je vnímání člověka jako po stránce fyzické, tak po stránce psychické a duchovní.<sup>70</sup>

Cílem smyslové aktivizace je zachovat, nebo obnovit:

- a) **vlastní kompetence** – klient k sobě získá kladný vztah, důvěřuje si, má pocit samostatnosti,
- b) **sociální kompetence** – udržování stávajících kontaktů, např. s rodinou či přáteli a vytváření kontaktů nových,
- c) **věcné kompetence** – schopnost zacházet s předměty každodenní potřeby a vykonávání běžných činností jako je stravování, hygiena, oblékání, atd., a tím i podpora zachování co nejvyšší míry samostatnosti.<sup>71</sup>

## 4.5 Metody Marie Montessori

Základní pravidla Montessori pedagogiky „vyznačují cestu, která umožňuje humánní a ohleduplné ošetřování, a vytváří tak základní předpoklady pro komplexní koncepci v oblasti péče o seniory“.<sup>72</sup>

Pedagogika Marie Montessori byla zaměřena na podporu samostatnosti, důstojnosti a rozvoj osobnosti u dětí. Heslem Montessori pedagogiky je „Pomoz mi, abych to dokázal sám“. Děti v Montessori třídách se mají učit vlastní činností, učitelé jsou zde hlavně v roli zprostředkovatelů možností. Děti se mohou během vyučování volně pohybovat po třídě a spontánně si vybírat činnost, kterou budou dělat, podle

---

<sup>70</sup> VOJTOVÁ, Hana. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 2015, 26(11), s. 10-12.

<sup>71</sup> Tamt.

<sup>72</sup> WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0. s. 3.

svých zájmů a potřeb. Žák však musí vytrvat u činnosti, kterou si zvolí, a dokončit ji.<sup>73</sup>

#### 4.5.1 Metody Marie Montessori v práci s klienty s demencí

Z metod Marie Montessori je pro práci se seniory klíčový především důraz na důstojnost a samostatnost a podpora budování důvěry ve vlastní síly. V práci se seniory můžeme pomocí užití Montessori metod umožnit klientům cítit se samostatně a prospěšně pro své okolí. Klientova pozornost je směřována k tomu, co ho baví, a co sám dokáže.

Ploeg a O'Connor ve své studii uvádějí, že individuální interakce založená na principech Montessori metody má uklidňující dopad na klienty s agitovaným chováním.<sup>74</sup>

V péči o klienty s demencí můžeme Montessori metody aplikovat na:

- a) klienta samotného, nebo
- b) prostředí, ve kterém klient žije.

Význam využití Montessori metod v práci s klienty s demencí spočívá ve vyvolání pocitů rovnováhy, sebeuvědomění, sebepřijetí a spokojenosti. Jejich význam tkví i ve vytváření a trénování koncentrace u klientů s demencí. Pro to jsou klíčové následující předpoklady:

- a) **Vhodně vytvořené prostředí** – mělo by být vždy přizpůsobeno zdravotnímu stavu a schopnostem klientů. Klient by měl mít k dispozici přiměřené množství materiálů, které svou kvantitou nezahltí jeho pozornost, které umí používat a které jsou příjemné na dotek a pohled. Je také třeba dbát na to, aby byl během aktivity udržován pořádek a zamezilo se tak chaosu.
- b) **Vytvoření skupiny a následná práce se skupinou** – vhodné sestavení skupiny je při práci se seniory zásadní. Je třeba vybrat takové množství klientů, aby bylo možné se každému z nich věnovat během aktivity individuálně a aby se všem dostalo přiměřené pozornosti. Velmi důležité je vybírat klienty na podobné úrovni vnímání a s podobnými schopnostmi,

---

<sup>73</sup> ZELINKOVÁ, Olga. *Pomoz mi, abych to dokázal: pedagogika Marie Montessoriové a její metody dnes*. Praha: Portál, 1997. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 80-7178-071-5. s. 21.

<sup>74</sup> VAN DER PLOEG, Eva S. a Daniel W. O'CONNOR. Evaluation of personalised, one-to-one interaction using Montessori-type activities as a treatment of challenging behaviours in people with dementia: the study protocol of a crossover trial. *BMC Geriatrics*. The Gerontological Society of America, 2010, **10**(3), s. 2 - 7.

aby v některých klientech nevznikal pocit méněcennosti, nešikovnosti, nebo aby klienti nebyli uváděni do rozpaků. Camp a Skrajner ve svém výzkumu dokazují, že pokud Montessori aktivitu v domově pro seniory vede klient s demencí v lehkém stadiu, dochází u klientů s demencí, kteří se aktivitu účastní, k vyšší úrovni pozitivního zapojení a uspokojení, než při běžném průběhu aktivity. Klienti, kteří aktivity vedli, projevili vysokou míru uspokojení se svou rolí.<sup>75</sup>

- c) Ukázka činnosti** – před samotným začátkem aktivity je vhodné klientům názorně předvést, jakou činnost budou vykonávat. Tato ukázka činnosti by měla být provedena beze slov, nebo s co nejstručnějším slovním doprovodem, aby se pozornost klientů nerozptylovala od předváděného. V průběhu činnosti samotné je poté naopak přínosné klienty vést a podporovat jasnými, zřetelnými a srozumitelnými slovy.<sup>76</sup>

#### 4.5.2 Využití metod Marie Montessori ve smyslové aktivizaci

„Žít znamená každou etapu života všemi smysly prožívat a vnímat“.<sup>77</sup> To platí i pro seniory žijící v rezidenčních zařízeních. Pro to, aby klienti v domovech pro seniory neztráceli kontakt s okolním světem a udržovala se jejich orientace v čase i prostoru, je důležité, aby se prostředí, ve kterém žijí, vhodně proměňovalo např. podle ročních období, významných svátků, prožívání rituálů, apod. Pokud to možnosti rezidenčního zařízení umožňují, je vhodné brát ohled v co největší míře na individuální osobní zvyklosti a potřeby klientů. Wehner uvádí, že důležitý je též citový vztah mezi personálem domova a klienty.<sup>78</sup>

Prostředí, ve kterém klient žije, by mělo pomoci kompenzovat ztráty, ke kterým u klienta došlo. Vzhledem k tomu, že u klienta s demencí může dojít k tomu, že jakoukoli informaci zapomene, je možné tento jev kompenzovat tím, že důležité informace zasadíme do prostředí kolem klienta. Tímto způsobem klient přijímá podstatné informace, když je potřebuje, místo toho, aby si je musel

---

<sup>75</sup> CAMP, Cameron J. a Michael J. SKRAJNER. Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): Training Persons with Dementia to Serve as Group Activity Leaders. *The Gerontologist*. The Gerontological Society of America, 2004, **44**(3), 426 - 431.

<sup>76</sup> WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0. s. 38.

<sup>77</sup> Tamt., s. 27.

<sup>78</sup> Tamt., s. 27.

pamatovat. Může to být například viditelné a srozumitelné označení důležitých míst, jako je toaleta, nebo dveře klientova pokoje, atd.

Zároveň je vhodné, aby prostředí klienta stimulovalo. Podporou provádění všech činností, které je klient schopen vykonávat, které mu připadají užitečné, nebo ho baví, posílíme jeho pocit sebedůvěry, sebevědomí a samostatnosti a můžeme klientovi pomoci předejít pocitu zbytečnosti, bezmoci, zoufalství a pocitu ztráty smyslu života. Vhodně vytvořené prostředí může klientovi pomoci, aby se sám mohl rozhodnout, co by rád dělal, a pomoci mu tím smysluplně trávit volný čas. Smysluplná činnost, která odpovídá úrovni klientových schopností, tedy ne příliš složitá, ani příliš banální, může klientovi přinést dobrý pocit z vykonané práce a z vlastních schopností, a podpořit tak jeho sebeúctu a radost ze života.<sup>79</sup>

Životní prostor klienta žijícího v pobytovém zařízení by měl klientovi zároveň zprostředkovávat kontakt s okolím světem, aby se zamezilo ztrátě orientace v čase. V klientově okolí by měl být umístěn kalendář, aby se klient mohl orientovat v tom jaký je den a měsíc. V zařízení mohou být umístěny nástěnky vztahující se k aktuální roční době, které mohou napovědět klientům, kteří již ze zdravotních důvodů nemohou, nebo nechtějí opouštět zařízení, jaká je roční doba. Kromě nástěnky vztahující se k roční době může být v zařízení nástěnka s narozeninami klientů, tabule s fotografiemi a pracovními pozicemi personálu zařízení nebo nástěnka s jídelníčkem. Vhodné je vytvořit též prostor pro rozloučení se zesnulými klienty, neboť i truchlení a smutek má v životě své místo a je důležité, aby se klienti mohli se zesnulými důstojně rozloučit.<sup>80</sup>

V prostředí, ve kterém klient žije a ve kterém se pohybuje, by mělo být přizpůsobeno klientovu zdravotnímu stavu a měly by v něm být také kompenzační pomůcky, které klientovi mohou pomoci v pohybu, stabilitě a orientaci. Pro klienty s demencí je také důležité vhodně zvolené osvětlení – příliš tmavá, nebo naopak příliš světlá místa, nejsou pro klienty s demencí příjemná. Stejně tak barva a vzor podlah by měly být co nejvíce neutrální, kontrastní barevné přechody na podlaze mohou na klienty s demencí působit jako překážka. Prahy a jiné podobné výškové rozdíly by měly být odstraněny, nebo zabezpečeny, aby neohrozily klientovu stabilitu.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> KELLY, Anne. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 2017, **28**(5), s. 30-31.

<sup>80</sup> WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0. s. 51 – 54.

<sup>81</sup> GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0. s. 80.

## **5. Aktivizace klientů s demencí v praxi**

### **5.1 Domov u Přehrad v Jablonci nad Nisou**

#### **5.1.1 Popis zařízení**

Domov u Přehrad v Jablonci nad Nisou nabízí seniorům své služby od roku 2015. Jedná se o soukromé pobytové zařízení umístěné v budově bývalé výrobní bižuterie. Vznik zařízení zafinancovala společnost Jablotron, nyní zařízení provozuje „společnost JabloDSJ s.r.o., registrovaný poskytovatel sociálních služeb Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.“<sup>82</sup> Domov je situován v těsné blízkosti přehrady Mšeno a je obklopen zelení. Kapacita domova je 110 lůžek, ubytování je poskytováno na jedno-, dvou- a třílůžkových pokojích. Domov se specializuje především na osoby trpící demencí. Klientům je v domově k dispozici „kromě vedení domova 32 pečovatelek, 10 zdravotních sester, 4 aktivizační pracovnice, sociální pracovnice, metodička péče a dále provozní personál (recepce, kuchyň, úklid, prádelna, údržba).“<sup>83</sup> Součástí domova je i vlastní zahrada.

#### **5.1.2 Aktivizační činnosti**

S každodenním fungováním a provozem domova pro seniory U Přehrad v Jablonci nad Nisou jsem měla možnost se osobně seznámit během praxe. Při ní jsem se zapojila především do přípravy, organizování a realizace aktivizačních činností a pomoci při každodenní péči o klienty. Následující informace proto čerpám přímo z praxe, příp. informací, poskytnutých personálem zařízení.

Klienti Domova U Přehrad se mohou účastnit jak pravidelných aktivizačních činností, tak příležitostných akcí. Pravidelné aktivizační činnosti se konají každý den od pondělí do pátku dopoledne mezi devátou a jedenáctou hodinou a poté mezi půl třetí a čtvrtou hodinou odpolední. Klienti jsou o aktivitách informováni individuálně aktivizačními pracovníci, které jim v případě potřeby pomáhají se na místo konání aktivity dopravit.

Mezi pravidelné aktivity v Domově U Přehrad patří trénování paměti, nebo muzikoterapie pořádaná buď formou poslechu hudby dle přání a výběru klientů, nebo formou zpěvu a hry na hudební nástroje. Další pravidelná aktivita, u klientů

---

<sup>82</sup> O nás. *U přehrad - domov pro seniory* [online]. Jablonec nad Nisou: JabloDSJ, 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <http://domovuprehrad.cz/index>.

<sup>83</sup> Tamt.



velmi oblíbená, je vaření, kdy klienti společně s aktivizačními pracovníci připravují jídla – nejčastěji různé dezerty nebo slané občerstvení. Připravený pokrm následně klienti konzumují, případně jej nabízejí i dalším klientům a personálu. Klienti jsou obvykle touto činností velmi potěšeni a vyjadřují dobrý pocit z vykonané práce a možnosti být prospěšný ostatním. Tato aktivita zároveň podporuje i vzájemnou komunikaci mezi klienty.

Klienti se mohou účastnit též tzv. výtvarných dílniček, kde za asistence aktivizační pracovníce tvoří výrobky z různých materiálů, nejčastěji z papíru, ale také např. z keramické hlíny.

Mezi klienty je oblíbená též aktivita nazvaná „Cestománie“, věnovaná povídání o cestování a sledování filmů o cizích zemích.

Aktivizační pracovníce vytvářejí v jedné ze společných místností tzv. reminiscenční koutek, kde mohou klienti najít nejrůznější předměty každodenní potřeby a kusy nábytku, se kterými se mohli v průběhu života setkávat.

Jednou týdně se klienti mohou účastnit cvičení s míčkou a plachtou za poslechu hudby.

Před každou ranní aktivitou si klienti s aktivizační pracovnící připomenou momentální datum, řeknou si, kdo dnes slaví svátek, a následně provedou několik cviků na protažení těla a procvičení jemné motoriky.

Za příznivého počasí chodí aktivizační pracovníce s klienty na odpolední procházky.

Příležitostně se zde pořádají koncerty hudebních souborů z blízkého okolí nebo dětí z mateřských škol, ZŠ a ZUŠ.

Příležitostně pak v domově probíhá zooterapie, oslavy narozenin klientů, sezónní akce odvíjející se od ročních období, tradičních oslav apod. (např. Mikulášská nadílka, oslava Velikonoc a další). Klienti se mohou účastnit přednášek různých odborníků nebo sledovat taneční vystoupení.

Aktivita se konají obvykle ve společenských prostorách nebo v jídelně domova.

### **5.1.3 Kazuistika č. 1 – paní O.**

Paní O. se narodila v roce 1923 v Mladé Boleslavi, její otec byl řídícím učitelem, její matka byla v domácnosti. Paní O. měla dva starší a jednoho mladšího sourozence. Na své dětství vzpomíná jako na idylické, rodiče popisuje jako laskavé a milující,

velmi si vážila svého otce pro jeho autoritu. Po jeho vzoru se rozhodla stát se také učitelkou.

V mládí žila čilým společenským životem, ráda se chodila bavit a velmi dbala o svůj vzhled. Po vystudování učitelského ústavu byla umístěna jako učitelka do jednotřídky na venkově v Jizerských horách. Bála se do tohoto místa nastoupit, protože si připadala příliš nezkušená a obávala se, že u dětí nebude mít dostatečnou autoritu. Cítila se v tomto místě velmi osaměle a měla obavy, zda se jí zde podaří navázat známost a vdát se. Provdala se v jednadvaceti letech za středoškolského profesora staršího o dvanáct let. Po svatbě žili manželé v Mladé Boleslavi. Manžel paní O. měl před svatbou podmínku, že si s paní O. nebudou pořizovat děti. Paní O. po dětech velmi toužila, a snažila se manžela po svatbě přesvědčit, ten ale založení rodiny kategoricky odmítal. Paní O. to zpětně hodnotí jako velmi zápornou charakterovou vlastnost. Paní O. několik let po svatbě přece jen otěhotněla, byla velmi šťastná a na potomka se těšila. Způsobilo to ale hluboký konflikt s manželem, který paní O. podezíral z nevěry a k synovi ani po narození neměl silnější citový vztah. Pro paní O. je to i po letech velmi silné téma, často o těchto skutečnostech hovoří a manželovi jeho chování vyčítá. Velmi těžce nese, že neměl se synem silnější citový vztah a stále nemůže manželovi jeho chování a přístup k rodičovství odpustit. Manželé se po několika letech rozvedli.

Paní O. poté pracovala dál jako učitelka, nejraději dle svých slov učila děti v první třídě. Svého syna vychovávala dlouhou dobu sama, s pomocí svých rodičů. Práce učitelky ji velmi naplňovala, těšilo ji trávit čas s dětmi. Podruhé se vdala za svého spolužáka ze studií, se kterým se přestěhovala do Jablonce nad Nisou, kde oba pracovali jako učitelé. Na manželství vzpomíná jako na velmi šťastné, mrzí ji ale, že s druhým manželem nemá žádné děti. Ráda vzpomíná na svou tchýni, matku druhého manžela, se kterou měla vřelý vztah a kterou často navštěvovala v léčebně dlouhodobě nemocných.

U paní O. se po smrti druhého manžela začala projevovat Alzheimerova choroba a nyní je paní O. umístěna v Domově U Přehradý na dvoulůžkovém pokoji. V domově si vytvořila několik přátelských kontaktů s dalšími klientkami, k personálu se ale paní O. chová spíše odměřeně a přistupuje k němu s nedůvěrou. Paní O. trpí bludy a často mluví o tom, že se jí ztrácí věci, nebo že jí někdo krade poštu. Paní O. má velké problémy s orientací v čase, k pravidelným jídlům v jídelně chodí obvykle

se zpožděním, až poté, co jí personál připomene, že by měla jít do jídelny. Paní O. velmi dbá na svůj vzhled a vystupování, využívá pravidelně služeb kadeřnice, která domov navštěvuje, ráda nosí šperky a kabelku a často se dívá do kapesního zrcátka. Její vzhled je pro ni velmi důležitý. Paní O. si také ráda prohlíží časopisy, má předplacený televizní program, po kterém se často shání. Ráda mluví o svém synovi a mrzí ji, že nemá vnoučata. Svůj zdravotní stav si neuvědomuje, nebo nepřipouští, pokud zpozoruje u jiného klienta projevy demence, lituje ho a vyjadřuje spokojenost nad tím, že je podle svých slov zdravá. Syn ji v domově navštěvuje jednou týdně, paní O. je obvykle velmi neklidná, když má syn přijít na návštěvu, stále se ptá na čas a bojí se, aby na ni syn nemusel čekat, např. během oběda. Paní O. je velmi komunikativní, vyhledává společnost a ráda vypráví o svém životě.

Ráda se účastní aktivit, jako jsou zpěv, trénování paměti, nebo sledování filmů. Dle objektivního pozorování jí tyto aktivity přinášejí radost, potěšení a celkové uvolnění, což sama potvrzuje. Vzhledem k její komunikativní povaze jí tyto aktivity pomáhají zprostředkovat tolik potřebný kontakt s klienty i dalšími ošetřovateli, což napomáhá snižování pocitu osamělosti. V rozhovoru uvedla, že osamělostí netrpí. Na otázku, zda je s těmito aktivitami spokojena, odpověděla kladně. Na otázku, zda by chtěla něco zlepšit, uvedla, že by si přála být personálem domova častěji informována o tom, že se čas aktivity blíží. Vzhledem ke svým potížím s orientací v čase totiž často přichází na aktivity pozdě, z čehož je poté velmi neklidná a nervózní. Podle jejích vlastních slov by se lepší a včasnou komunikací její nervozita snížila.

S nadšením vítá dětské návštěvy v domově, jako jsou např. dětské sbory, což může také vyplývat z její celoživotní profese – přítomnost dětí jí připomíná dobu, kdy vedla aktivní život.

Paní O. ráda a podrobně mluví o své minulosti, o čemž jsem se mohla v praxi mnohokrát přesvědčit. Kladně reagovala na návrh, aby si nechala po synovi poslat své oblíbené fotografie a následně si je vystavila ve svém pokoji. Po dobu, kdy jsme spolu vedly rozhovory o její minulosti, jsem sledovala u klientky zlepšení v oblasti komunikace, celkové nálady a schopnosti vybavit si další a další vzpomínky na osoby, situace i místa, které byly pro její život důležité.

Dle mého názoru by bylo vhodné, aby i další průběh aktivizace klientky byl veden tímto směrem. Vzhledem k tomu, že na tento typ aktivizace reagovala kladně, se nabízí možnost doplnit aktivizaci kromě fotografií v součinnosti s jejím synem

i o další smyslové prvky, např. předměty denní potřeby, oděvy, částí nábytku, apod., které měla kolem sebe v průběhu jejího aktivního života. Zvláštní individuální potřebou této klientky je včasnost. Personál zařízení by proto měl věnovat zvýšenou pozornost tomu, aby byla vždy s dostatečným předstihem informována o nadcházejícím denním programu, které u ní vždy vedlo k určitému uklidnění. Často v takových případech stačí pouze maličkost – věta: „Je to dobré, máme dost času, stihneme to.“

## 5.2 Domov Sue Ryder

### 5.2.1 Popis zařízení

Zařízení je umístěno v historickém areálu Michelského dvora, jehož historie sahá pravděpodobně až do 15. století.<sup>84</sup> Objekt prošel mezi lety 1994 až 1998 rozsáhlou rekonstrukcí a své služby poskytuje od roku 1999. Objekt je rozdělen na neveřejnou část, tedy soukromé prostory klientů, a část veřejnou, jejíž součástí je restaurace, galerie, pobočka městské knihovny, kaple, dobročinný obchod a divadelní sál. Kromě domova pro seniory poskytuje Domov Sue Ryder z. ú. poradenské služby, osobní asistenci a půjčovnu kompenzačních pomůcek. Chod domova je financován dotacemi z veřejných zdrojů, pomocí dobročinných obchodů Sue Ryder, platbami klientů za sociální služby a stravu a dary.<sup>85</sup>

Domov Sue Ryder má kapacitu 53 lůžek, klienti jsou ubytováni na jedno-, dvou- a třílůžkových pokojích. Péči o klienty zajišťuje tzv. multidisciplinární tým složený z pečovatелů, zdravotních sester, asistentů ergoterapie, asistentů rehabilitace a sociálních pracovníků. Péče o klienty probíhá na základě tzv. Psychobiografického modelu péče.<sup>86</sup> Základem práce na základě Psychobiografického modelu je práce s biografií klienta, tj. poskytování péče za zachování a respektování osobních zvyků a potřeb klienta s ohledem na regionální zvyklosti a tradice a také s ohledem na historické události, které klient prožil a které ho mohly ovlivnit. „Dodržování toho,

---

<sup>84</sup> Michelský dvůr. *Sue Ryder* [online]. Praha: Domov Sue Ryder, z. ú., 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/michelsky-dvur>.

<sup>85</sup> Financování. *Sue Ryder* [online]. Praha: Domov Sue Ryder, z. ú., 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/financovani>.

<sup>86</sup> Články a reportáže - cesta životem. *Sue Ryder* [online]. Praha: Domov Sue Ryder, z. ú., 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/cesta-zivotem>.

co je pro seniory v aktuálním stavu myslí „normální“, umožňuje zažívat pocity jistoty, bezpečí, a tak i celkové pohody.“<sup>87</sup>

### 5.2.2 Aktivizační činnosti

S každodenním fungováním a provozem domova Sue Ryder v Praze jsem měla možnost se osobně seznámit během praxe. Následující informace proto čerpám přímo z praxe, příp. informací, poskytnutých personálem zařízení.

Aktivizační programy jsou realizovány ergoterapeuty, a to buď individuální, nebo skupinovou formou. Kromě ergoterapeutů zajišťují aktivizaci klientů i dobrovolníci, kteří buď docházejí za konkrétními klienty individuálně, nebo pro klienty pořádají skupinové aktivity. Počet klientů účastnících se aktivity se obvykle odvíjí od nároků na výši asistence při aktivitě ze strany ergoterapeutů a také podle charakteru konkrétních aktivizačních cvičení. Při aktivitách je kladen velký důraz na individuální práci s klienty.

Klientům domova Sue Ryder je k dispozici mnoho druhů skupinových aktivizací. Patří mezi ně tzv. kreativní dílna věnovaná tvoření z různých materiálů, literární odpoledne formou předčítání, smyslová a taneční stimulace, trénink paměti, reminiscence, muzikoterapie, a další aktivity.

Individuální aktivizace klientů probíhá obvykle už od rána, ergoterapeuti se jednotlivým klientům věnují cca půl hodiny. Ergoterapeuti klientům čtou, cvičí s nimi jemnou motoriku, věnují se aktivitám podle přání a možností klientů. Velký důraz je kladen na pravidelnost aktivit, která je zvláště pro klienty s demencí klíčová. Individuální aktivity se odehrávají v pokojích klientů, skupinové aktivity pak obvykle ve společných prostorách, nebo místnosti primárně určené pro ergoterapii, která je vybavena pomůckami pro tvoření, trénování paměti a smyslů, hrami a terárii s živými zvířaty pro zooterapii.

### 5.2.3 Kazuistika č. 2 – paní M.

Paní M. se narodila v roce 1945 na okraji Prahy. Její otec byl dělník, matka byla žena v domácnosti. Měla o sedm let mladší sestru. Matka paní M. měla nemocné nohy a paní M. se údajně v dětství musela starat jak o sestru, tak o matku a o domácnost.

---

<sup>87</sup> Články a reportáže - cesta životem. *Sue Ryder* [online]. Praha: Domov Sue Ryder, z. ú., 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/cesta-zivotem>.

Matka paní M. ukončila svou školní docházku ve třetí třídě, po smrti své matky, a nebyla tedy příliš vzdělaná. Sama paní M. na školu příliš nevzpomínala. V dospělosti si doplnila vzdělání, aby mohla v práci postoupit na vyšší pozici, bála se, že vzdělání nedokáže dokončit, ale uspěla. V dětství ji bavily ruční práce. Ke své sestře má klientka problematický vztah, v dětství ji často musela hlídat a maskovat potíže, které působila, a dnes má pocit, že jí sestra nikdy nebyla dostatečně vděčná. Paní M. trpěla v dětství nechutenstvím, byla hubená a neměla ráda maso, které doma často jedli. Ani dnes nemá ráda některé druhy mas. V dětství se bála tmy a traumaticky na ni působilo zabíjení zvířat.

V prvním zaměstnání paní M. pracovala jako laborantka. Práce ji bavila, v pracovním kolektivu se cítila dobře. Líbil se jí pocit finanční nezávislosti. Poté pracovala jako prodavačka, na tuto práci vzpomínala jako na těžkou a špatně placenou, v kolektivu byla údajně oblíbená pro přátelskou a nekonfliktní povahu. Ve volném čase se ráda chodila bavit, ráda se hezky oblékala, sama si šila.

Po svatbě řešila problémy s příliš malým bytem a nedostatkem financí. Paní M. má dvě dcery. Volný čas v dospělosti trávila s dětmi, ručními pracemi, čtením knih o bylinách, ráda zpívala a chodila na procházky.

Silně traumatizujícím zážitkem bylo pro paní M. nalezení mrtvého těla jejího otce, který spáchal sebevraždu poté, co onemocněl rakovinou. Paní M. byla v té době těhotná.

Její manžel také onemocněl rakovinou, prý měl podle lékařů nemoci podlehnout, paní M. však údajně manžela vyléčila pomocí bylinek. Klientka má k lékařům negativní vztah a nedůvěřuje jim.

Do penze odešla paní M. v 57 letech, poté chodila na brigády. Vzpomíná na začátek penze jako na šťastné období. Trávila čas s manželem, se kterým měla v té době hezký vztah. V penzi trávila ráda čas s rodinou a vnoučaty, pěstováním bylin, péčí o psy a také péčí o zahradu, kterou měla za Prahou. Podle dcer si své stáří nikdy neuvědomovala. Až do propuknutí Alzheimerovy choroby se ráda starala o své vnuky, připadala si pak užitečná.

Alzheimerova choroba se u Paní M. objevila v 67 letech. Nemoc se projevovala výpadky paměti, problémem s tvořením vět a omdléváním. Paní M. využívala celkem šest měsíců služeb pečovatelské služby. Když bylo paní M. 72 let, její manžel zemřel. Rodina dle svého vyjádření nebyla schopna se o klientku starat, umístila ji tedy

do pobytového zařízení pro osoby trpící demencí. Paní M. od té doby pobývala celkem ve třech pobytových zařízeních, dle vyjádření rodiny proto, že nebyli spokojeni s úrovní poskytované péče v předchozích zařízeních a také si přáli mít paní M. blíže svému bydlišti.

Před umístěním do Domova Sue Ryder rodina údajně neposkytla celistvé informace o zdravotním stavu paní M., která reagovala na změnu prostředí silně negativně, často se snažila zařízení opustit, bloudila po chodbách, k personálu se chovala agresivně a odmítavě, nekomunikovala. Personál domova paní M. často nalezl u lůžka její spolubydlící, paní J., jejíž soukromí paní M. nerespektovala. Je pravděpodobné, že paní M., která měla podle svých příbuzných během života sklony pečovat o své okolí, nyní chtěla pečovat i o paní J. Paní M. často hledá svého manžela, neuvědomuje si pravděpodobně, že zemřel. Klientka také často mluví ke svým přátelům, ačkoli nejsou v jejím pokoji přítomni. Občas říká, že má právě naspěch, neboť se chystá na návštěvu.

Vzhledem k tomu, že Domov Sue Ryder není uzavřené zařízení, je třeba, aby personál domova vhodným způsobem přiměl paní M., aby zůstala v zařízení, když se ho pokusí opustit. Pro zklidnění situace bylo přistoupeno k několika schůzkám s rodinou, která však podle vyjádření personálu domova spolupracuje jen sporadicky. Pro vytvoření příjemnějšího pocitu pro paní M. bylo dohodnuto, že bude mít stále k dispozici talířek s různými druhy krájeného ovoce, které měla vždy ráda a které často jedla. Paní M. si z talířku vybírá ovoce, na které má právě chuť. Personál domova si přál, aby ovoce pro paní M. přinášela rodina a podílela se tak na péči o svou příbuznou, rodina však ovoce dodává spíše nepravidelně a paní M. pak žádné ovoce nemá k dispozici. Rodina také souhlasila s tím, že bude dbát na to, aby v pokoji paní M. byly vždy čerstvé květiny, jejichž vůni má paní M. ráda a které pozitivně působí na její náladu. V době mé přítomnosti v domově Sue Ryder byl pokoj paní M. bez květin. Personál domova se domnívá, že by se stav paní M. zlepšil, kdyby byla častěji v kontaktu s rodinou. Paní M. se nerada účastní aktivit v domově, je nepozorná a má tendenci odcházet.

Stav paní M. se podle personálu domova zlepšuje s tím, jak si klientka na nové prostředí zvyká. Smyslová aktivizace formou podávání krájeného ovoce během dne výrazně přispívá ke klientčině klidu a dobré náladě, problém ovšem nastává, když rodina paní M. ovoce nedodá, v životě klientky pak chybí tolik potřebná pravidelnost.

Po klientčině příchodu do domova a počátečních problémech s adaptací na nové prostředí spojených s odmítavým, až agresivním přístupem k většině personálu, byl vypracován přehled způsobu komunikace pečovatelky, ke které má paní M. důvěru, a personálu bylo doporučeno následovat v komunikaci a péči o klientku tohoto modelu. Myslím, že by mohlo být přínosné vytvořit pro klientku v jejím okolí prostor pro vlastní výběr činnosti pro trávení volného času v duchu Montessori metod, kdy by měla klientka kolem sebe předměty, které by mohly upoutat její pozornost a inspirovat ji k činnosti. Je možné, že by poté klientka neměla potřebu trávit čas bezcílným chozením po chodbách a pokusy opustit zařízení.

### **5.2.4 Kazuistika č. 3 – paní C.**

Paní C. se narodila v roce 1924. Její otec byl lesní inženýr, její matka se starala o domácnost. Dětství strávila paní C. postupně ve dvou hájovkách. Byla vždy obklopena dospělými a lesními pracovníky. Ráda trávila čas v lese, hrála si tu s jinými dětmi a sbírala lesní plody, které ráda jedla. Jinak trpěla paní C. v dětství nechutenstvím, byla velmi hubená. Byla často nemocná a rodiče, zvláště matka, se o ni velmi báli.

Paní C. chodila do školy, která byla od jejího bydliště vzdálená přibližně pět kilometrů. Nechtěla bydlet ve městě u příbuzných, neboť nechtěla být separována od svých rodičů, a tak překonávala vzdálenost mezi školou a domovem každý den a za každého počasí pěšky. Měla dle svých slov pouze jedny boty, které ve sněhu a dešti během cesty do školy promokly a paní C. pak v takové situaci trávila ve škole den v promoklých botách a punčochách. Z tohoto důvodu byla často nemocná, trpěla zvláště angínami.

Paní C. měla v dětství velmi silný emoční vztah ke své babičce, se kterou trávila mnoho času a která ji vedla ke zbožnosti a učila ji se modlit.

Se svým manželem se paní C. seznámila během 2. světové války díky svým přátelům. Vdávala se po asi půlroční známosti, na svatbu s manželem prý spěchali proto, aby její muž nebyl odveden. Manžel paní C. pracoval jako učitel. Pár se zpočátku svého společného soužití kvůli povolání manžela paní C. často stěhoval. Klientka v tomto období negativně vnímala separaci od své původní rodiny. Po roce 1948 se manželé přestěhovali do Prahy. Paní C. musela začít pracovat, nejdřív



pracovala v dílnách, poté šila boty. Zvláště ve svém druhém zaměstnání prý vynikala pro svou šikovnost, pečlivost a rychlost práce.

Paní C. měla tři děti, jedno zemřelo brzy po narození, klientka toto téma nechce otevírat. V dospělosti ráda trávila čas se svými dětmi a také četbou. Pro paní C. byla traumatická smrt jejích rodičů.

V penzi paní C. ráda trávila čas na zahradě a v domě, který zdědila po rodičích. Ráda pěstovala květiny a chodila na procházky do lesa. V penzi také začala velmi silně prožívat svou spiritualitu.

Zdravotní stav paní C. se zhoršil po smrti jejího manžela. Pro časté pády a omezení hybnosti již nebylo možné, aby dál žila ve svém bytě, a byla tedy svými dětmi umístěna v domově Sue Ryder. Klientka trpí lehkou demencí. Nejčastěji spočívá klientka vsedě nebo v posteli a většinu svého dne tráví odříkáváním modliteb. Paní C. pravidelně navštěvuje ergoterapeutka, se kterou paní C. tráví čas nejraději modlitbami. Terapeutka také paní C. přináší růženec, se kterým se klientka modlí a zároveň na něm trénuje jemnou motoriku. Společná modlitba s ergoterapeutkou nebo s pečovatelkou je pro ni uklidňující. Paní C. příliš nekomunikuje a o aktivity obvykle nejvíce zájem, ačkoli z počátku svého pobytu v zařízení se některých aktivit účastnila pravidelně. Ráda ale poslouchá, když jí někdo čte. Paní C. někdy ráda poslouchá rádio, nebo mluvené knihy z audio přehrávače.

Paní C. velmi negativně reaguje na zimu, pokud je jí zima, silně to zhorší její náladu. Podle personálu domova je to kvůli cestám do školy, které v dětství musela podnikat za každého počasí a při nichž často promokla a musela poté být v mokřím oblečení celý den. Pro paní C. je velmi důležité, aby byla vždy teple oblečená, pokud možno i přikrytá dekou, to ji uklidňuje. Syn jí chce často brát na vycházky, paní C. to ale většinou odmítne ze strachu z chladného počasí. Paní C. působí uzavřeným, ale spokojeným dojmem, je obvykle velmi klidná.

Paní C. patří mezi klienty, kteří aktivizaci příliš nevyužívají. Je důležité toto rozhodnutí respektovat. Zdá se, že pro klientku je nyní příjemné trávit čas v klidu a nerušeně. Klientka ráda a často odříkává základní modlitby jako Otčenáš a Zdrávas Maria, uvítá, když se k ní při nich přidá pečovatelka, nebo ergoterapeutka, o jiný kontakt s okolím nejvíce zájem. Myslím, že je pravděpodobné, že v ní modlitby kromě pozitivního prožitku vlastní spirituality vyvolávají příjemné pocity z dětství spojené s láskou, péčí a bezpečím. I proto nejspíš klientka vítá, když při

modlitbách slyší hlas další osoby, může jí to evokovat příjemné vzpomínky na čas strávený s babičkou. Ergoterapeutka zvolila velmi příhodnou možnost tréninku jemné motoriky za pomoci růžence, což může klientce pomoci zachovat si schopnost sebeobsluhy a schopnost vykonávat některé každodenní činnosti ve vyšší míře, než by tomu bylo bez tréninku jemné motoriky. Je důležité respektovat klientčino přání být v teple a necítit zimu, aby se předešlo pocitu diskomfortu a s ním spojeného neklidu.

### **5.3 Zhodnocení**

Cílem mé práce je poukázat na možný přínos smyslové aktivizace pro klienty domovů pro seniory s demencí. V teoretické části popisuji, jak se může demence negativně projevit na způsobech prožívání a vnímání okolního světa. Senioři s demencí během své nemoci postupně ztrácejí soběstačnost, bývá narušena jejich jemná motorika i schopnost samostatného pohybu. Zhoršuje se jejich pozornost, což může být překážkou pro účast na některých typech aktivizačních činností. Mimo to bývá změněna schopnost těchto klientů orientovat se v čase, prostoru, situaci i okolních osobách. Tyto okolnosti mohou být překážkou pro jejich účast na běžných aktivizačních činnostech.

Lidské smysly jsou základním prostředkem vnímání okolního světa. Vzhledem k tomu, že u klientů může dojít v důsledku omezení hybnosti nebo snížené schopnosti orientace a k omezení možností své smysly zapojit, myslím, že smyslová aktivizace může být pro tyto klienty velkým přínosem. Na základě svých pozorování docházím k závěru, že stimulace smyslů u mnohých klientů vyvolává příjemné pocity spojené s dětstvím, mládím, dospělostí, či obdobími, kdy vedli klienti aktivní život a kdy byli plně soběstační, nebyli v každodenních činnostech nebo možnostech trávení volného času limitováni zdravotním stavem, nebo alespoň ne v takové míře, jako je tomu v současnosti. Cílená aktivizace smyslů může, zvláště pokud je při ní brána v potaz klientova biografie, vyvolat u klientů příjemné pocity, dobrou náladu, radostné vzpomínky, a tak zároveň pomáhá odvrátit či zmírnit depresivní stavy, pocity úzkosti, pocity zbytečnosti a smutek nad ztrátou soběstačnosti. Pokud navíc využijeme i Montessori metod, např. pro práci s prostředím klienta, můžeme tím klientovi zároveň zprostředkovat, jak si samostatně zvolit způsob trávení volného času podle své chuti a svých zájmů. K tomu je nezbytné předložit klientovi pestrou nabídku

činností, které by ho mohly zajímat. Tato metoda by podle mého názoru mohla u mnohých klientů pomoci odvrátit bloudění, neklid nebo agitovanost.

V praxi jsem měla možnost vidět jak klienty, kterým smyslová aktivizace výrazně pomohla v adaptaci na nové prostředí, nebo k uklidnění či zlepšení nálady, tak klienty, kteří ke smyslové aktivizaci zůstali neteční, nebo na ni nijak výrazně nereagovali. Domnívám se, že příčinou tohoto jevu je rozdílnost potřeb a individuální způsob prožívání u různých klientů.

Jako každá aktivizační metoda by i smyslová aktivizace měla být klientům předkládána jako možnost, kterou mohou přijmout, ale také odmítnout, a jejich volba by měla být respektována. Ukazuje se, že ke smyslové aktivizaci je třeba přistupovat s velkou opatrností a brát při jejím plánování a realizaci v úvahu jak klientovy příjemné zážitky a vzpomínky, tak ty nepříjemné. Co se týče podnětů, které mohou vyvolávat u klientů vzpomínky, měli bychom podle mého názoru být obezřetní a nepřipomínat klientům zážitky smutné nebo traumatizující, neboť bychom tím mohli docílit opačného efektu, než bylo našim cílem.

V praxi jsem měla možnost pozorovat, že k velké změně chování u klienta stačí i malý podnět, důležité je, aby jím byl klient stimulován pravidelně. Z toho usuzuji, že i malá změna nebo krátká, nenáročná, avšak pravidelná aktivita pozitivně ovlivňuje emoční naladění nebo chování klienta.

## **5.4 Srovnání Domova U Přehrady a Domova Sue Ryder**

### **5.4.1 Obecné srovnání**

Každý z porovnávaných vzorků reprezentuje jiný typ zařízení. Domov U Přehrady představuje službu zaměřenou na osoby s chronickým duševním onemocněním,<sup>88</sup> služby domova Sue Ryder jsou určeny osobám s chronickým onemocněním, osobám s tělesným postižením, osobám se zdravotním postižením a seniorům.<sup>89</sup> Spodní věková hranice pro přijetí klienta je také rozdílná. Domov

---

<sup>88</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION\\_ID=1525765291127\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION_ID=1525765291127_1).

<sup>89</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION\\_ID=1525765230138\\_8l](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION_ID=1525765230138_8l)

U Přehrady má spodní hranici pro přijetí klienta stanovenou na 55 let,<sup>90</sup> domov Sue Ryder pak na 65 let.<sup>91</sup>

Domov U Přehrady poskytuje své služby od srpna 2015, tedy tři roky, domov Sue Ryder poskytuje služby domova pro seniory více než 19 let.

Právní forma Domova U Přehrady je společnost s ručením omezeným, Sue Ryder je nestátní neziskovou organizací, čemuž odpovídá i jiný způsob financování pobytu klientů v těchto zařízeních. Pobyt klienta v Domově U Přehrady je hrazen z části z příspěvku na péči klientů, který ovšem klient doplácí do výše 4 400 Kč měsíčně, nedosahuje-li příspěvek na péči jemu náležející této výše, dále platí standardní poplatek za pobyt v domově ve výši 380 korun na den a dále příplatek za různé úrovně soukromí podle množství lůžek na pokoji, který klient využívá. Klient Domova Sue Ryder hradí poplatky za ubytování a stravu ve výši 380 korun na den, domovu náleží klientův příspěvek na péči, domov také přijímá individuální dary od klientů a jejich rodin, které však nejsou podmínkou přijetí nebo pobytu v domově.

Domov U Přehrady poskytuje registrované sociální služby Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.<sup>92</sup> Služba Domov se zvláštním režimem zohledňuje potřeby zvláštních podmínek klientů s demencí. Domov Sue Ryder poskytuje služby Domov pro seniory a Osobní asistence.<sup>93</sup>

Kapacita pobytové formy poskytování je v Domově U Přehrady 78 lůžek domova se zvláštním režimem a 32 lůžek domova pro seniory, celkem tedy 110 lůžek.<sup>94</sup> Domov Sue Ryder má pobytovou kapacitu 52 lůžek.<sup>95</sup> Z toho plyne, že počet klientů Domova U Přehrady je dvojnásobný oproti počtu klientů domova Sue Ryder.

---

<sup>90</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION\\_ID=1525765291127\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION_ID=1525765291127_1).

<sup>91</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION\\_ID=1525765230138\\_8](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION_ID=1525765230138_8).

<sup>92</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION\\_ID=1525765291127\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION_ID=1525765291127_1).

<sup>93</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION\\_ID=1525765230138\\_8](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION_ID=1525765230138_8).

<sup>94</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z:

## **5.4.2 Srovnání možností a způsobu aktivizací klientů v Domově U Přehradý a v domově Sue Ryder**

Aktivizaci v Domově U Přehradý zajišťují dvě aktivizační pracovníce. Na jednu aktivizační pracovníci tedy připadá v průměru 55 klientů. V domově Sue Ryder je aktivizace klientů zajišťována čtyřmi asistenty ergoterapie, individuálně pak v menší míře také pečovateli, v případě potřeby je klientům k dispozici také kaplanka. V průměru připadá na jednu asistentku ergoterapie v domově Sue Ryder 13 klientů domova.

V Domově U Přehradý je klientům k dispozici 6 pravidelných skupinových aktivizačních činností a v omezené míře odpovídající počtu aktivizačních pracovníků také individuální aktivizace. Domov Sue Ryder nabízí svým klientům 11 pravidelných aktivizačních činností a jednorázové aktivity. Velký důraz je v domově Sue Ryder kladen na pravidelnou individuální aktivizaci klientů.

Aktivizačních programů se v Domově U Přehradý účastní spíše početnější skupiny klientů čítající obvykle od 15 do 20 osob. To je poměrně vysoký počet, při kterém může být pro aktivizační pracovníky náročné přistupovat ke klientům ve skupině individuálně. V domově Sue Ryder se aktivit účastní obvykle pět a více osob podle charakteru aktivity a nároků, které aktivita klade na individuální práci s klientem, např. aktivity trénování paměti se obvykle účastní nízké počty klientů, neboť je důležité se při tomto druhu aktivizace soustředit na individuální přístup ke klientům, aktivity Literární odpoledne se poté účastní i 15 a více klientů, neboť tato aktivita obvykle spočívá v předčítání a není při ní nutné věnovat se každému klientovi zvlášť.

## **5.4.3 Shrnutí srovnání Domova U Přehradý a Domova Sue Ryder**

Domov U Přehradý má s počtem 52 míst o více než polovinu nižší lůžkovou kapacitu, než Domov U Přehradý, jehož lůžková kapacita čítá 110 míst. Domov Sue Ryder má také dvojnásobný počet zaměstnanců zajišťujících aktivizaci klientů, než Domov U Přehradý. S tímto stavem souvisí také počet pravidelných skupinových

---

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION\\_ID=1525765291127\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=61b4b15e7c0c8c71fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION_ID=1525765291127_1).

<sup>95</sup> Výpis z Registru poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online].

Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z:

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis\\_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION\\_ID=1525765230138\\_8](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=889311768651ba27&SUBSESSION_ID=1525765230138_8).

aktivit, který je v Domově U Přehradý téměř o polovinu nižší, než v domově Sue Ryder. V domově Sue Ryder je také věnováno více prostoru individuální aktivizaci klientů, než v Domově U Přehradý. V Domově U Přehradý jsou klienti o možnosti účasti na aktivizačním programu informováni jiným způsobem, než je tomu v domově Sue Ryder, aktivizace je nabídnuta většímu počtu klientů a účastní se jí klienti s různou mírou zachování schopnosti orientace, koncentrace a komunikace.

Z tohoto srovnání vyplývá, že domov Sue Ryder nabízí svým klientům širší paletu aktivizačních činností, více individuálních aktivit a vyšší míru individuálního přístupu při skupinových aktivizačních činnostech, než je tomu v Domově U Přehradý. To je zapříčiněno vyššími stavy pracovníků zajišťujících aktivizaci a nižším počtem klientů v domově Sue Ryder. Na jednoho asistenta ergoterapie v Domově Sue Ryder připadá 13 klientů, zatímco v Domově U Přehradý připadá na jednoho aktivizačního pracovníka 55 klientů. Při takovém počtu klientů jsou na aktivizační pracovnice Domova U Přehradý kladeny vysoké nároky na schopnost individuálního přístupu ke klientům.

Vyšší počet klientů připadajících na nižší počet pracovníků v Domově U Přehradý vede k tomu, že je třeba vytvářet větší skupiny pro aktivizaci. Při vytváření větších skupin je pak těžké vyhnout se přítomnosti klientů s různými úrovněmi zachování schopností, orientace, komunikace, atd. v jedné skupině. V domově Sue Ryder, kde je méně klientů, více asistentů ergoterapie a větší výběr aktivizačních programů je možné vytvářet malé skupiny klientů na podobné úrovni, neboť je zde více možností a příležitostí pro aktivizaci. Pokud by pracovníci v Domově U Přehradý pracovali s menšími skupinami klientů, mohla by sice být aktivizace efektivnější, zároveň by ale byla uživatelům služby k dispozici méně často a je otázkou, zda by bylo možné, aby k aktivizaci klientů docházelo pravidelně.

Srovnání Domova U Přehradý s domovem Sue Ryder je přehledně uvedeno v tabulce v Příloze 1 na konci této práce.

## Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala možnostmi aktivizace klientů s demencí v domovech pro seniory se zvláštním důrazem na aktivizaci smyslovou.

V šesti kapitolách jsem se věnovala postupně stáří z hlediska jeho definice, jeho vlivu na kvalitu života, psychickými a fyzickými změnami, které stáří doprovázejí, životem v pobytových zařízeních pro seniory, prostor jsem věnovala i demografickému vývoji a ageismu. Přibližuji zde také pojem demence, její nejčastější projevy, příčiny a druhy, věnuji se též jejím diagnostickým metodám. Prostor je v práci věnován i současnému systému sociálních služeb pro seniory v České republice. Část práce je věnována aktivizaci klientů v domovech pro seniory se zvláštním ohledem na klienty s demencí. Popisuji nejčastější druhy aktivizace, se kterými se v domovech pro seniory můžeme setkat, dále se pak věnuji smyslové aktivizaci a použití Montessori metod při práci s klienty s demencí a jejich významu pro zvyšování kvality života klientů s demencí a pro práci s projevy demence u těchto klientů. V závěrečné části své práce uvádím své zkušenosti s aktivizací klientů s demencí v Domově pro seniory U Přehrady v Jablonci nad Nisou a v Domově Sue Ryder v Praze, popisuji tato dvě zařízení a způsoby, jakými v je v nich aktivizace klientů realizována. Prostor zde věnuji také konkrétním příkladům z praxe a srovnání výše uvedených domovů pro seniory z hlediska realizace aktivizačních programů.

Mým cílem bylo popsat v této práci kromě běžných metod aktivizace také smyslovou aktivizaci a zapojení Montessori metod do práce s klienty s demencí a na základě teoretických poznatků i příkladů z praxe podtrhnout význam těchto metod pro zvýšení úrovně kvality života klientů s demencí v domovech pro seniory.

## Seznam literatury

- CAMP, Cameron J. a Michael J. SKRAJNER. Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): Training Persons with Dementia to Serve as Group Activity Leaders. *The Gerontologist*. The Gerontological Society of America, 2004, **44**(3), 426 - 431.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002.
- HORECKÝ, J. Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování. *Fórum sociální politiky*. 2009. cit podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807367-581-3.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008.
- KELLY, Anne. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 2017, **28**(5), s. 30-31.



- KRÁLOVÁ, Jarmila a RÁŽOVÁ, Eva. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Ostrava: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MŮHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.
- SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VAN DER PLOEG, Eva S. a Daniel W. O'CONNOR. Evaluation of personalised, one-to-one interaction using Montessori-type activities as a treatment of challenging behaviours in people with dementia: the study protocol of a crossover trial. *BMC Geriatrics*. The Gerontological Society of America, 2010, 10(3), 2 - 7.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.
- VOJTOVÁ, Hana. Koncept smyslové aktivizace. *Florence*. 2015, 26(11), s. 10-12.
- WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.
- ZELINKOVÁ, Olga. *Pomoz mi, abych to dokázal: pedagogika Marie Montessoriové a její metody dnes*. Praha: Portál, 1997. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 80-7178-071-5.
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. *Psyché* (Grada). ISBN 80-247-0183-9.
- ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-494-2.
- ZÁKON 108/2006 Sb., o sociálních službách, §109.

## Seznam internetových zdrojů

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE [online]. Praha: ČAA, 2018 [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ [online]. Praha: Česká Asociace Ergoterapeutů, 2018 [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

ČESKÁ ASOCIACE TANEČNÍ A POHYBOVÉ TERAPIE [online]. Praha: Asociace tanečně pohybové terapie ČR, 2018 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <http://www.arttherapies.cz/ceska-asociace-tanecni-a-pohybove-terapie.html>

ČESKÁ A SLOVENSKÁ NEUROLOGIE A NEUROCHIRURGIE - PROLÉKAŘE.CZ [online]. Praha: Meditorial, 2018 [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/huntingtonova-nemoc-33804?confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/huntingtonova-nemoc-33804?confirm_rules=1)

ČESKÝ STATICKÝ ÚŘAD [online]. Praha: ČSÚ, 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/>.

KOL. AUTORŮ. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002 [online]. Fond dalšího vzdělávání, 2015. [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatelu>.

KOL. AUTORŮ. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin*. Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002 [online]. Fond dalšího vzdělávání, 2015. [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatelu>.

MPSV.CZ: *Transformace sociálních služeb*. MPSV.CZ: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>

SUE RYDER [online]. Praha: Domov Sue Ryder, z. ú., 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/>.

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB [online]. Praha: MPSV ČR, 2018 [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>.

U PŘEHRADY - DOMOV PRO SENIORY [online]. Jablonec nad Nisou: JabloDSJ, 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <http://domovuprehrady.cz/>.

**Příloha 1:** přehled srovnání Domova U Přehradý a domova Sue Ryder

	<b>Domov Sue Ryder</b>	<b>Domov U Přehradý</b>
Právní forma:	nestátní nezisková organizace	společnost s ručením omezeným
Poskytované služby:	Domov pro seniory Osobní asistence	Domov pro seniory Domov se zvláštním režimem
Služby poskytována od:	1.1.1999	1.8.2015
Pro koho je služba určena:	osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením, senioři	osoby s chronickým duševním onemocněním
Kapacita pobytové formy poskytování:	52 lůžek	78 lůžek domova se zvláštním režimem, 32 lůžek domova pro seniory, celkem 110 lůžek
Věková kategorie klientů:	65 let a více	55 let a více
Počet zaměstnanců zajišťujících aktivizaci v domově:	4	2
Kdo zprostředkovává klientům aktivizaci:	Asistenti ergoterapie, v menší míře pečovatelé svým klíčovým klientům, k dispozici je klientům také kaplanka a psycholožka	Aktivizační pracovnice
Skupinové aktivity:	11 (Kavárna, Kreativní dílna, Literární odpoledne, Smyslová a taneční stimulace,	6 (Cvičení, Reminiscence, Trénování paměti, Výtvarná dílnička, Muzikoterapie, Vaření) +

	Trénování paměti, Reminiscence, Tvořivé vzpomínání, Muzikoterapie, Zpívání) + jednorázové skupinové aktivity	jednorázové skupinové aktivity
Individuální aktivity s klienty:	ano	ano
Počet klientů připadajících na jednoho pracovníka aktivizace:	13	55

## **Abstrakt**

Předkládaná bakalářská práce se věnuje aktivizaci klientů s demencí v domovech pro seniory. Definuje stáří, kvalitu života seniorů, psychické a fyzické změny se stářím spojené, život seniorů v pobytových zařízeních, nastiňuje demografický vývoj a pojem ageismus. Dalším tématem práce je pak vysvětlení pojmu demence, popis jejích nejobvyklejších příznaků, druhů a nejčastějších příčin i stručný výčet nejčastějších diagnostických metod demence. Dále je zde část věnovaná současnému systému sociální péče o seniory v ČR. Popsány jsou nejčastější metody aktivizace klientů se zvláštním důrazem na klienty s demencí a je zde věnován prostor smyslové aktivizaci a Montessori metodě v užití při práci s klienty s demencí. Závěrečná část této práce je věnována autorčiným zkušenostem z praxe ve dvou pobytových zařízeních pro seniory, doplněným praktickými příklady na třech kazuistikách a srovnání dvou domovů pro seniory z hlediska realizace aktivizačních programů. Cílem práce je vyzdvihnout možný přínos smyslové aktivizace pro zvýšení kvality života seniorů s demencí v pobytových zařízeních a poukázat na individuální způsoby prožívání a rozdílnost potřeb různých klientů.

## **Abstract**

The presented Bachelor's Thesis deals with the issue of activation of clients with dementia in retirement homes. It searches for the definition of the terms "senior" and "old age", traces the psychologic and physical changes associated with old age, explores the life of seniors in long-stay institutions, sketches out the recent demographic trends in the Czech Republic and addresses the term "ageism". The thesis then turns to the explanation of the term "dementia" along with its most frequent symptoms, types and causes including the commonly used methods of its diagnosis. The thesis includes a chapter dealing with the current social system of care for seniors in the Czech Republic, describing the most frequently used methods of activation with a special accent on clients with dementia, activating therapy and Montessori method. The last chapter of this work consists of author's personal experience with work in two long-stay institutions with three casual studies added as practical examples and illustrations of the issue and comparison of two elderly houses and its' activation therapies. The aim of the thesis is to highlight and discuss the

potential benefit of activation therapy for increasing the quality of life of seniors with dementia in long-stay institutions and consider the particularities in perception and diversity of needs of various individuals.