

**UNIVERZITA KARLOVA  
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Život klientů Domova se zvláštním režimem a jejich  
aktivizace**

**Client's life at Special Needs Nursing Home and their  
activation**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Válková

Autor:

Bc. Kristýna Kolářová

Praha 2021

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Monice Válkové za vedení mé diplomové práce, za vstřícnost a trpělivost při konzultacích a za rady při řešení. Dále bych chtěla poděkovat Neli Zaworové za odborné poradenství při tvorbě diplomové práce, v neposlední řadě také příteli Radkovi.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem: „Život klientů Domova se zvláštním režimem a jejich aktivizace“ vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Moniky Válkové s použitím literatury uvedené na konci mé diplomové práce v seznamu použité literatury.

V Praze dne 13.7.2021



Kristýna Kolářová

## Anotační list

Jméno autora: Kristýna Kolářová  
Název DP: Život klientů Domova se zvláštním režimem a jejich aktivizace  
Anglický název: Client's life at Special Needs Nursing Home and their activation  
Rok: 2021  
Studijní program: Sociální a charitativní práce (N0923A240001)  
Obor Studia: SACH N (0923TA240001)  
Vedoucí práce: PhDr. Monika Válková

### Bibliografické údaje

počet stran: 72  
number of pages: 72  
počet obrázků: 14  
number of illustrations: 14  
počet tabulek: 1  
number of tables: 1  
počet příloh: 0  
number of attachments: 0

**Klíčová slova:** Domov se zvláštním režimem, klienti domova se zvláštním režimem, terapeutické možnosti, stáří, geriatrická křehkost, sociální služby, individuální plánování, multidisciplinární tým, aktivizace

**Keywords:** Special needs nursing home, clients of special needs nursing home, therapeutic possibilities, old age, geriatric fragility, social services, individual planning, multidisciplinary team, activation

### **Anotace**

V diplomové práci se zabývám životem klientů v domově se zvláštním režimem Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15. Zkoumám, jak na klienty působí aktivizační programy, které ve spolupráci s dalšími kolegy připravuji, a pak klienty podle daného programu aktivizujeme. Cílem práce je rešerše vhodných terapeutických a aktivizačních přístupů pro klienty a vyhodnocení stávajících aktivizačních programů formou průzkumu. Ze získaných údajů a informací následně vyhodnocuji vhodnost a účinky programů, které klienti absolvují. Výsledky budou použity k tomu, abychom mohli zlepšit péči o ně a nabídnout jim zajímavější či přesněji zacílené aktivizace, které by jim zvýšily kvalitu života a mohly přispět i k vyšší spokojenosti personálu domova se zvláštním režimem.

### **Anotation**

In my diploma thesis I deal with the life of clients in a special needs nursing home Center for Social and Nursing Assistance Prague 15. I examine how activation programs affect clients, which I prepare in cooperation with other colleagues, and then activate clients according to the program. The aim of the work is to search for suitable therapeutic and activation approaches for clients and to evaluate existing activation programs in the form of a survey. From the obtained data and information, I then evaluate the suitability and effects of the programs that clients complete. The results will be used so that we can improve their care and offer them more interesting or more targeted activations, which would increase their quality of life and could also contribute to greater satisfaction of the staff of special needs nursing home.

---

**Seznam zkratk a symbolů**

Zkratka	Jednotky	Poznámka
PnP	-	Příspěvek na péči
SV	-	Syndrom vyhoření
CSOP	-	Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci

## Obsah

1. Dnešní pojetí stáří .....	1
1.1 Adaptace a příprava na stáří .....	3
1.2 Geriatrická křehkost .....	4
1.2.1 Psychická křehkost.....	4
1.2.2 Fyzická křehkost.....	5
2. Specifikace Domova se zvláštním režimem.....	6
2.1 Zařazení do systému sociálních služeb .....	7
2.2 Zákon o sociálních službách.....	7
2.2.1 Zákonné nároky na sociální pomoc .....	8
2.2.2 Žádost – Příspěvek na péči .....	8
3. Síť sociálních služeb pro seniory .....	9
3.1 Terénní sociální služby pro seniory .....	10
3.2 Ambulantní sociální služby pro seniory.....	11
3.3 Pobytové sociální služby pro seniory .....	11
4. Domov se zvláštním režimem CSOP Praha 15 .....	13
4.1 Specifikace klientů.....	14
4.2 Nejčastější diagnózy klientů .....	14
4.2.1 Demence.....	14
4.2.2 Alzheimerova choroba.....	15
4.2.3 ICHS .....	17
4.2.4 Diabetes .....	18
4.2.5 Deprese.....	19
4.3 Potřeby klientů.....	21
4.3.1 Každodenní péče o klienty – chod zařízení .....	21
4.4 Denní režim klientů.....	23
4.5 Specifikace ošetřování seniorů.....	23
4.6 Individuální plánování.....	25

---

4.7 Multidisciplinární tým .....	25
5. Role aktivizačního pracovníka v kontextu DZR.....	27
5.1 Vedení programu.....	27
5.2 Zásady pracovníků .....	28
5.3 Zásady při vytváření programu .....	28
5.4 Syndrom pomáhajícího pracovníka .....	29
5.5 Syndrom vyhoření .....	30
6. Volnočasová aktivizace klientů .....	31
6.1 Aktivizace jako nástroj.....	31
6.2 Vymezení aktivizace.....	32
6.3 Smysl aktivizace.....	33
6.4 Návaznost na podněty z aktivizace.....	33
7. Terapeutické možnosti .....	35
7.1 Ergoterapie.....	35
7.2 Muzikoterapie .....	36
7.3 Pohybové aktivity a taneční terapie .....	37
7.4 Arteterapie.....	38
7.5 Dramaterapie .....	39
7.6 Zooterapie .....	41
7.7 Trénink paměti.....	42
7.7.1 Konkrétní trénink .....	42
7.8 Montessori pro seniory .....	44
7.8.1 Montessori využívaná v sociálních zařízeních .....	46
7.9 Motogeragogika.....	46
8. Praktická část.....	48
8.1 Průzkumné otázky.....	48
8.2 Kazuistiky .....	48
8.2.1 Kazuistika paní K., věk: 62 let.....	49
8.2.2 Kazuistika paní N., věk: 91 let .....	50



8.2.3 Kazuistika paní I., věk: 89 let .....	51
8.2.4 Kazuistika paní Č., věk: 83 let .....	52
8.2.5 Vyhodnocení jednotlivých otázek.....	53
9. Ukázka konkrétní aktivizace .....	54
<u>Závěr</u> .....	58
Seznam použité literatury .....	59
Seznam obrázků .....	61
Seznam tabulek .....	62

## Úvod

Vzhledem k aktuální Covidové situaci jsem kvůli karanténě, která se vztahuje i na domovy se zvláštním režimem, nucena čerpat potřebné informace jen z jednoho pracoviště. Konkrétně čerpám zkušenosti z Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Prahy 15. Kromě jiných služeb, které centrum nabízí, je i součástí tohoto centra provozování domova se zvláštním režimem.

V dnešní době senioři tráví v domovech se zvláštním režimem většinu svého času, a proto je důležité tento volný čas využít k jejich aktivizaci, která seniorovi pomáhá v mnoha ohledech. Jeden z těch nejdůležitějších je zachování co nejvyšší míry soběstačnosti, dále pak podpora jejich psychické a fyzické aktivity, podpora sociálního vnímání a jejich činností, které je důležité ve snaze o zachování jejich mentálního a fyzického zdraví a snaze o udržení důstojného stárnutí.

Jelikož míra porodnosti klesá a bude-li se dále zmenšovat průměrný počet dětí, které žena v průměru porodí, může se tak i snížit počet celkové populace. Počet seniorů tím pádem v celosvětové populaci roste, jen u nás je předpoklad, že do roku 2050 zde bude 30% obyvatel v důchodovém věku. Počet lidí starších 80 let bude stoupat ze 141 milionů (rok 2017) na 866 milionů (rok 2100).

Stárnutí se tak nutně stává trendem, který se musí řešit čím dál tím víc. V porovnání s minulostí je dnes více lidí, kteří se dožívají vyššího věku, a to jak díky kvalitnější a dostupnější zdravotní péči, tak i díky společnosti, která starší občany přijímá více za své a snaží se jim zvýšit kvalitu života.

Jak tedy pomoci starším lidem, aby měli důstojné stáří a udrželi si co nejvyšší kvalitu života? Musíme se na staršího občana podívat skrze jeho život, co prožívá, a jaké jsou jeho přání a potřeby. Je potřeba vnímat tuto osobu jako jedinečnou bio-psycho-sociální jednotku, a tím mu lépe porozumět.

## 1. Dnešní pojetí stáří

Pojem stáří se dá chápat ve dvou rovinách:

1. čas, který uplynul od vzniku, zrodu objektu, v němž není automaticky zahrnuto hodnocení.
2. závěrečná etapa života, u člověka často chápaná jako doba od skončení ekonomické aktivity do smrti, nazývaná též třetím věkem.

*„Stáří nelze spolehlivě definovat biologickým věkem, protože interindividuální rozdíly fyzického a psychického stavu stejně starých lidí jsou značné. Stáří lze charakterizovat jako období, kdy u lidí probíhají (různou rychlostí) postupné změny na úrovni molekulární až orgánové, v důsledku čehož ubývá schopností realizovat jednotlivé funkce organismu. Ve stáří se zmenšuje schopnost adaptace, adaptační mechanismy se mění i kvalita, ubývá rezervy fyzických a duševních sil.“ [5]*

V současnosti je péče o starší občany spojená s řadou změn. Péče je spojena s prolínáním různých problematik, kdy těmi hlavními jsou problematiky sociální a zdravotní. Dá se tedy říci, že péče o seniory je mezirezortní.

S přibývajícím věkem se nám všem zhoršuje zdraví, a člověk je stále více a více nucen přijmout fakt, že s přibývajícím věkem naše tkáň a buňky stárnou. Avšak tělo i mysl obnovuje své schopnosti, stejně jako když se člověk uzdraví z nemoci. Čím více budeme trénovat své tělo a mysl, tím spíše budeme v pozdním věku fungovat lépe a zdravěji.

Proces stárnutí je proces, který nemůžeme zpomalit. Týká se každého z nás, stejným způsobem, který začíná početím a končí smrtí. Nelze však definovat přesné hranice, kterými bychom stáří vymezili. Tento proces je doprovázen poklesem výkonu určitých funkcí. Často se rozvíjí chronické onemocnění, vitalita se pomalu vytrácí, stejně jako se snižují kognitivní výkony i soběstačnost člověka.

Stáří se dá pojmut i jako řada degenerativních změn, které ovlivňují tělo i duši, popřípadě se můžeme podívat na stáří z historického pohledu, ve kterém je vidět vliv kultury a hospodářské/filozofické úrovně společnosti na vývoj prožití stáří.

*„Lidé si vždycky přáli žít dlouho a dožít se vysokého věku. Tomuto přání je třeba porozumět. Historicky se totiž jen velmi málo osob dožilo vlastního stáří. Být starý a dožít se vysokého věku bylo vysoce nepravděpodobné. Příčinou byly různé důvody jako např. vysoká kojenecká úmrtnost, infekční choroby, mnohé úrazy, nemoci, hygienické podmínky, chudoba atd. Jen 2-4% populace se dožila vyššího věku. Lidé si přáli žít dlouho, protože si vždy přejí to, čeho je nedostatek. Po dobu několika staletí bylo vyzrálé*

*stáří vzácné, a proto žádoucí. Kdysi, např. v asijské kultuře prestiž starých lidí, zvláště žen stoupala, protože stáří se dožívali jenom někteří, schopnější, silnější, zdravější. Ti potom předávali poznatky, báje, mýty, vědomosti o hospodaření, jak léčit lidi nebo dobytek, jak zažehnat nemoci, co dělat když přijdou záplavy nebo sucha. Starý muž byl považován za mudrce, patriarchu, stará žena za vědmu. Každopádně starých lidí bylo tak málo, že byli vzácností. Úcta ke starým občanům však ani v minulosti nebyla pravidlem. Pojetí a sebepojetí stáří bylo ve skutečnosti daleko více problematické a nezdá se, že staří lidé museli o úctu ostatních „rvát“ např. ve středověku pohlíželi na stáří negativně a panoval strach ze stáří a stárnutí. Bádání o stáří a úvahy o něm byly vytlačeny na okraj zájmu společnosti.“ [6]*

V dnešní době jsme vývojem civilizace dospěli do bodu, kdy již stáří neznamena nutně úpadek psychických a fyzických sil spojených se závislostí na okolí. Mnoho dnešních seniorů si snaží zajistit dobrou kvalitu života a prožít tzv. aktivní stáří. Aktivní stáří znamená snahu o kvalitní závěrečnou etapu života a mezi hlavní ovlivňující faktory patří:

- involuce
- stimulace
- koníčky

Involuce je proces časové degenerace vnitřních orgánů a úbytek fyzických a duševních sil. V případě, že člověk během svého života prodělal závažné onemocnění nebo úraz, který výrazně omezil funkci některého orgánu, tak involuce snižuje tuto již sníženou funkčnost a vede ke zvýšené zátěži organismu, který se musí s touto sníženou funkčností vyrovnat. Například snížená efektivní kapacita plic vede ke zvýšení klidové tepové frekvence, čímž se tělo snaží zajistit dostatek kyslíku pro buňky s méně okysličenou krví, než bylo dosud zvyklé. Zhoršená kvalita chrupu vede k potížím s příjmem potravy, kdy člověka bolí sníst některé potraviny a tělu se tak nedostávají některé prvky či vitamíny, které tělo potřebuje.

Stimulace je proces vyvolání určitých reakcí či procesů v těle. Vhodnými podněty se zásadně zvýší kvalita života, kdy jedno pravidelné posezení s přáteli udržuje člověka aktivního ve společenských a komunikačních dovednostech. Co člověk nepoužívá, tak postupně zapomíná, přestává si být v této schopnosti jistý a celkově to zhoršuje jeho projev. Stačí si vzít příklad ze znalosti cizího jazyka. Dokud člověk aktivně cizí jazyk používá, tak si udržuje slovní zásobu, pamatuje si gramatická pravidla a může jeho prostřednictvím komunikovat s ostatními nebo i pracovat. Pokud jej však přestane

využívat, tak je již v pokročilém věku těžké se opět dostat do formy a vplout do plynulého používání cizí řeči.

Koníčky neboli naše zájmy jsou činnosti, které děláme, protože nás baví, přinášejí nám radost a setkáváme se při nich s lidmi s podobnými zájmy. Koníčky nám dokážou zvednout náladu, zapomeneme při nich na starosti, bolesti a křivdy a jsou důležitým prostředkem duševní hygieny. Člověk, který si udrží své koníčky až do stáří a je ochotný kvůli nim přetrpět i nějakou tu bolest či nepohodlí, je odměněn aktivnějším a naplněnějším životem.

### 1.1 Adaptace a příprava na stáří

Je spousta faktorů, které ovlivňují adaptaci na stáří. Mezi hlavní faktory patří osobnost seniora, jeho zkušenosti, jeho aktivita během života, zdravotní stav, kultura atd. Je to určitá změna, kterou si projde každý z nás. Tuto změnu je zapotřebí vnímat jako reálný fakt či jako něco, co se nedá změnit.

Adaptace nás ovlivní. Ovlivní naše zájmy, způsoby života, zvyky, vztahy s okolními lidmi. Člověk, který dříve hrával závodně házenou a vzhledem ke zdravotnímu stavu se jí již nemůže jako hráč věnovat, přejde na post trenéra nebo fanouška. Změní se mu denní režim, okruh lidí, se kterými tráví svůj čas. Sice jej stále tráví se svými bývalými spoluhráči, ale na pozápasové oslavě sedí s asistenty trenéra, maséry, servisními pracovníky a s nimi zápas analyzují nebo jen si jen volně povídají. Adaptuje se na změnu kolektivu, změnu témat, změnu režimu a místo probírání sexuálních zážitků, večírkových příhod a víkendových plánů se jeho hlavními tématy stanou děti, manželka, hypotéka a třeba i politika.

Existují různé způsoby, jak se senior může se změnou vyrovnat. Tyto způsoby se často prolínají, a způsoby zvládání těchto změn jsou velmi individuální.

- 1) Jeden ze způsobů se nazývá konstruktivní. Tyto lidé mají pozitivní přístup k životu a jsou schopni realizovat své zájmy, jsou se stářím smířeni, a obecně se zajímají o život kolem nich.
- 2) Dalším způsobem je nepřátelský postoj. Tato skupina lidí je často nespokojena se svým dosavadním životem, jsou schopni svalovat vinu na druhé, a chovat se k lidem nepřátelsky.

Způsobů je vícero, ještě bych ale ráda zmínila obranný postoj.

Tento postoj se objevuje u lidí, kteří byli ve svém životě velmi aktivní. Často pracovali na vedoucích pozicích, a budovali si kariéru. Nyní ale nechtějí přijmout realitu. Nechtějí, aby se o ně někdo staral. Byli zvyklí zvládnout vše svými silami a představa, že

budou na někoho odkázáni, je pro ně nepřijatelná. Buď z důvodu hrdosti, které se nechtějí vzdát, nebo nemožnosti přijmout podřízenou či závislou roli.

## 1.2 Geriatrická křehkost

*„Geriatrickou křehkost můžeme chápat jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s kumulací funkčně závažných deficitů a změn zvláště mentálních (apatie), pohybových (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a nutričních (anorexie, hubnutí). Obecně je křehkost vnímána jako „kontinuum zdravotního a funkčního stavu, které je opakem vitality.“ [7]*

Změny, které s sebou stáří přináší, jsou opravdu velice individuální. Nástupy změn, ať už to jsou změny psychické nebo fyzické, jsou časově různorodé.

### 1.2.1 Psychická křehkost

Stárnutí doprovází i změny v psychice. Kvalita psychiky je výrazně ovlivněná osobností daného jedince. Postupně dochází k změnám, které se týkají kognice. Přesněji řečeno se jedná o orientaci, myšlení, pozornost, komunikaci, paměť, představy a vnímání. Naopak slovní zásoba nezůstává pozměněná, stejně jako intelekt, jazykové dovednosti. Kupodivu se určité psychické pochody zlepšují. Patří mezi ně například trpělivost, vytrvalost, nebo rozvaha. S psychickou křehkostí se týká i změnám v hierarchii potřeb. Nad ostatními potřebami nyní převažují například potřeba bezpečí, nebo zájem o své zdraví, z důvodu zvýšené emoční citlivosti. Senioři si také zvykli na své stereotypy, které opravdu neradi mění.

Ráda bych to uvedla na příkladu seniorky M. v mém okolí, která již ve svých osmdesáti dvou letech snáší velmi těžko každou změnu a i přes vysvětlování a vlídný přístup odporuje a nechce připustit možnost změny zažitého pořádku. Žehlení, které již pět let za paní M. provádím, musím zásadně dělat jenom já. Pokud by se pokusila vyžehlit jiná osoba v okolí, tak se paní M. rozklepe, začne mít problémy s vyjadřováním a je zmatená až do konce dne. Dalším příkladem je sbírka starožitného porcelánu, který má své místo, a při utírání prachu je nutné jej vrátit přesně na původní místo a v původní poloze. Pokud by tomu tak nebylo, tak paní M. o vrácení do původního stavu bude mluvit (třeba i celé týdny), dokud to někdo nepředělá. Taktéž narození své pravnučky zvládala s obtížemi, kdy se pravidelně vyjadřovala, že to těhotenství psychicky nezvládá, protože její vnučka se jí mění před očima.

Paní M. je již v situaci, ve které nepřipustí žádné změny. Tento stav je obtížné změnit, a výhled do budoucna je neradostný. Komunikace s ní a péče o ní je čím dál tím těžší a bere to spoustu fyzických a duševních sil.

### 1.2.2 Fyzická křehkost

Frailty (geriatrická křehkost) je označení pro zranitelnost a rizikovost seniora. Křehkost se jeví jako únava při zvládnání denních činností, apatie, chronická bolest. Příčiny souvisí s involucí, senioři jsou ohroženi opakovanými dekompenzacemi stavu, disabilitou a typickými geriatrickými komplikacemi.

Fyzická křehkost má mnoho příčin. Je jimi například narušená pohyblivost, snížená imunita, snížená svalová síla, nebo narušená tělesná rovnováha.

Je také nevyhnutelně spojena se stářím. Je to určitý stav, kdy je tělo náchylné k nemocem, ale díky stáří je i nucen omezit různé aktivity. Jako příklad bych uvedla typickou situaci, kdy senior doma upadne a zlomí si nohu v krčku. I když byl senior doteď soběstačný, nyní je odkázán na pomoc druhých. Je možnost, že se po zlomenině zotaví, a může fungovat tak, jak fungoval do doby, než upadl. Mnohem pravděpodobnější a častější je ale situace, že od této doby (obzvláště když je senior staršího věku), není schopen péče o vlastní osobu, a musí se o něj starat rodina, nebo pečovatelská služba.

Tyto zranění a zdravotní obtíže se tělo snaží odstranit (proces regenerace), ale ve stáří již nemá tělo dostatek zdrojů energie a vitamínů, a tak přichází na řadu pomoc z vnějšku ve formě medikamentů, doplňků stravy, zdravotního cvičení. Člověk má tedy k dispozici tři možnosti, jak svůj zdravotní stav zlepšit. Mezi první patří farmaceutické přípravky, které mohou odstranit například vysoký tlak, bolesti kloubů, nebo zlepšit chemické procesy v těle. Pokud je potřeba většího zásahu, přichází na řadu medicína formou chirurgického zákroku popřípadě terapie nebo transplantace, kdy můžeme nefungující nebo špatně fungující část lidského těla nahradit správně fungující protetickou náhradou, nebo organickým materiálem od dárce. Jako doplňkový způsob zlepšení stavu používáme vhodnou výživu (nutrici), kterou se snažíme tělu dodat potřebné látky a zajistit vhodný příjem kalorií, kterým snižujeme hlavní riziko závažných onemocnění v stáří – obezitu.

Opět bych zde uvedla příklad paní R., která má problémy se stabilitou, a již není tak silná, aby se po pádu sama zvedla na nohy. Činnost, kterou sama zvládala po celý život, kvůli ubývajícím silám nezvládá a bohužel dochází i k situaci, kdy spadne v noci cestou na záchod a musí si přivolat pomoc.

Dalším příkladem je paní T., která až do svých devadesáti let byla velmi vitální a samostatná, ale bohužel si v zimě zlomila nohu v krčku a nemožnost pohybu a sedavý program vedly k rychlé ztrátě životní síly a brzkému úmrtí. Zlomený krček se vlastně stal pro ni smrtelným úrazem, který ji znemožnil žít a udržovat tělo v pohybu, a vedl k prudkému zhoršení zdravotního stavu s fatálním následkem. (převzato z [2])

Jakmile člověk přestane žít aktivně a změní své zažité a rituály a postupy, tak je to pro tělo zátěž, kterou v pokročilejším věku již nemusí dobře snést. Samozřejmě existují i výjimky, ale zkuste svým prarodičům či rodičům navrhnout změnu nábytku, oblečení či jenom jinak seřadit fotky a artefakty z dovolených. Síla odmítavé reakce vás překvapí.

## 2. Specifikace Domova se zvláštním režimem

Domovem se zvláštním režimem je pobytové zařízení, které funguje celoročně. Toto zařízení je určeno konkrétním lidem, kteří potřebují pomoc a péči, hlavně kvůli poklesu soběstačnosti, z důvodu onemocnění nebo postižení. Domov je velice flexibilní. Je určen k tomu, aby co nejvíce pomáhal svým klientům. Domov funguje v tzv. režimu 24/7, tedy že funguje 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Potřeby klientů domova jsou velice individuální. Ty se zrcadlí v konkrétní péči a odpovídají nabízené pomoci.

Stejně jako v jiných službách sociální pomoci je i zde v domově se zvláštním režimem důležité individuální plánování a plán péče každého uživatele domova.

Tento individuální plán je vytvářen klíčovým pracovníkem, a vychází z potřeb a přání uživatele, jde tedy o poskytování cílené a individuální podpory. Průběžné změny je pracovník povinen do plánu zaznamenat, když si uživatel přeje potřeby a své přání změnit. Individuální plán péče se minimálně dvakrát do roka aktualizuje.

Plán péče je též vytvářen klíčovým pracovníkem, a určuje rozsah a způsob podpory v oblastech činností, které dané zařízení poskytuje.

V domově se zvláštním režimem se u uživatelů už v důsledku stárnutí kumulují involuční změny. Začínají se projevovat zdravotní problémy (zhoršený zrak, snížená hybnosti, zhoršená kvalita vlasů atd.). Involuční změny jsou fyzické, psychické, a je zde vidět silný pokles kognitivních funkcí.

Domov se zvláštním režimem je povinen poskytovat osm základních činností vůči klientovi. Patří mezi ně:

- poskytování ubytování
- poskytování stravy
- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při zvládnání každodenních úkonů péče o vlastní osobu
- aktivizační činnosti
- sociálně terapeutické činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv klienta



Domov se zvláštním režimem, stejně tak jako každý poskytovatel sociálních služeb, je vázán na dodržování služeb určené zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Poskytovatel se řídí tímto zákonem, ve kterém jsou detailněji rozepsány druhy poskytovaných sociálních služeb.

## 2.1 Zařazení do systému sociálních služeb

Dle zákona o sociálních službách jsou v oddíle 3 – Služby sociální péče - zařazené a charakterizované jednotlivé typy zařízení.

*„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“ [12]*

Pod služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Samotný domov se zvláštním režimem definuje zákon následovně - *„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislost na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ [1]*

## 2.2 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách (Zákon č.108/2006 Sb.) se skládá z jedenácti částí. *„Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí,*

*ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.“ [3]*

Zákon stanovuje právní rámec pro poskytování sociálních služeb a zařízení, která tyto služby poskytují, jsou povinna se jím řídit.

### **2.2.1 Zákonné nároky na sociální pomoc**

Zákonné nároky na sociální pomoc jsou nástrojem pomoci státu občanům v tíživé životní situaci. Tíživá situace vzniká nedostatkem financí nebo absencí kvalitního rodinného zázemí. V těchto případech je ohrožena samotná důstojná existence staršího občana a hrozí, že na konci svého produktivního věku bude místo zaslouženého odpočinku odměněn existenčními starostmi. Tyto problémy se netýkají jen lidí ve vyšším věku, ale i dalších ohrožených skupin.

### **2.2.2 Žádost – Příspěvek na péči**

*„Příspěvek na péči je pravidelně se opakující měsíční dávka, jež je určena pro ty, kteří z důvodu svého zdravotního stavu potřebují pomoci s péčí o sebe sama nebo o svoji domácnost.“ [4]*

Hlavním důvodem je většinou vážná nemoc např. rakovina, cukrovka vyšší typu v kombinaci s obezitou, Alzheimerova choroba nebo demence. Tito lidé jsou dlouhodobě léčeni, ale výrazné zlepšení jejich zdravotního stavu a návrat k normálnímu životu není možné. Vyžadují pomoc od okolí, které jim zajišťuje věci každodenního života jako např. nákupy, osobní hygiena, pomoc při přípravě jídla, doprovod k lékaři atp. K zajištění této pomoci právě slouží finanční dávka od státu, kterou potřebný člověk využije k zaplacení sociálních služeb nebo osob, které tuto pomoc zajistí.

Častým problémem je i neschopnost lidí pravidelně platit nájem či jiné finanční závazky (peníze třeba mají, ale neorientují se v čase a zapomenou, že mají zaplatit) a tím vznikající dluhy s narůstajícím penálem, které pak vedou k vystěhování seniora a zániku důstojného způsobu života.

### 3. Síť sociálních služeb pro seniory

Síť sociálních služeb pro seniory zachytává seniory, kteří jsou omezeni v běžných činnostech a mají problémy se zvládnutím každodenních úkonů. Často nemají zajištěnou péči ze strany rodiny ani od nikoho z blízkého okolí (přátelé, vzdálenější příbuzní, sousedé). Sociální služba jim poskytuje pomoc právě při řešení těchto problémů a obtíží v životě a zajišťuje jim možnost důstojného stáří a odpočinku a usiluje o zachování stávajících schopností klienta. Snaží se tedy udržet jeho samostatnost na co nejvyšší úrovni a udržet jeho psychické zdraví v kondici.

Mezi služby pro seniory se řadí:

- Sociální poradny – poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, atd. Služba je poskytována zdarma.
- Osobní asistence – poskytována v přirozeném sociálním prostředí, je to pomoc při zajištění chodu domácnosti v předem stanoveném čase a rozsahu.
- Pečovatelské služby – poskytována v domácím prostředí a v zařízeních sociálních služeb.
- Tísňová péče – distanční komunikace, placená služba.
- Odlehčovací služby – pro osoby se sníženou soběstačností, cílem je umožnit uživateli odpočinek, služba je placená.
- Centra denních služeb – ambulantní služba pro ty, kteří potřebují pomoc druhé osoby, cílem je posílit samostatnost a soběstačnost osob v nepříznivé sociální situaci.
- Denní a týdenní stacionáře – ambulantní a pobytové služby, pro osoby které mají sníženou soběstačnost, a potřebují pomoc při zvládnutí běžných úkonů.
- Domovy pro seniory – dlouhodobá pobytová služba, situace uživatelů vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.
- Domovy se zvláštním režimem – stejná služba jako domov pro seniory, ale s tím rozdílem, že je zde režim v tomto zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám uživatelů.
- Chráněné bydlení – skupinové nebo individuální bydlení, služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost, služba je poskytována za úhradu.
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zřízeních – pobytová služba slouží osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou se obejít bez pomoci další osoby, či nemají zabezpečenou dostatečnou pomoc v domácím prostředí.

- Telefonická krizová pomoc – telefonická služba, která se poskytuje na přechodnou dobu osobám v situacích ohrožujících život nebo zdraví. Služba je poskytnuta zdarma a s možností zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Azylové domy – pobytová služba pro osoby v nepříznivé sociální situaci, která je spojená se ztrátou bydlení. Služba je poskytována za úhradu.
- Krizová pomoc – terénní služba, která se poskytuje na přechodnou dobu osobám v situacích ohrožujících život nebo zdraví. Služba je poskytnuta zdarma.
- Noclehárna – ambulantní služba, která se poskytuje osobám bez přístřeší. Služba je placená ve výši stanovené poskytovatelem.
- Sociální aktivizační služby pro seniory – služba poskytovaná seniorům se zdravotním postižením a ohroženým sociálním vyloučením. Služba je bez úhrady.

Terénní programy – poskytují se osobám ohroženým rizikovým způsobem života (požívání omamných a psychotropních látek, návykových látek) a osobám žijícím v sociálně vyloučených komunitách. Cílem služby je vyhledat tyto osoby a minimalizovat tak rizika jejich způsobu života. Služba je bez úhrady a poskytována osobám anonymně.

Sociální rehabilitace – soubor specifických činností (výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti), které směřují k dosažení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti osob. Cílem je rozvoj jejich specifických schopností a dovedností nácvikem úkonů pro samostatný život a posilování návyků. Služba je placená.

### **3.1 Terénní sociální služby pro seniory**

Terénní sociální služby se poskytují přímo v místě bydliště klienta. Pracovník sociální služby dochází za klientem, který potřebuje pomoc s některými úkony běžného života, ale chce žít v klidu svého domova, kde je zvyklý a kde má mnoho vzpomínek na svůj dosavadní život. Terénní služby, které mohou klienti využívat:

- Pečovatelská služba
- Osobní asistence
- Tlačítko tísňové péče
- Telefonická krizová pomoc

služba je určena klientů, kteří již nejsou schopni udržovat svoji domácnost v normálním provozním stavu. Pomoc potřebují zejména s úklidem, osobní hygienou, přípravou jídla a praním. Pracovník dochází ke klientovi v předem určený čas a provede s klientem potřebné úkony. Služba se navzájem doplňuje s osobní asistencí.

Osobní asistence se zaměřuje na samotné fungování člověka obecně. Tedy nejen v domácnosti, ale i mimo ni a na jeho sociální okolí. Udržuje klienta v kontaktu s realitou,

protože součástí osobní asistence je i přátelská konverzace s klientem, která rozbourává klientovu samotu a odstřihnutí od okolního světa.

Tlačítko tísňové péče zajišťuje pomoc klientům v nouzové situaci. Klient může přes tlačítko přivolat pomoc, která mu v případě zdravotních potíží může zachránit život. Také to poskytuje úlevu pečující rodině, která se nemusí obávat závažné události u klienta, a může v klidu relaxovat a nabírat síly na další péči. Existuje více druhů tísňových tlačítek, které jsou v různých cenových hladinách a podle toho poskytují možnosti kontaktování pomoci. Základní funkcí je komunikace s operátorem, ale může poskytnout i polohu seniora či detekovat pád.

Telefonická krizová pomoc nabízí seniorům možnost si promluvit s odborníkem o svých problémech. Pomůže problém popsat a popřípadě navést klienta k řešení problému. Tato služba je vhodná obzvláště pro lidi, kteří nemají své blízké a mají problém se rozhodovat či činit zásadní rozhodnutí.

V rámci terénní sociální služby je zde možnost monitoringu případných budoucích klientů domova se zvláštním režimem. Monitoring může být prováděn i v těchto ambulantních službách.

### **3.2 Ambulantní sociální služby pro seniory**

Ambulantní sociální služby pro seniory zajišťují ambulantní péči pro klienty, kteří vyžadují zvláštní péči. Jejich rodina je například dopravuje do denního stacionáře, kde se jim po určitou část dne věnuje personál a rodina se může věnovat občanskému či pracovnímu životu. Dále do ambulantních služeb patří centra denních služeb. Tato sociální služba je podobná dennímu stacionáři, přeci jen je ale v něčem jiná. Stejně jako denní stacionář, má centrum velice podobné cíle, jak klientovi pomoci. Jedná se o pomoc při řešení osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při péči o vlastní osobu, atd. Stejně tak i jako v stacionáři, je cílová skupina často do centra dovážena svoji rodinou, která nemá přes den čas se o klienta starat.

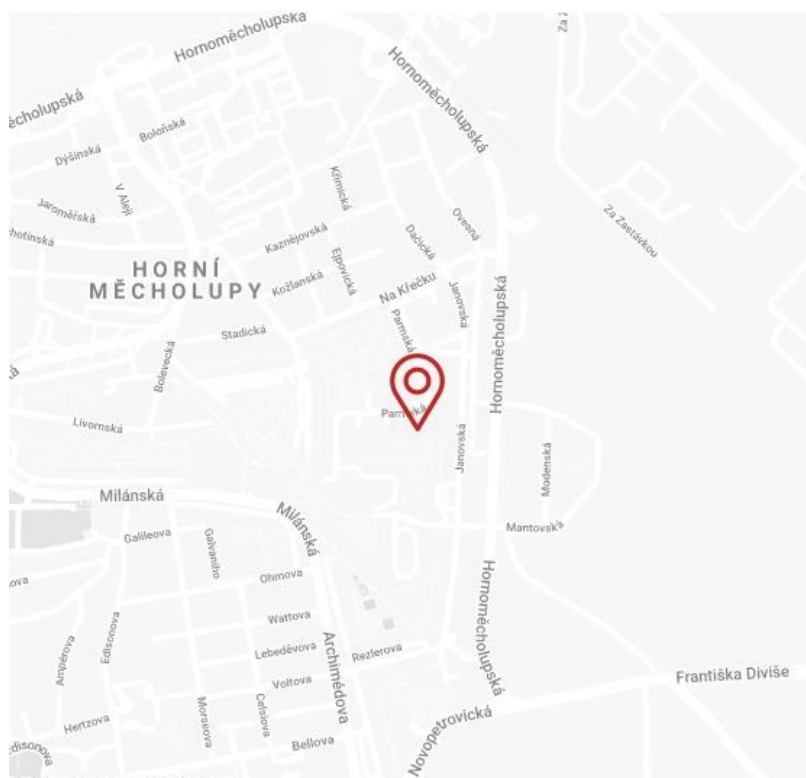
### **3.3 Pobytové sociální služby pro seniory**

Pobytové sociální služby pro seniory pomáhají lidem, kteří z důvodu neschopnosti se o sebe postarat již nemohou doma zůstat bez pomoci jiné osoby. Stav těchto seniorů je už často nezvladatelný, až do takové míry, že nejsou schopni se postarat o sebe, ani o domácnost. I když se tito senioři snaží zůstat doma, tak, kde většinou celý život bydleli, a kde to mají rádi, tento domov a osamocení je pro ně spíše na škodu. Je tedy jednoznačně důležité navrhnout jim přesun do pobytové sociální služby. Zde je jim poskytnuta péče sociální, zdravotní a ošetrovatelská.

Vzpomínám si na paní K., která byla skálopevně přesvědčena, že se o sebe dokáže postarat sama. Bydlela ve čtvrtém patře bez výtahu. Pomáhala jsem jí s nákupy, také donášela léky z lékárny a pomáhala doma s úklidem. Ze svého bytu, ve kterém strávila téměř celý život, odejít i na moje naléhání nechtěla. Nakonec se jí „naštěstí“ zlomila noha v krčku, a byla převezena do nemocnice, a později na geriatrickou kliniku. Nyní bydlí v bytě, který spravuje centrum sociálních služeb, a pravidelně k ní chodí pečovatelky.

## 4. Domov se zvláštním režimem CSOP Praha 15

Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15 se sídlem Parnská 390, Praha 10 je příspěvkovou organizací zřízenou městskou částí Praha 15. Současnou ředitelkou organizace je PhDr. Monika Válková. Jedná se o jedno z 21 zařízení na území hlavního města Prahy a jedno z celkových 353 zařízení tohoto typu v České republice k roku 2019.



**Obr. 1.** Poloha CSOP Praha 15 [9]



**Obr. 2.** CSOP Praha 15 [10]



## 4.1 Specifikace klientů

*Cílovou skupinu Domova se zvláštním režimem tvoří občané žijící v Praze 15 a okolí nebo kteří mají vztah k Praze 15 a hl. městu Praha. Cílovou skupinou jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění tohoto typu: organické duševní poruchy včetně symptomatických (stařecká demence, Alzheimerova demence, ostatní typy demencí a deprese), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Zařízení není určeno pro osoby závislé na návykových látkách a dále pro osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetření v lůžkovém zdravotnickém zařízení. [7]*

Cílová skupina je tvořená z: Dospělých (27-64 let), mladších seniorů (65-80 let) a starších seniorů (geriatrický pacient nad 80 let).

*„Geriatrický pacient může být definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční a chorobné změny natolik ovlivňují funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů, tolerance k zátěži.“ [4]*

## 4.2 Nejčastější diagnózy klientů

V očích člověka je stárnutí často chápáno jako závěrečná etapa člověka, zánik a čekání na smrt. V tom, jak se definuje stárnoucí člověk jsou velké rozdíly podle kultury, prostředí, ve kterém stárnoucí člověk žije, čase a vlastní povaze člověka. Spousta sedmdesátníků je čilejších než jejich mladší souputníci. Zásadním faktorem, který ovlivňuje kvalitu stárnutí, je zdravotní stav jedince. Zdravotní stav často nesouvisí s biologickým věkem, ale spíše s celkovým životním stylem, který jedinec během svého života vedl a jaké návyky si vytvořil a míra jejich dodržování. Každodenní procházka na nákup nebo nejbližší kopeček udrží člověka v kondici a může předcházet rozvoji závažných zdravotních komplikací. Závažné zdravotní komplikace mohou výrazně zkrátit dobu dožití a kvalitu dožití.

### 4.2.1 Demence

Slovo demence je odvozeno z latinského výrazu *dementi*“ a znamená bez rozumu, nebo také být bez mysli. Demence omezuje danou osobu ve výkonu každodenních aktivit natolik, že má člověk opravdu závažné zdravotní problémy. Patří mezi ně například: porucha myšlení, koncentrace, porucha schopnosti si pamatovat, porucha psychického stavu, porucha schopnosti orientace (v místě a v čase), porucha schopnosti číst, počítat, učit se a chápat, porucha řeči. Život s demencí je pak možný jen s pomocí ostatních.

Každodenní činnosti už takovýto pacient nezvládne sám zastat.



Demence silně zasahuje do všech oblastí života pacienta (zaměstnání, život ve společnosti a v rodině), i když si to pacient nepřeje a v některých případech si to ani nepřipouští. Toto vše bohužel vyvolá odstup jeho přátel a rodiny. Pacient se stále více a více stahuje do sebe. Je zvyklý na své pro něj známé bydlení, má strach z nového prostředí, zvuků nebo pro něj neznámých osob. Často ani nevychází z bytu. Pro jeho rodinu a blízké je to velice složité (i po psychické stránce). Pacient se pomalu mění k nepoznání. Najednou se chová odcizeně, má potíže s komunikací, izoluje se od společnosti. Tento pacient potřebuje celodenní péči. Tato choroba se dělí na tři stupně.

- I. Stupeň zapomnětlivosti
- II. Stupeň zmatenosti
- III. Stupeň bezmoci

- I. Při prvním stupni se pacientovi zhoršuje paměť, je roztržitý a hůře se orientuje v místě a čase. Mění se i po psychické stránce. Chová se úzkostně, má deprese, uzavírá se do sebe. Rodina pacienta začíná objevovat drobné neshody ve správném pojmenování předmětů.
- II. Druhý stupeň je typický tím, že si pacient hůře organizuje a řídí svoje každodenní činnosti. S tímto stupněm se postupně vytrácí paměť, odchylky řeči se čím dál tím více prohlubují. Mění se také motorika a pohybová oblast. Pro rodinu nebo ošetřujícího je péče o pacienta velice namáhavá, jak po psychické stránce, tak ale i po stránce fyzické. Pacientův stav se stále zhoršuje, komunikace s ním je obtížná, protože má pacient sníženou schopnost slovního vyjadřování. V tomto stupni se začínají objevovat problémy s inkontinencí. Pacient má také problém s novými událostmi, které jsou nevšední. Nové situace (např.: dovolená, narozeniny, svátky) ho zneklidňují, pacient se cítí nejlépe tam, kde to zná dobře – u sebe doma.
- III. Třetí stupeň demence je přesně takovým, jakým se nazývá – bezmoc. Pacient je nyní schopen pouze ležet v posteli, dynamogenie (činnost) téměř zaniká. Není schopen kontroly tělesných funkcí. V tomto posledním stádiu je nutná celodenní péče.

#### **4.2.2 Alzheimerova choroba**

Alzheimerova choroba je s demencí úzce spojena. Demence je v padesáti procentní míře způsobena Alzheimerovou chorobou. Příznaky nemoci se dělí na dvě skupiny - porucha kognitivní a nekognitivní.

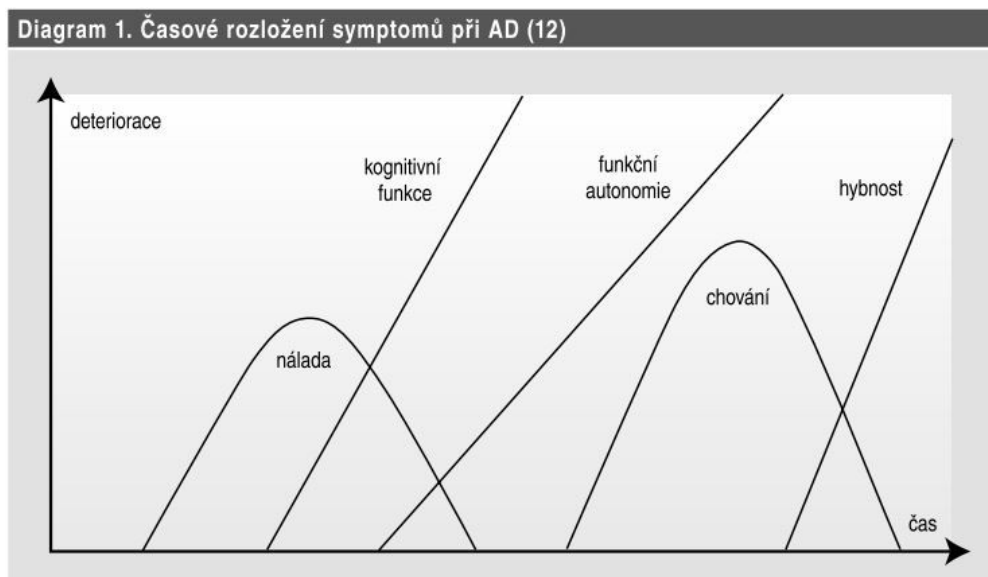
„ ...Alzheimerovy demence, se ukazuje jako praktická koncepce „ABC“, kde je v souhrnu příznaků a potíží vnímána triáda:

A activities of daily living (aktivita denního života)

B behavioural changes (změny chování)

C cognition (kognitivní funkce)“ [11]

Tato triáda na sebe v průběhu nemoci postupně navazuje, jak je vidět na diagramu. Je zde zobrazen klasický průběh nemoci. Začínající porucha nálady se spojuje s narušením kognitivních funkcí a funkční autonomie. Následuje zhoršená hybnost. U pacientů se časem zhoršují i dovednosti, které pro ně byly samozřejmé. Patří mezi ně zhoršené hygienické návyky, inkontinence moči a stolice, atd.



**Obr. 3.** Časové rozložení symptomů při AD [11]

Mezi další nastávající příznaky patří ztráta paměti, ztráta orientace na místech, které jsou pro pacienta známé. Dále také ztráta paměti, ztráta iniciativy, špatný úsudek, orientace na přítomnost.

Ve zprávách se často objevuje příběh seniora či seniorky, kteří se ztratili, a je po nich vyhlášeno pátrání. Právě díky Alzheimerově chorobě se dokáží ztratit i v jim známém prostředí a nevzpomenou si ani na vlastní adresu nebo jméno. Jsou tak zmateni, dezorientováni a ani pomoc kolemjdoucích je nedokáže nasměrovat do jejich místa bydliště a potřebují pomoc od záchraných složek. V takovém případě je vhodné seniorovi třeba na krk nebo do peněženky popřípadě do uzavíratelné kapsy dát lísteček se základními informacemi v dostatečně čitelné podobě. Tyto údaje jsou sice uvedené na občanském průkazu nebo na jiných dokladech, které může mít senior u sebe, ale velikost písma na dokladech je nedostatečná a obzvláště pro starší lidi nečitelná.

Pacient v posledním stádiu Alzheimerovy choroby je plně odkázán na péči od svého okolí. Tato nemoc trvá od počátečních příznaků přibližně sedm až patnáct let, než pacient umírá.

Alzheimerova choroba je velice důležitá problematika současnosti, i kvůli tomu, že česká populace stárne. Tím pádem se bude počet pacientů s touto poruchou zvyšovat.

*„Včasná diagnostika této nemoci a včasné zahájení adekvátní léčby může pomoci udržet kvalitu života těchto pacientů a oddálit jejich institucionalizaci, může pomoci i pečovateltm snížením jejich zátěže. Víme, že Alzheimerovu nemoc nedokážeme vyléčit. Naším cílem musí být zlepšení kvality života trpících touto nemocí a jejich pečovateltm a dalších jejich blízkých.“ [11]*

#### **4.2.3 ICHS**

Pro srdeční svalovinu je důležitý neustálý přísun kyslíku a živin k udržení její funkce a vitality. Jestliže tomu tak není, dochází k nedokrvení - ischemii myokardu, což nazýváme ischemickou chorobou srdeční - ICHS. Projevy onemocnění jsou široké - od asymptomatické (bezpříznakové) ICHS, přes přechodnou ischemii (obvykle se projevující anginou pectoris - bolestí na hrudníku), ischemickou nekrózu - odumření srdeční svaloviny (infarkt myokardu) až po srdeční selhání a náhlou smrt.

*„Téměř vždy je příčinou ateroskleróza neboli kornatění koronárních tepen; spazmy tepen, záněty, embolie a jiné příčiny jsou bez aterosklerózy vzácné. Princip vzniku aterosklerózy spočívá v ukládání tukových látek do stěny tepen. Po narození má člověk tepny hladké, elastické, které krvi nekladou velký odpor. Již ale ve věku 10 let jsou v cévních stěnách prokazatelné tzv. lipidové proužky - počáteční stádia ukládání cholesterolu a jiných tukových částic. Postupem věku se do těchto proužků postupně dále zabudovávají tukové látky, což způsobuje poškození cévní stěny. Postupně se vyvíjí aterosklerotický plát různé velikosti a zabudovává se v něm vápník. Postupným narůstáním může dojít až k úplné obstrukci - ucpání tepny. Některé aterosklerotické pláty jsou na povrchu tvrdé a uvnitř obsahují měkké tuky. Dojde-li k prasknutí tvrdšího obalu, tuky uvnitř se dostanou do kontaktu s krví, což zapříčiní vznik krevní sraženiny, která zabraňuje dalšímu kontaktu tukových depotů s krví. Sraženinou se céva ještě více zúží nebo se obvykle úplně uzavře.“*

*Dochází-li k těmto změnám pomaleji - stabilní, chronická ICHS (u postupného narůstání plátu bez jeho prasknutí), mohou cévy reagovat vytvořením kolaterálního - bočního oběhu. Při nedostatku kyslíku začnou cévy mezi sebou vytvářet nové spojky nebo se rozšíří ty, které jsou přítomny již od narození a jsou pouze nefunkční. Tímto*

*způsobem se dostane okysličená krev z jiných cév i do míst, která jsou až za postiženým úsekem tepny.*

*Při ruptuře aterosklerotického plátu dochází k tzv. akutnímu koronárnímu syndromu - život ohrožující situaci. Je způsoben náhlým přerušením dodávky kyslíku do části srdce zásobené postiženou tepnou.*

*Dle délky nedostatku kyslíku jej dělíme na 3 typy:*

- nestabilní angina pectoris (nově vzniklé bolesti bez předchozích projevů onemocnění, též výrazné zhoršení stávajících, klidové bolesti)*
- netransmurální infarkt myokardu (infarkt neprocházející celou stěnou svaloviny, bývá menšího rozsahu)*
- transmurální infarkt myokardu (infarkt postihující celou tloušťku myokardu)" [13]*

Jedná se závažný stav, vyžadující neodkladnou lékařskou péči. Může k němu dojít i bez předchozích známek ICHS, z plného zdraví. Příčinou může být i docela malý plát, neobjevený při srdeční katetrizaci (vyšetření koronárních tepen).

Ischemická choroba srdeční je nejčastější příčina smrti u osob starších 65 let. Každý rok je v ČR diagnostikována u cca 56 000 pacientů a zemře na ní 3104 lidí.

U určitého procenta nemocných probíhá ICHS skrytě, bez příznaků. Jedná se o tzv. němou ischémii myokardu, která bývá častější u diabetiků.

#### **4.2.4 Diabetes**

Diabetes (cukrovka) – je chronické onemocnění s trvalou poruchou přeměny glukózy, která vede ke zvýšeným hladinám glykemie a k dalším změnám metabolismu bílkovin, tuků a cukrů. Rozlišujeme diabetes 1. typu (cukrovka u dětí) a 2. typu (stařecká cukrovka).

Zatímco cukrovka 1. typu se vyznačuje absolutním nedostatkem inzulínu v těle a začíná obvykle v dětství či dospívání, cukrovka 2. typu se vyvíjí z rezistence na inzulín – slinivka inzulín vylučuje, ale tělesné buňky na něj dostatečně neodpovídají. Nejběžnější příčinou diabetu 2. typu je obezita.

Diabetes mellitus je závažná metabolická porucha. Případů diabetes mellitus každoročně přibývá (v ČR je ročně diagnostikováno okolo 60 000 pacientů s diabetem), jedná se takzvané civilizační onemocnění. Diabetes zkracuje předpokládanou délku života o 30 až 50 %. Vede k vysoké míře úmrtnosti a invalidity.

V důsledku tohoto metabolického onemocnění se mohou vyvinout chorobné změny v nervových vláknech (diabetická neuropatie) a drobných cévách (diabetická mikroangiopatie).

Dlouhodobá prognóza a kvalita života diabetiků závisí na vývoji a závažnosti kardiovaskulárních komplikací.

Možné komplikace (sekundární postižení):

- Diabetická retinopatie – jde o nezánnětlivé onemocnění oční sítnice, které může vést až k slepotě.
- Diabetická nefropatie – může vést až k onemocnění ledvin a k jejich selhání.
- Diabetická neuropatie – jedná se o poškození funkce a struktury periferních nervů.
- Makrovaskulární onemocnění – zahrnuje ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkové příhody, ischemickou chorobu dolních končetin.

Navíc dochází k dalšímu ovlivnění zdraví vlivem hypertenze (zvýšený krevní tlak), zvýšeným cholesterolem, obezitou, kouřením. Mluvíme o diabetické polyneuropatii.

Na rozvoj onemocnění má vliv genetická predispozice, dieta pacienta, fyzická aktivita, obezita a řada dalších faktorů.

#### **4.2.5 Deprese**

Jednou z nejčastějších duševních poruch je kromě jiných (např. bipolární poruchy a demence) deprese. Deprese v životě aspoň jednou za život postihne 15 % populace. Odborníci se shodují, že pocit utrpení při silné depresi je dokonce nesrovnatelné s fyzickým utrpením. Deprese se léčí hlavně pomocí léků a vhodné psychoterapie. Deprese, která se neléčí, může skončit i smrtí.

Toto onemocnění je také jedním z nejdražších léčených neuropsychiatrickým onemocněním.

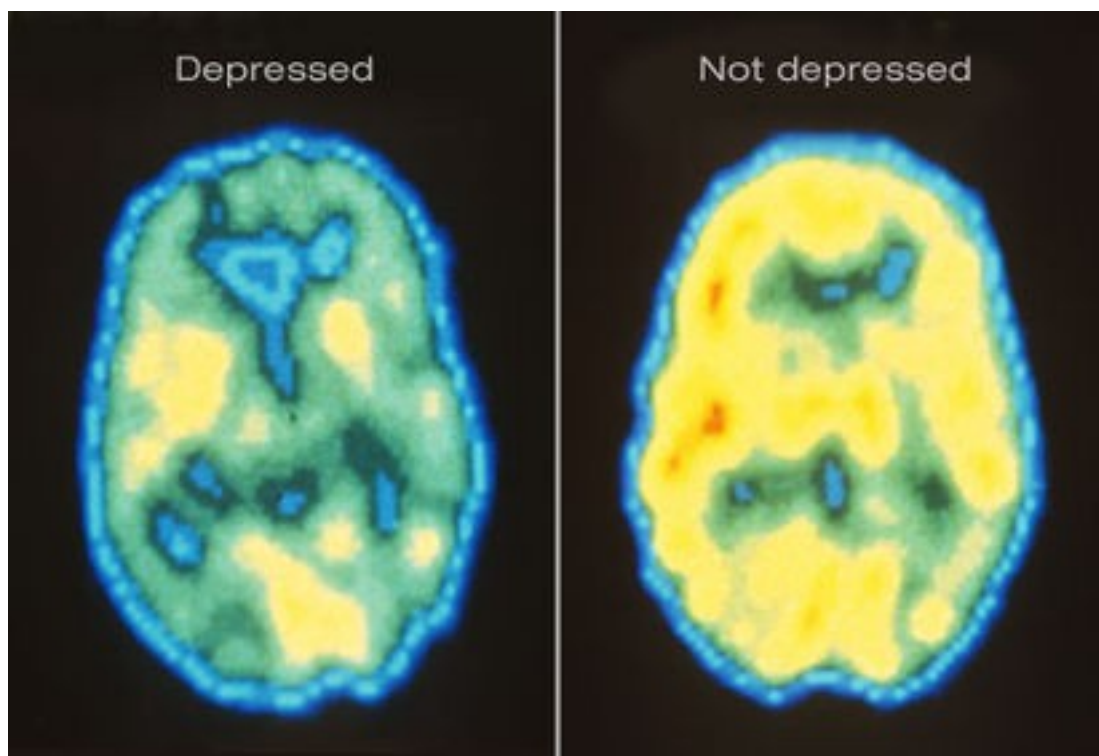
*„Na rozdíl od ostatních nemocí netvoří největší část výdajů na léčbu duševního onemocnění přímé medicínské (léčiva) a nepřímé medicínské (platy zdravotníků, nemocniční služby apod.) náklady, ale jsou to především nepřímé náklady, které vznikají v důsledku ztráty pracovní schopnosti a možnosti výdělku, nutnosti výplaty důchodů a dalších sociálních dávek. Světová zdravotnická organizace považuje deprese za jednu z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti.*

*Různými formami této nemoci trpí podle psychiatra Cyrila Höschla přibližně 3 % české populace (300 000 lidí). Alespoň jednou za život postihne tato nemoc celých 15 % populace (1,5 milionu). Odborníci předpokládají, že tato čísla jsou všude na světě obdobná.“ [15]*

Pokud se toto onemocnění léčí a je pod dohledem odborníků, rychle se dostaví zlepšení. Záleží samozřejmě na individuálním přístupu, s ohledem na jedinečnost pacienta. V případě, kdy nemocný nevyhledá odbornou pomoc, tato choroba je schopná

silně ztížit život a mnohdy končí i smrtí. Lidé, kteří trpí tzv. velkou depresí, přemýšlí o ukončení svého života, a 10-15 % z nich se to povede.

Nejčastějšími příznaky deprese jsou: pokles zájmů a koníčků, ztížená schopnost se radovat a vidět východisko ze své situace, je snižená energie a celkové snížení aktivit, silný pocit unavenosti, nižší sebevědomí, pocity viny a nemožnost vidět světlou budoucnost, spavá nálada, suicidální myšlenky.



**Obr. 4.** Změny v mozku vlivem deprese [16]

Náladovost je spojená s vnitřními okolnostmi, nevzniká z vnějších okolností nemocného. Deprese se vyznačuje ranním zhoršením nálady, večer je naopak typická večerní nespavost. V noci se však pacient často budí, a nedaří se mu znovu usnout.

Jedním z dalších příznaků je silná úzkost a vnitřní neklid. Toto onemocnění se často projevuje i tělesnými obtížemi, mezi které patří pocit pacienta, že mu rychle buší srdce, pocit neklidných nohou a pocit svírání.

Pacient, který trpí těžší formou deprese, často pociťuje halucinace nebo bludy. Forma halucinací a bludů je ovlivněna vnitřním nastavením emocí pacienta.

Deprese se dělí na: depresi v těhotenství, poporodní deprese, sezónní deprese, klinická deprese, úzkostně depresivní porucha, deprese v dospívání, rezistentní, atd.

Deprese se léčí spojením dvou oblastí dohromady. Je důležité propojit farmakoterapii s psychoterapií. (Toto onemocnění se dá také léčit biologickou léčbou.)



Pro léčbu deprese je dnešní nabídka antidepresiv naštěstí rozmanitá a správně zvolené léky zvyšují na synaptických spojeních dostupnost a obrat neurotransmiterů, které mají podstatnou funkci při ovlivňování nálad pacienta.

Přírodní antidepresiva, které mohou klienti domova využívat ve svůj prospěch. Je jím třeba hudba – muzikoterapie, aromaterapie, různé druhy cvičení nebo tance. Mezi to se dá počítat i strava – vhodné jsou hlavně ořechy, ovoce, čokoláda.

### 4.3 Potřeby klientů

Potřeby klienta jsou individuální, a časem se mění. Jiné potřeby má malé dítě, školáci, mladí dospělí a zcela odlišné potřeby mají senioři. Dá se říci, že základní potřeby seniorů, jako jsou zdravotní péče, domov, dostatek materiálního zabezpečení, jsou v ČR zabezpečeny. U osob věku nad 75 let pomalu dochází ke změnám. Mění se životní hodnoty, do popředí se dostávají potřeby bezpečí, klidu, jistota, láska, zdraví atd.

S postupem času se hierarchie potřeb mění. Potřeba seberealizace se s přibývajícím věkem zvětšuje. Když byl člověk v pracovním procesu, tak seberealizaci většinou řešil prací. Ve stáří ale tato hodnota mění. Zlomovým okamžikem je odchod do důchodu. Senioři si tím pádem hledají jiné vyžití. Někdo se realizuje v rámci koníčků, jiný senior má zálibu ve vzpomínkách na minulost.

POTŘEBY ČLOVĚKA															
sebe-realizace		sebeaktua-lizace		duchovní potřeby		estetické		kulturní		pohybové		různé pracovní		různé zájmy	
uznávání sebe sama		důstojnost		neudělat ostudu		úspěchu		poznávání sebe sama		sociální postavení (role)		učení			
láska (pozitivní vztah)		důvěra		komunikace		přátelství		moci dominance		podřízenosti submise		pečovat o druhé		rodiny	
bezpečí		jistoty		zdraví (FF)		vyhnout se ohrožení		soběstačnosti		ekonomické jistoty		potřeba informací		míru a klidu	
O <sub>2</sub>	H <sub>2</sub> O	výživy		vyprazdňování moči stolice		fyzická aktivita duševní				spánek odpočinek		teplo pohodlí		vyhýbání se bolesti	
										hygiena		sexuální potřeby			

Obr. 5. Potřeby člověka ve stáří [2]

#### 4.3.1 Každodenní péče o klienty – chod zařízení

V Domově se zvláštním režimem CSOP Praha 15 jsem měla možnost pomáhat s aktivizací klientů. V tomto Domově se nachází 29 lůžek, která jsou určena především občanům z Prahy 15 a Hlavního města Prahy. Strava se zde připravuje v externím zařízení, v kuchyni domova se tepelně upravuje a konzumuje. Cílem zařízení je hlavně podpora fyzického a duševního zdraví, poskytování podpory v oblasti právních úkonů,

snaha a pomoc klientovi žít co nejplnohodnotnější život. Budova má dvě patra, mezi prvním a druhým patrem je posuvná plošina. Celé první patro je bezbariérové. V zařízení je zajištěná péče od zdravotnického personálu, pracovníků přímé obslužné péče a ošetřovatelek. Zařízení momentálně poskytuje péči 36 klientům, kteří mají zde k dispozici 14 pokojů. Tyto pokoje jsou jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové nebo čtyřlůžkové.

Každý pokoj je vybaven televizí. Každý klient má polohovací lůžko. Dále je zde umyvadlo, stolek a úložný prostor pro oblečení a osobní věci. Součástí zařízení je i zázemí pro zaměstnance. Každý pokoj klientů je vybaven signalizační technikou, díky které si klient může v případě potřeby přivolat ošetřující personál.

Strava pro klienty je zde zajištěná po celý den, je tvořena snídaní, obědem, večeří a svačinami, které jsou mezi hlavními jídly. Na toto pracoviště se strava dováží z kuchyně Domova s pečovatelskou službou Janovská, kde se strava připravuje podle potřeb strážníků – dle dietních norem.

V prvním patře se nachází kuchyň, která slouží k servírování stravy, a dá se zde jídlo dále upravit, např.: mixování stravy pro klienty. V kuchyni jsou i chladicí boxy, kde si klient může uložit jídlo, které mu rodina donese.

Klienti, kteří jsou mobilní, se k jídlu scházejí ve společné jídelně, která se zde využívá jako společenská místnost, která se dá použít jako místo setkávání k aktivizaci, nebo si zde klienti mohou dát kávu a popovídat si tu.

Klientům, kteří jsou imobilní, se strava donáší na jejich pokoj. Je zde zajištěna dostatečná výživa, díky pravidelnému podávání tekutin a případnému krmení a dokrmování.

Z prvního patra je bezbariérový vstup na velkou zahradu, ve které je možnost si odpočinout ve stínu altánku. Když je venku pěkné počasí, je možností imobilní klienty vyvést na vozíčku do zahrady.

Stejně jako v Domově s pečovatelskou službou, který je součástí CSOP Prahy 15, tak i v Domově se zvláštním režimem jsou zde pořádány četné kulturní akce (koncerty, představení dětí ze školky atd.). Klienti obou domovů tyto akce rádi navštěvují.

Do tohoto Domova pravidelně dojíždí praktická lékařka, u které se mohou klienti zaregistrovat. Doktorka pomáhá se základními úkony, kterými jsou například předepisování receptů, odběry krve, ale také převoz sanitním vozem.

Dále je zde možnost praní prádla klientům, jednou za měsíc dochází také do domova pedikérka, jde zařídit i kadeřnice. Pravidelně sem dochází také rehabilitační sestra.



#### 4.4 Denní režim klientů

Denní režim klientů se řídí následujícím rozpisem uvedeným v tab. 1.

Časové rozpětí	Činnosti
5:00	Hygiena
8:00	Snídaně, podávání ranní medikace
9:00	Ranní hygiena I – koupání
10:45	Ranní hygiena II
12:00	Oběd a podávání medikace
13:00 - 14:00	Polední klid
14:00	Odpolední svačina
14:00 - 16:00	Aktivizační činnost, procházky a posezení v zahradě, volnočasové aktivity
16:00	Odpolední hygiena
17:00	Večeře, podávání večerní medikace
20:00	Večerní hygiena, podávání noční medikace
22:00 - 06:00	Noční klid

Tab. 1. Denní režim klientů

#### 4.5 Specifikace ošetřování seniorů

Péče o seniory je složena z několika důležitých oblastí, jedná se o propojení jak psychické, fyzické, tak i sociální. Ošetřování seniorů se od ošetřování jiných skupin zásadně liší.

Pro pečování o tuto věkovou skupinu musí být člověk naladěný na „správnou vlnu“, měl by mít toleranci, být empatický a snažit se porozumět daným potřebám seniorů.

Pracovní náplň pečujícího se může rozdělit na dvě skupiny.

- Vlastní ošetrovatelská péče

Jedná se o osobní péči, která směřuje k uspokojení bazálních potřeb seniora. Tato péče se poskytuje v klientově přirozeném prostředí, nebo v institucích, do kterých spadá i domov se zvláštním režimem.

- Ostatní pečovatelské činnosti

Jedná se o činnosti, které se týkají provozu domácnosti, patří mezi ně např.: doprovod klienta k doktorovi, nákup potravin, péče o prádlo.

Pečovatelská činnost je v tomto ohledu různorodá a záleží na fyzické a duševní kondici seniora a jeho rodinném zázemí. V mnohých případech rodina dokáže zabezpečit základní životní potřeby a provoz domácnosti, tím pádem pomoc pečovatele není nutná.

Tato péče je však vyčerpávající nebo limitována vnějšími faktory ze strany rodiny (vysoká zaměstnanost, nemoci, pokročilý věk a úbytek sil pečujícího, nedostatek financí atp.). V ten okamžik se do chodu péče o klienta zapojí na přání rodiny sociální pracovník a převezme péči v oblastech, na kterých se s rodinou dohodnou.

V případě převzetí větší části péče a poklesu samostatnosti u klienta je vhodné jej umístit do specializovaného zařízení, které poskytuje lepší zázemí pro pracovníky a tím i zvyšuje komfort péče pro klienta. Ze strany seniora záleží na jeho celkové situaci, ať už zdravotní či ekonomické, jeho úrovni soběstačnosti a psychickém nastavení. Senioři se bojí změn a ke změně přirozeného prostředí často svolí až v případě, kdy již není jiná možnost.

Specifika ošetřující péče se dělí na tři oblasti – fyzickou, psychickou a sociální.

Fyzická oblast se týká manipulace se seniorem, kdy pracovník dbá zvýšené opatrnosti vzhledem ke křehkosti seniora a možnosti snadného zranění či úrazu. Pracovník se vyhýbá prudkým a rychlým pohybům, klienta dopředu navádí, jaké úkony s ním pracovník v následujícím čas provede. Organizuje si čas, aby na každý úkon měl dostatek času a neznepokojoval seniora.

Psychická oblast je důležitá pro emocionální komfort seniora, ke kterému pracovník přistupuje vždy klidně, s úctou, seniora uklidňuje kvůli časté změně nálad a navazuje důvěru. Nepoužívá dlouhá souvětí, která by již senior nemusel pochopit a užívá běžné výrazy hovorové češtiny. Navázání důvěry posiluje vztah a předchází situacím, kdy se senior stydí sdělit, že mu nefunguje zdravotní pomůcka.

Sociální oblast se týká rodinného a životního prostředí seniora. Senior v tomto prostředí žije celý svůj život a je v něm zakořeněný. Často se tak stane, že kvůli nedostatku sociálních vazeb na své okolí nebo na osoby ve svém okolí je negativně ovlivněn jeho psychický stav. S tím souvisí i ekonomické problémy, kdy seniora nečeká zvýšení platu či mimořádné odměny, ale je odkázán na důchod a jeho pravidelnou valorizaci. Obzvláště v situaci, kdy senior má velké výdaje za nájem a léky, mu nezbyvají finance na jídlo či ošacení a samozřejmě i na pečovatelskou pomoc. (převzato z [2])

## 4.6 Individuální plánování

Individuálního plánování se účastní dvě strany, jedná se o klíčového pracovníka a o uživatele služby. Klíčový pracovník je zodpovědný za plánování služby skrze individuální plánování. Při plánování poskytované péče se hledí na osobní cíle a potřeby uživatele a na průběžný chod nabízené služby. Celý plán péče je zapsán v písemném záznamu individuálního plánování služby. Poskytování cílené pomoci se zrcadlí v individuálních potřebách uživatelů poskytovaných služeb. Plánování služby by se dalo pomyslně rozdělit do čtyř základních modelů:

### **Model zaměřený na dosahování cílů**

*„Tento model vychází ze znalosti procesů učení, poznávání a myšlení a má základ v kognitivně-behaviorálním přístupu.“* [20] Klíčový pracovník je v roli poradce a výsledkem tohoto modelu je stanovení dlouhodobých cílů.

### **Model zaměřený na dialog a uživatele služby**

Jedná se o modifikovaný model předchozího modelu, který je někdy z důvodů náročnosti nevhodný. Klade větší důraz na dialog s klientem a vytváření pocitu bezpečí při plánování služby. Klíčový pracovník se snaží podpořit klienta v jeho potřebách.

### **Model vycházející ze schémat počítačové podpory**

Tento model přináší novou možnost v oblasti plánování pomocí počítačové podpory s využitím speciálního softwaru. *„Podstatou těchto modelů je, že pracovník, který službu plánuje, zadá do počítačového programu okruh potíží a program mu nabídne možnosti konkrétní podpory. Pracovník pak s uživatelem služby tyto možnosti projednává a dojednává aplikaci podpory.“* [20]

### **Model expertní**

Tento model je typický tím, že si klíčový pracovník uchovává svůj odstup a je zde v ryze expertní pozici. *„Tento model byl uplatňován v sociální práci po dlouhá léta a také v současné době je stále používán výraz – Jít na sociální šetření – místo – Jednání se zájemcem o služby.“* [20]

## 4.7 Multidisciplinární tým

*„Sociálně zdravotní týmová péče by tedy měla být vnímána, jako celkové propojení všech profesí, a to nejen předáváním informací, ale i sdílením postojů, znalostí a taktéž emocí celého týmu. V týmu odborníků starajících se o seniora zaujímá i důležité postavení rodina a přátelé seniora. Ve středu tohoto přístupu mají všichni pracovníci rovnocenné postavení a do ústředí centra se dostává senior, na kterém se účinná kooperace mezi jednotlivými členy týmu pozitivně promítá.“*

*Tým lze definovat jako tři a více osob, kteří na sebe vzájemně působí a současně se ovlivňují, mají dojem společné identity, snaží se dosáhnout společného cíle a vnitřně jsou spjati s vědomím „my“. Všichni společně a dobrovolně dodržují nepsaná pravidla podle, kterých spolu jednají a pracují.*

*Pojmy, se kterými se můžeme setkat ve spojení týmová práce či spolupráce je několik. Obvykle se o všech pojmech hovoří jako o synonymech, neboť jsou si podobné, přesto různí autoři se domnívají, že v nich je rozdíl. V propojení sociální a zdravotní práce se setkáváme s pojmy interdisciplinární tým a multidisciplinární tým. Mezioborový interdisciplinární tým je typický a význačný, neboť má jasně vymezený cíl a vzájemnou provázanost oborů, které jsou zastoupeny v týmu. Svoji pomoc tým vidí v integrovaném plánu péče orientovaného na klienta. Opakem jmenovaného týmu je tým multidisciplinární. Dá se říci, že se stýká větší množství oborů, neboli pracovníků různých pozic, které mají vliv na potřeby seniora. Spoluúčast zdravotního a sociálního přístupu znázorňuje spoluúčast naprosto odlišných disciplín. Spojuje je společné prostředí, v němž jsou zkoumány různé fenomény naplno vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín.*

*Jestliže má být seniorovi věnována úplná, komplexní péče, která by vedla k jeho povzbuzení i uzdravení v co nejkratším čase, je potřeba spolupráce celého týmu. Péče i pomoc by měla na sebe vzájemně, navazovat a nejdůležitějším momentem je její propojenost. Hovoříme o multidisciplinárním týmu. Multidisciplinární týmová práce je základní element skutečného i účinného poskytování zdravotní a sociální péče.*

*Multidisciplinární tým lze jednoduše definovat, jako kolektiv vzájemně spolupracujících pracovníků, neboli rovnat se znamenat vzájemné důvěře. Vzájemná důvěra celé hierarchie zdravotní i sociální péče je nesmírně důležitá. Členové týmu jsou všichni, kteří jsou v pobytovém zařízení nápomocni seniorovi. Lékař, vedoucí pracovník, vrchní sestra, sociální pracovník, psycholog, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, praktická sestra, pečovatel, aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách, rodina, zdravotně sociální pracovník a další.*

*Zdravotní i sociální péči není možné členit ani separovat, neboť v praxi se setkáváme i s problémy zdravotními, které jsou doprovázeny sociálními a zase naopak.*

*Sociální péče je neoddělitelná součást léčebných postupů, procesů, zákroků, metod, diagnóz, ale i plánování terapie. Přístupy se rovná pomoc, ale i podpora a poradenství. Multidisciplinární spolupráce se nedá považovat pouze za jedinou možnou metodu, která je samospasitelná, aby se týmu vedlo.“ [21]*

## 5. Role aktivizačního pracovníka v kontextu DZR

Aktivizační pracovník má jasně danou roli, která je vidět i v péči o seniory. Role pracovníka obnáší konkrétní očekávání jak ze stran seniora, ale i ze strany instituce, pro kterou pracovník pracuje. Pracovník by ve své roli měl dodržovat určité hodnoty a mít vzájemné pochopení se seniorem. Měl by být empatický, klidný, ochotný pomoci, nesoudit seniora, ale pomoci mu najít to, co seniorovi pomůže. (převzato z [22])

### 5.1 Vedení programu

V České republice jsou aktivizační programy vedeny hlavně sociálními pracovníky, nebo sestrami. Dá se říci, že tyto dvě skupiny pracují jen s deseti procenty obyvatel, často tak chybí i večerní nebo víkendové aktivity. Na rozdíl od nás jsou programy v USA pro obyvatele velice rozmanité, a často tak mají obyvatelé co dělat i o víkendu nebo večer. Jak domovy seniorů, tak i domovy se zvláštním režimem by zde uvítali více ergoterapeutů, a další odborně vzdělané pracovníky. Úkolem těchto lidí by mělo být vedení dalších pracovníků, kteří v domově pracují, dále také navrhovat aktivizační programy a průběžně sledovat výsledky, které by mohly pomoci při zlepšení kvality aktivizace.

Je zde také možnost, kdy se do vedení programů a snaze pomoci seniorům zapojí také dobrovolníci. Obzvláště v této covidové době je důležité myslet na program pro seniory, a snížit jim tak pocit osamělosti a sociální izolaci. Je spousta míst, kde se dají dobrovolníci pro práci se seniory najít. Jedná se například o školy, náboženské skupiny, kluby, také i dobrovolníci z Červeného kříže. Dobrovolníkům nejde o peníze, jde jim o to, aby mohli ostatním pomoci, a aby tak naplnili i pocit svého poslání. Možnosti dobrovolníků jsou různé, hlavně ve výběru cílových skupin, ale je nutné, aby byli řádně proškoleni.

Zaměstnance domova ale i dobrovolníky je nutné motivovat. Dnes již finanční odměna nestačí, vedení by pro personál mělo zajistit i supervize nebo kurzy, díky kterým se odbornost práce zaměstnance zvyšuje.

*„Úspěch jakéhokoli programu závisí na třech požadavcích:*

- 1. nadšení personálu*
- 2. tvořivé přípravě programů*
- 3. připravenosti obyvatel*

*Aby se jakákoli činnost mohla stát cenným prožitkem, musí být dána příležitost aktivně k programu přispívat a rozhodovat o vlastní účasti.“ [22]*

## 5.2 Zásady pracovníků

Zásad, kterými by se měl pracovník řídit, je několik. Uvedu zde jen pár z těch, které mi přijdou podstatné. Jedná se o:

- Pracovník by měl být empatický, vystupovat profesionálně.
- Ohleduplnost vůči seniorovi.
- Pomoc při udržení pocitu vlastní hodnoty a schopnosti o sobě rozhodovat.
- Pracovník by měl být dobrý posluchač a být stručný.
- Neponižování seniora.
- Pracovník by si do práce neměl nést své problémy, zajímá se o problémy seniora.

## 5.3 Zásady při vytváření programu

Aktivizace je přímo spojena s tím, aby byli senioři co nejvíce spokojeni a měli smysluplnější život. Program by měl být rozmanitý, plánovaný jak pro jedince, tak i pro skupinu. Pracovník by měl dobře znát konkrétní potřeby seniora, a podle toho tak upravit program na míru. Program je seniorům nabízen, jedná se dobrovolnou činností, pracovník nabízí různé možnosti aktivizace, uživatel služby se může rozhodnout. Tyto možnosti jsou průběžně zkoumány přehodnocovány, zda jsou ještě pro uživatele vhodné. Je důležité, aby se program měnil podle aktuální situace, aby byl co nejvíce přizpůsoben seniorovi. Nejpodstatnější je jejich zájem, ne zájem pracovníků.

Při plánování programu je důležitý začátek, tzv. brainstorming, kdy se zaměstnanci domova sejdou a řeší možnosti aktivizace, tak, aby byla vhodná pro obyvatele domova.

Pracovnice, která vede aktivizaci, je za ní zodpovědná i ze strany školení pro aktivizační pracovnice, které se řídí i denním chodem domova.

Místo na setkání je mnoho. Když je pěkné počasí, můžou být klienti venku na zahradě, nebo v klubové místnosti, či jídelně. Důležitá je snadná přístupnost místa.

Programy se dělí na různé kategorie. Patří do nich vzdělávací činnosti, cvičení, hry, společenské programy, hudba, tvořivé činnosti, činnosti venku v přírodě nebo na zahradě domova.

*„V některých domovech s aktivnějšími seniory se osvědčilo zakládat kluby. Pracovnice zorganizuje skupinu lidí se stejnými zájmy, a ti se pak pravidelně scházejí k různým, jimi zvoleným aktivitám. Kluby dávají obyvatelům možnost uplatnit se v roli vedoucích a samostatně rozhodovat. To přispívá k udržení jejich identity a zvyšování sebeúcty. Pracovnice pouze podle potřeby vypomáhá.“ [22]*

## 5.4 Syndrom pomáhajícího pracovníka

Syndrom pomocníka je typický pro pomáhající profese, často se vyskytuje také v jiné řadě povolání, kde se pracuje s lidmi.

Problém nastává poté, co se nabízená pomoc mění v obranu proti sebereflexi. Tento syndrom pomáhajícího pracovníka nahrazuje neschopnost pracovníka v prožívání vlastních potřeb. Pracovník se tak vyhne řešení svých osobních problémů, a to přináší potíže, protože tento typ pracovníka je najednou bezmocný.

Na povrch vyplouvají problémy s lidskými vztahy, problém pracovat se svými emocemi a problémy s vyjadřováním vlastních pocitů. Pracovník se snaží dát ostatním najevo, že on je ten, kdo vše řídí, a chce všem okolo pomoci. Pro tento syndrom je také typické chování, které si pracovník kontroluje, je zaměřený na svůj výkon a je zde také snaha o jeho nejlepší možné řešení. Myšlenky na problémy z práce doprovázejí pracovníka i mimo práci. Pracovník působí ohleduplně, pomáhá druhým, ale na sebe nemá čas. Pracovník by se nejprve měl naučit pomoci sobě, znát úskalí své duše, a až poté je schopný pomoci někomu dalšímu. Existuje teorie, která tvrdí, že je syndrom pomáhajícího pracovníka úzce spojen s nešťastným dětstvím. Své problémy z dětství si nese i do dospělosti, ve které pak tyto problémy hrají hlavní roli. Je důležité, aby si postižený sám udal svůj cíl a způsob svého konání. Stává se tak, že je pracovník ovlivněn jen touhou po penězích nebo touhou po slávě. Tento syndrom se bohužel často prolíná se syndromem vyhoření.

Základem syndromu je dobrý úmysl, ten ale často nestačí. Postižený si musí dávat pozor, pomáhá přeci z dobré vůle a čeká dobré výsledky, často je ale například citlivější, než si situace žádá. Pracovník si musí určit priority a být na práci soustředěný tak, aby klientovi opravdu pomohl.

Tato pomoc se často spojuje s emocemi.

*„Emoce mohou být skvělým pomocníkem, ale také nás mohou zradit. Někdy mohou být příčinou nevhodných postupů. I odborníci vyškolení pro pomáhající profese mohou v důsledku sebestřednosti nebo nedostatku zájmu ohrozit závazky, které na sebe vzali.*

*Odvrácenou stranou může být snaha získat moc. Dochází pak k vnímání klienta jako bezmocného tvora, který se bez naší pomoci neobejde. Jak říká docent Pavel Říčan, je třeba si neplést touhu pomoci s touhou po moci! Pocit moci lidem dělá dobře, ale znehodnocuje smysl pomoci.“ [23]*

## **5.5 Syndrom vyhoření**

*„Syndrom vyhoření se může projevit u psychicky naprosto zdravých lidí a nijak nesouvisí s psychickou patologií. Obvykle bývá doprovázen negativními emocionálními příznaky, jako je pokles nálady, podrážděnost nebo vyčerpání, objevují se změny v chování, ztráta motivace k výkonu pracovní činnosti a pocity neschopnosti. Mezi profese, u nichž hrozí zvýšené riziko SV, patří hlavně sociální pracovníci, zdravotníci či učitelé, pro jejichž práci je klíčová komunikace a vztah s klientem, pacientem či studentem. Jsou to zároveň profese, které si lidé vybírají jako své životní poslání a vstupují do práce s velkými ideály. Na syndrom vyhoření lze nahlížet jako na stav, kdy vlivem různých vnějších i vnitřních podmínek dojde ke ztrátě ideálů a tím i ke ztrátě vůle a motivace k práci. Syndrom vyhoření však může postihnout kohokoliv v jakékoliv profesi. Záleží hlavně na celkovém životním stylu, míře stresu, úrovni pracovních podmínek a prostředí, ale také na osobnostním nastavení každého jedince.“ [24]*

U pracovníků v sociálních službách se syndrom vyhoření často projevuje podrážděností, únavou, nedostatečnou sebereflexí a apatičností. Je to způsobené stressovým prostředím, protože pracovníci zajišťují péči o klienty, které je velmi náročná a je v ní častý kontakt se smrtí. K prevenci nepřispívá ani jednotvárnost pravidelných denních činností s klienty a nepřilíš velká míra pokroku u klientů (myšleni jsou lidé s těžkým postižením nebo senioři, kteří tvoří největší část klientů sociálních služeb).

V domovech se zvláštním režimem musí sociální pracovníci propojit více profesí najednou. Pracovníci tvoří tým, který má za cíl zajistit důstojné dožití klientů a snaží se o dosažení pocitu vlastní užitečnosti. Vedení by mělo pracovníky vést a motivovat, aby viděli v práci smysl a ne jen zdroj obživy a ulehčit jim těžké pracovní okamžiky. Nástrojem mohou být vzdělávací kurzy, rozhovory se zkušenými kolegy (supervize) a schůzky v rámci multidisciplinárního týmu. Dále finanční a benefitová motivace, která může být podpořena příspěvky na volnočasové aktivity, při nichž pracovník doplní energii a vyčistí si hlavu. Vhodná je i možnost rozšířit aplikaci terapií nejen pro klienty, ale i na personál např.: Canisterapie je vhodná jak pro klienty, tak pro pracovníky a může být provedena současně pro obě skupiny. (Převzato z [22])



## 6. Volnočasová aktivizace klientů

Volnočasové aktivizace klientů v domově se zvláštním režimem by měly být neodmyslitelně spojeny s celkovým procesem plánování sociálních služeb. Hlavní cíl této aktivizace by měla být pomoc klientovi mobilizovat jeho psychickou a fyzickou stránku.

Možnost nabídnout klientovi pokračovat v takovém životě, a denním režimu takovým způsobem, který mu nejvíce vyhovuje. Plánování této aktivizace by mělo probíhat s rozvahou a s rozumem, mělo by vždy vyplívat z přání a možností konkrétního klienta.

Pracovníci by měli znát hodnotu aktivizace, a být na ni řádně vyškoleni. Nevhodně zvolený program aktivizace může dokonce i v některých situacích ublížit.

Aktivizace u klientů domova se zvláštním režimem hlavně zahrnuje péči o klienta, u kterého se projevuje problém spojený se soběstačností. Konkrétně se jedná o ergoterapii, prevenci imobilizačního syndromu, nácviky denních činností. U těchto klientů je potřebné individuální plánování, které reflektuje potřeby a zdravotní stav klienta. Jedině dobře připravený individuální plán je základem pro spokojenost klienta i jeho rodiny a pracovníků domova. (Převzato z [17])

### 6.1 Aktivizace jako nástroj

*„Při individuální aktivizaci klientů se zaměřujeme na analýzu konkrétních potřeb, konkrétního klienta, především v těchto oblastech: jemná motorika, myšlenkové operace, paměťové schopnosti – krátkodobá i dlouhodobá paměť, řečové schopnosti a koncentrace.*

*Zaměřujeme se na podporu smyslů a jejich maximální možné využití. Tzn., pokud to klientovy schopnosti dovolí, zapojuje se při jeho aktivizaci co nejvíce smyslů. Za dohledu aktivizačního pracovníka hraje hudba, voní svíčka, čte se kniha, svítí barevná lampička atd. Při individuální aktivizaci zohledňujeme přání a potřeby klienta a snažíme se zachovat aktivity, na které je klient zvyklý. Při individuální aktivizaci využíváme široké spektrum pomůcek. Jedná-li se o mentální aktivizaci, připravujeme klientům materiály na míru, abychom zabránili případným negativním výsledkům a pocitům klienta. Aktivizace slouží jako efektivní nástroj pro zachování co nejvyšší možné míry kompetencí klientů a také jako nástroj podpory jejich sebedůvěry. Individuální aktivizací zajišťujeme dostatek sociálního kontaktu. Tento sociální kontakt dopřáváme všem klientům, bez ohledu na pokročilost involučních změn.“ [18]*

## 6.2 Vymezení aktivizace

V rámci aktivizace se jedná i o aktivizaci sociální. V Domově jsou průběžně pořádány přednášky pro studenty. V různých projektech je zřízena spolupráce s dobrovolníky, kteří v rámci svého rozvoje se zúčastňují různých aktivit či je sami přímo realizují a ověřují si přímo v praxi, které postupy či aktivity jsou přínosné a které nejsou vhodné. Podporuje se zde a rozvíjí mezigenerační dialog, kdy studenti či dobrovolníci přímo interagují s klienty.

Zaměstnanci v přímé péči jsou průběžně informováni o aktivitách klientů a dávají najevo spoluúčast, podporu a zjevně kladně hodnotí jakoukoliv aktivitu klientů, kteří se zúčastňují výše zmíněných projektů či činností spojených se studenty či dobrovolníky.

### *„Konkrétní příklady aktivit – kognitivní funkce*

#### *Myšlenkové operace*

- doplňování*
- analýza, syntéza, interpretace a revize informací*
- popis percepce klientem*
- podpora volného plynutí myšlenek*
- imaginace*

#### *Koncentrace*

- paměťové hry*
- paměťové háčky*
- popis percepce klientem*

#### *Řečové schopnosti*

- obličejová gymnastika*
- rozhovor*
- říkačky*
- korekce mluveného projevu*
- podpora mluveného projevu*
- řečové hry*

#### *Paměť krátkodobá*

- rozbor textu, porozumění textu, parafrázování, vysvětlování obsahu textu*
- rozhovor*
- analýza aktuálního a předchozího*

#### *Paměť dlouhodobá*

- doplňování
- analýza, syntéza, interpretace a revize informací
- popis percepce klientem
- podpora volného plynutí myšlenek

#### *Další příklady aktivit*

##### *Jemná motorika*

- manipulace s předměty
- jóga prstů
- psaní
- malba
- tvorba s různými materiály

##### *Schopnosti rozvíjené aktivizací:*

- 1) *Myšlení – myšlenkové operace*
- 2) *Řeč*
- 3) *Paměť krátkodobá, dlouhodobá*
- 4) *Koncentrace*
- 5) *Motorika*
- 6) *Sociální interakce“ [18]*

### **6.3 Smysl aktivizace**

„1) Přinést do chráněné reality co nejvíce z okolního, plně aktivního světa tak, aby to bylo klientům příjemné a srozumitelné.

2) Pomocí aktivizace podporovat a zachovat maximální možnou míru soběstačnosti pro co nejkvalitnější život klientů.

3) Podpora sociálního kontaktu.“ [18]

### **6.4 Návaznost na podněty z aktivizace**

Pracovníci pravidelně provádí průzkum spokojenosti u klientů s kvalitou, četností a náplní aktivizací. Zpětná vazba probíhá formou průzkumu, kdy pracovník domova se

zvláštním režimem se ptá jednotlivých klientů na jejich názor a pocity z aktivizace a aktivizačního pracovníka. Tato zpětná vazba je vyhodnocována a následně jsou připomínky sděleny aktivizačnímu pracovníkovi, aby mohl upravit svoji činnost tak, aby více vyhovovala klientům.

Zpětná vazba se také provádí funkcí testu, který pomáhá zjistit úroveň kognitivních funkcí u klientů a stanovit také jejich pokrok či zhoršení. Tento přístup poskytuje empirická data, která se vyhodnocují v souvislosti a daty získanými z průzkumu spokojenosti.

## 7. Terapeutické možnosti

V této kapitole jsou popsány současné moderní terapeutické možnosti. Jedná se o výčet, ve kterém jsou zahrnuty terapie z různých oblastí a různých forem, ale není všeobsahující. Charakterizované terapie jsou zvolily z důvodu jejich četnosti využívání.

### 7.1 Ergoterapie

Ergoterapie byla v České republice dlouho vnímaná jako něco nepotřebného, bylo dlouho nejasné, jaký rámec by měla splňovat. Tato terapie byla provázána s medicínou, začínající ergoterapeuti tak pracovali nejdříve ve zdravotnictví.

V dnešní době se ale tato terapie pokládá za samostatný obor, který se zakládá na rehabilitaci, cílem je dosáhnout samostatnosti a soběstačnosti klienta v co největší možné míře. Jedná se o zvyšování kvality života klienta v domácím, sociálním a pracovním prostředí.

V geriatrici patří mezi typické ergoterapeutické aktivity hlavně hodnocení funkční zdatnosti seniorů v rámci denních aktivit života. Dále mezi tyto aktivity patří zaměření na pohybovou koordinaci, kognitivní terapii, procvičování jemné motoriky, stimulace, mozkový trénink, rehabilitace fatických poruch. Ergoterapeutové se v dnešní době také zabývají nácvikem využívání nových technologií a možnostmi, jak se naučit bezpečně pracovat s počítačem.

Česká asociace ergoterapeutů má několik cílů:

- Podpora zdraví a duševní pohody osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnávání.
- Pomoc ve zlepšení schopností, která osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času.
- Umožňuje osobě naplňovat její sociální role.
- Napomáhání k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity.
- Uplatňování terapie zacílené na klienta/pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie.
- Posilování osoby v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím (zvládání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí).
- Usilování o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.

V zařízeních pro seniory by se měla ergoterapie plánovat způsobem, kdy mají jít spolu ergoterapeutické činnosti a metody ergoterapie ruku v ruce. Často se tak stává, že je ergoterapie spojená s dalšími relaxačními prvky, jako je například reminiscenční terapie. (převzato z [17])

## 7.2 Muzikoterapie

Pro výraz muzikoterapie existuje český ekvivalent hudební terapie. Stejně jako ostatní podobné terapeutické přístupy patří hudební terapie mezi přístupy z oblasti expresivních terapií. Expresivní charakteristika značí spojení s uměleckými prostředky a jejich využívání při terapeutických úkonech. Tyto prostředky mají literární, výtvarnou, pohybovou a dramatickou povahu. Formou se jedná o zvukovou terapii, která využívá souvislosti mezi zvukem, komunikací, relaxací a navozením pocitu pohody. Náplní terapie kromě jiného může být pohybová aktivita na hudbu, poslech hudby, zpěv nebo imaginární cvičení.

Hudební terapie nabízí prostředek, jak pozitivně ovlivnit psychiku klienta, pro kterého nejsou ostatní formy terapie vhodné (například ze zdravotních důvodů - slepota) nebo naopak - člověk se celý život zabývá hudbou a zapojením jeho oblíbené činnosti do terapie zvýšíme nebo zrychlíme pozitivní účinek terapie. Důležité je odvést pozornost od klientových obtíží a nabízí nový způsob pohledu na smysl života. Hudba napomáhá hlavně starým lidem.

Hudba v tomto použití pomáhá při snižování chronické bolesti a dá se využít i jako podpůrná terapie u pacientů s rakovinou, dětskou mozkovou obrnou, Parkinsonovou chorobou atd. Hudba k terapii se většinou nevybírání podle estetických kritérií. Obvykle se neklade důraz na obsahovou stránku díla, ale na schopnost bezprostředně působit.

Povzbuzuje se emocionálně laděný fantazijní výklad, výpověď o prožitku apod. Proto se vybírají všeobecně přijatelné skladby klasicko-romantické produkce (Beethoven, Chopin, Čajkovskij), které vyvolávají intenzivní citové prožitky a reakce. Často se užívají lidové písně a etnická hudba a pro některé účely se hodí dokonce agresivní rytmická hudba.

Díky současným poznatkům víme, že hudba může snížit bolest při lékařských procedurách. Jsou zde dvě různé teorie, které vysvětlují, jak hudba může ovlivnit tělo.

Jedna z nich tvrdí, že rezonance způsobená zvukovými vlnami obnovuje přirozený rytmus těl a podporuje uzdravování. Druhá teorie se zabývá tím, jak mozek může reagovat na zvukové vlny, vysíláním pokynů k řízení pulzu, dechu a dalších tělesných funkcí, čímž snižuje krevní tlak a napětí svalů klienta. Při poslechu hudby se může spustit

uvolňování endorfinů, které mají pozitivní dopad na náladu a vnímání bolesti. Dále mohou být vyvolány hezké vzpomínky, které evokují pocit pohody a redukuje stres.

Hudební terapie je uplatněna v zařízeních i mimo domov se zvláštním režimem jako je např. psychiatrická klinika, centra duševního zdraví, domovy důchodců, hospic nebo rehabilitační zařízení.

*„Dělení muzikoterapie podle počtu klientů:*

*Muzikoterapie individuální*

- *Muzikoterapeut pracuje pouze s jedním klientem.*
- *Určena pro klienty, kteří vyžadují individuální přístup.*
- *V praxi je možné propojovat muzikoterapii individuální s muzikoterapií párovou i kolektivní.*

*Muzikoterapie párová*

- *Muzikoterapeut pracuje se dvěma klienty současně.*
- *Indikace vyžaduje více klient než jednoho, přesto je nutné zachovat individuální přístup.*
- *Indikována zejména při řešení vztahových problémů (rodinná terapie, vztahy dětí v kolektivu atd.).*

*Muzikoterapie skupinová*

- *Muzikoterapeut pracuje se skupinou klientů.*
- *Velikost skupiny je závislá na konkrétní charakteristice řešené problematiky.“ [17]*

### **7.3 Pohybové aktivity a taneční terapie**

Tělesný pohyb je nezastupitelnou součástí života jedince a je nezbytným předpokladem pro zdravý růst v tělesné, duševní i společenské úrovni. Jak říká známé přísloví – ve zdravém těle, zdravý duch. Pohyb posiluje imunitu a je prevencí proti různým nemocím, ať už virovým, bakteriálním, tak psychickým. Nedostatkem pohybu se zvyšuje riziko patologických jevů u člověka. Pohybová aktivita je součástí trávení volného času s pozitivním dopadem na klienta (např.: Procházka na čerstvém vzduchu v parku či zahradě, skupinové cvičení). Důležitá je i sociální oblast, kdy klient nedělá pohybovou aktivitu sám, ale v kolektivu. Díky tomu získává pozitivní motivaci od svých souputníků, která jej ve cvičení dále rozvíjí – rehabilitace a rekondice.

U všech stárnoucích lidí se postupem času projevuje pokles fyzické i psychické výkonnosti. Starší generace často chápe své potíže jako přirozený projev stárnutí, ačkoliv tyto potíže by měli vnímat jako chorobu. Zpravidla totiž signalizují chorobu klienta, kterou je potřeba včas identifikovat a nasadit správnou léčbu popřípadě upravit denní režim či

zvyky. K lékaři pak přijdou s již rozvinutými příznaky a následky, se kterými je vzhledem k jejich věku, těžší se vypořádat.

Dělení pohybových aktivit:

- Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova se zaměřuje na lidi se změněným zdravotním stavem. Nejčastěji je vedena pod lékařským dohledem (kondiční cvičení, dechová gymnastika, pasivní pohyby).

- Zdravotní tělesná výchova

Zdravotní tělesná výchova se zaměřuje na lidi se zdravotními limitacemi s různým zdravotním postižením. Vede ji profesionální cvičitel (Např. ze zájmového sdružení či sportovního oddílu). Jedná se o rekondiční pobyty nebo skupinové cvičení.

- Habituální pohybová aktivita

Habituální pohybová aktivita čítá všechny pohybové činnosti běžného života. Nejčastější aktivitou je volná chůze.

- Rekreační sport

Taneční terapie je terapie prostřednictvím tance. Je ovlivněná především těmito faktory – skupina, rytmus, kontakt se zemí, jednoduchost pohybu, opakování, hlasový doprovod a terapeutické prostředky vložené do rituálu. Cílem taneční terapie je zlepšení vnímání a orientace ve vztazích klienta. Klient by měl přijmout sám sebe a zlepšit vztah k sobě samému ve smyslu porozumění.

*„Jak uvádí Mlýnková, taneční a pohybovu terapií u seniorů se rozumí psychotherapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Má spíše psychologický a sociální význam než estetický. Nejde ani tak o ladnost nebo přesnost pohybu, více jde o využití možnosti nonverbálně komunikovat a neostýchat se tančit. Taneční terapie se zaměřuje na rozvoj a podporu zdraví, na zlepšení stavu lidí s chronickými chorobami.“ [17]*

## 7.4 Arteterapie

Prostředkem arteterapie je využívání výtvarného umění s cílem osobního vyjádření v rámci komunikace, které je ovlivněno věkem, stavem a potřebami klienta. Každý klient má stanovený individuální plán a následný cíl, kterého chce prostřednictvím arteterapie dosáhnout. K těmto cílům patří:

- Uvolnění
- Sebeprožívání a sebevnímání
- Vizuelní a verbální organizace zážitků
- Poznání vlastních možností



- Přiměřené sebehodnocení
- Růst osobní svobody a motivace
- Svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů emocí nebo konfliktů
- Rozvoj fantazie
- Nadhled
- Celkový rozvoj osobnosti

Sociální cíle:

- Vnímání a přijetí druhých lidí
- Vytváření uznání jejich hodnoty
- Navázání kontaktu
- Zapojení do skupiny a kooperace
- Komunikace
- Společné řešení problémů
- Zkušenost, že druzí mají podobné zážitky jako já
- Reflexe vlastního fungování v rámci skupiny
- Pochopení vztahů
- Vytváření sociální podpory

Arteterapie se dělí na individuální a skupinovou terapii. Kromě jiného pomáhá starším klientům ke zlepšení jejich pohybových schopností. Je třeba dbát na jejich pohybovou nejistotu a často jsou omezeni bolestivými podněty. Je důležité si uvědomit, že arteterapie je vždy spojená se současnými i minulými životními zkušenostmi starších lidí. Díky arteterapii se u seniorů aktivizují zbytky jejich vitality, flexibility a stimulace jejich kreativity.

## 7.5 Dramaterapie

Dramaterapie využívá divadlo jako prostředek léčby. Snaží se o praktické využití dramatu při rehabilitaci a léčení lidí trpících různými obtížemi. Cílem dramaterapie je pomocí improvizovaných situací „tady a teď“ zmírnění psychické poruchy, mentálního postižení a psychologických či sociálních problémů. Klienti prostřednictvím dramaterapie prožívají emoce a integrují se do skupiny. Dramaterapie spolu s muzikoterapií, biblioterapií a taneční a pohybovou terapií spadá do skupiny arteterapií, které prostřednictvím uměleckých prostředků záměrně upravují narušenou činnost organismu.

Dramatické prostředky vedle dramaterapie využívají i další terapeutické přístupy – psychodrama, sociodrama, psychogymnastika a teatroterapie. Dramaterapii nejbližší je teatroterapie, ta klade velký důraz také na konečný produkt (divadelní tvar inscenace).

Psychodrama je na rozdíl od dramaterapie více realistické (klient hraje sám sebe) a

individuální, tyto disciplíny se od sebe oddělily ve druhé polovině 20. Století. (převzato z [18])

Dramaterapie se liší od ostatních terapií využíváním fikce a hry v roli. Jedná se o skupinovou aktivitu, která primárně neřeší pouze problémy jednotlivce. Terapeut většinu času vystupuje v roli a klienty podněcuje improvizací.

Jedinec může prostřednictvím improvizace vyjádřit svůj vnitřní stav, své asociace a je přitom zcela svobodný a spontánní. Učí se okamžitě reagovat, což je při běžné v normálním životě. Člověk nemá čas se na situace připravit, ale je nutná jeho okamžitá reakce. Improvizaci lze ztížit nebo směřovat stanovením místa, času či situace a tak se lze zaměřit přímo na situace, které dělají klientovi problémy. Jako doplněk lze využívat pantomimu, kostýmy, masky nebo kulisy.

Klienty dramaterapie se mohou stát prakticky jakýkoliv klienti, ať už se jedná o jedince s mentálním postižením, autismem, psychotickými poruchami, poruchami učení nebo chování, či o jedince ve výkonu trestu. Dramaterapii se může zúčastnit kdokoliv a plně zapadne do kolektivu, protože v dramatu lze vytvořit roli, pro každého jedince. Jedinec se sám rozvíjí v rámci skupiny a pomáhá se rozvíjet ostatním.

Stejně jako klientela jsou tedy velmi variabilní i cíle dramaterapie od změny chování, očního kontaktu, rozvoje empatie, fantazie, rozvíjení sebedůvěry, integraci osobnosti, pocitu zodpovědnosti, kontrola vlastních emocí, sociální interakce. Specifické cíle sezení se potom liší podle skupiny klientů, u seniorů je hlavním cílem například cvičení paměti, u dětí s autismem docílení změny v jejich chování. Cíle dramaterapie lze vytyčit dle významné kanadské dramaterapeutky R. Emunahtakto:

- Zvyšování sociální integrace a interpersonální inteligence
- Získání schopnosti uvolnit se
- Zvládnutí kontroly svých emocí
- Změna nekonstruktivního chování
- Rozšíření repertoáru rolí pro život
- Získání schopnosti spontánního chování
- Rozvoj představivosti a koncentrace
- Posílení sebedůvěry a sebeúcty
- Získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení a možnosti (převzato z [19])

## 7.6 Zooterapie

„Zooterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založené na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.“ [17]

Využívané metody se zooterapie dělí na:

- Aktivita za pomoci zvířat
- Terapie za pomoci zvířat
- Vzdělávání za pomoci zvířat
- Krizová intervence za pomoci zvířat

Nejčastěji využívaným druhem zvířat pro zooterapii jsou psi, kočky, (koně a delfíni).

V posledních se v České republice v zařízeních pro seniory využívá canisterapie, která se dá definovat jako terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví klienta. Provádí se skupinovou nebo individuální formou a rozvíjí jemnou i hrubou motoriku, orientaci v prostoru a motivuje klienta k účasti na léčebném procesu.

Canisterapie se u seniorů zabývá hlavně řešením psychologických a sociálně integračních problémů a kladně působí na fyzické zdraví člověka.



**Obr. 6.** *Terapeutický pes je vždy řádně označen [27]*

## 7.7 Trénink paměti

Vzhledem k tomu, jak se zvyšuje počet seniorů ve společnosti, získává téma cvičení paměti na důležitosti. Paměť se skládá ze čtyř následujících částí:

- Impregnace
- Retence
- Konzervace
- Reprodukce

Paměti se dále dělí z časového hlediska na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.

Krátkodobá (senzorická) paměť se vyznačuje dominantními znaky – trvá cca 10-20 sekund, po uplynutí uvedené doby jsou informace zapomenuty, kapacita tohoto typu paměti je až 9 položek (např.: Bingo).

Střednědobá paměť se vyznačuje dominantními znaky – trvání v hodinách až dnech, opakováním se informace může přesunout do paměti dlouhodobé (např.: Informace běžného dne – co bylo ve zprávách, co měl klient k jídlu).

Dlouhodobá paměť se vyznačuje dominantními znaky – trvání je časově i kapacitně neomezené, zachování informací ze vzdálené minulosti, s věkem se zvětšuje na úkor krátkodobé paměti (např.: Znalosti ze školy). (převzato z [14,17])

### 7.7.1 Konkrétní trénink

Efektivita tréninku paměti roste se zdravotní kondicí seniora. Efektivitu silně snižují poruchy kognitivních funkcí. Možnosti tréninku paměti dělíme na individuální a skupinové.

Mezi individuální tréninkové postupy patří výuka pomocí pracovních sešitů, procvičování paměti prostřednictvím počítačových aplikací, trénink s asistencí profesionálního pracovníka (např. osobní asistence) nebo člena rodiny.

Mezi skupinové tréninkové postupy patří výuka pod vedením lektora, kdy klienti luští křížovky, vybarvují mandaly, hrají slovní hry, tvoří přísloví, opakují si rčení, atp.

## ÚKOLY NA PROCVIČENÍ KRÁTKODOBÉ PAMĚTI

- 1.** Pozorně si přečtěte následující slova. Poté výčet zakryjte a pokuste se vzpomenout si na tato slova (nemusí být v uvedeném pořadí). Úlohu si také můžete rozdělit na dvě části a snížit tím obtížnost, nebo naopak zvýšit obtížnost tím, že se pokusíte zapamatovat si slova v přesném pořadí. Pomůžete si i tím, že si slova nahlas přečtete.

HRAD ČTVRTKA KOPRETINA KRAJÍC HARFA KOPA  
SLUNCE ŽOKEJ PLAMEN TRAMVAJ BRAMBORA

- 2.** Varianta minulého cvičení s tím, že i zde si můžete sami zvolit obtížnost, místo slov jsou však použity obrázky.



- 3.** Varianta minulého cvičení s tím, že i zde si můžete sami zvolit obtížnost, místo slov jsou však použity číslice, což samo o sobě zvyšuje obtížnost.

2 9 11 60 3 52 7 6 15 1

- 4.** Další možností je procvičování, kde jsou zvolena křestní jména.

Jarmila Adam Vladimír Jana Petr Martin Svatava  
Štěpán Michaela Karel

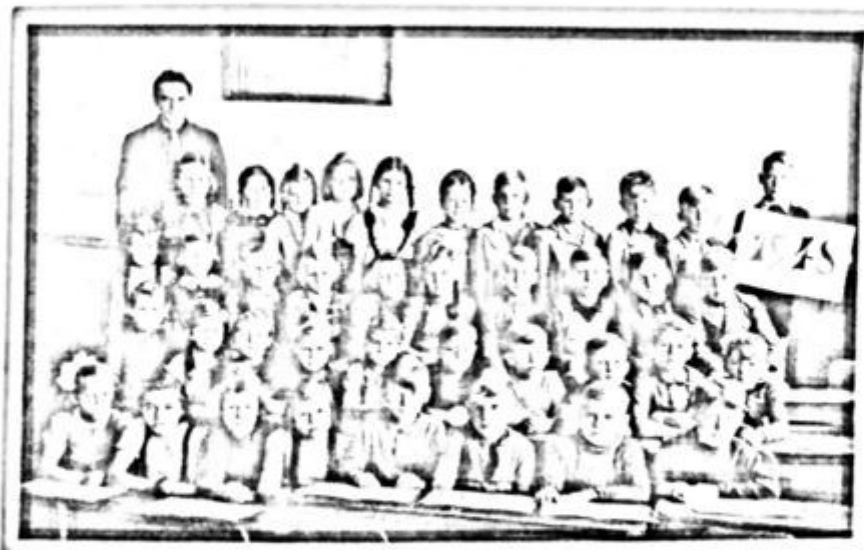
- 5.** Při procvičování lze využít i barev, opět je možné zvolit vhodnou variantu obtížnosti.  
Vytvořte puntíky dle vzoru.



Obr. 7. Konkrétní cvičení krátkodobé paměti [14]

## ÚKOLY NA PROCVICENÍ DLOUHODOBÉ PAMĚTI

- Najděte svou fotografii z dob školní docházky, nejlépe skupinové foto celé třídy. Fotografie si prohlédněte a pokuste se vzpomenout si na jména a příjmení všech spolužáků.



- Pokuste se vybavit si ze svých školních let nějakou básničku, kterou jste se tehdy učili zpaměti a zkuste ji celou zvládnout odrecitovat.
- Pokuste se sepsat co nejvíce různých historických, pohádkových, románových či hereckých dvojic osob, které k sobě patří, např. Romeo a Julie, Hanzelka a Zikmund, Laurin a Klement a další.

*Obr. 8. Konkrétní cvičení dlouhodobé paměti [14]*

### 7.8 Montessori pro seniory

Při vyslovení Montessori principů si člověk obvykle představí principy, které jsou spojené s výchovou dětí. Tyto pravidla se ale velmi dobře uplatňují i se seniory. Termín Montessori pro seniory není jen další ze způsobů aktivizace seniorů, jde také o emoční sblížení při aktivizaci a o prožívání a opakování rituálů, které se konají v průběhu roku.

Jestli je to v domově aspoň trochu možné, bere se při každodenních činnostech ohled na potřeby a životní rytmus klienta. Stejně jako zakladatelka Marie Montessori, tak i maďarská lékařka E. Pikler pomohla utvářet termíny spojené s Montessori principy, jako jsou např.: pozornost, ohleduplnost, ošetřovatelství s tvorbou vztahu s ošetřovaným. Obě doktorky se tak shodly v tom, že Montessori vyznačuje cestu, která je velmi nápomocná v ohleduplném ošetřování seniorů, a že tento princip je i dobrým základem pro celkovou koncepci v oblasti pečování o seniory.



Tento způsob aktivizace je spojen hlavně se spolurozhodováním pečujícího a klienta domova. Jde o co největší míru odpovědnosti klienta, o jeho způsob přijetí sebe sama, i se svými silnějšími a slabšími stránkami a začleněním do chodu domova.

Pečovatel by se měl umět zeptat sám sebe, jak by se on v roli seniora ve stejné situaci zachoval.

*„Skutečná pomoc ve stáří si název „pomoc“ zaslouží tam, kde lidé mohou žít s pocitem sebeurčení, tam, kde se každodenně uplatňuje základní pravidlo Marie Montessori „Pomoz mi, abych to udělal sám“ a kde životní náplň celého týdnu je každodenně poskytovat pozornost, ohleduplnost a úctu i emoční sblížení.“ [25]*

Středobod práce s Montessori principy je pokaždé člověk, v tomto případě klient domova. Díky ovlivnění psychiky klienta se klient více soustředí na uvědomění sebe sama a je více otevřený vůči jiným názorům. Snaha o smysluplný důstojný život a jeho hodnoty v domově je propojena s úctou a ohleduplným přístupem.

Principy Montessori s klienty jsou různé, jedná se hlavně o:

- Cílenou práci, která se soustředí na aktivizování jak jednotlivců, tak i skupin
- Workshopy pro rodinné příslušníky
- Péče, která je založena na vytváření vztahů dle Marie Montessori
- Každodenní utváření situací všedního dne (obzvláště pro klienty s demencí)

Montessori pro seniory				
↓	↓	↓		
Opatrování s vytvořením osobních vztahů	Cílená podpora	Vytváření nových možností		
↓	↓	↓	↓	↓
pozornost	práce se skupinami a jednotlivci	přeprogramování struktury dne		přeprogramování forem služeb
↓	↓	↓	↓	↓
aktivizující péče	působení na smyslové vnímání seniorů	společná snídaně	zvýšení kvality života	ošetřování seniorů minimálně 40 h/zařízení
↓	↓	↓	↓	↓
krátkodobé aktivizace všemi členy týmu	aktivizující nabídky pro čas volna	oběd nebo večeře formou bufetu	geragogické uspořádání prostoru	doškolení členů týmu
↓			↓	
doškolení členů týmu			pomoc při orientaci (klientům s demencí)	

**Obr. 9.** Začlenění metod dr. Montessori do práce ústavů a zařízení [25]

### 7.8.1 Montessori využívaná v sociálních zařízeních

*„Aplikace principů Montessori není vhodná jen pro seniory v ústavní péči. I rodinní příslušníci mohou hrát důležitou roli v podpoře aktivit, které vedou k samostatnosti a přinášejí radost z rolí zvyšujících sebehodnocení. Montessori se dá uplatnit v jakémkoliv prostředí, kde lidé s demencí žijí. Je také možné, aby lidé s demencí i nadále měli své místo ve své komunitě. Příkladem modelu, který je pohyblivý a má schopnost se průběžně měnit, stále hledá nové způsoby zapojení a poskytuje potěšení, jsou mezigenerační programy. Pro ty organizace, které měly dost odvahy změnit svůj způsob poskytování péče, to znamenalo, že jejich pracovníci museli doslova postavit všechno, co si mysleli, že ví o demenci, na hlavu. Znamenalo to, že se museli nově podívat a pečovatelské postupy a mít odvalu změnit to, co dosud dělali. Člověk s pokročilou demencí, který se naučí nalévat pití k jídlu, člověk, který se znovu dokáže najíst tím, že bude opakovat činnosti podporující jemnou motoriku, člověk, který se naučí prostřít stůl podle určitého vzoru, jsou jen některé příklady toho, jak prostředí podle Montessori principů může zvýšit kvalitu života starších občanů, kteří mají problémy s pamětí.“ [26]*

### 7.9 Motogeragogika

Motogeragogika neboli psychomotorická aktivizace seniorů, je aktivizační metodou, která rozvíjí stávající smyslové schopnosti u klientů pomocí speciálně zaměřeného cvičení. Rozvíjí smysly, u kterých je největší potenciál na zlepšení, čímž se snaží zvýšit soběstačnost klienta. Mezi nejčastěji rozvíjené smysly patří schopnost pohybu (mobilizace), prevence pádů, trénink paměti a dalších kognitivních schopností. Tento trénink lze provádět jak ve skupinách, tak i pomocí individuálních hodin. Během psychomotorické aktivizace seniorů následuje v krátkém časovém sledu intenzivní, cílené a krátkodobé aktivizace, které procvičí různé smyslové schopnosti klientů. Například se začíná aktivitou zaměřenou na trénink paměti, následuje pohybová aktivita hrubé motoriky. Pokračuje zapojení dalších smyslů jemné motoriky a aktivizaci lze zakončit gymnastickým cvičením. Klienti mají tak možnost během aktivizace narazit na svoji silnější stránku a zvýšit si své sebevědomí. Dochází k celkovému zvýšení radosti života a k uchování a znovu vytvoření schopností zvládnout úkony všedního dne. Celý proces je zaměřen na tři základní kompetence:

- Schopnost vyrovnat se sám se sebou, se svými potřebami (zvyšování a udržování sebedůvěry, schopnost uvědomit si sebe samého, uchování samostatnosti a vnitřní pozitivní hodnocení).



- Schopnost zacházet s věcmi (Sem spadá cvičení jemné a hrubé motoriky, které je základním předpokladem k používání předmětů běžného života – přístroje, knoflíky, zipy, tlačítka elektronických přístrojů).
- Schopnost sociálního soužití (Udržení začlenění ve společnosti, schopnost kontaktu s ostatními osobami, schopnost emocionálního vnímání a vyjadřování, zachování morálních zásad, schopnost vnímat mezilidské vztahy). (převzato z [25])

## 8. Praktická část

V praktické části jsou popsány průzkumné metody, které jsem k praktické části použila. V rámci možností domova a jeho klientů byla pro mě volba průzkumu pomocí kazuistik ideální. Řeší se zde i vysvětlení, proč jsem si zvolila tento typ průzkumných otázek. Na konci jsou popsány závěry případových studií.

Cílem průzkumu byla možnost pozměnit aktivizaci klientů Domova tak, aby jim více vyhovovala a byla soustředěná na každého klienta a aby byl zaměřený na individualitu každého klienta. V praktické části jsou také rozhovory se čtyřmi klientkami Domova se zvláštním režimem CSOP Prahy 15.

Kazuistika se věnuje konkrétnímu případu klienta, soustředí se hlavně na anamnézy klienta. Tento způsob je pro mou diplomovou práci vhodný, klienti Domova jsou ochotní tyto anamnézy probrat v rámci rozhovoru, poté odpovídali na krátký dotazník ohledně jejich spokojenosti v rámci aktivizačních programů.

### **Základní průzkumná otázka je:**

Jak klienti Domova se zvláštním režimem vnímají aktivizaci

### **8.1 Průzkumné otázky**

- 1) Je nějaká aktivita, kterou byste si ráda zkusila v rámci aktivizace (arteterapie, muzikoterapie, trénink paměti, kreativní techniky, canisterapie, hraní deskových her)?
- 2) Co za aktivizační pomůcky Vám vyhovují (hudební nástroje, pomůcky pro kresbu a malbu, modelína, pomůcky pro péči o květiny, rádio pro muzikoterapii)?
- 3) Jak hodnotíte péči aktivizačních pracovníků?
- 4) Myslíte si, že Vám skupinová aktivizace pomáhá se s ostatními více sblížit?
- 5) Chtěla byste si zkusit nějakou aktivitu, která je pro Vás z důvodu Vašeho omezení nemožná (sportování, výlety, vaření, hraní na hudební nástroj, návštěva divadla, nakupování)?

### **8.2 Kazuistiky**

V průzkumu jsem se zaměřila na krátký nástin anamnéz klientek, které mi poskytly cenné údaje pro sestavení vhodných průzkumných otázek. Otázky jsou zaměřeny na vyhodnocení aktivizačních programů, abychom zjistili jejich přínos pro klienty.

### 8.2.1 Kazuistika paní K., věk: 62 let

Paní K. má manželem syna, kterému je 40 let, dále pak dceru, které je 36 let. Paní K. má 4 vnoučata. Je to bývalá sekretářka ředitele. Z důvodu nemoci byla 20 let doma, později ale musel manžel pracovat a tak se paní K. dostala zde do Domova. Podstoupila transplantaci kostní dřeně, nyní má diagnostikovanou roztroušenou sklerózu. Při aktivizaci v Domově je aktivní, prosociální. Paní má pozitivní přístup k životu, má ráda tmavší barvy. Ráda se v Domově stará o zahradu.

#### Otázky a odpovědi

**1) Je nějaká aktivita, kterou byste si ráda zkusila v rámci aktivizace (arteterapie, muzikoterapie, trénink paměti, kreativní techniky, canisterapie, hraní deskových her)?**

Mám ráda malování.

**2) Co za aktivizační pomůcky Vám vyhovují (hudební nástroje, pomůcky pro kresbu a malbu, modelína, pomůcky pro péči o květiny, rádio pro muzikoterapii)?**

Mám problémy s motorikou, ale velice mě bavila práce na počítači, a ráda bych si to zopakovala.

**3) Jak hodnotíte péči aktivizačních pracovníků?**

Velice dobře, má to smysl, den potom uteče úplně jinak. Zapojení do aktivizace je úžasné.

**4) Myslíte si, že Vám skupinová aktivizace pomáhá se s ostatními více sblížit?**

Ano, určitě. Je to dobré i pro rozvoj myšlení.

**5) Chtěla byste si zkusit nějakou aktivitu, která je pro Vás z důvodu Vašeho omezení nemožná (sportování, výlety, vaření, hraní na hudební nástroj, návštěva divadla, nakupování)?**

Jsem odkázaná na pomoci ostatních, ráda bych si vyjela na výlet. Také mě baví snaha o jemnou motoriku.

#### Paní K. závěr

Tato klientka byla při rozhovoru v dobré náladě, ostatně jako většinu času, když ji v Domově potkám. Je imobilní, proto se po Domově pohybuje pomocí invalidního vozíku. Na průzkumné otázky jsem se jí ptala rovnou při aktivizaci, paní K. je velice sdílná a má ráda společnost. Užívá si, když může být v centru dění, a k aktivizaci se vždy připojí. Co paní K. miluje, je cvičení jemné motoriky skrze vybarvování obrázku fixami. Ač má problém fixu udržet, dokáže obrázek krásně vymalovat. Klientka je velmi společenská, a je radost si s ní povídat.

### **8.2.2 Kazuistika paní N., věk: 91 let**

Paní N. je bývalá účetní. Mám dva syny, jsou to dvojčata, je jim 64 let. Jeden ze synů žije v Česku. Ten se o paní N. stará, navštěvuje jí každý týden. Druhý syn žije 30 let v zahraničí. Při aktivizaci je Paní N. aktivní, ale má ráda i svůj klid.

#### **Otázky a odpovědi**

**1) Je nějaká aktivita, kterou byste si ráda zkusila v rámci aktivizace (arteterapie, muzikoterapie, trénink paměti, kreativní techniky, canisterapie, hraní deskových her)?**

Jsem stále buďto na vozíku, nebo v posteli, proto jiné aktivity nevyhledávám.

**2) Co za aktivizační pomůcky Vám vyhovují (hudební nástroje, pomůcky pro kresbu a malbu, modelína, pomůcky pro péči o květiny, rádio pro muzikoterapii)?**

Nejvíce mi vyhovuje aktivita, do které jsem schopna se zapojit. Líbí se mi péče o květiny, poslech hudby.

**3) Jak hodnotíte péči aktivizačních pracovníků?**

Práce aktivizačních pracovníků je bezvadná. Vidím v tom snahu pomoci, kterou potřebuji.

**4) Myslíte si, že Vám skupinová aktivizace pomáhá se s ostatními více sblížit?**

Jistě, ano – pomáhá.

**5) Chtěla byste si zkusit nějakou aktivitu, která je pro Vás z důvodu Vašeho omezení nemožná (sportování, výlety, vaření, hraní na hudební nástroj, návštěva divadla, nakupování)?**

K aktivitám se ráda připojím, když můžu.

#### **Paní N. závěr**

Pro paní N. je typické, že si s ostatními ráda povídá a stejně jako paní K. se jí líbí být v centru dění. Při aktivizacích se ráda zapojuje, ale jak sama říká, zapojí se ráda k takové aktivitě, kterou sama zvládne. Po Domově se pohybuje pomocí invalidního vozíku. Při rozhovoru jsem byla s klientkou na zahradě Domova, jelikož bylo krásné počasí, a tak mohla aktivizace probíhat v altánku na zahradě. Paní N. byla mile překvapená, že jsem přišla na aktivizaci i v sobotu, a hned jsme se zapovídaly. Tato klientka Domova je jedna z mnohých, které tvoří jedinečnost tohoto Domova.

### **8.2.3 Kazuistika paní I., věk: 89 let**

Paní I. Studovala ekonomii, a celý život v tomto oboru pracovala. Má jednu dceru, která žije v Praze, bohužel dcera nemá čas ji navštívit. Když se rozhodne se zapojit do aktivizace, je vidět, že je soustředěná a je ráda ve společnosti ostatních. Paní N. je při aktivizaci šikovná, ráda si při aktivizaci zpívá.

#### **Otázky a odpovědi**

**1) Je nějaká aktivita, kterou byste si ráda zkusila v rámci aktivizace (arteterapie, muzikoterapie, trénink paměti, kreativní techniky, canisterapie, hraní deskových her)?**

Ano, mám ráda zpěv.

**2) Co za aktivizační pomůcky Vám vyhovují (hudební nástroje, pomůcky pro kresbu a malbu, modelína, pomůcky pro péči o květiny, rádio pro muzikoterapii)?**

Baví mě kreslení, vyrábění a zpěv.

**3) Jak hodnotíte péči aktivizačních pracovníků?**

Jsem ráda, když sem aktivizační pracovník zajde, ale jinak se zde připadám jako zžděná.

**4) Myslíte si, že Vám skupinová aktivizace pomáhá se s ostatními více sblížit?**

To si nemyslím. To co mi tu chybí, jsou pořádné rehabilitace.

**5) Chtěla byste si zkusit nějakou aktivitu, která je pro Vás z důvodu Vašeho omezení není možná (sportování, výlety, vaření, hraní na hudební nástroj, návštěva divadla, nakupování)?**

Ano, ráda bych se začala učit na klavír.

#### **Paní I. závěr**

Paní I. je opravdu dáma, která se svůj názor a postoj nebojí dát najevo. Většinou ji potkám v jídelně nebo v jejím pokoji v druhém podlaží. Toto patro spojují s prvním patrem schody, se kterými nemá paní I. žádný problém. Když klientku potkám v jídelně, a začíná aktivizace, a paní I. má zrovna dobré rozpoložení, ráda se k aktivizaci připojí, a moc ráda zpívá. Zpěv ji baví, ale k rozhovoru musí být ve sdílné náladě. Má ráda svůj klid na pokoji, a tak většinu času raději tráví sama na pokoji, než v jídelně. Tato klientka je často nespokojená s chodem Domova, chybí ji zde více rehabilitace, a určitě by ráda uvítala návštěvu dcery, která na ni ale nemá čas, a tím se její rozpoložení zhoršuje. Je zde snaha, aby paní I. trávila víkendy s rodinou, a nemusela se tak cítit podle jejích slov jako zžděná.

### **8.2.4 Kazuistika paní Č., věk: 83 let**

Paní Č. byla vyučená prodavačka. Měla na starost skupinu učňů. S rodinou se ráda setkává, často si se svou rodinou telefonuje. Má starší dceru, která je svědomitá a ráda Paní Č. pomůže. Paní je při aktivizaci šikovná, ráda se do programu zapojuje. Je ráda v kolektivu, baví jí práce s mládeží. Paní Č. je aktivní, ráda lidem okolo sebe pomáhá. V minulosti ráda chodila cvičit.

#### **Otázky a odpovědi**

**1) Je nějaká aktivita, kterou byste si ráda zkusila v rámci aktivizace (arteterapie, muzikoterapie, trénink paměti, kreativní techniky, canisterapie, hraní deskových her)?**

Canisterapie

**2) Co za aktivizační pomůcky Vám vyhovují (hudební nástroje, pomůcky pro kresbu a malbu, modelína, pomůcky pro péči o květiny, rádio pro muzikoterapii)?**

Ráda se starám o květiny a zahradu (takže pomůcky k tomu potřebné), také ráda tvořím s papírem, to mi přijde zajímavé.

**3) Jak hodnotíte péči aktivizačních pracovníků?**

Velmi dobře.

**4) Myslíte si, že Vám skupinová aktivizace pomáhá se s ostatními více sblížit?**

Ano.

**5) Chtěla byste si zkusit nějakou aktivitu, která je pro Vás z důvodu Vašeho omezení nemožná (sportování, výlety, vaření, hraní na hudební nástroj, návštěva divadla, nakupování)?**

Určitě bych ráda vyrazila na výlet a také na divadelní představení.

#### **Paní Č. závěr**

Paní Č. je vskutku veselá, ráda se do aktivizace zapojí, a nepohrdne ani rozhovorem na jakékoliv téma. Klientka je opravdu pozitivně naladěná, a to pokaždé, když ji v jídelně uvidím. Je společenská, a ráda si povídá i s ostatními klienty. Při rozhovoru a odpovídání na otázky s úctyhodným nadhledem komentovala svoje záliby a přání. Při aktivizacích spolupracuje, vyjadřuje svůj zájem a radost nad společnou tvorbou.

### 8.2.5 Vyhodnocení jednotlivých otázek

Z odpovědí na první otázku vyplývá, že klientky jsou se stávajícími aktivizacemi spokojeny, a kdyby byla možnost vyzkoušet jiný druh aktivizace, tak by to měla být canisterapie. Doporučuji zajistit na vyzkoušení asistenčního psa, abychom mohli zhodnotit případný účinek a možnost zařazení do programu aktivizací.

Z odpovědí na druhou otázku vyplývá, že klientky jsou spokojeny s procvičováním jemné motoriky. Mají rády tvoření s papírem. Baví je i kreslení, zpěv a péče o květiny a zahradu. Aktivity musí být uzpůsobeny jejich možnostem pohybu. Doporučuji pokračovat ve stávajících aktivitách a zařadit práci s počítačem do aktivizace.

Z odpovědí na třetí otázku vyplývá, že klientky jsou s aktivizačními pracovníky velmi spokojené a oceňují jejich práci. Aktivizace jim vyplňuje volný čas, který tak tráví smysluplně. Doporučuji předat tuto zpětnou vazbu aktivizačním pracovníkům, aby byla podpořena jejich motivace nadále s aktivizací pokračovat.

Z odpovědí na čtvrtou otázku vyplývá, že klientky se díky aktivizaci socializují a udržují si schopnosti sociální interakce. Některé z nich to berou jako samozřejmost, jiné to naopak oceňují. Doporučuji častější zapojení klientů do společných aktivit a podporu volné konverzace.

Z odpovědí na pátou otázku vyplývá, že klientky nepřišly o své sny a přání. Rády by se realizovaly a podnikly společný výlet či navštívily kulturní představení. Dokonce by se jedna klientka ráda začala učit na hudební nástroj. Doporučuji klienty motivovat k častější muzikoterapii a připravit v rámci možností výlet mimo zařízení. Lze zajistit podporu od dobrovolnické organizace, která by pomohla s personálním zajištěním aktivity.



## 9. Ukázka konkrétní aktivizace



*Obr. 10. Ukázka aktivizace 1*



*Obr. 11. Ukázka aktivizace 2*





*Obr. 12. Ukázka aktivizace 3*



*Obr. 13. Ukázka aktivizace 4*



*Obr. 14. Ukázka aktivizace 5*

## Závěr

Ve své diplomové práci Život klientů domova se zvláštním režimem a jejich aktivizace se věnuji stáří z pohledu dnešní doby, hlavně také problematice aktivizace klientů v domovech se zvláštním režimem. Cílem této práce a průzkumu je snaha o rozšíření pochopení způsobu aktivizace, který více vyhovuje požadavkům klientů. Snaha aktivizačních pracovníků, pečovatelek, zdravotních sester, aktivizační pracovnice pobytových sociálních služeb, uklízeček a dalšímu personálu Domova je taková, aby měli klienti možnost prožít důstojné stáří a aby byli v Domově co nejvíce spokojeni. Aktivizace klientů je bohužel nedostatečně profesionalizovaná. Aktivizace jsou podmíněné finančním rozpočtem, možnostmi personálu a nabídkou služeb v dostupném okolí.

Na začátku práce se zabývám rešeršní činností v oblasti sociální práce a terapeutických přístupů, které jsou vhodné pro použití v domově se zvláštním režimem. Neopomím ani personální stránku aktivizace, která klade velmi vysoké nároky na pracovníky všech druhů profesí, které jsou v zařízení zapojeny. Dále charakterizuji konkrétní zařízení, kde aktivizuji, a ve kterém sleduji vliv aktivizací na klienty. Bohužel z důvodů covidové situace jsem nemohla porovnat situaci ve více zařízeních. Zařízení mělo velmi přísný režim a nedostatek personálu, který se vyhnul nákaze, takže práce v jiném zařízení by velmi zkomplikovala situaci v CSOP Praha 15.

V praktické části provádím průzkum mezi klienty domova se zvláštním režimem a zjišťuji vliv aktivizace na jejich duševní a fyzické schopnosti a pohodu. Z průzkumu vyplývá, že vliv aktivizace je přínosný a potřebný. Klienti jej hodnotí kladně, ačkoliv jsou k práci i výhrady, ale ty jsou ovlivněny osobními specifiky klienta. S klienty trénuji jemnou motoriku prostřednictvím kreativních technik. Dále procvičujeme paměť pomocí slovních her a různých příběhů. Užitečná je reminiscenční terapie nebo muzikoterapie, kterou si obzvláště paní I. oblíbila.

Díky průzkumu můžeme vylepšit program aktivizací, abychom je upravili na míru a zvýšily jejich přínos. Například zařazení více kulturních akcí do programu zařízení. Klienti by také rádi vyzkoušeli canisterapii, která by byla užitečná i pro pracovníky zařízení, kteří si po namáhavém období potřebují doplnit energii.

## Seznam použité literatury

- [1] MACH, Petr. Zákon o sociálních službách: komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2019. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7552-246-7.
- [2] MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- [3] Zákon č. 108/2006 Sb. In.: Sbírka zákonů České republiky, 2006, ročník 2006, číslo 108.
- [4] HOLMEROVÁ, Iva. Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6
- [5] Beauvoir, S. de: La Vieillesse. Paříž 1970; Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Praha 1990
- [6] Bc. Kateřina Božková. Sociální aspekty stáří a stárnutí. Brno, 2013
- [7] Gobbens RJ, Lijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Frail elderly: Identification of a population at risk. Tijdschr. Gerontol. Geriatr. 2007; 38(2): 65–76
- [8] Csop-praha15: Sociálně zdravotní služby [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z: <https://www.csop-praha15.cz/socialne-osetrovatelska-jednotka/>
- [9] *Můj Důchod: Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15 [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z: <https://www.mu duchod.cz/centrum-socialni-a-osetrovatelske-pomoci-praha-15-207>*
- [10] Csop-praha15 [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z: <https://www.csop-praha15.cz/kontakty/>
- [11] RESSNER, MUDr. Pavel. ALZHEIMEROVA CHOROBA – DIAGNOSTIKA A LÉČBA. NEUROLOGIE PRO PRAXI [online]. FN Ostrava-Poruba, 2004 [cit. 2021-5-6]
- [12] Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, ČÁST TŘETÍ: Služby sociální péče
- [13] Ikem: Ischemická choroba srdeční - ICHS. Ikem [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/ischemicka-choroba-srdecni-ichs/a-420/>
- [14] SUCHÁ, Jitka a Iva HOLMEROVÁ. *Praktický rádce pro život seniora: trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...* [Brno]: Edika, 2019. ISBN 9788026427094
- [15] Zdraví - Euro.cz [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/depese-test-priznaky-leky-prirodni-antidepresiva/>
- [16] Wikisofia: Deprese [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z: <https://wikisofia.cz/wiki/Deprese>



- [17] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5
- [18] VALENTA, MILAN, 1958-. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. vyd. Praha: Grada 264 s. s. ISBN 978-80-247-3851-2, ISBN 80-247-3851-1
- [19] EMUNAH, Renée. Acting For Real. *dx.doi.org*. 2013-10-28  
DOI:10.4324/9780203765784
- [20] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
- [21] KUBISOVÁ, Alena. Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory. Zlín, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, PhD.
- [22] RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8
- [23] Psychologie.cz [online]. 12.02.2015 [cit. 2021-7-5]. Dostupné z:  
<https://psychologie.cz/syndrom-pomocnika/>
- [24] Program health plus [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z:  
<https://programhplus.cz/syndrom-vyhoreni-ohrozuje-stale-vice-lidi-jak-se-mu-branit>
- [25] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0
- [26] HOTOVÁ, Veronika a Kateřina ENDRŠTOVÁ. Sociální služby. Sociální služby. Tábor, 2017, 2017(5), 42. ISSN 1803-7348.
- [27] Helppes: Canisterapie [online]. [cit. 2021-7-5]. Dostupné z:  
<https://helppes.cz/canisterapie/#group-4>

## **Seznam obrázků**

Obr. 1. Poloha CSOP Praha 15 [9]

Obr. 2. CSOP Praha 15 [10]

Obr. 3. Časové rozložení symptomů při AD [11]

Obr. 4. Změny v mozku vlivem deprese [16]

Obr. 5. Potřeby člověka ve stáří [2]

Obr. 6. Terapeutický pes je vždy řádně označen [27]

Obr. 7 Konkrétní cvičení krátkodobé paměti [14]

Obr. 8 Konkrétní cvičení dlouhodobé paměti [14]

Obr. 9 Začlenění metod dr. Montessori do práce ústavů a zařízení [25]

Obr. 10 Ukázka aktivizace 1

Obr. 11 Ukázka aktivizace 2

Obr. 12 Ukázka aktivizace 3

Obr. 13 Ukázka aktivizace 4

Obr. 14 Ukázka aktivizace 5

## **Seznam tabulek**

**Tab. 1.** Denní režim klientů