

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta

Bakalářská práce

SPECIFIKA VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT SENIORŮ V DOMOVĚ SE  
ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Autor práce: Melicharová Eliška  
Vedoucí práce: Mgr. Věra Suchomelová, Th.D.  
Studijní obor: Pedagogika volného času

2024

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 26. 3. 2024

.....

Eliška Melicharová

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat především vedoucí mé práce Mgr. Věře Suchomelové, Th.D., děkuji za cenné odborné rady, věcné připomínky, vstřícnost a trpělivost při konzultacích během vypracování bakalářské práce. Dále děkuji zaměstnancům a vedení v zařízeních, díky nimž jsem práci vypracovala. A také bych tímto poděkovala za podporu od mé rodiny a přátel během.

# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Stárnutí a stáří .....</b>	<b>6</b>
1.1 Klasifikace stárnutí .....	6
1.2 Potřeby ve stáří .....	9
<b>2 Demence.....</b>	<b>12</b>
2.1 Definice demence .....	12
2.2 Typy demence .....	13
<b>3 Péče o seniory s demencí .....</b>	<b>16</b>
3.1 Charakteristika péče o seniory s demencí.....	16
3.2 Aktivizační pracovník v domovech se zvláštním režimem .....	17
<b>4 Aktivizace .....</b>	<b>20</b>
4.1 Charakteristika aktivizace.....	20
4.2 Aktivizační činnosti .....	21
<b>5 Specifika volnočasových aktivit ve vybraných domovech pro seniory .....</b>	<b>26</b>
5.1 Charakteristika zařízení Domov Alzheimer a Domov U Lesa .....	26
5.2 Aktivizační činnosti ve vybraných zařízeních .....	27
5.3 Srovnání přístupů v obou domovech a diskuze .....	29
<b>Závěr .....</b>	<b>34</b>
<b>Použitá literatura .....</b>	<b>35</b>
<b>Abstrakt .....</b>	<b>38</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>38</b>

## Úvod

Ačkoliv stáří nepochybně k lidskému životu patří, bývá ve společnosti tabuizováno a stále je tato etapa lidského života chápána spíše v negativních obrysech. Stejně jako další vývojová stádia člověka i stáří bývá prožíváno rozdílně. Proto i kvalita života a s ní spojený subjektivní pocit pohody může být individuálně zcela odlišný. Nicméně v obecné rovině lze tvrdit, že kvalita života má s rostoucím věkem klesající tendenci. Základním úkolem člověka, který se nachází v etapě stáří, je snaha o udržení přijatelného životního stylu, pro který je zásadní určitá forma nezávislosti, snaha o udržení sociálních vazeb a boj proti pocitu nadbytečnosti a osamocení. Je třeba podotknout, že existují různé krizové situace, jako například ztráta životního partnera, přátel a zhoršení zdravotního stavu, které ke stáří nepopíratelně patří. Nicméně i přesto je možné, dokonce žádoucí, úspěšně tvořit svou identitu, do které jedinec dokáže integrovat i zmiňované krizové momenty. Tento úkol je pro člověka, kterému byla diagnostikována stařecká demence ještě mnohem náročnějším. I v tomto případě lze usilovat o co nejlepší prožití této životní etapy v duchu důstojnosti a seberealizace. Vzhledem k tomu, že se seniory postiženými demencí, resp. Alzheimerovou chorobou pracuji již delší dobu a tato práce mě velmi naplňuje, záleží mi na tom, aby se s těmito lidmi správně pracovalo. Především mě zajímá problematika volnočasových aktivit u seniorů trpících demencí.

Cílem bakalářské práce je charakterizovat specifika volnočasových aktivit seniorů s demencí a posoudit aktivizační činnosti ve dvou vybraných zařízeních se zvláštním režimem. Práce se bude snažit především o zachycení pohledu pracovníků na možnosti aktivizace této náročné cílové skupiny.

V úvodní části mé bakalářské práce se pokusím co nejlépe popsat proces stárnutí, stejně jako typy demencí a následné možnosti péče o seniory. Klíčovým bodem budou především druhy aktivizace, které je možné využívat při volnočasových aktivitách. V druhé části práce se díky poznatkům uvedených v první části pokusím porovnat volnočasové aktivity seniorů ve dvou českobudějovických zařízeních. Názvy obou zařízení budou uvedeny pod pseudonymem, kdy první nazveme „Domov Alzheimer“ a druhým bude „Domov seniorů u lesa“. V obou zařízeních jsem pracovala během mého studia na Teologické fakultě. Problematikou práce se seniory s demencí se na našem území zabývají autoři jako například Hana Vojtová, Vladimíra Holczerová, Dagmar Dvořáčková, Eva Malíková, Kamil Janiš, Jitka Skopalová a další. V zahraničí se problematikou zabývají například Stuart-Hamilton, Gehrig, Pichaud a Thareau.

# 1 Stárnutí a stáří

Definicí o stárnutí a stáří je nespočet. Vzhledem k velkému množství kritérií určujících počátek stáří je výklad tohoto pojmu historicky i kulturně proměnlivý. Obecně rozšířená statistická definice stáří z perspektivy dosaženého věku není konsensuální a kalendářní věk tak nemůže být jednotným hodnotícím ukazatelem. Je důležité si uvědomit, že každý jedinec stárne jinak na základě jeho životního stylu, společnosti, ve které žije a zdravotního stavu. V tomto nedílném procesu života někteří prožívají důstojné stáří. Dostávají se do role prarodiče, užívají si naplno svůj volný čas a stárnutí berou, jako pozitivní období života. Druzí jsou kvůli změnách pesimističtí, plní obav. Ocítají se v těžkých životních podmínkách, jakými jsou například: úmrtí partnera, neočekávané zdravotní problémy, úbytek finančních prostředků, dopadá na ně úzkost či deprese v důsledku závislosti na druhých a určité míry nesoběstačnosti. Stáří je nutno chápat jako multifaktoriální a vysoce individualizovaný jev mající charakter sociálního konstruktu (DROBNÝ, ŠERÁK, 2016, s. 6).

## 1.1 Klasifikace stárnutí

Antický filosof Hippokrates stárnutí popisoval a vnímal jako únik lidského tepla a vysychání organismu. Aristoteles vnímal tyto fyzické změny člověka podobně jako Hippokrates, ovšem zmiňoval, že ve stáří je prožitkem zdraví a peníze (GREGOR, str. 1999). Řídit se „pokyny“ zdravých příprav stárnutí není u všech stejné. Je důležité si uvědomit, že každý člověk, jak po fyzické tak i psychické stránce, je jiný, stejně tak jako finanční gramotnost jedince. KOLAŘÍKOVÁ (2019, str. 39) vnímá stárnutí jako přirozený a biologicky pevně daný proces, který vede k přirozenému konci každého člověka. Stárnutí lze rozdělit na dva typy. Prvním z nich je fyziologické stárnutí, které tvoří součást života a je přirozeným procesem. Druhé je patologické stárnutí, které se projevuje několika různými způsoby. Může se jednat o předčasné stárnutí, tedy o stav kdy se kalendářní věk dostává do nepoměru s věkem biologickým, a tím se projevuje sníženou soběstačností MALÍKOVÁ (2011, str. 15).

Přechodem do stárnutí jedinec přistupuje svým vlastním způsobem, mění se způsob života, sociální dovednosti i jeho role. Stáří, jakožto důsledek involučních změn a pozdní fáze vývoje, představuje závěrečnou etapu života a završení procesu stárnutí (DROBNÝ, ŠERÁK, 2016, str. 6). Jak již bylo uvedeno výše, stáří je charakterizováno různými kritérii. Jedním z nejčastějších ukazatelů bývá věk, neboť: „věk je jedna z nejdůležitějších charakteristik člověka, vzniká datem narození“ (PACOVSKÝ, 1990, str. 15). Z medicínského hlediska se za stáří zpravidla považuje období života po 75 roku života, z hlediska demografického je hranice stáří stanovena na rozmezí mezi 60 až 65 lety.

## **Fyzické stárnutí**

Lidské tělo se v průběhu života opotřebovává. Nastávají změny po vizuální stránce, svaly postupně ochabují společně s lidskou silou člověka, zhoršuje se chrup, zrak a sluch. Lze znatelně zpozorovat zpomalenější gesta a chůze. Člověk si může či nemusí uvědomovat tyto změny spojené se stářím, díky čemuž je i jeho chování opatrnější. S vyšším věkem (po osmdesátém roce života) je větší riziko úrazu v důsledku zhoršené rovnováhy, zvýšené křehkosti kostí a snížené imunity (ŘÍČAN 2010, str. 334; in VÁGNEROVÁ 2007 str. 313–314). Ačkoliv se výrazným způsobem proměňuje vizuální stránka člověka, nemění se jeho osobnostní růst, stejně jako jeho rozvoj. Stárnutí probíhá normálním či patologickým způsobem (ČEVELA, KALVACH a ČELEDVÁ 2012, MÜHLHPACHR 2009).

## **Biologické stárnutí**

Mezi biologické stárnutí se řadí změny v organismu, především hovoříme o změnách probíhajících na fyziologické úrovni, tedy ty, které zasahují tělesné tkáně a orgány. Tyto změny nepostihují každého jedince stejným způsobem, neboť každý jedinec má jiné geny a jiný životní styl. Tělo postupně zpomaluje, oslabuje dřívější funkce, kdy zároveň klesají i biologické adaptační mechanismy. Pohyb se stává v důsledku stárnutí těla pomalejší, stejně jako je zřejmá snížená funkce srdce, plic, trávicího systému, pohlavních orgánů a vylučovacího systému. Nastává vizuální změna člověka, protože kůže ztrácí pružnost a ztenčuje se (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008, str. 19-21). V pozdějších letech přibývají problémy s řečí v důsledku bezzubosti či zubní protézy. Senioři s tímto problémem mají velmi špatný mluvený projev a je obtížné jim porozumět, proto si čím dál častěji povídají sami pro sebe a opakuji se (VÁGNEROVÁ (2007) in KOLAŘÍKOVÁ, 2019, str. 55-63). Dle PACOVSKÉHO (1990, str. 30-31) existují tři typy funkčních změn:

- snížení funkcí na stupně molekulární, tkáňové, orgánové a systémové,
- úpadek buněčných rezerv, které se při zátěžové reakci objevují,
- většina funkcí zpomaluje.

## **Psychické stárnutí**

Oproti fyzickému stárnutí je psychické stárnutí ovlivněno biologickým věkem mozku a těla, změnou životní perspektivy a reakce na přeměny vzhledu. Mnozí senioři ve vyšších letech jsou stále soběstační, aktivní, jejich životy se zásadně nemění a mají tak kontrolu nad svým „životem“. Někteří se ocitnou v sociální izolaci, frustraci, deprivaci a přestávají tak fungovat v každodenních situacích. Zároveň je třeba podotknout, že i naše duševní schopnosti, jako jsou inteligence a paměť, mají sestupnou tendenci. Nicméně je třeba rozlišit dvě kategorie inteligence: fluidní a krystalickou. Fluidní inteligenci můžeme definovat jako schopnost řešit problémy, pro které neexistuje řešení, k nimž by bylo

možné dojít na základě formálního vzdělání či zkušeností dané kultury. Jinými slovy, jde o schopnost subjektu řešit nové problémy.“ (STUART-HAMILTON, 1999, str. 50). VÁGNEROVÁ (2007) uvádí, že k úbytku dochází především v oblasti fluidní inteligence. Zhoršuje se schopnost zpracování nových informací, flexibilní reakce na ně a hledání nových řešení. Ke zhoršení fluidní inteligence přispívá již zmiňované celkové zpomalení poznávacích procesů, nedostatky v pozornosti i paměti. Fluidní inteligence souvisí s neurobiologickými kvalitami mozku, výrazně narůstá v dětství, v průměru mezi třicátým a čtyřicátým rokem věku jí začíná ubývat. Důležitá je zejména při učení, proto naučit se rychle něčemu novému je pro starší dospělé velmi obtížné.

„Krystalická inteligence udává množství vědomostí, které člověk získal v průběhu svého života. Obvykle se měří jednoduchými přímými otázkami.“ (STUART-HAMILTON, 1999, str. 49). Krystalická inteligence je spojena s vědomostmi a životními zkušenostmi člověka. Řeč a sociální inteligence může být funkční až do vysokého věku, jedinec potřebuje pouze delší čas na rozmyšlenou, ale stále je schopen si věci uvědomovat v souvislostech a se společenským nadhledem (SUHOMELOVÁ, 2015, str. 16-19). Musíme ale zohlednit i skutečnost, že se u těchto jedinců jedná o vyhraněnou pozitivní výseč z hlediska tělesné i duševní vitality. S těmito zjištěními mohou staří lidé dosahovat lepších výsledků. Fluidní inteligence vykazuje známky stárnutí již velmi brzy, naopak krystalická inteligence zůstává dlouho funkční a do jisté míry se stále vyvíjí. Výsledkem dobrého stáří je osobní nasazení a způsob života. V průběhu stáří dochází ke změnám v oblasti intelektových schopností. Vážnější úpadek intelektových schopností může způsobovat i přidružené chorobné procesy, především demence (nejčastěji Alzheimerova neurodegenerativní choroba, méně častá demence vaskulárního typu). Pokud nejde o člověka s demencí, krystalická inteligence se zásadním způsobem nemění. Nicméně smutným faktem zůstává, že velmi často jsou změny spojené se stářím doprovázeny depresí. Kromě toho dochází k emočním změnám, jako jsou například emoční oploštění, ztráta či snížení zájmů, inklinace k introvertnímu chování a egocentrismu. Objevuje se nedůvěřivost, sugestibilita, nižší sebedůvěra aj. Nejčastější změny můžeme pozorovat právě v oblasti kognitivních funkcí, kdy se zhoršuje paměť, zpomaluje psychomotorické tempo, vnímání, zhoršení úsudku, pozornosti aj. S postupnými problémy vznikají a rozvíjejí se poruchy chování. Nejširším je syndrom BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia), který se projevuje halucinacemi, bludy, poruchami spánku, agresivitou a změnami nálad (PIDRMAN, 2007; PTÁČKOVÁ, 2021, str. 19-20). Ovšem ne všechny psychické změny jsou vždy negativní. Objevují se takové vlastnosti a chování jakými jsou například vyšší rozvaha a opatrnost, vytrvalost, trpělivost, racionalizace, větší volní úsilí, snaha o empatii.



## **Sociální stárnutí**

Sociální stárnutí se projevuje v oblasti vnímání, pozornosti, paměti, či myšlení. Stejně jako biologické, tak i sociální změny ve stáří jsou velmi individuální. Snášenlivost seniora v nových životních situacích a podmínkách se markantně zhoršuje, častými pocity bývají strach a úzkost, které vedou k asociálnímu chování seniorů. S vyšším věkem seniora přibývají různá duševní onemocnění, demence, chronická demence a vyloučený není ani výskyt deprese. Senior postupně ztrácí soběstačnost. Tyto změny jsou seniorem vnímány velmi negativně, neboť si je vědom své závislosti na okolí a postupnou ztrátou své identity. V některých případech nejsou schopni požádat o pomoc. Změny ovšem nastávají i v citové stránce života. Častým negativním jevem je odchod do důchodu či nenaplnění role prarodiče. Psychosociální stárnutí souvisí se změnou biologického stárnutí, ve kterém nastávají změny organismu (KLEVETOVÁ, 2008, str. 23-24).

Odchod jedince do důchodu je spojený se sociálními změnami jedince. V tomto momentu dochází k omezení sociálních interakcí a společenských akcí. To je v neposlední řadě spojené i se změnou ekonomické situace (PACOVSKÝ (1990, str. 46-47). Člověk, který odchází do penze, získává od společnosti „nálepku“ „důchodce“. Člověk, který tento fakt nedokáže přijmout, se dostává do situace „nemít roli“ a stává se závislým na společnosti. Pokud nastane zhoršení zdravotního stavu a jedinec je z důvodu nižší soběstačnosti přestěhován do domácnosti své rodiny, často se cítí závislý na pomoci ostatních. V neposlední řadě je potřeba připomenout, že i úmrtí partnera představuje velký zásah do života. Lidé nebývají na smrt partnera připraveni, a především jim následně chybí jejich společnost, zážitky, radost, každodenní komunikace, mění se i finanční situace a nastává pocit osamělosti, prázdnoty, což může vést až k výše zmíněné depresi (PTÁČKOVÁ, 2021, str. 21-22).

### **1.2 Potřeby ve stáří**

Životní potřeby se mění v průběhu celého života a není tomu jinak ani ve stáří. Stárnutí a přizpůsobování na něj je spojeno s větší soustředěností na sebe sama a uspokojování vlastních potřeb (VÁGNEROVÁ, 2007, str. 344). Potřebou se nerozumí pouze to, co člověk vyžaduje či co potřebuje, ale jde především o to, k čemu člověk skrze potřeby míří. Potřeba je tzv. specifická síla, která člověku určuje podněty k činnostem a předmětům (PICHAUD A THAREAUOVÁ, 1998, str. 36). S nejznámějším výkladem o potřebách člověka a jejich vzájemném vztahu přišel Abraham Harold Maslow, který vytvořil studii s názvem Maslowova pyramida potřeb, viz Obrázek 1.



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb

Maslow potřeby rozděluje na:

- tělesné a fyziologické, dýchání, hlad, žízeň, spánek, vylučování,
- potřeba bezpečí a jistoty následují po fyziologických potřebách a jsou jimi: jistota zdraví, rodina, zaměstnání a stálý příjem,
- potřeba sociální mezi tyto potřeby řadíme především potřebu vzájemné lásky a její přijetí,
- potřeba uznání, úcty je myšlena sebedůvěra, úspěch, pochvala a uznání člověka,
- potřeba seberealizace představuje nejvyšší potřebu a je zde důležitá snaha člověka o tuto potřebu (MALÍKOVÁ, 2011, str. 167-168).

Některé potřeby ve stáří nabývají na významu. Nastávají situace, kdy člověk pro svoji fyzickou, smyslovou, mentální úroveň či psychickou nemoc nemůže své základní lidské potřeby uspokojit běžným způsobem (NOVOSAD, 2009). Hierarchie potřeb se v průběhu života a změn, které s sebou přináší, liší. Nejprve jsou nejdůležitějšími potřeby fyziologické, v závěrečné fázi jsou to ale potřeby spirituální. Člověk v závěrečné fázi života potřebuje odpuštění, vědět že jeho život měl a má smysl (SVATOŠOVÁ, 2012).

Duchovní potřeby ve stáří jsou důležitým aspektem pro seniory s demencí. Stejně tak jako spiritualita, která se zabývá smyslem života ve všech jeho rovinách. Stáří představuje čas, kdy se člověk může zamyslet nad svým „já“. Chování seniorů s demencí není vždy předem přesně definováno, ovšem jejich víra jim pomáhá při zvládání těžkých situací (např. přesun z domova do pobytového zařízení). Je naším úkolem jim poskytnout co nejlepší duchovní péči a podpořit je v jejich smíření se životem. Můžeme je rozdělit do několika témat: *význam vlastního života, usmíření, odpuštění, lásky, naděje a víry.*

Suchomelová (2016), inspirovaná Koenigem (1994; 1997) uskutečnila vlastní studii. Na základě závěrů bylo možné definovat pět klíčových psychospirituálních potřeb seniorů: potřeba vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty, potřeba smyslu a kontinuity životního příběhu, potřeba víry a důvěry, potřeba naděje a cíle a potřeba dávat a přijímat lásku.

První z nich je *potřeba vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty*. Senior musí vidět svůj smysl života a neztrácet v něj víru. Lze mluvit o vnějších a vnitřních zdrojích, které seniora v průběhu života doprovázely. *Potřebou smyslu a kontinuity životního příběhu* můžeme hovořit jako o přijetí svého života jako celku. Tato potřeba vede seniora k rozpoznání nových kontextů, přehodnocení rozhodnutí a závěrů a přijetí, že život byl přidělen pouze jemu (Křivohlavý, 2004). *Potřeba víry a důvěry* zahrnuje víru v náboženský smysl, člověk je součástí něčeho většího, víra ve vyšší hodnoty: láska, spravedlnost, moudrost, aj. „*Religiózní senioři musí mít pocit, že Bůh je na „jejich“ straně a mohou se na něj kdykoli s důvěrou obrátit*“. Hovoříme o naději, že i přes špatné a dobré životní situace jim víra v posvátnosti života odhalí pravdu (Guardini, 2002). *Potřeba naděje a smyslu života* naděje seniorů, že může nastat pozitivní obrat v mentální či duchovní úrovni. Musí vidět cíl, že jejich život bude nějakou formou pokračovat (potomky, životní prací, moudrostí či poselstvím). Poslední *potřeba dávat a přijímat lásku* zachycuje potřebu milovat a být milován. Senioři si jsou vědomi vlastní hodnoty na základě toho, že jsou někým milováni a přijímáni rodinou, přáteli, okolím nebo Bohem. Potřeba zdravých vztahů se nevztahuje pouze na žijící lidi, ale i na vztahy se zesnulými, se kterými jedinec mohl mít v minulosti nějaký konflikt. Vztahuje se sem i potřeba odpouštět a prožít odpuštění, kdy jedním z nejtěžších aktů je schopnost odpustit sobě samému. „*Potřeba dát lásku druhým se projevila jako touha být pro někoho potřebný, být pro někoho užitečný*.“ Může mít duchovní charakter, senioři se modlí za své nejbližší (SUCHOMELOVÁ, V. Spiritualita a senioři. In GEHRIG, R. et al. *Spiritualita, etika a sociální práce*. Freiburg: Freidok plus 2021, str. 248-257).

## 2 Demence

V druhé kapitole objasním význam demence, Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby a stručně představím i další typy demence. V domovech pro seniory se zvláštním režimem se setkávám právě s těmito typy demence. Její příčina je pro společnost prozatím stále neobjasněna, a svým nevyzpytatelným procesem je pro většinu pacientů smrtící. Způsobuje změny chování, ale i vzhledu, které ničí jak nemocné, tak jejich nejbližší. Lidé s demencí často své blízké nepoznávají, a každodenní činnosti jsou pro ně postupem času více náročné. Pro aktivizačního pracovníka je důležité znát i možná rizika spojená s touto nemocí. Klienti mohou být klidní a být ve svém „světě“, ovšem mohou nastat situace, kdy jsou verbálně i fyzicky agresivní.

### 2.1 Definice demence

Demence je popsána jako syndrom, který nastává onemocněním mozku, mnohdy chronického či progresivního charakteru (PIDRMAN, 2007). Přibližně 50% jedinců s demencí má výskyt demence s dlouhodobými vysokými depresivními symptomy (KISVETROVÁ, 2020, str. 53). U každého člověka jsou příznaky jiné. Jak rychlý úbytek neuronů v mozku a jak silné výpadky paměti jedinec zažívá, záleží na mnoha okolnostech. Vývoj je u každého velmi odlišný, záleží na tom, co zánik neuronů způsobí a jaké oblasti jsou v mozku napadeny. Podobně jako u jiných nemocí je i u demence závažnost symptomů závislá na stavbě těla a věku jedince. Velmi podstatné je, v jaké životní situaci se člověk nachází, jaký je jeho přístup k životu a jací lidé jsou kolem něho, jak ho podporují a doprovázejí k zvládnutí takto těžké situaci. Je mnoho charakteristických varovných symptomů, u kterých by měl jedinec zpozornět (EHRENFREUCHTER, FERNHOLZ, a kolektiv, 2014, str. 41).

Demence představuje různé poruchy, při kterých dochází k závažnému snížení paměti a dalších kognitivních funkcí. Jde o funkce, které zajišťují adaptaci na vnější okolí, komunikaci s vnějším okolím a záměrné chování (JIRÁK, et. al. 2009, str. 11). Výzvu představuje kvalita života a změny seniora v jednotlivých stádiích demence (KISVETROVÁ, 2020 a, str. 90). V jejím výzkumu faktory ovlivňující kvalitu života respondentů souvisely s depresí, důstojností, postojem ke stárnutí, strachem z pádů, bolestí, soběstačností v ADL a sociálním zapojením. U pacientů s demencí byla vyšší kvalita života dále spojena s pozitivnějším hodnocením důstojnosti. Potvrdilo se tak, že důstojnost patří mezi faktory ovlivňující kvalitu života. Důstojnost a postoje ke stárnutí ovlivňovaly kvalitu života pouze u pacientů s demencí. Zhoršení kvality života u seniorů s demencí bylo zjištěno u mužů, záviselo na době strávené denně o samotě (život bez partnera), na frekvenci návštěv a úrovni kvality života a soběstačnosti. Výsledky tak potvrzují zásadní význam sociálních vztahů a společenského zapojení pro udržení kvality

života v dlouhodobější perspektivě u seniorů v počátečním stadiu demence (KISVETROVÁ, 2020). V České republice nynější demografické trendy udávají narůstající počet seniorů s demencí.

## 2.2 Typy demence

Rozlišujeme dva typy demence. První je demence primární degenerativní, která vzniká v momentě, kdy je mozek zasažen přímo, tzn. primárně. Vzniká na základě nervové degenerace a je až do dnešní doby nevléčitelná. Mezi nejčastější typ demence patří Alzheimerova choroba. Druhým typem je ischemicko-vaskulární demence, která je zapříčiněna poruchami prokrvování mozku. Mnohdy se propojují tyto dva typy demence. Ischemicko-vaskulární demence není zapříčiněna přímo v mozku, ale mohou za to jiné okolnosti onemocnění, jako například poruchy metabolismu, dehydratace, podvýživa, nedostatek hormonů a jiných látek. Souhrnně lze říci, že demence je určitá forma poškození mozku. Detaily jsou nám již známé, ovšem stále není zřejmé, proč odumírá tolik mozkových buněk (EHRENFREUCHTER, FERNHOLZ, a kolektiv, 2014, str. 17).

### **Alzheimerova choroba (Morbus Alzheimer)**

Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější formy demence. Podle expertů z Alzheimer's Disease International v roce 2015 trpělo demencí na celém světě 46,8 milionů lidí. Odhady pro Českou republiku jsou až 143 309 osob (Alzheimer's Disease International, 2015). Podle odhadů by se počet pacientů s demencí u nás mohl zvýšit na 383 tisíc v roce 2050 (MÁTĽ et al. 2016). Prevalence AD v domovech důchodců byla zjištěna u 16 %, zatímco v prevalence v domovech se zvláštním režimem je o 78 %. Tento rozdíl odráží hlavní účel zařízení, ale zároveň poukazuje na nedostatečné kapacity v obou typech domů. HANZALOVÁ, PAŽITNÝ, KANDILAKI, 2020 odhadují, že v České republice bylo v roce 2020 asi 21 000 lidí s Alzheimerovou chorobou v obou typech domovů. Asi 162 000 lidí s demencí/AD zůstává doma. Část péče o lidi s demencí je poskytována prostřednictvím systému zdravotnictví, část prostřednictvím sociálních služeb. Specifické rozhraní těchto systémů v podobě dlouhodobé sociálně-zdravotní péče služeb je i přes opakované pokusy stále neukotvené (MÁTĽ et al. 2016).

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence. Choroba je nevléčitelné neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k nevratnému poškození buňky. Pacient trpící Alzheimerovou chorobou postupně ztrácí kognitivní funkce, jako je paměť, řeč, jasné myšlení a schopnost řešit problémy. Tito pacienti ztrácejí schopnost každodenního výkonu činnosti jako vaření, oblékání, mytí a musí se spoléhat na pomoc druhých. Pacienti v této fázi mohou být agresivní nebo zmatení a vyžadují péči a dohled. Jak nemoc postupuje, napadá i jiné části mozku a způsobuje neschopnost základního tělesného výkonu funkce, jako je chůze nebo polykání. V této fázi je pacient upoután

na lůžko a vyžaduje nepřetržitou péči (Zpráva Alzheimerovy asociace 2019). Alzheimerova choroba trvá v průměru 7–10 let od prvních příznaků nemoci do smrti pacienta. Průběh onemocnění se však u jednotlivců liší. Někteří pacienti mohou žít s onemocněním do 15 let, ostatní pouze 3 roky (JIRÁK, 2009). Přestože jde o nejčastější typ demence, odborníci stále neznají příčiny vzniku a neexistuje lék k prevenci či léčbě. Alzheimerovu demenci je možno rozdělit do tří stupňů: lehké, střední a těžké demence.

Lehká demence napomáhá vzniku poruchy deklarativní paměti, která se projevuje v krátkodobé a střednědobé složce (zapamatování si nových informací). Nastávají problémy v běžném životě především u profesních a složitějších aktivit. Vznikají poruchy orientace (především v místech, kde to postižený nezná), nálady, kdy se jedná především o depresivní stavy. Střední demence způsobuje zhoršení ve více složkách, dezorientace jak v čase, tak v prostoru. Těžká demence zapříčiňuje pokročilé ztráty paměti, postižení si nedokáží zapamatovat nové informace, proto bývají dezorientováni místem i časem. Lidé si nejsou schopni zapamatovat, kde mají svůj pokoj v bytě či zařízení, kde je WC aj. Často nepoznávají své nejbližší či pečovatele (JIRÁK, 2009, str. 32).

Při nefarmakologické péči je nejdůležitější neustálá aktivizace a stimulace pacienta. Aktivizační činnosti pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou zaměřeny na kognitivní funkce a udržení základních aktivit běžného života. Laskavý přístup může snížit pacientovu hladinu úzkosti, zvýšenou ve strachu ze selhání a z nejistoty. Toto snížení napětí a úzkosti může následně zvýšit výkonnost pacienta a zlepšit jeho koncentraci a výkon v paměťových funkcích. Pocit jistoty a podpory je pro nemocného s Alzheimerovou chorobou velmi důležitý.

### **Parkinsonova choroba**

Charakteristickým znakem Parkinsonovy nemoci jsou pohybové poruchy, jako je trvalý předklon, drobné nebo strnulé krůčky při chůzi, neustálý třes rukou i nohou. U Parkinsonovy choroby dochází k odumírání určitých mozkových buněk v části středního mozku, která hraje důležitou roli ve vedení pohybu. Stejně jako proti Alzheimerově chorobě nebyl proti Parkinsonově chorobě vyvinut žádný lék či metody prevence. Při Parkinsonově chorobě ve vyšším věku či v pokročilém stádiu vzniká demence, jejíž příznaky jsou stejné jako u Alzheimerovy choroby. Na rozdíl od Alzheimerovy choroby vznikají problémy s verbálním vyjadřováním, poruchy chování, apatie a změny osobnosti, ovšem první projev je vždy spojen s pohybovým postižením.

### **Demence s Lewyho tělísky a demence při Parkinsonově nemoci**

Obě výše zmiňované choroby jsou podle některých autorů považovány za různé klinické projevy téhož onemocnění s patognomickou přítomností variabilního množství Lewyho tělísek v mozkovém kmeni (Parkinsonova nemoc) a v kortexu (Lewy body demence).

Hlavní rozdíl mezi oběma jednotkami zůstává v časovém rozvoji jednotlivých symptomů (demence je pozdním projevem Parkinsonovy nemoci, zatímco u Lewy body demence předchází projevům parkinsonismu nebo se projeví do 12 měsíců po nástupu parkinsonské symptomatiky). Hlavními příznaky jsou fluktuace kognitivních poruch, vizuální halucinace a spontánní motorické příznaky parkinsonismu. Významná je senzitivita na neuroleptika, poruchy spánku, bludy. Častá jsou přidružená deliria (JIRÁK, LAŇKOVÁ, 2007).

### **Vaskulární demence**

Toto onemocnění vzniká v důsledku poruchy prokrvování v mozku a krevních sraženin, které ucpávají cévy. Tyto poruchy vedou k nedostatečnému zásobování mozku kyslíkem a živinami a odumírají tak postižené mozkové oblasti, které následně způsobují mozkové infarkty. Charakteristickými příznaky jsou skoková zhoršení kognitivních schopností s fluktuacemi, především s poruchou exekutivních funkcí (koordinace základních kognitivních funkcí, regulace odpovědi na zevní vlivy – neschopnost inicializovat vhodné a přiměřené chování a neschopnost přerušit nevhodné a nepřim. chování), dále apatie, deprese, parkinsonské rysy, frontální porucha chůze, a inkontinence (JIRÁK, LAŇKOVÁ, 2007).

### **Alkoholová demence**

Svémi příznaky připomíná Alzheimerovu chorobu, vzniká v důsledku nadměrného a častého požívání alkoholu, který poškozují mozek. Prevence proti demenci je abstinence, pokud již nejsou poškozeny mozkové buňky. Dalším typem je demence způsobená léky. Běžně prodejné léky na spaní či uklidnění obsahují škodlivé účinky a proto nepřiměřená konzumace vede k poruchám paměti a problémům se soustředěním a s pozorností (EHRENFREUCHTER, FERNHOLZ, a kolektiv, 2014, str. 62-71).

### 3 Péče o seniory s demencí

Senioři s demencí potřebují více péče, je proto důležité rozeznat potřeby seniorů, kteří díky své nemoci již nejsou schopni komunikovat. Zároveň je nutno požadovat, aby se ctily jejich lidská důstojnost a přistupovalo se k nim s úctou a pokorou. Základem je znalost daného klienta, která spočívá ve správné komunikaci. MALÍKOVÁ (2011, str. 202) apeluje na skutečnost, jak důležité je vytvořit dostačující služby seniorovi, které mohou nahradit rodinu a podpořit ho v jeho obvyklém prostředí. Pobytové služby jsou především pro seniory, kteří jsou závislí na pomoci od druhých. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, str. 80). V domovech se zvláštním režimem se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost. Lidé, kteří jsou zde ubytováni, mají chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách, dále se zde umísťují osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou. Tito lidé mají sníženou soběstačnost a vyžadují pomoc od jiné fyzické osoby. Režim je zde přizpůsoben jejich specifickým potřebám (HOLCZEROVÁ, 2013, str. 9-10).

#### 3.1 Charakteristika péče o seniory s demencí

Dle zákona v § 15 citované vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou popsány úkony zahrnuté do základních činností v domovech pro seniory.

- poskytnutí ubytování; zařízení poskytující ubytovací služby zajišťuje: vlastní ubytování, úklid, praní ložního i osobního prádla a žehlení,
- poskytnutí stravy; zajištění celodenní stravy, tří hlavních jídel a dvou vedlejších. Klienti zařízení se mohou stravovat v jídelně daného zařízení a imobilní na pokoji u stolu či v lůžku,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; zajištění pomoci při přesouvání, oblékání, svlékání, podávání nápojů a stravy, pomoc při zacházení se speciálními pomůckami, pomoc v orientaci,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc spojená s osobní hygienou, péče o vlasy, použití toalety, holení, pedikúra a manikúra,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím  
Zajištění podporu a pomoc, při využití běžně dostupné služby a informací, pomoc při udržování kontaktu s rodinou i okolím a začlenění klienta do společnosti,
- sociálně terapeutická činnost  
Poskytnout metody psychoterapie a sociologie k podpoře rozvoji osobnosti a začlenění do společnosti. Je zapotřebí cílený a individuální metody.



- aktivizační činnosti,  
Tři okruhy: volnočasové a zájmové činnosti, poskytnutí pomoci při obnovení a udržení kontaktu, pomoc všech dovedností (motorické, psychické, sociální,
- pomoc při upevňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- klientům je poskytnuta pomoc během komunikace vedené k zachování práv a oprávněných zájmů klienta.

Domovy pro seniory poskytují pobyt pro seniory se sníženou soběstačností, které vyžadují pravidelnou pomoc od jiné fyzické osoby (VETEŠKA, 2017, str. 59-64). V těchto zařízeních se pod pojmem zdravotní péče rozumí především péče od ošetřovatelů a rehabilitačních pracovníků, která většinou není řízena lékařem. Praktický lékař, stejně tak jako psycholog, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut se stávají zaměstnanci na základě náročnosti o klienty v daném zařízení. Dochází zde ke spolupráci pečujících zaměstnanců. Klient má na výběr, zdali bude využívat služeb lékaře v zařízení či si vybere jiného praktického lékaře. Pokud nastanou neočekávané zdravotní potíže, je klient převezen do nemocnice (MALÍKOVÁ, 2020, str. 124- 126).

Sociální služby jsou určeny pro seniory s demencí, kterým se pomáhá v běžných činnostech. Cílem je rozvoj soběstačnosti, návrat do domácího prostředí, zachování životního stylu, pokles sociálních a zdravotních rizik souvisejících se stylem života klienta. Důležité je vycházet z individuálních potřeb klienta a zachovat jeho lidskou důstojnost. Sociální péče má různé formy, které závisí na míře soběstačnosti a aktuálním zdravotním stavu klienta (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, str. 81-83).

### **3.2 Aktivizační pracovník v domovech se zvláštním režimem**

Aktivizační pracovník by měl především správně pečovat o své klienty, proto jsem zařadila tento pojem do své práce. Každé nové setkání se seniorem s demencí má spirituální charakter. Přístupovat by se k němu mělo otevřeně, s hlubokým zájmem se jim věnovat a skutečně je vidět jako plnohodnotné bytosti. Dostat se do jejich světa, seznámit se, pochopit jejich onemocnění a prožívání. Individuální přístup pomáhá k nevhodnějšímu zacházení s nemocnými. Verbální komunikace se seniorem s demencí je náročnější. Aktivizační pracovník by měl vnímat seniora jako sobě rovného, kterému patří pozornost a přítomnost s dotykem (podání ruky) a očním kontaktem. Při každém dalším setkání je důležité se přizpůsobit tempu a současným pocitům seniora (EGLIN, 2006). Pro seniory s demencí v pobytových zařízeních je aktivizace jedna z nejdůležitějších složek péče. Každý člověk žije svůj život individuálně, vykonává různé činnosti, pomocí kterých naplňuje svůj volný čas. Odvíjí se to od vícero faktorů, jakými jsou rodina a životní podmínky, osobnost člověka, individuální potřeby, hodnoty, zájmy, dovednosti a schopnosti. Životní styl je u každého jiný na základě jeho pohlaví, typu bydliště, věku, vzdělání, sociální skruktury, zdravotního a rodinného stavu, zaměstnání

(DUFFKOVÁ, URBAN, DUBSKÝ, 2008, str. 113-118 in JANIŠ, 2016 s. 9). Aktivizační pracovníci poskytují na základě individuálních potřeb a zájmů klientů různé aktivizační metody. Snaží se o propojení péče s aktivizací, které má za cíl návrat do smysluplného života tak, aby senioři pouze nepřežívali, ale především prožívali (VOJTOVÁ, 2018, str. 27). Jde o dlouhodobý vztah a komunikaci mezi pracovníkem a klientem. Pro lidi trpící demencí jsou aktivizační činnosti důležitým článkem pobytu v pobytových zařízeních. Činnosti jsou zvoleny na základě předem stanovených kritérií: potřeby osobní, sociální, kulturní a ekonomické. Dalším parametrem výběru může být věk, funkční stav, pohlaví či podmínky prostředí, ve kterém se osoba nachází (HOLCZEROVÁ, 2013, str. 36-37).

Aktivizace probíhá na základě dané činnosti a počtu zúčastněných: individuální a skupiny (RHEINWALDOVÁ, 1999, str. 20). Aktivizace se řídí podle „§ 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., provádějící ustanovení zákona o sociálních službách můžeme řadit aktivizační činnosti:

- volnočasové a zájmové aktivity,
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

(Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.)

Kvalifikace aktivizačního pracovníka vyplývá z § 7, zákona č. 96/ 2004 Sb. (tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povolání) vymezuje kvalifikaci o povolání ergoterapeuta (Česká asociace ergoterapeutů, 2023). Výrazů pro ergoterapii je mnoho, ovšem podstata této činnosti je skoro vždy stejná. Rozděluje se do třech velkých skupin: všední denní činnosti, práce a produktivní činnosti, hra a volný čas. S názvem ergoterapie přišel v roce 1914 George Barton, jeho názory nyní už neplatí, ovšem díky němu se této disciplíně začalo věnovat více pozornosti. Dnes již existuje moderní pojetí ergoterapie, které bylo oficiálně ustanoveno v momentě, kdy Americká asociace ergoterapeutů vydala v roce 1974 definici, následovanou v roce 2001 Radou ergoterapeutů v evropských zemích. Světová federace ergoterapeutů prohlásila, že ergoterapie je profese, která se zabývá pohodou daného člověka. V rámci České republiky funguje Česká asociace ergoterapeutů (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, str. 13-18). Do týmu aktivizačního pracovníka mohou patřit pracovníci ergoterapie, fyzioterapie a sociální pracovník. Společnou spoluprací vytváří plánování činnosti, které samo o sobě vychází přímo z potřeb klientů (MUSIL, KUBALČÍKOVÁ A HUBÍKOVÁ, 2006, str. 63). Důležitým faktorem v práci aktivizačních pracovníků musí být správná motivace. Kolektiv by měl mít společný cíl, který určuje klientům pomáhat v zařízení dle jejich požadavků. Zároveň by aktivizační pracovník měl umět poskytnout tu nejlepší péči, s respektem k jejich individualitě a hodnotě (RHEINWALDOVÁ, 1999, str. 13).

Aktivizační pracovník má na starost činnosti jakými jsou tvorba aktivizačních činností a programů, zajišťování pravidelných aktivit a akcí pro uživatele, komunikace s klienty a pracovníky. Poznávání zdravotních, psychických a sociálních potřeb uživatelů a odborné vedení klientů při aktivizační činnosti (MUSIL, KUBALČÍKOVÁ A HUBÍKOVÁ, 2006, str. 63).

### **Vzdělávání aktivizačních pracovníků**

(HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013) analyzovaly vzdělávání aktivizačních pracovníků. Nejvíce se absolvované kurzy zaměřovaly na oblast komunikace a znalost komunikačních technik, což je vnímáno, jako důležitý předpoklad pro úspěšnou péči o člověka s Alzheimerovou chorobou. Dále kurzy cílily na oblast informovanosti o onemocnění a projevů chování. Povědomí o onemocnění je nezbytné pro výkon pomáhající profese. HOLMEROVÁ (2009) uvádí, že znalost onemocnění napomáhá vidět nemoc v širší perspektivě, prostřednictvím které lze nahlédnout na specifické chování člověka s demencí, které je často označováno za „problémové“. Prohlubováním informací o onemocnění tedy pracovník dosahuje lepšího pochopení některých projevů chování, a tím zkvalitňuje celkovou péči a vztah s klientem. Tento názor sdílí i vedoucí pracovníci, kteří koordinují oblast vzdělávání. Nejdůležitější podle nich je, aby jejich zaměstnanci v přímé péči měli povědomí o vývoji, průběhu a projevech onemocnění. Nezbytná je rovněž znalost biografie člověka, která může například pomoci pochopit některé projevy chování klienta. ZGOLA (2003) rovněž zmiňuje, že pro vytvoření a podporování vztahu mezi člověkem s onemocněním a pečovatelem je nezbytné získávat informace o klientovi. Tyto poznatky, jak z minulosti, tak z celkové osobní anamnézy, mohou pomoci personálu více se vcítit do vnímání a jednání daného člověka.

## 4 Aktivizace

Ve čtvrté kapitole bych se ráda věnovala tématu aktivizace. Vzhledem k mé práci vím, jak je aktivizace pro seniory důležitá. Je to nedílná součást života seniorů v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Kromě správné péče o seniory je důležitá i psychická péče, kterou je právě aktivizace. Prací aktivizačního pracovníka je znát klientovy potřeby, a na základě těchto znalostí jim nabídnout co nejsmysluplněji strávený čas. U seniorů s demencí je aktivizace, nebo jakákoliv činnost náročnější. Můžeme hovořit o jejich zdravotním stavu, který jim nedovoluje jakékoliv aktivity, nebo o pokročilém stádiu demence, kdy ani není možná komunikace či porozumění.

### 4.1 Charakteristika aktivizace

Pojem aktivizace se rozšířil s novým zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který přesně nedefinuje aktivizační činnosti. Tento zákon definuje pouze sociálně aktivizační služby, které jsou poskytovány osobám v důchodovém věku nebo také osobám, se zdravotním postižením, ohroženým sociálním vyloučením.

Aktivizaci lze vymezit jako „specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností“ (JUREČKOVÁ, 2003, str. 144). Tatáž autorka považuje za klíčové, aby aktivizační programy reagovaly na potřeby klientů. Vymezuje proto čtyři typy aktivit podle potřeb, které uspokojují, a oblastí, jež rozvíjejí:

- fyzické aktivity zahrnují sport a další pohybové, hudební či výtvarné činnosti,
- psychické aktivity jsou především společenské a vzdělávací. Patří sem činnosti, u kterých je procvičována paměť, pozornost, kreativita a další,
- sociální aktivity jsou takové činnosti, které jsou prováděny kolektivně,
- duchovní aktivity mají uspokojit potřeby v oblasti víry a hledání smyslu života (JUREČKOVÁ, 2003, str. 150).

U seniorů s demencí je důležitá smyslová aktivizace, jejíž koncept by se měl naplňovat po celou péči (VOJTOVÁ, 2018, str. 7). Volný čas ve stáří je ovlivněn životem před ním, zdali jedinec vykonával koníčky a pokračuje s nimi i ve stáří. Stáří s sebou nenese jen negativní dopady, ale otevírá tzv. druhý životní program. Volný čas bývá často nesprávně využit. Proto by se mělo stát cílem seniorů i aktivizačních pracovníků aby každý našel smysluplné využití volného času (KOLARÍKOVÁ 2019, str. 79-87).

Mezi aktivizační činnosti řadíme nejen terapeutické metody, jako je kognitivní trénink, arteterapie, fyzioterapie, canisterapie, ergoterapie nebo reminiscenční terapie, ale i běžné činnosti, jako je vaření, pečení, zpívání, háčkování, šití, výroba dekorací nebo

přesazování květin. Nemusíme se bát nabízet činnosti, které člověk nedělal pouze proto, že už neměl tu možnost. Zároveň nesmíme nikoho do něčeho nutit.

## 4.2 Aktivizační činnosti

(VOJÍŘOVÁ, 2012, str. 20) rozlišuje dva typy aktivizačních činností: aktivizační činnosti, které vedou k získání něčeho nového – pro člověka jsou výzvou a jejich základem je poskytování prostoru pro získání nové zkušenosti, která člověka aktivizuje. Druhým typem jsou aktivizační činnosti, které vedou k udržení stávajících dovedností – východiskem je minulá činorodost seniora, kterou již nezvládne sám a potřebuje při ní podporu. Při těchto činnostech jde především o zachování předchozích dovedností a aktivit. Aktivizační činnosti se mohou dělit na pravidelné a nepravidelné. Při pravidelných jsou senioři seznamováni s aktualitami, trénují paměť různými technikami, věnují se výtvarné činnosti, muzikoterapii nebo reminiscenci. Nepravidelné činnosti mají ojedinělý či sezónní charakter (společenská setkání, sportovní a herní aktivity, přednášky, výstavy a výlety). RHEINWALDOVÁ (1999, str. 11) uvádí rozdělení činností podle počtu zapojených osob na skupinové (společenské místnosti, veřejná prostranství, ...) a individuální (převážně na pokoji). Na individuální aktivity by nemělo být nahlíženo jako na výsadu nemocných seniorů, jedná se o přirozenou součást života.

Při plánování aktivity i v jejím průběhu vždy respektujeme individuální přání a možnosti seniora s demencí. Pomáháme mu zažít úspěchy a posílit sebeúctu. Pokud se nějaké činnosti věnujeme poprvé, musíme vše dobře vysvětlit a zdůraznit, že může být kdykoliv ukončena. Aktivizační činnost není povinná a seniora s demencí do ní nemůžeme nutit. Ptáme se na to, co měl rád, čemu se rád ve volném čase věnoval, co jej těšilo. A podle toho plánujeme společné aktivity. Vyhýbáme se činnostem, které rád neměl, byly mu nepříjemné nebo ho rozčilovaly. Smyslem a cílem je podpořit jedince v úspěchu a budovat sebevědomí z dobře vykonané a zvládnuté aktivity. Hledat ostrůvky zachovaných vzpomínek a dovedností, na které se může sám spolehnout. Ideální případ je, pokud máme k dispozici zprávu od neuropsychiatra nebo klinického psychologa, která kvalitně popisuje aktuální charakter kognitivních obtíží. Zpráva říká, které oblasti a do jaké míry jsou narušeny a které naopak ušetřeny.

Důležitým aspektem v aktivizaci je znát biografii klienta, která slouží jako podkladový materiál. Využíváme ji ve všedních denních činnostech (ADL), kdy klienta vedeme k soběstačnosti v aktivitách běžného života. Aktivizace je nefarmakologická forma terapie s cílem psychosociálních služeb potřeb seniora se změnami chování. Proto je důležité znát biografii seniora, je spojena s dlouhodobou pamětí, která je spjata s emoci. Podmínkou poznání potřeb seniora je bezpodmínečná znalost biografie. Což jsou předpoklady kvalitativní formy aktivizace. Spolupráce týmu pečujících společně

s aktivizační pracovníci vedou k minimalizaci chybného hodnocení klienta na základě pozorování jeho chování. Vizitace péče má k dispozici specifickou metodu: transfer biografie. Tato metoda identifikuje: „aktuální potřeby a přání, potencionální potřeby a přání, cílené rozlišení mezi přáním a potřebou seniora“ (PROCHÁZKOVÁ, 2019, str. 134-138). Aktivizačních metod je celá řada, ovšem práci aktivizačního pracovníka je rozpoznat, které z metod je pro daného klienta nejzábavnější a nejúčinnější. Takto lze stanovit a určit jaké z metod nabídnout danému klientovi. Pro společné aktivity zvolit přiměřené tempo a obtížnost.

Nejdůležitější pro seniory s demencí je již zmíněná smyslová aktivizace. Konceptem smyslové aktivizace se zabývá VOJTOVÁ (2018, str. 28): „Myšlenkou Konceptu Smyslové aktivizace je péče o člověka s úctou, respektem a láskou“, která se stává vizí a propojení myšlenky ve vzájemném vztahu: senior x rodina, senior x zaměstnanci, senior x veřejnost. Základem je umožnit seniorovi s demencí, aby vědomě cítil každou část svého života všemi smysly, žil samostatně a aktivně. Smyslová aktivizace není terapie, která vše vyléčí, ale podporou pro seniora, rodinu či personál. Hlavní cíl představuje dlouhodobé udržení a zachování vlastní, sociální a věcné kompetence. Důležitým bodem smyslové aktivizace je, aby si senior uvědomoval své zdroje, tzn., co umí, co dokáže a pojmenuje. Pro orientaci v ročních obdobích se používají fotografie, přírodní materiály či plody, které rostou v daném ročním období. Neustále se snažíme o podněcování zvědavosti, posílení soustředěnosti a vytrvalosti při cvičení. Dalším základním prvkem je komunikace, kdy bedlivě nasloucháme, tím se seniorovi vyvolávají vzpomínky, probíhá ve skupině či individuálně. Skrze smyslovou aktivizaci se snažíme, aby senior zůstal co nejdéle samostatný v běžných činnostech, nacvičujeme orientaci v prostředí, ve kterém se nachází (pobytové zařízení- např. chodíme s ním na zahradu, doprovázíme ho na WC). Smyslová aktivizace je založena na čtyřech pilířích: *dotyk, podpora, komunikace a pozornost*. Dotykem (podání ruky) pozdravíme, dáváme tím najevo svůj zájem o navázání komunikace (naš zájem musí být upřímný, i člověk s demencí dokáže vycítit nezájem). Každé konání musí být doprovázeno slovy s očním kontaktem. Právě oční kontakt je nejdůležitější (VOJTOVÁ, 2014).

Reminiscence je využívána především u seniorů s demencí, kdy se snažíme o oživení minulých zkušeností, které jsou pozitivní a pro seniora důležité (rodinné události, svatby, svátky, aj). Může být strukturovaná, ovšem většinou probíhá spontánně/ nestrukturovaně. Všechny reminiscenční metody se snaží o navození dobré pohody, pocitu, sebeuspokojení a radosti. Musíme ovšem počítat i s traumatickými zkušenostmi, jakými jsou například válka, rozvod, úmrtí a jiné osobní těžké vzpomínky. V těchto případech již nemluvíme o jednoduché zábavě, ale o psychotherapeutický charakter. Reminiscence a psychotherapie mají mnoho společných prvků, ovšem aktivizační pracovník se snaží zaměřovat pouze na jednoduchou, zábavnou reminiscenci a především není dostatečně proškolený

a vzdělaný na psychoterapii. Neměl by si proto hrát na psychoterapeuta, vzhledem k velmi citlivým tématům (např. válka). Reminiscence jako aktivita je něco jiného než reminiscence jako terapie. V reminiscenci jde především o pravidelnou rekapitulaci života seniora na uspořádání vlastního života. Výsledky dle Janečkové (2008) vypovídají, „že čím je demence hlubší, tím je dopad reminiscenční terapie výraznější a zlepšení nápadnější“. Reminiscenci můžeme rozdělit na pět přístupů:

Narativní přístup: Samovolné a neorganizované vyprávění vzpomínek ze života. Probíhá ve dvojici či skupině a může být i psanou formou. Smysl narativního přístupu je naplnění volného času.

Reflektující přístup: Životní rekapitulace klienta s aktivizačním pracovníkem, kdy je za cíl porozumění života a hledání smyslu života. Svým přístupem se přibližuje k psychoterapii, i přes to, že se jedná o spontánní proces vyplývající z potřeb seniorů na urovnání si života. Reflektující přístup pomáhá k odpuštění a usmíření s nejbližšími seniora.

Validace: Snaží se o hlubší komunikaci: blízký oční kontakt, dotek, jednoduché neohrožující otázky a opakování. Uznává člověka s demencí jako rovnocenného jedince. Aktivizační pracovník se snaží na dané téma orientovat v klientově „světě“, bere ho vážně i s jeho demencí spojené se zvláštnostmi a uznává, co říká.

Expresivní přístup: Metoda popsána psychologem Jamesem Pennebakerem. Pojetí, které je spojený s emocemi, většinou se jedná o těžké vzpomínky, které s sebou klient dlouho nosil. Klient se se svými svízelnými vzpomínkami podílí s ostatními, od kterých může dostat důležité rady. Dochází k uvolnění vnitřního napětí a změny pocitu souvislé s těžkými vzpomínkami.

Informační přístup: Využití biografické metody v kontextu s historickými událostmi dle gerontologa Petera Colemana. Klient využívá své vzpomínky k ponaučení mladším generacím. Reminiscence v tomto přístupu plní velmi podstatnou interpersonální a mezigenerační funkci. Klient získává smysl života a významnou sociální roli (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, str. 65-67), (JANEČKOVÁ, 2010, str. 14-36).

Vzpomínání, které pomáhá při adaptaci na stáří a hledání smyslu života. Pomocí toho je reminiscence přizpůsobena jako speciální metoda při práci se seniory. Nejdůležitějším přínosem je naslouchat a vnímat seniorům podle jejich individuálních potřeb, při které nám slouží fotografie, předměty, hudba, filmy aj. Senioři jsou pomocí těchto předmětů vyvoláni ke konverzaci dle daného tématu. „Práce se vzpomínkami“ jak někteří autoři reminiscenci označují, pracuje s dlouhodobou pamětí. Tato metoda výrazně zlepšuje vztah mezi klientem a pracovníkem. Pracovníci mají často zájem o klienty, protože jim lépe porozumí a pochopí, tím zlepšují kvalitu života v pobytových zařízeních.

HOLCZEROVÁ (2013, str. 42- 63) uvádí několik prospěšných aktivit ve stáří. Hudební aktivity podporují hojení, dopomáhají ke komunikaci s klientem, relaxaci a celkovému klidu. Nejúčinnější je pro Parkinsonovu chorobu.

Další aktivitou ve stáří mohou být pohybové a taneční aktivity. Nezbytnou součástí člověka je pohyb, který je blízce spojen s psychickou stránkou člověka a vlastnostmi, například intelektem, citlivostí, poctivostí, sebedůvěrou a vůlí. Ve stáří bývá pohyb omezen v důsledku zdravotních potíží či je často nahrazován jinými podněty (např. televizí).

V arteterapii jde především o osobní projev než o konečný výsledek. Cílem není hotový produkt, ale celý proces tvorby. Arteterapie má dva cíle: individuální a sociální cíl. U seniorů pomáhá arteterapie i jako reminiscence, procvičování jemné motoriky a krátkodobé paměti. Je důležité přistupovat individuálně na základě znalostí o jejich stavu. Dopomáhá to pocítům, jako je uznání a vzpomínání. V rámci arteterapie se aktivují zbytky jejich vitality, flexibility a stimulaci kreativity.

Dramaterapie používá dramatické metody k projevu sebe samého za účelem sebepoznání a chápání mezilidských vztahů. Lze využít speciální metodu psychodrama, které je zaměřené k psychoterapeutickým účelům k vyjádření jedince. Dramaterapie se seniory má svá určitá specifika, která vedou k smysluplného využití času, posílení integrity ega a vyrovnání se s minulostí. Psychoterapie může pomoci s nevyřešenými a skrytými traumaty a konflikty. Pomocí dramaterapie mohou senioři sdělovat své pocity a přání, které nelze verbálně sdělit.

Trénink paměti a kognitivních funkcí je důležitou aktivitou především pro seniory s demencí. Procvičování paměti lze využít mnoha způsoby od péče o vlastní osobu (ranní hygiena, snídane, úklid), posilování časové orientace (jaký je den, měsíc, rok). Pomocí správných her lze procvičovat paměť například „Kimovy hry“, u kterých není potřeba mnoho materiálu. Spousta her využívají smysly: chuť, čich, hmat. Poslepu ochutnávají různé potraviny, ohmatávají věci. Tyto aktivity se často spojují s reminiscencí. Je možnost využít i „dětské“ hry, jako je pexeso, kvarteto a karty, při kterých se senioři vzpomínají na dětská léta nebo vnučata a pomáhají k vzájemné komunikaci. Je důležité znát schopnosti a možnosti seniorů. Ve skupinových aktivitách se používají slovní hry. SUCHÁ (2008) ve své knize na základě druhů paměti (zraková, sluchová, hmatová, čichová, chuťová, motorická) uvádí několik možností využití pro seniory s demencí pomocí jednoduchých her: kvarteto, pexeso, křížovky, hádanky, přísloví, puzzle aj.



DVOŘÁČKOVÁ (2013, str. 86-87) uvádí: „Zooterapií se rozumí pozitivní účinek využívání zvířat n zdraví člověka. Dělení zooterapie podle druhu zvířat:

- Canisterapie – využití psa v terapii,
- Felinoterapie – využití koček v terapii,
- Hipoterapie – využití koní v terapii,
- Delfinoterapie – využití delfinů v terapii,
- Lamaterapie – využití lam v terapii,
- Insektoterapie – využití hmyzu v terapii,
- Ornitoterapie – využití ptactva v terapii“.

Stančíková (2012, str. 36-37), zabývající se canisterapií upozorňuje, že je důležité zvolit klidné prostředí o samotě, nejlépe s jedním klientem. V početnějších skupinách je tato terapie pouze na „pobavení“ všech, a nespĺňuje onen účel. Cílem je uvolnění bariér při komunikaci, motivuje k dalším aktivitám, aktivizuje seniora, začlenění do společnosti, eliminuje emoční výkyvy a udržuje seniora v činnosti.

Aktivizačních metod a činností existuje několik. Aktivizační pracovník pracující se seniory s demencí se především snaží o kvalitně strávený volný čas v pobytových zařízeních. Jde o především o správnou komunikaci, a na základě toho nabídnout co nejsmysluplnější činnost. Zařízení, kde aktivizační pracovník působí, může nabízet různé kurzy či proškolení v oblastech metod aktivizace. Je důležité si uvědomit, že není terapeut, ale může tyto terapeutické činnosti poskytnout ve spolupráci se sociálním pracovníkem daného zařízení. Aktivizace je pro většinu osob s demencí v pobytovém zařízení jejich jedinou činností, která je dokáže vytrhnout z každodenního stereotypu. I hodina či dvě denně, kdy se klient s demencí věnuje nějaké aktivitě, je pro něj nesmírně důležitá. Aktivizační pracovník musí respektovat a tolerovat více času na rozhodování, vybírat jednoduché aktivity a otázky. Nezhodnocovat jeho potíže, ale ani jich nadměrně nesoucíit a chovat se k nim stále stejně.

## **5 Specifika volnočasových aktivit ve vybraných domovech pro seniory**

V poslední kapitole objasním specifika a rozdíly ve vybraných zařízeních, pro účely práce použiji pseudonymy: Domov Alzheimer a Domov U lesa. Nejprve stručně charakterizují zařízení, ve kterých jsem působila. Dále potom činnosti, které jsem si mohla vyzkoušet a zúčastnit se jich. Na základě vyzkoušených činností, pozorování a nastudované literatury porovnám obě zařízení.

### **5.1 Charakteristika zařízení Domov Alzheimer a Domov U Lesa**

V této kapitole popíšu vybraná zařízení, ve kterých jsem působila.

#### **Domov Alzheimer**

Prvním z nich je Domov Alzheimer, kde dlouhodobě pracuji. Je to pouze jedna z mála poboček firmy, společně řídí ještě Domov pro seniory. Pobočky sídlí v několika krajích ČR. Nabízí unikátní projekt propojení zdravotních a sociálních služeb pro klienty s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence. Žádost o přijetí je na základě vyplnění formuláře, kde klient či rodina klienta vyplní základní informace. Zařízení nabízí 24 hodinou péči 365 dní v roce. Odborný personál podporuje soběstačnost, aktivní způsob života, individuální zvyklosti klientů a zachovává jejich práva a lidskou důstojnost. Domov Alzheimer se nachází v klidné části města, součástí zařízení je i velká zahrada s prostorným altánem. V domově mimo jiné sídlí dětská skupina, kterou využívají primárně zaměstnanci domova. Dětská skupina navštěvuje klienty, která vytváří pozitivní vliv na psychiku klientů. Jsou zde i zvířata, která se volně pohybují po domově. Zařízení nabízí kadeřnictví, které sídlí přímo v centru, dále se zde nachází ordinace praktického lékaře. Klienti mohou být ubytováni v příjemném, domácím prostředí ve dvou, třílůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením. Pokoje jsou vybaveny, ovšem není problém vlastního dovybavení. Celý areál je bezbariérový a kapacita je až pro 170 klientů.

Klienty denně zapojují do činností, které jsou pro každého šité na míru. Proškolený personál využívá různé metody a způsoby komunikace s klientem pomocí bazální stimulace. Mezi základní aktivizační činnosti patří reminiscenční terapie, tréninky paměti a muzikoterapie. K tomuto slouží speciálně vybavené místnosti pro rehabilitaci, cvičení jemné a hrubé motoriky, aromaterapie a terapeutické vaření a pečení. Klienti jezdí na výlety, výstavy a do divadel. Pravidelně do zařízení jezdí pořádat vystoupení mateřské školy, základní umělecké školy, hudební a divadelní spolky.

#### **Domov seniorů U lesa**

Druhým zařízením je „Domov seniorů u Lesa“, kde jsem v průběhu studia vykonávala praxi. Zařízení architektonicky zapadá do okolí lesoparku a lesa. Nabízí 249 lůžek pro pět oddělení (204 pro Domov pro seniory, 45 pro Domov se zvláštním režimem) o klienty se stará 180 zaměstnanců. Domov nabízí domov pro důchodce, ale nachází se zde i oddělení se zvláštním režimem. Zařízení má další pobočku v nedaleké obci. O klienty se stará odborný personál 24 hodin denně. Volný čas lze strávit v relaxační místnosti, procházkou v parku, v altánku, na venkovních terasách. V nově postaveném společenském sále se konají různé akce. V Domově je k dispozici knihovna, internetový koutek, bufet. Pravidelně zde dochází pedikérka a kadeřnice. Dále je zde kaple, kde se konají mše či modlitby. O přijetí se podává žádost. Domov pro seniory se aktivně zapojuje do několika projektů/aktivit vedoucích ke zvýšení kvality sociálních služeb:

- paliativní péče,
- biografie,
- dobrovolníci,
- canisterapie,
- literární soutěž „Dobrovodské zrcadlení“,
- spolupráce s Jihočeskou vědeckou knihovnou České Budějovice.

## **5.2 Aktivizační činnosti ve vybraných zařízeních**

V předchozí kapitole jsem představila základní charakteristiku vybraných zařízení. Nyní popíšu jejich aktivizační činnosti, které jsem si mohla i sama vyzkoušet.

### **Domov Alzheimer**

Domov Alzheimer má oproti druhému zařízení omezenější prostory pro vykonávání aktivit, což je pro aktivizační pracovnice stěžejní. Aktivizace se vykonává primárně skupinově ve společenské místnosti, kde se účastí menší skupiny klientů. Vzhledem k nedostatku personálu, což vnímám, jako velký problém v sociálních službách není příliš prostoru pro individuální činnosti. I přes obtížnou situaci se aktivizační kolegyně snaží docházet k imobilním klientům, kteří jsou upoutáni na lůžku. Velmi dobře funguje společná motivace a dobré kolektivní vztahy. Aktivizační pracovnice spolupracují s rehabilitační pracovnicí, sestrami a pečovateli. Vzájemná komunikace mezi pracovníky vede ke spokojenosti a individualitě potřeb každého klienta. Pracovníci znají své klienty, o které se starají. Aktivizační pracovnice komunikují skoro se všemi klienty každý den, což mezi nimi utváří dobré pouto. Klienti jim důvěřují, a pracovnice ví, jaké aktivity využívat.

V tomto zařízení je plánován týdenní harmonogram, kterým se aktivizační pracovnice snaží řídit. Hlavním cílem aktivizačních pracovnic je udržení soběstačnosti a procvičování paměti klientů, proto se zde nejvíce setkávám s reminiscencí a trénování paměti. Tato aktivita probíhá ve skupině, kdy se pracovnice dotazují klientů, pomocí

míče, který hází společně s otázkou. K tomu různé předměty, rčení, ale i hudbu. Oblíbenou aktivitou klientů je luštění křížovek, čtení a poslech hudby. Někteří klienti tancují společně s pracovníky, což výrazně zlepšuje jejich vzájemný vztah. Každých čtrnáct dní dochází do zařízení harmonikář, který zpívá tradiční a známé písně. Jsou naplánovány různé akce v podobě hudebních vystoupení, návštěvy kina, cukráren, ZOO aj. Mezi klienty dochází dva kněží. Společně se s pacienty modlí, absolvují celé mše i další duchovní aktivity. Klienti často pečou, či si připravují jídlo na různé akce. Důležité jsou společné akce s rodinou na různé svátky, či oslavy. Všichni pracovníci (sestry, aktivizační pracovníce, rehabilitační pracovníce a pečovatelé) ve volných chvílích (pokud je počasí příznivé) chodí s klienty na zahradu v zařízení. Ke klientům, kteří jsou pouze na lůžku, se pravidelně dochází, a provádí se bazální stimulace. Na základě toho jsou obeznámeni ošetřovatelé, jak správně polohovat klienta, aby nedocházelo k dekubitům.

I přes nedostatek personálu v zařízení se pracovníci pokouší o nejdůstojnější prožití stáří svých klientů. Velkým plusem je zde výborná komunikace a každodenní přímý kontakt s většinou klientů. Předností pracoviště je úzká spolupráce a vzájemná pomoc při práci s klienty. Aktivizační pracovníce již nastupují s absolvovaným kurzem: *Kurz pracovníka v přímé péči*, či ho po dvanácti měsících od nástupu musí absolvovat. Velkým plusem v tomto zařízení je již zmíněný dobrý kolektiv, který vede stejný cíl.

### **Domov U lesa**

Druhým již zmíněným zařízením je Domov důchodců U lesa. Zde jsem vykonávala čtrnáctidenní praxi. Jedná se o domov důchodců, který má pouze jedno patro pro důchodce se zvláštním režimem. Ráda bych vyzdvihla jako velkou přednost veškeré prostory v zařízení. Celý objekt je vkusně a dle potřeb svých klientů zařízen, je zde knihovna, obchod s potravinami i aktivizační pracovníce mají své prostory k výkonu práce. Jedná se o společnou „kancelář“, kde se konají aktivity s klienty, zároveň zde mají veškerý materiál a administrativu. Kromě této místnosti mají k dispozici venkovní zahradu, která je nejen pro klienty velmi příjemným místem. Oproti předešlému zařízení má Domov důchodců u Lesa jiný způsob vedení svých individuálních činností. Je zde více aktivizačních pracovníc, každá z nich má na starost určitý počet klientů, za kterými pravidelně dochází a každá má své patro s klienty. I zde perfektně funguje vzájemná komunikace mezi všemi pracovníky.

Aktivizační pracovníce vedou vlastní harmonogram práce na základě předešlé domluvy s ostatními, aby nedošlo k opakování. Během čtrnácti dnů jsem se zúčastnila několika aktivit. Prvním z nich bylo vaření na jednom z pater s vybranými klienty (na základě zdravotního stavu a nálady). I v tomto zařízení je kladen velký důraz na reminiscenci a trénování paměti, která se uskutečňuje ve venkovní zahradě s občerstvením. Jediným rozdílem je rozdělení plně orientovaných seniorů a seniorů z patra se zvláštním režimem. Probíhají zde hudební aktivity a sportovní aktivity

(Boccia). Ke klientům docházejí i malé děti ze školky, která sídlí v budově. V rámci mezigenerační terapie hrají spolu hry. Tato aktivita je spojená s plně orientovanými klienty a klienty se zvláštním režimem. Cvičí se zde i zrak pomocí různých aktivit. Klientům jsou nabídnuty aktivity: pánské dílny, keramické dílny, dámské dílny. Dvakrát do měsíce se koná mše v kapli, která je přímo v zařízení, s klienty se zvláštního režimu se chodí na procházky. V rámci praxe jsme se neúčastnili pouze aktivit, ale také jsme docházeli za klienty, kteří se nechtěli účastnit. I v tomto zařízení dochází k individualizaci potřeb klienta na základě společné komunikace. Někomu jsme přinesli vzkaz od aktivizačních pracovníků, někoho jsme doprovázeli do knihovny a někdo si chtěl pouze povídat. I tyto „aktivity“ spočívají v práci aktivizačních pracovníků.

Závěrem bych chtěla dodat, že i přes krátkou dobu mého pobytu v tomto zařízení jsem získala velmi dobrý dojem, že aktivizační pracovníci jsou kvalifikované a zodpovědné a společně tvoří skvělý tým. Vykonnávají svou práci s co největším přesvědčením, své klienty znají a snaží se jim nabídnout co nejpestřejší využití volného času. Velkým překvapením pro mě bylo, že se někteří klienti nechtěli zúčastnit aktivit a pouze odpočívali na pokoji i přes dobrý zdravotní stav. Prostory zde jsou přizpůsobeny i imobilním klientům a dodávají příjemný pocit z okolí.

### **5.3 Srovnání přístupů v obou domovech a diskuze**

Zde se budu zabývat srovnáním přístupů v obou domovech s použitím zkratk: Domov Alzheimer (DA) a Domov U lesa (DU). Mým předmětem srovnání bude prostředí, počet přidělených klientů na jednoho pracovníka, vzájemná komunikace (pracovník s klientem, pracovníci mezi sebou), aktivizační činnosti, materiál k činnostem, plánování péče, vzdělávací akce, využití technik k aktivizaci, podpora vedení, kontrola uplatnění a schopností v praxi.

Prostředí, ve kterém se činnosti uskutečňují, jsou důležitým prvkem k navození správné atmosféry. MALÍKOVÁ 2011 apeluje, jak důležité je vytvořit dostačující služby seniorovi, které mohou nahradit rodinu a podpořit ho v jeho obvyklém prostředí. Na obou pracovištích tuto službu realizují tím, že umožňují klientům zařídit si pokoj tak, jak byli zvyklí ve svém domácím prostředí pomocí svých osobních věcí (nábytek, koberec, květiny, lůžkoviny, oblíbené předměty... Setkala jsem se i s případem, kdy v DA dovolili klientce sdílet pokoj se svým psem. Zároveň se však musí jednat o místo, které je vytvořené pro tento typ nemoci, tedy vyvarovat se jakýmkoli bariérám, přehnaným barvám, většímu množství nábytku, zkrátka všemu, kvůli čemuž by mohlo dojít k úrazu nebo ještě větší dezorientovanosti (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008). Při aktivizaci mají DU na výběr z několika místností. Velkým přínosem pro domov je vnitřní zahrada, kde se nutně nemusí vykonávat aktivizační činnosti, ale slouží i k individuální relaxaci klientů. Oproti druhému zařízení má DA pouze jednu společnou místnost, ve které se

vykonávají činnosti. V letních měsících se často různé aktivity provádí v zahradě, která náleží k zařízení. Činnosti ve společenské místnosti jsou často náročné na uskutečnění. Ne všichni klienti se rádi zapojují do činností a raději si povídají, což ovšem může rušit aktivizační pracovnice, které provádí činnost. Materiálové vybavení je v obou zařízeních dostatečné v relaci k činnostem. Požadavky aktivizačních pracovníků jsou respektovány a plněny. Materiál je nakupován podle zájmu klientů (např.: šití, kreslení...) vedením nebo pracovnicemi přímo.

Plánování péče je v domovech se zvláštním režimem náročnější než v domovech pro seniory vzhledem k náročnosti péče odvislé od stavu klientů. Aktivizační pracovníci vykonávají poměrně rozsáhlou administrativní práci plánovací a dokumentační. Kromě obecných sezónních plánů jsou důležitější týdenní plány, ve kterých se v závislosti na plánovaných aktivitách zajistí prostory, materiál. Pracovníci v DA jsou neustále v úzkém kontaktu s vedením i při jiných aktivitách. Například jednou měsíčně doprovází klienty ke kadeřníkovi, lékaři. V DU je vztah obdobný.

Vzdělávání pracovníků při nástupu do zaměstnání je organizováno společně pro pečovatele i aktivizační pracovníky v regionu. HOLMEROVÁ (2009) uvádí, že prohlubováním znalostí aktivizační pracovník dosahuje lepšího pochopení chování klientů. Přednášející jsou kvalifikovaní školitelé z oblasti sociální a zdravotní. Na závěr jsou konány písemné a ústní zkoušky. Během zaměstnání jsou aktivizační pracovníci školeni v jednotlivých okruzích aktivit. Zmíněné platí pro obě sledovaná zařízení. V průběhu roku na obě pracoviště přichází kontroly sledující dodržování standardů. Kontrola je specifická podle zaměření práce a to zvláště pro aktivizační pracovníky, pečovatele a další profese. Překročení nařízení je trestáno finančním postihem.

Počet přidělených klientů na jednoho aktivizačního pracovníka je rozdílný. Oproti DA má DU více aktivizačních pracovníků. Tato specifika lze těžko porovnávat, protože se jedná o domov důchodců a má pouze jednu část (poschodí) se zvláštním režimem, zatímco DA je domov pro seniory se zvláštním režimem celým objektem. V DU měla každá aktivizační pracovnice přidělené patro s určitým počtem klientů. Na základě toho zpracovávala aktivizační činnosti, nebo si po domluvě s ostatními aktivizačními pracovnicemi „půjčovaly“ klienty na různé skupinové aktivity. Počet aktivizačních pracovníků v DA je skutečně malý, proto není dostatek času na uskutečňování individuálních aktivit. Proto se také spolu s oběma aktivizačními pracovnicemi podílí na volnočasových aktivitách i další spolupracovníci. MUSIL, KUBALČÍKOVÁ a HUBÍKOVÁ (2006) uvádí, že do týmu aktivizačního pracovníka mohou patřit pracovníci ergoterapie, fyzioterapie a sociální pracovníci. I přes stěžejní nedostatek zaměstnanců se celý tým DA snaží o poskytnutí nejlepších služeb pro seniora. S problémem nedostatku personálu se potýkají i jiná zařízení domovů pro seniory.

Vzájemná komunikace mezi aktivizačním pracovníkem a klientem v obou zařízeních byla v rámci zachování respektu, důstojnosti adekvátní požadavkům. Jisté rozdíly jsem ovšem vyzorovala. V DU byly aktivizační pracovnice často „mimo“ dění. Více času trávily v kanceláři při administrativních činnostech, přípravě aktivit nebo při individuálních činnostech s klienty na pokoji podle stanoveného harmonogramu. V DA jsou aktivizační pracovnice v neustálém kontaktu s klienty, a nejen s nimi samotnými ale i s ostatními pracovníky. PROCHÁZKOVÁ (2019) uvádí, že podmínkou poznání potřeb seniora je bezpodmínečná znalost biografie. Aktivizační pracovnice poznává minulost, problémy, charakterové vlastnosti klienta. Schopnost komunikace je i v pozdějších stádiích u osob s demencí částečným způsobem zachována, proto je pro pečující nezbytné, aby se naučili rozumět a rozpoznávat způsoby, kterými nemocný jedinec komunikuje, a začali je taktéž používat. Pro profesionální pečující osobu, tedy i aktivizačního pracovníka je velice důležitá kvalitní komunikace s rodinnými příslušníky nemocného jedince.

Díky spolupráci rodiny a pečovatele je možné, získat ucelené informace o tom, z jakého sociálního prostředí jedinec pochází, jaký vedl život, záliby, ale i zdravotní stav. Informace, postupy a nové poznatky je potřeba sdílet oboustranně tak, aby byla péče o nemocného co nejlepší (JANÁČKOVÁ, WEISS, 2008, str. 71). HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ (2012) považují jako důležitý předpoklad pro úspěšnou péči o člověka s Alzheimerovou chorobou oblast komunikace a znalost komunikačních technik. Komunikace se nejvíce využívá ve smyslové aktivizaci VOJTOVÁ (2014), ale i při různých přístupech reminiscence (JANEČKOVÁ, 2010). Na obou zařízeních je komunikace nejzákladnějším prvkem aktivizace seniora s demencí při aktivizačních činnostech. Komunikace probíhá na základě znalostí o klientech (někteří se rádi nechávají oslovovat jménem, někteří ne). Ke klientům v obou zařízeních přistupují aktivizační pracovnice s respektem, úctou a vhodně na základě jejich chování s nemocí. Nejde pouze o běžnou komunikaci, ale jde především o zájem aktivizačních pracovnic poznat co nejlépe klienta. Tento zájem prohlubuje jejich vzájemný vztah a lepší spolupráci v aktivizačních činnostech.

Kromě komunikace s klientem zařízení je důležitá komunikace s ostatními zaměstnanci v zařízení. Navzájem si sdělují informace o změnách u klientů, pomocí kterých dále pracují. Oproti DA je DU větším zařízením a zásadním rozdílem je, že se jedná o státní zařízení a DA soukromé. Z tohoto důvodu se mi jevíly role pracovníků DU velmi rozdělené, specializované, každý si dělal svoji práci. Navzájem mezi sebou komunikovali a měli dobré vztahy, ovšem každý byl ve své „kanceláři.“ V DA je jeden velký kolektiv, dělající vesměs stejnou práci, pečovatelé ale i sestry pomáhají aktivizačním pracovnícím s činnostmi. Působí to někdy až rodinným dojmem. V obou

případech práce a spolupráce aktivizačního pracovníka s ostatními členy týmu fungovala dobře nehledě na počet klientů.

Aktivizační činnosti se v zařízeních zásadě neliší. Hlavní cíl aktivizačních činností, udržovat soběstačnost klientů při běžných úkonech, je v obou zařízeních stejný. Ve větším zařízení DU byly jednotlivé aktivity plánovány podle poměrně přesného harmonogramu (reminiscence na určité téma, literární kroužek...) a aktivizační pracovníce se předem chodily doptávat klientů, zdali se dané aktivity zúčastní. Příprava na aktivizační činnost byla různorodá na základě dané aktivity. Klientům byla před aktivitou nabídnuta káva či čaj. Jak jsem již zmiňovala, v DU se vykonávaly aktivity, jakými jsou: vaření, reminiscence, literární kroužek, pohybové aktivity: Boccia, procházky, mezigenerační aktivity s dětmi ze školky, keramika a cvičení paměti. Kromě těchto aktivit dále nabízejí specifitější aktivity, které jsou více cílené na plně orientované seniory, těmi jsou: univerzita třetího věku a virtuální realita. V menším, soukromém zařízení DA jsou aktivizační činnosti omezeny menším počtem pracovníků a nedostatkem prostor.

V DA je zřejmá snaha neustále zlepšovat vybavení a renovovat prostory. Velkým přínosem je zahrada s altánkem kde klienti kromě odpočinku mají i příležitost ke spontánním činnostem (péče o květiny, trávení volného času.) Klienti mají zahradu k dispozici neustále. Mohou si dojít kdykoliv na vycházku, nebo zakouřit. Prostory navíc slouží i k provádění organizovaných aktivit (taneční vystoupení, oslava svátků- Velikonoce, májové oslavy, rodinné sešlosti). V DA je také organizován rozsáhlý soubor aktivit jako v DU, v podstatě v rozsahu činností popisovaných v literární rešerši. Vztahy mezi aktivizačními pracovníky a klienty hodnotím jako nenucené, přirozené. Pracovnice se dost důkladně seznámily vždy při příchodu nového klienta s jeho anamnézou a připravily individuální plán péče.

Každý klient se chová jinak a aktivizační pracovníce si vypracovaly specifické přístupy a způsoby chování ke klientům. Například u špatně slyšících mluvily hlasitě. K tomu, aby pro ně byly potřeby klientů zřejmé je třeba více času na pozorování neverbální komunikace. Z bibliografie si aktivizační pracovníce zjišťovaly kritické body chování klientů i možná rizika. Špatně zvolená aktivita může připomenout nepříjemné životní situace či zážitky a vyvolat nepřiměřenou reakci klienta (agresivita, odmítnutí některých činností až nakonec kontaktu s dotyčným pracovníkem). Seniorům, těm s demencí obzvlášť, je nejprospěšnější způsob jednání. Míra duševní pohody souvisí s uspokojením, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky. Klient musí vnímat vztah jako přátelský, upřímný. Aktivizační pracovníci se opravdově zajímají o starosti klienta. Velice důležitá je i neverbální komunikace. I mně samotné se při spokojenosti klientů vrací dobrá nálada a zpětně se prosazuje dál. Fyzický kontakt (pohlazení, přidržení za ruku, objetí) je někdy důležitější než verbální komunikace. Práce



aktivizačního pracovníka s dementními seniory je v mnohém podobná jako práce s malými dětmi. Přitom však musí být respektována jejich důstojnost a přes specifický stav postižení respektovat jejich svéprávnost, právo na názor, rozhodnutí o účasti na aktivitách, volbě partnerů mezi klienty, ale třeba i odmítnutí. Aktivizační pracovník může taktně přesvědčovat, ale nenutit. Mezi klienty byly aktivizační pracovníce neutrální, chovaly se ke všem, bez rozdílu zdravotního stavu, slušně, nezesměšňovaly nebo nezlehčovaly něčí aktivity před ostatními.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývá specifiky volnočasových aktivit seniorů v domovech se zvláštním režimem. Cílem práce bylo co nejlépe charakterizovat volnočasové aktivity seniorů s demencí. V úvodní části jsem s pomocí literatury objasnila pojmy jako je stárnutí a stáří, změny, které ve stáří nastávají a potřeby, které senioři vyžadují. Dále jsem se věnovala typům demence u seniorů a jejich specifickému chování při aktivizaci. Při péči o seniory s demencí, je kladen důraz na zachování lidské důstojnosti a soběstačnosti. V poslední kapitole jsem se věnovala tématu aktivizace a naplnění volného času seniorů s demencí.

Zejména poslední kapitolu jsem využívala pro srovnání dvou zařízení. Domov Alzheimer, kde dlouhodobě pracuji a Domov U lesa, kde jsem vykonávala praxi. U každého zařízení jsem popisovala aktivity, které vykonávají. V obou případech se jejich aktivity shodují s nastudovanou literaturou. Jde převážně o důkladnou znalost klientů a komunikaci s nimi. V obou zařízeních je kladen důraz na zachování soběstačnosti a trénování paměti. Aktivizační pracovníce spolupracují s ostatními pracovníky, jejichž cíl je stejný. Rozdíly vnímám v prostorech, kde se uskutečňují aktivity. Oproti Domovu Alzheimer, kde není dostatek prostoru pro vykonávání činností pro klienty i pro aktivizační pracovníce. Další nevýhodou oproti Domovu U lesa je nedostatek personálu. I přes toto stěžní je ale v Domově Alzheimer velmi ucelený kolektiv všech zaměstnanců, kteří si navzájem pomáhají.

V obou zařízeních jsou kvalifikované aktivizační pracovníce, které se ke klientům chovají s největší úctou a respektem. Práce se seniory s demencí je obecně velmi specifická. Dle mého názoru jsou volnočasové aktivity pro seniory s demencí někdy příliš náročné na uskutečnění. Těmto seniorům stačí pouze aktivní naslouchání, vřelé slovo a pohlazení. V obou zařízeních si jsou aktivizační pracovníce tohoto přístupu vědomy, a proto kromě aktivizačních činností, s klienty primárně komunikují a také jim naslouchají.

V závěru bych ráda podotkla, že jsem se snažila co nejlépe vystihnout práci aktivizačních pracovníků v daných zařízeních. V domově důchodců U lesa jsem strávila o mnoho méně času než v Domově Alzheimer, proto jsem si vědoma, že činností v tomto zařízení je určitě více. Zařízení mi ovšem ukázalo to nejlepší, co mohou svým klientům nabídnout. Domov Alzheimer se nadále snaží vylepšovat služby klientům a aktivizační pracovníce spolupracují na vytváření nových činností.

## Použitá literatura

ANONYM: Česká asociace ergoterapeutů: O profesi [online], 2023. Praha: Česká asociace ergoterapeutů [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-profesi>

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk; ČELEDOVÁ, Libuše. Sociální gerontologie. *Úvod do problematiky*, 2012.

DROBNÝ, Tomáš; ŠERÁK, Michal. Senioři v muzeu. Metodický materiál. Brno:MZM, 2016.

DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš, DUBSKÝ, Josef. Sociologie životního stylu, 1.vydání, 2008, ISBN 978-80-7380-123-6

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Grada Publishing as, 2012.ISBN 978-80-247-4138-3.

EGLIN Anemone, Evelyn HUBER, Ralph KUNZ a et al., 2006. *Posvěcovat život-Spirituální doprovázení lidí s demencí* [online]. [cit. 2024-03-26]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000159.pdf?seek=1489066971>

EHRENFREUCHTER, Claudia; FERNHOLZ, Dagmar a kolektiv, 2014. *Když se paměť vytrácí...: Život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. 1. Praha: Tarsago Česká republika. ISBN 978-80-7406-248-3.

GEHRIG, Rainer B., Michal OPATRŇÝ, Nándor BIRHER, Klaus BAUMANN, a kolektiv a Nicole EMROVÁ, 2021. *Spiritualita, etika a sociální práce* [online]. 1. Freiburg: FreiDok plus [cit. 2024-03-24]. ISBN 978-3-928969-89-5. Dostupné z: [doi:10.6094/978-3-928969-89-5](https://doi.org/10.6094/978-3-928969-89-5)

GREGOR, Shirley; BENBASAT, Izak. Explanations from intelligent systems: Theoretical foundations and implications for practice. *MIS quarterly*, 1999, 497-530.

HANZALOVÁ, Markéta; PAŽITNÝ, Peter; KANDILAKI, Daniela. Prevalence of Alzheimer's Disease in Retirement Homes and Homes with a Special Regime in the Czech Republic. 2020

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.

HROZENSKÁ, Martina; DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Grada Publishing as, 2013.

JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. Komunikace ve zdravotnické péči. *Praha, Portal*, 2008.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory*. 1. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. Volný čas seniorů. 1. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-5535-9.

JIRÁK, Roman; LAŇKOVÁ, Jaroslava. *Demence: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: 2007*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kolektiv, 2009. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

JUREČKOVÁ, Petra. Aktivizace seniorů. Sociální práce / Sociálna práca [online]. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2003(2), 141–152 [cit. 2019-04-20]. ISSN 1213-624. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2003-2-091001164720.pdf>.

KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2020.

KLEVETOVÁ, Hana a Irena DLABALOVÁ, 2008. Motivační prvky při práci se seniory. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLAŘÍKOVÁ, Marta. Psychologie stárnutí a stáří. *Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě*, 2019.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. Úvod do ergoterapie. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2699-1.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních [online]. 2011. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-02-21]. ISBN 978-80-247-7506-7

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1638-6.

MÁTL Ondřej, Mátlová Martina, and Holmerová Iva. 2016. Zpráva o stavu demence 2016. Available online: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048> (accessed on 31 January 2020).

MUSIL, Libor, Kateřina KUBALČÍKOVÁ a Olga HUBÍKOVÁ. Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2006. ISBN 80-87007-41-7

NOVOSAD, L. 2009. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7

PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. O stárnutí a stáří. 1. Praha: Avicenum, zdravotnické

nakladatelství, n. p. ISBN 80-201-0076-8.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Grada Publishing as, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-071-1008-7.

PTÁČKOVÁ, Hana, Radek PTÁČEK a A KOLEKTIV, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. 1. U Průhonů 22, 170 00 Praha 7: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0876-3.

RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Grada publishing as, 2010.

STANČÍKOVÁ, Markéta a Jitka ŠABATOVÁ, 2012. *Canisterapie v teorii a praxi*. 1. Vyškov: Tiskárna Grafico. ISBN 978-80-87731-00-0.

SUCHÁ, Jitka, 2008. *Trénink paměti pro každý věk: testy na paměť, logiku a koncentraci*. 1. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0307-0.

SUCHOMELOVÁ, Věra, 2015. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. České Budějovice. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc. PhDr. Ludmila Muchová, Ph.D.

STUART-HAMILTON, Ian. Attitudes to aging questionnaires: Some evidence for potential bias in their design. *Educational Gerontology*, 1999, 25.2: 185-195.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Karolinum, 2007, ISBN 978-80-246-1318-5.

VETEŠKA, Jaroslav, 2017. Gerantagogika: Psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů. 2. Praha: Česká andragogická společnost. ISBN 978-80-905460-7-3.

VOJÍŘOVÁ, Dita. Sociální služby: odborný časopis. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, říjen 2012, ročník XIV. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: <http://socialnisluzby.eu>

VOJTOVÁ, Hana, 2018. Jak (ne)přesadit starý strom: Koncept smyslové aktivizace v

péči o seniory a osoby s onemocněním demencí. 1. Frýdek-Místek: JOKL. ISBN 978-80-905419-9-3.

VOJTOVÁ, Hana. Smyslová aktivizace v české praxi. Vyd. 1. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, 2 sv. ISBN 978-80-260-5804-5

(Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.)

## **Abstrakt**

MELICHAROVÁ, E. *Specifika volnočasových aktivit seniorů v domově se zvláštním režimem*. České Budějovice 2024. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce V. Suchomelová

**Klíčová slova:** stáří, demence, péče o seniory, aktivizace, aktivizační pracovník, specifika, domov se zvláštním režimem

Bakalářská práce se zabývá specifiky volnočasových aktivit v domovech se zvláštním režimem ve vybraných zařízeních. První část se zabývá významem stárnutí a stáří, typům demence a péči o seniora. Pozornost je věnována kapitole aktivizace, s kterou jsem pracovala v poslední kapitole.

Druhá část obsahuje porovnání dvou zařízeních ve kterých jsem v průběhu studia působila. Na základě nastudované literatury jsem se zabývala specifiky aktivizačních činností důležité pro seniory v pobytových zařízeních. Prostředím pro seniory během aktivizace, potřebného materiálu k aktivizačním činnostem. Důležitou komunikací mezi aktivizačním pracovníkem a klientem, ale i mezi personálem a vedením. Vzdělávání aktivizačních pracovníků a počet přidělených klientů. Nejvíce jsem se zaměřila, jakým způsobem se uskutečňují aktivizační aktivity, jaké prostředky jsou k tomu využity a jak se během toho chovají aktivizační pracovníci ke klientům.

## **Abstract**

MELICHAROVÁ, E. *Specifics of leisure activities of seniors in home with special regime*. České Budějovice 2024. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Theology. Department of Pedagogy. Thesis supervisor V. Suchomelová

**Keywords:** old age, dementia, elderly care, activation, activation worker, specifics, home with special regime

The bachelor thesis deals with the specifics of leisure activities in homes with special regime in selected facilities. The first part deals with the meaning of ageing and old age, types of dementia and care for the elderly. Attention is paid to the chapter on activation, which I worked with in the last chapter.

The second part contains a comparison of two facilities I worked in during my study. On the basis of the literature studied, I discussed the specifics of activation activities important for the elderly in residential facilities. The environment for the elderly during activation, the necessary material for activation activities. The important communication between the activation worker and the client, but also between the staff and the management. Training of activation workers and the number of clients assigned. I focused most on how the activation activities are carried out, what resources are used for this and how the activation workers behave towards the clients during this.