

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta

Bakalářská práce

AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ
V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Autor práce: PhDr. Jitka Stropnická
Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Ehrlichová
Studijní program: Sociální a charitativní práce

2024

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

.....

Jitka Stropnická

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Magdaleně Ehrlichové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Vážím si těchto rad i času, který mi při přípravě mé bakalářské práce věnovala.

OBSAH:

1	ÚVOD.....	6
2	DEMENCE V ŽIVOTĚ SENIORA	8
2.1	PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ	9
2.2	VLIV DEMENCE NA ŽIVOT SENIORA	10
3	PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ.....	12
3.1	PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	13
3.2	PÉČE V AMBULANTNÍCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	14
3.3	PÉČE V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	15
4	AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ.....	18
4.1	CÍLE AKTIVIZACE	18
4.2	SPECIFIKA AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ.....	19
5	MOŽNOSTI AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	23
5.1	SMYSLOVÁ AKTIVIZACE.....	24
5.1.1	<i>Cíle smyslové aktivizace</i>	<i>24</i>
5.1.2	<i>Pilíře setkávání při smyslové aktivizaci</i>	<i>25</i>
5.1.3	<i>Aktivizační činnosti v konceptu smyslové aktivizace</i>	<i>26</i>
5.1.4	<i>Účastníci aktivizačních činností při smyslové aktivizaci.....</i>	<i>27</i>
5.2	BIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE.....	28
5.2.1	<i>Cíle biografické péče</i>	<i>28</i>
5.2.2	<i>Abeceda biografické péče.....</i>	<i>29</i>
5.2.3	<i>Aktivizační činnosti v biografickém modelu péče.....</i>	<i>30</i>

5.3	DALŠÍ MOŽNOSTI AKTIVIZACE.....	31
5.3.1	<i>Validace</i>	32
5.3.2	<i>Reminiscence</i>	32
5.3.3	<i>Ergoterapie</i>	34
5.3.4	<i>Muzikoterapie</i>	35
5.3.5	<i>Zooterapie</i>	36
6	PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE	37
6.1	VŮNĚ PEČENÝCH KOLÁČŮ VRACÍ CHUŤ DO ŽIVOTA	38
6.2	HUDBA, KTERÁ POMÁHÁ PŘEKONAT I ODLOUČENÍ	39
6.3	DĚTSKÝ SMÍCH PŘINÁŠÍ DO ŽIVOTA SVĚTLO	41
6.4	VZTAH MEZI LIDMI A VÍRA, CO DOKÁŽE ZÁZRKY	42
6.5	CESTY, NA KTERÉ NELZE ZAPOMENOUT	43
6.6	NEZAPOMENUTELNÉ ČAJE O PÁTÉ	45
6.7	NALEZENÉ FOTOGRAFIE PŘINESLY VZDÁLENÉ VZPOMÍNKY	46
7	ZÁVĚR	49
8	POUŽITÉ ZDROJE	51

1 ÚVOD

Stárnutí je přirozeným biologickým procesem, kterým prochází každý z nás. Společně se stářím přicházejí do života člověka zkušenosti, nadhled i zklidnění životního tempa. Seniorský věk však do života člověka přináší také mnohá omezení. Ta souvisejí mimo jiné s postupným úbytkem tělesných i duševních sil a klesající kvalitou kognitivních funkcí. V důsledku změny způsobu života dochází ve stáří rovněž k přeměně sociálních rolí a změny mohou doznávat i dosavadní sociální vazby člověka. Stáří je také dobou, kdy se člověk mnohem častěji než kdykoliv dříve potkává s různými nemocemi těla i duše. Jedním z nejzávažnějších onemocnění, které souvisí právě s věkem, je demence. Jde o vážné duševní onemocnění, které postihuje intelekt, paměť a celou osobnost člověka. Demence výrazně limituje život nemocného a způsobuje postupně jeho plnou závislost na péči druhých. V důsledku prodloužování průměrné délky života a nárůstu počtu lidí seniorského věku je demencí ohrožen stále větší počet lidí. Potřeba postarat se o demencí postižené jedince tak nabývá na aktuálnosti nejen v naší společnosti, ale i celosvětově. Bakalářská práce popisuje, jak se toto vážné onemocnění projevuje a jak výrazný může být jeho dopad na život člověka.

V péči o nemocné nejde jen o zajištění jejich základních životních potřeb, ale důležitá je především celková kvalita života, tedy jeho naplnění nejen po tělesné, ale také psychické, sociální i spirituální stránce. Demence však saturaci potřeb člověka velmi ovlivňuje. Senior trpící demencí postupně ztrácí schopnost postarat se sám o sebe, přichází o časovou kontinuitu a v těžších fázích nemoci nepoznává ani své blízké. I přesto je možné vhodnou péčí zpomalit progresi onemocnění a zachovat maximálně možnou kvalitu života, jak jen to průběh nemoci dovoluje. Diagnóza demence ale rozhodně není rovnítkem k ústavní péči. Péče o nemocné může probíhat v domácím prostředí, kde jsou v roli pečujících osob především rodinní příslušníci. Až pokud tato péče není možná, existuje několik specializovaných sociálních institucí a služeb, které se zaměřují právě na péči a pomoc osobám trpícím demencí.

Bakalářská práce se věnuje především tématu aktivizace seniorů postižených touto nemocí. Aktivizace má pozitivní dopad na kognitivní funkce člověka, kdy správně zvolenými stimuly je podporována paměť, pozornost či další kognitivní procesy. Aktivizace má ale i svůj psychologický význam. Díky vhodně zvoleným aktivizačním činnostem, které demencí nemocný člověk zvládne, může prožít pocit radosti, rozptýlit depresi a je-li aktivizace realizována v kolektivu, má navíc i společenský přesah. I když tuto duševní poruchu nelze zatím vyléčit, lze správně zvoleným přístupem její průběh zpomalit a nemocným lidem zajistit důstojný a naplněný zbytek života.

Cílem bakalářské práce je představit možnosti aktivizace seniorů s demencí v pobytových sociálních službách a ukázat její vliv na kvalitu života těchto lidí. V práci je tak popsána smyslová aktivizace jakožto celkový koncept péče o demencí nemocného člověka, který je přístupem zaměřeným nikoliv na to, co už senior vzhledem ke svému věku a zdravotnímu omezení nezvládne, ale naopak na to, co mu jeho stav ještě dovoluje. Je to přístup, jenž cílí na smysly člověka a předkládá mu podněty, které jeho demencí zatížená paměť stále rozeznává. Díky smyslové aktivizaci se tak nemocnému člověku dokáže propojit současný, často nesrozumitelný, svět se světem, který důvěrně znal a který zůstává zasunutý v jeho vzpomínkách.

Dalším celkovým konceptem péče, který v této kapitole uvádím, je biografický model péče vycházející z psychobiografie prof. Erwina Böhma. I tento přístup míří na vzpomínky člověka, pracuje s jeho životním příběhem a pomáhá nám porozumět starému člověku jakožto jedinečné lidské bytosti. V části bakalářské práce věnované aktivizaci jsou zmíněny i další postupy, které již nemají podobu ucelených konceptů péče, ale jsou v pobytových sociálních zařízeních často využívány, a to buď jako součást celkových konceptů péče, nebo i samostatně. Pro tuto práci jsem jako příklad těchto aktivizačních činností zvolila validaci, reminiscenci, ergoterapii, muzikoterapii a zooterapii.

Bakalářská práce je zakončena sedmi kazuistikami, které na příkladech konkrétních klientů demonstrují využití a přínos jednotlivých aktivizačních metod. Některé z těchto klientů jsem osobně poznala při své práci aktivizačního pracovníka v pobytovém sociálním zařízení pro seniory. Silná životní zkušenost během mého působení v sociálních službách byla hlavní motivací při volbě tohoto tématu. Při jeho zpracování čerpám z odborné literatury, především: Eva Malíková: *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, Jitka Zgola: *Úspěšná péče o seniora s demencí*, Hana Vojtová: *Jak nepřesadit starý strom. Koncept smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí* a z řady dalších, které uvádím v seznamu použitých zdrojů.

2 DEMENCE V ŽIVOTĚ SENIORA

Demence je onemocnění, které spojujeme především s vyšším věkem. S postupným prodlužováním průměrné délky života¹ se toto onemocnění týká stále většího počtu lidí. Celosvětové statistiky jsou alarmující. Od roku 1980 do roku 2000 se počet obyvatel planety navýšil o 35 %, za stejné časově období ovšem vzrostl počet osob starších 60 let o 60 %.² Také údaje o počtu lidí, kteří již demencí trpí, varují: „V současnosti žije na světě přibližně 50 milionů osob s demencí a předpokládá se, že do roku 2050 jejich počet stoupne až na 152 milionů.“³ Více než trojnásobný predikovaný nárůst avizuje, že jde o problém opravdu závažný.

Byť demence může postihnout i člověka mladšího, hovoříme o demenci jako o nemoci především seniorského věku. Stanovit přesnou věkovou hranici, od kdy lze člověka označit za seniora, ovšem není jednoznačné. Obzvláště s odkazem na již zmíněnou prodlužující se délku života dochází k potřebě i období stárnutí a stáří vymezit přesněji, než tomu bylo dříve. Farková odkazuje například na periodizaci lidského věku využívanou v anglosaských zemích, která rozděluje věkovou etapu stáří na tzv. „mladé seniory“ (65–74 let), „staré seniory“ (75–84 let) a „velmi staré seniory“ (85 a více let).⁴ Byť Šolcová a Blatný označují věk nad 65 let za pouhou tzv. pozdní dospělost,⁵ skutečností zůstává, že riziko rozvoje demence se výrazně zvyšuje právě již od věku 65 let.⁶

Demence je onemocnění, které Franková charakterizuje jako nejobávanější nemoc vyššího věku.⁷ Nemoc způsobuje ztrátu schopnosti vykonávat smysluplné činnosti

¹ Dle dat Českého statistického úřadu z r. 2020 je naděje dožití u mužů 75,3 let, u žen 81,4 let. Právě v roce 2020 však došlo po 40 letech růstu průměrné délky života k jejímu propadu, a to u mužů o jeden rok, u žen o 0,7 roku. Tento pokles je spojován s výrazným nárůstem úmrtí v souvislosti s onemocněním covid-19. Blíže: Srov. ČSÚ. *Aktuální populační vývoj v kostce*. [online]. 2023. [cit.30.8.2023]. Dostupné na <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>.

² Srov. PIDRMAN, V. Demence- 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi* [online]. 2007 [cit.30.8.2023]. Dostupné na <https://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>.

³ KISVETROVÁ, H. a kol. *Vliv demence na trajektorii kvality života seniorů. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2020 [cit.30.8.2023]. Dostupné na <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2020-3-4/vliv-demence-na-trajektorie-kvality-zivota-senioru-122986>.

⁴ Srov. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 119.

⁵ Srov. BLATNÝ, M. (ed.). *Psychologie celoživotního vývoje*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2016, s. 157.

⁶ Srov. PIDRMAN, V. Demence- 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi* [online]. 2007 [cit.30.9.2023]. Dostupné na <https://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>.

⁷ Srov. FRANKOVÁ, V. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2017 [cit.30.8.2023]. Dostupné na https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201701-0007_Demence_u_Alzheimerovy_choroby.php.

a chápat okolní dění. V důsledku demence tak člověk přichází o svou samostatnost a stává se postupně závislým na péči svého okolí.

Mezinárodní klasifikace nemocí řadí demenci mezi organické duševní poruchy, včetně symptomatických, které mají společnou příčinu, a sice poškození mozku.⁸ K tomu může dojít degenerativním procesem nebo i onemocněním nebo poškozením mozku. Odborná literatura⁹ tak podle příčiny vzniku rozlišuje demence vznikající atroficko-degenerativními procesy nebo tzv. demence symptomatické (sekundární).

Nejčastěji se degenerativní poškození mozku projevuje jako tzv. Alzheimerova choroba. Tato v současné době nevléčitelná nemoc je s rozvojem demence spojena vždy a stojí za více než polovinou celkového počtu vzniklých demencí.¹⁰ U některých dalších nemocí (např. AIDS) demence propuká pouze v některých případech. Symptomatické, tedy sekundární demence, jsou zapříčiněné poškozením mozkové tkáně, například v důsledku nedostatečného prokrvení nebo mnohočetných mozkových infarktů. Mezi symptomatické demence lze zařadit také ty, jejichž příčina souvisí s infekcemi, záněty nebo nádory mozku či centrálního nervového systému.¹¹

Byť je demence běžně označována jako nemoc, není to tedy nemoc jako taková. Jde o syndrom, tj. soubor závažných a negativních příznaků, které mohou mít různé příčiny. Kromě nejčastější Alzheimerovy choroby to může být dalších více než 60 dosud známých příčin.¹² Bude-li v dalším textu demence označována jako onemocnění, jde tedy spíše o ustálené a v praxi zažitě vyjadřování než přesný termín. Autor práce je si této nepřesnosti vědom.

2.1 Příznaky onemocnění

Demence může mít mnoho příčin, její příznaky jsou však obdobné. Různé druhy demencí mohou mít přesto pořadí i intenzitu projevujících se příznaků strukturovány odlišně. Demence postihuje především kognitivní funkce jedince. Za první varovný příznak jsou považovány poruchy paměti¹³. Ta selhává nejprve v krátkodobém, pak i v dlouhodobém

⁸ Srov. Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize, platné od 1.1.2023) [online]. [cit.2.9.2023] Dostupné na <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F01.9>.

⁹ Např. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 20-22.

¹⁰ Srov. FRANKOVÁ, V. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2017 [cit.2.9.2023]. Dostupné na https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201701-0007_Demence_u_Alzheimerovy_choroby.php.

¹¹ Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, s. 20.

¹² Srov. Tamtéž str. 12.

¹³ Srov. GLENNER, J. a kol. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*, 1. vydání. Praha: Portál, 2012, s. 9.

horizontu. Také Česká alzheimerovská společnost uvádí problémy s pamětí jako první z celkem deseti příznaků, které mohou predikovat problém demence.¹⁴

Za další varovné signály uvádí stejný zdroj¹⁵ problémy s vykonáváním běžných činností, problémy s řečí, časovou a místní dezorientací, postupně se zhoršující racionální uvažování a potíže s abstraktním myšlením, změny v náladě, chování a bohužel i změnu osobnosti.

Příznaky demence velmi komplexně popisuje Pidrman, který je rozčleňuje do tří základních okruhů. Jsou jimi: 1. narušení kognitivních funkcí (tj. intelektu, paměti, osobnosti apod.), 2. behaviorální symptomy (viz dále) a 3. psychologické symptomy (bludy, halucinace, deprese, úzkost, agitovanost apod.). Pro nemocného, jeho příbuzné a pečovatele jsou náročné především poruchy chování, které představují pro uvedené osoby daleko větší stres než další omezení způsobená demencí (např. poruchy paměti či samostatnost). Právě tyto behaviorální příznaky (např. zmatenost, podezřívavost, agresivita, poruchy spánku, nepřiléhavé jednání apod.) jsou častou indikací k tomu, že je nemocný umístěn v některé ze sociálních institucí.¹⁶

2.2 Vliv demence na život seniora

Výše popsané příznaky demence již predikují, že její vliv na život člověka je velmi závažný a zasahuje prakticky do všech jeho oblastí.

Demence dokáže způsobit, že se člověk ztrácí i v důvěrně známém prostředí. Ztráta orientace a zmatenost může mít pro nemocného seniora velmi vážné konsekvence. V případě, že se senior ztratí, hrozí mu riziko neposkytnutí potřebné péče (např. včasné podání léků). Bloudění v neznámém prostoru je jistě spojeno s tenzí a psychickou nepohodou.¹⁷ V neznámém prostředí může být navíc ohrožen větším rizikem pádu nebo zranění.

Ztráta paměti, která je pro demenci typická, se projevuje nejen při vědomé snaze si vybavit určité informace, ale i při každodenním fungování. Nemocný zapomíná, k čemu se používají naprosto běžné předměty jako je lžice nebo zubní kartáček. I toto

¹⁴ Srov. Česká alzheimerovská společnost. *Jedná se o Alzheimerovu chorobu? Deset příznaků, které by Vás měly varovat* [online]. [cit.2.9.2023]. Dostupné na <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>.

Česká alzheimerovská společnost vznikla v r. 1997 jako občanské sdružení. V r. 2014 je ČALS obecně prospěšnou společností, jejímž cílem je pomáhat lidem s demencí a těm, kteří o ně pečují.

¹⁵ Srov. Tamtéž.

¹⁶ Srov. PIDRMAN, V. *Demence*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 80-81.

¹⁷ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*, 1 vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 59.

jsou však projevy demence. Události vzdálené byť jen několik málo minut jsou pro nemocného člověka nenávratně ztraceny.

Zvláště pro osoby blízké je velmi těžké přijmout, pokud si nemocný člen rodiny plete jejich jména, a nakonec je třeba nepoznává vůbec. Stejně tak složité je pro okolí nemocného pochopit, že si nemocný člověk nemůže zapamatovat informace z aktuálního rozhovoru a ptá se na vše znovu a znovu.

Senior s demencí je ve velmi komplikované situaci i při běžné denní komunikaci. Již zmíněná neschopnost zapamatovat si slyšené informace se dále komplikuje ztrátou schopnosti porozumět slovům a častou poruchou vyjadřování. Netrpělivost ze strany druhého komunikujícího je tak často málo překvapivá, stejně tak jako nervozita a hněv ze strany nepochopeného seniora.

Psychické strádání vyvolává i při demenci často přítomná paranoidita. „Současné studie ukazují, že přibližně 75 % nemocných, kteří trpí středně závažnou demencí, je podezřívá, a více než 40 % těchto pacientů trpí bludem, že jsou okrádáni.“¹⁸ Tento problém souvisí opět s poruchami paměti, úsudku a dalších kognitivních funkcí. Senior s demencí není schopen najít věci, které hledá. Tento problém se opakuje, seniora rozrušuje a ten hledá vysvětlení, proč se mu tak děje. Chybným úsudkem nalézá vysvětlení v tom, že příčina není na jeho straně, ale hledané věci mu někdo záměrně schovává nebo bere, že jeho okolí je vůči němu nepřátelské.¹⁹

Někdy na tuto situaci může nemocný senior reagovat agresivitou. Ta je podle Šátečkové nejobávanější reakcí u lidí s demencí.²⁰ Častěji se podle této autorky vyskytuje agrese verbální a její příčinou je především úzkost a nepochopení situace. Pidrman uvádí, že agrese je přítomna u přibližně 20 % nemocných v domácím prostředí, u hospitalizovaných nebo osob umístěných v jiných ústavech se četnost agresivních projevů zvyšuje až na 50%.²¹ Také podle Pidrmana je agresivní chování projevem úzkosti nemocného jakožto reakce na situaci, kterou nechápe nebo není schopen plně akceptovat. Tento autor ještě doplňuje, že někdy se může agresivní chování projevit jako následek bludného přesvědčení nemocného nebo jako reakce na zvýšenou kontrolu ze strany jeho okolí.

¹⁸ PIDRMAN, V. *Demence*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 80.

¹⁹ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 60.

²⁰ Srov. ŠÁTEČKOVÁ, L. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2021, s. 28.

²¹ Srov. PIDRMAN, V. *Demence*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 83.

3 PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ

Potřeba péče o seniora s demencí je úměrná jeho zdravotnímu i psychickému stavu. Ten do značné míry koreluje s aktuálním stádiem poruchy, i když manifestaci všech projevů demence v určité fázi nemoci nelze paušalizovat. I tady platí, že každý člověk je individualita.

Odborná literatura rozlišuje lehké, střední a těžké stádium demence. V raných stádiích může onemocnění uniknout pozornosti nejbližšího okolí z důvodu pomalé postupné progresse. Jelikož se objevuje většinou až ve vyšším věku, příznaky se často považují za projev přirozeného stárnutí.²² Nemocní si některé obtíže subjektivně uvědomují (např. výpadky paměti, horší vyjadřování, potíže s rozhodováním apod.). V běžném životě zatím ještě dokáží fungovat samostatně, výjimkou je zvládání pracovních povinností nebo náročných situací. „V této fázi onemocnění lze správně zvolenou léčbou zmírnit či pozastavit průběh onemocnění.“²³ Postupem chorobného procesu se však jednotlivé příznaky prohlubují.

Střední stádium demence již zcela samostatný život nedovoluje. Přes zachování určité míry soběstačnosti upozorňuje Zvěřinová na poměrně rychlý úpadek schopností potřebných pro běžné denní aktivity.²⁴ „Zejména vážne schopnost tzv. instrumentálních výkonů, jako je například obsluha jednoduchých domácích přístrojů – televize, pračky, telefonu apod.“²⁵ Ve středním stádiu demence se navíc ztrácí náhled člověka na své potíže. V tomto stádiu je již nutný dohled nad duševně postiženým člověkem a pomoc i při běžných samoobslužných úkonech. Pro fázi rozvinuté demence je příznačná ztráta zájmu o své koníčky i o okolní svět. Ze strachu z neúspěchu se nemocní straní a izolují od svého okolí. „Právě v této fázi onemocnění mají význam nefarmakologické přístupy a aktivizace.“²⁶

Poslední stádium demence přináší nemocnému již plnou závislost na péči druhých, a to především péči ošetrovatelskou. Důvodem je masivní propad kognitivních

²² Srov. BARTKO, D.; ČOMBOR, I.; MADARASZ, Š.; LULIAK, M. Demencia alzheimerovho typu. *Via practica* [online]. 2008 [cit.2.9.2023]. Dostupné na

<https://www.solen.sk/storage/file/article/92586304366539800d28430d9135bce3.pdf?fbclid=IwAR3m9peWraKFT5Fhfj15s6XxVDIz87CiAMa16YfMcmW3gvWHhQ7IkmS2esQ>, citováno dle FERTALOVÁ, T.; ONDRIOVÁ, I. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020, s. 61.

²³ NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005, citováno dle FERTALOVÁ, T.; ONDRIOVÁ, I. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020, s. 64.

²⁴ Srov. ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*, 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2017, s. 150.

²⁵ Tamtéž, s.150.

²⁶ HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Gerontologické centrum, 2007 [cit.19.9.2023]. Dostupné na http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf.

schopností včetně časoprostorové dezorientace. Nemocný je zmatený, ztrácí schopnost srozumitelné komunikace se svým okolím. To ale neznamená, že by své okolí nedokázal vnímat na úrovni pocitové. Proto i v této fázi nemoci, a to včetně jejího závěrečného, tj. terminálního stadia, je nutný vlídný, laskavý a lidskou důstojnost zachovávající přístup ze strany všech, kteří se seniory postiženými demencí budou jakkoliv v kontaktu.

3.1 Péče v domácím prostředí

Dovoluje-li to míra duševního postižení a je-li tento způsob v rodině možný, pak je to právě péče v rodinném prostředí, která může být v této těžké životní etapě nemocnému oporou. Rodina může poskytnout péči sociální, pečovatelskou, částečně i zdravotní a zcela jistě emocionální. Rodina zná svého demencí postiženého člena nejlépe, má k němu dlouhodobě silnou citovou vazbu. Ví, co má rád, co je pro něho důležité, a může těchto znalostí využít i při jeho aktivizaci. V rámci širší rodiny je tak například možné domluvit se na pravidelném cíleném telefonickém nebo osobním kontaktu se svým nemocným členem.²⁷ Rozhovory jsou věnované situacím z minulosti, které by si nemocný mohl vybavit. Nenásilnou cestou tak nemocný dostává od více lidí různé impulsy pro trénink demencí postižené paměti. Také nemocný zná své prostředí, a byť v průběhu nemoci postupně ztrácí orientaci v prostoru i čase, jsou to stále jeho nejbližší osoby i místa, co ho obklopují.

Česká alzheimerovská společnost přináší na svých webových stránkách²⁸ rodinným pečujícím řadu doporučení, jak se s náročnou péčí vyrovnat jak po praktické stránce, tak také přináší náměty na aktivizační činnosti. Ty mohou být zcela konkrétní, např. hraní společenských her, prohlížení fotografií, rukodělné činnosti apod. Za aktivizaci seniora s demencí lze ale považovat i zcela běžné domácí denní činnosti, bude-li do nich tento senior aktivně zapojen. Vše lze ovšem provádět pouze s respektem k průběhu nemoci i k aktuálnímu stavu nemocného.

Rozhodnutí rodiny převzít péči o svého člena však není často snadné. Péče o jedince postiženého demencí je velmi náročná, a to jak po fyzické, tak také po psychické stránce. „Obecně platí, že není v silách jedince či jedné rodiny dlouhodobě bez pomoci a bez přestání péči o takto nemocného člověka zajistit“.²⁹ Pokud by povinnosti a zodpovědnost spojená s péčí o nemocného byla soustředěna pouze na jednu pečující

²⁷ Srov. CALLONE, P. a kol. *Azheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 70.

²⁸ Podrobněji: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/>.

²⁹ HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Gerontologické centrum, 2007 [cit.19.9.2023]. Dostupné na http://www.geriatric.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf.

osobu, došlo by zcela jistě k jejímu brzkému vyčerpání. To není žádoucí ani z hlediska pečujícího, ani z hlediska nemocného seniora. Péči o nemocného člena rodiny mohou domácí pečující pomoci zvládnout některé sociální služby. I díky jejich zapojení tak může nemocný zůstat přes progresi choroby ve svém domácím prostředí.

3.2 Péče v ambulantních a terénních sociálních službách

O důležitosti péče v přirozeném sociálním prostředí člověka panuje obecná shoda. Kromě zachování úzkých i širších sociálních vazeb je při rodinné péči zachována i kvalita života demencí postiženého seniora a prodlužuje se i jeho soběstačnost.³⁰ Sociální služby jsou však připraveny doplnit anebo i nahradit péči rodiny v případě, že tato není z různých důvodů možná. Sociální služby pro seniory postižené demencí mohou být poskytovány v ambulantní, terénní nebo pobytové formě.

K ambulantním sociálním službám vhodným pro seniory s demencí patří tzv. **centrum denních služeb**. „Pacienti sem přicházejí ráno, stráví tu celý den pod odborným dohledem a v činnostech, které podporují jejich soběstačnost a které se jim také samozřejmě líbí.“³¹ Večery a víkendy tráví tyto lidé u své rodiny. Mezi ambulantní služby patří také **denní stacionáře**, které mají obdobnou cílovou skupinu. Rozdíl oproti centru denních služeb spočívá zejména v pravidelnosti a úrovni poskytované pomoci. Společným znakem těchto ambulantních sociálních služeb je naopak zacílení pomoci demencí postiženým seniorům, a to včetně sociálně terapeutických činností.³² Ty mají za cíl podporovat klienta v jeho soběstačnosti a sebepéči. Důležitým cílem, který ambulantní sociální služby sledují, je však také odstraňování případných bariér seniora jak při komunikaci se svým okolím, tak navození pocitu zázemí a bezpečí.³³ Obojí je pro seniora s demencí velmi důležité.

Pokud není možné, aby nemocný senior navštěvoval ambulantní sociální služby, lze využít i služeb terénních. Ty jsou klientům poskytovány v jejich přirozeném prostředí, tedy nejčastěji přímo v jejich domácnostech. V případě seniorů postižených demencí lze

³⁰ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E. Podpora rodinných příslušníků pečujících o člověka s demencí. *Sociální práce/Sociální práce* [online]. [cit. 24.9.2023]. Dostupné na <https://socialniprace.cz/online-clanky/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci/>.

³¹ HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Gerontologické centrum, 2007 [cit.19.9.2023]. s.36. Dostupné na http://www.geriatric.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf.

³² Srov. Základní činnosti centra denních aktivit: § 45 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, základní činnosti denního stacionáře: § 46 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

³³ Srov. Centrum denních služeb [online]. [cit.26.9.2023]. Dostupné na https://cs.wikipedia.org/wiki/Centrum_denn%C3%ADch_slu%C5%BEeb.

využít především **pečovatelskou službu** nebo **osobní asistenci**.³⁴ Obě tyto terénní sociální služby zajišťují péči o klienta ve smyslu pomoci se zajištěním stravy, péči o osobní hygienu, chodem domácnosti apod., součástí ale je také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti. Stejně tak jako v případě péče rodinného příslušníka může jít i zde o zcela běžné činnosti, do nichž je klient pod dohledem pečovatelky aktivně zapojen. V práci pečovatelky tak dochází k propojení materiálních i nemateriálních potřeb klienta, a právě v tomto propojení lze chápat péči o člověka jako komplexní. Vostrovská vidí pečovatelskou službu pro účely aktivizace klientů jako ideální prostor. Odůvodňuje to dlouhodobostí vzájemné vazby mezi klientem a pracovníky pečovatelské služby, ve které vzniká kromě profesionálního i lidský rozměr tohoto vztahu. Právě lidský rozměr je pro jakoukoliv spolupráci předpokladem.³⁵ Motivaci pro aktivizaci lze pak vidět i v přirozeném a důvěrně známém domácím prostředí klienta. Praxe však může přinášet určitá omezení, a to především nedostatečný počet pracovníků pečovatelské služby, kteří v důsledku časového přetížení těžko nalézají dostatečný prostor právě na aktivizační činnosti a upřednostňují zajištění materiálních potřeb klienta.

Terénní pečovatelské služby mohou klientům s demencí pomoci jen do určité fáze nemoci. Její progresí se ztráta soběstačnosti prohlubuje a rodina klienta vyhledává sociální služby pobytové, kde je péče o seniory zajištěna v nepřetržitém režimu.

3.3 Péče v pobytových sociálních službách

Pobytovou sociální službou je míněna služba spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb.³⁶ Zařízení, která poskytují pobytovou sociální službu, zajišťují pro své klienty nejen ubytování, ale také stravování, úklid, praní prádla a podobný servis a pomoc při zvládnutí vlastní sebeobsluhy. Standardní součástí služby v pobytových zařízeních je nabídka skupinových nebo individuálních aktivizačních programů a dalších volnočasových činností.

Pobytová sociální zařízení jsou členěna podle příčiny ztráty soběstačnosti svých klientů. Je-li touto příčinou věk, je vhodným pobytovým zařízením **domov pro seniory**.³⁷ Tato zařízení nejsou prioritně určena seniorům s demencí. Praxe však ukazuje, že i zde je

³⁴ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 39 a § 40.

³⁵ Srov. VOSTROVSKÁ, H. *Aktivizace seniorů v pečovatelských službách*. In *Aktivizace – cesta k důstojnému stáří*. Praha: Marcom, 1999 citováno dle HETMÁNKOVÁ, Jana. *Aktivizace seniorů v pečovatelské službě* [online]. Brno, 2007 [cit. 2023-10-25]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/alo0a/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Kateřina KUBALČÍKOVÁ.

³⁶ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 33 odst. 2.

³⁷ Srov. Tamtéž § 49.

možné takto nemocné seniory potkat. Jde o klienty, kteří do domova pro seniory nastupují bez duševních komplikací, postupem času však u nich dojde ke zhoršení zdravotního stavu a rozvoji demence. Není-li jejich zdravotní stav takový, že by naprosto vylučoval jejich setrvání v domově, zůstávají tu často tito klienti i přesto, že jim je prioritně určeno jiné pobytové sociální zařízení, kterým je tzv. domov se zvláštním režimem (podrobněji viz dále). Tuto praxi potvrzuje i veřejný ochránce lidských práv, který apeluje na to, aby i domovy pro seniory, při kterých není zřizována služba domova se zvláštním režimem, předpokládaly, že demence je častá zdravotní komplikace u seniorů. V případě výskytu těchto obtíží pak není cestou své služby ukončovat, ale naopak je přizpůsobovat specifickým potřebám aktuální klientely.³⁸

Pobytové zařízení, jež je tedy prioritně určeno osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, je **domov se zvláštním režimem**. Do domovů se zvláštním režimem jsou přijímáni žadatelé s lékařsky potvrzenou diagnózou demence a určitým stupněm závislosti na péči.

Poskytovatelem této služby jsou obce, kraje nebo nestátní neziskové organizace či soukromé subjekty. Provoz zařízení je přizpůsoben cílové skupině, a to z hlediska provozního i personálního. Pracovní tým domova se zvláštním režimem musí být profesionální ve vztahu ke specifčnosti cílové skupiny. Péče, kterou tento tým poskytuje, musí vycházet z odborných poznatků o tomto typu onemocnění, z fáze nemoci konkrétního jedince a z jeho individuálních potřeb. „Naopak, intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže, či zbytečně působit utrpení.“³⁹ Kontinuální vzdělávání zdravotního i nezdravotního personálu je v tomto typu sociálního zařízení naprosto nezbytné.⁴⁰

Specifika domovů se zvláštním režimem jsou i v prostorových požadavcích. Klienti tohoto typu sociálního zařízení mají v důsledku svého onemocnění narušenou schopnost orientace v realitě. Zařízení domovů se zvláštním režimem proto musí být technicky uzpůsobeno tak, aby poskytovalo těmto klientům podporu a pomoc. K tomu mohou sloužit například přehledné piktogramy, barevná rozlišení různých prostor, směrovky,

³⁸ Srov. Veřejný ochránce práv, ombudsman. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. 2015 [cit.5.11.2023]. Dostupné na https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf?fbclid=IwAR23PVS4ECVF33vNplFQxgdUI_wD_YThuwUOZwog9raGb17wk dL4wxDpMdw w, s. 9.

³⁹ Tamtéž, s. 9.

⁴⁰ Vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je stanoveno zákonem č. 108/2006 Sb. v povinném rozsahu min. 24 hodin za kalendářní rok a týká se všech sociálních služeb tímto zákonem upravených. Tento zákonem stanovený rozsah vzdělávání je možná dostatečný optikou finančních rozpočtů jednotlivých sociálních zařízení, je otázkou, zda je však dostatečný i z hlediska skutečné potřeby pracovníků, kteří v sociálních službách pracují.

značky, promyšlené označení pokojů jednotlivých klientů, velké nástěnné hodiny apod. Součástí přizpůsobení prostředí v domovech se zvláštním režimem je i zajištění bezpečného pohybu klientů v rámci zařízení. Nejde jen o vybavení chodeb dostatečnými madly či osvětlením a instalaci stabilního nábytku v pokojích, ale také o zajištění kontrolovaného pohybu při vstupu do zařízení. Dezorientace klientů často vede k tomu, že klienti chtějí zařízení opustit, což by mohlo být s ohledem na jejich zdravotní stav nebezpečné. I v těchto momentech je však třeba ctít důstojnost člověka a všechna opatření činěna být v nejvlastnějším zájmu klienta, realizovat ve formě, která lidskou důstojnost zcela zachovává.

V zájmu komplexnosti informací o pobytových sociálních službách je nutno zmínit ještě tzv. **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**.⁴¹ Jde o pobytové sociální služby poskytované osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči v zdravotnickém zařízení, jejichž míra soběstačnosti však nedovoluje, aby byly propuštěny bez toho, že bude zajištěna péče o ně, a to buď jinou fyzickou osobou, nebo bude v dostatečné míře zajištěno zapojení vhodných sociálních služeb. I mezi těmito pacienty s velkou měrou pravděpodobnosti najdeme seniory, do jejichž života zasáhla demence.

Pobytové sociální služby často zajišťují i tzv. **odlehčovací službu**.⁴² Jedná se o krátkodobé pobyty v zařízení, které přebere péči o nemocného člověka po dobu, kdy jeho rodinní pečovatelé nemohou péči zajistit sami (např. nemoc, pobyt v láních, potřeba odpočinku apod.). Tyto služby umožňují pobyt v řádech dnů či týdnů. Mohou mít podobu např. týdenních stacionářů, které jsou v Zákoně o sociálních službách rovněž definovány jakožto služby vhodné pro klienty s chronickým duševním onemocněním.⁴³

Jak z předešlého textu vyplývá, pobytových sociálních zařízení je celá řada. Jejich cíl je však totožný. Je jím snaha poskytnout podporu, pomoc a péči osobám, jejichž zdravotní nebo sociální stav vyžaduje pomoc druhých. Tato zařízení se snaží svou péčí podpořit dosavadní způsob života a zajistit důstojný a hodnotný život svých klientů jak jen je to vzhledem k jejich zdravotnímu stavu možné. Za každým sociálním zařízením je však třeba vnímat především jeho personál – profesionální, citlivý, empatický a lidsky připravený podat pomocnou ruku. Bez něj by sebelepší sociální zařízení svých cílů nedosáhlo.

⁴¹ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 52.

⁴² Srov. Tamtéž, § 44.

⁴³ Srov. Tamtéž, § 47.

4 AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ

Pojem aktivizace byl v dosavadním textu zmíněn již několikrát. Co se tedy pod tímto termínem skrývá ve vztahu k sociální práci se seniory? V obecném smyslu je aktivizace procesem, kterým jsou lidé vedeni a motivováni k určité činnosti. V případě sociální práce se seniory je aktivizace činností, jejímž cílem je udržet seniory ve fyzické, psychické i mentální aktivitě a zachovávat jejich schopnosti a dovednosti. Děje-li se tak v příjemném prostředí a ve společenském kontaktu, přispívají aktivizační činnosti jednoznačně ke zvýšení kvality jejich životů.⁴⁴

Aktivizací nelze rozumět jen opravdu aktivní činnost ve smyslu např. společného cvičení, rukodělného tvoření nebo tematických procházek. Aktivizace může být i ryze pasivní záležitostí, např. relaxace s poslechem hudby, zvuků přírody či mluveného slova. Při aktivizaci jde totiž o zapojení jak těla, tak ducha člověka, a to s ohledem na jeho možnosti i jeho osobnostní i momentální preference.

Člověk bez duševního onemocnění se v průběhu své životní dráhy věnuje činnostem, které měl a má rád a které si sám zvolí. Možná přizpůsobuje jejich výběr a tempo svému pokračujícímu věku a kondici, stále je to ale on, kdo rozhoduje, co a jak bude dělat. Objeví-li se v jeho životě demence, je to najednou jiné. Závažnost Alzheimerovy nemoci „spočívá v tom, že zbaví živého člověka schopnosti něco dělat o mnoho let dřív, než je na to jeho tělo připraveno.“⁴⁵ A to je cesta ke zklamání, pocitu prázdnoty, marnosti a smutku ze ztráty vlády nad sebou samým. Ale i vážnou nemocí ovlivněný život může být stále životem hodnotným.

4.1 Cíle aktivizace

Právě aktivizace je jednou z cest, jak v této těžké situaci podat pomocnou ruku. Přináší člověku možnost opět zažívat nějaké činnosti, pocítit, že stále je dost věcí, které přes svůj zdravotní handicap zvládne, být něčeho součástí a radovat se, byť i z drobných úspěchů. Demence bohužel patří mezi nemoci, které nelze vyléčit. Aktivizace může ale redukovat efekt senzorické deprivace, pocit osamocení a přinést do života nemocného člověka opět světlo.

⁴⁴ Srov. DUČAIOVÁ, J. a kol. *Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer, 2018, s.22.

⁴⁵ ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s.148.

Důležitost aktivizace právě při sociální práci se seniory s demencí připomíná také Vojtová⁴⁶, která s odkazem na Goldberga⁴⁷ přirovnává aktivizační techniky k tréninku, díky němuž člověku přibývá svalů. I mozek potřebuje svou tréninkovou dávku. Právě „díky kognitivní námaze dokáží stárnoucí lidé zůstat kognitivně i funkčně v pořádku bez ohledu na neuropatologické známky Alzheimerovy nemoci a dalších demencí.“⁴⁸ Bez vnějších stimulů a podnětů pak paměť stárnoucího člověka nebo člověka postiženého demencí pouze chátrá.⁴⁹ Tuto myšlenku podporuje také Dvořáčková, podle níž může být nečinnost v pozdějším věku počátkem úpadku, který se již nedá zvrátit.⁵⁰

Zgola se dokonce domnívá, že při péči o lidi s Alzheimerovou nemocí je právě aktivizace tím nejcennějším prostředkem: „Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Může zklidnit nervozitu a neklid. Když si dva lidé spolu sednou, aby řešili nějaký úkol, spojuje je v tom okamžiku něco společného.“⁵¹ Také Suchá zdůrazňuje společenskou funkci aktivizačních činností a současně také její schopnost odvést myšlenky člověka daleko od chmurných témat.⁵²

4.2 Specifika aktivizace seniorů s demencí

Aktivizovat seniory bez duševních obtíží a seniory postižené demencí je odlišné. Senioři bez duševních poruch jsou limitováni standardními potížemi, které člověku přináší věk. Těmi jsou např. snížená pohyblivost, zhoršující se zrak a sluch, občasné zapomínání, úbytek fyzických sil a podobně. Senioři, do jejichž života zasáhla demence, jsou postaveni čelem, kromě výše zmíněných, i řadě dalších obtíží.⁵³ Zohlednit tyto limity v rámci aktivizačních přístupů je pak pro jejich zdárný průběh zásadní.

Nejdůležitější úkolem nejen při aktivizaci, ale při jakékoliv péči o osobu s demencí, je nastolit vzájemný vztah a atmosféru důvěry a úcty. To vzhledem k psychickému postižení klientů není jednoduché a nepomáhá tomu ani narušená schopnost **komunikace**. Demence způsobuje postupné zhoršování řeči i slovní zásoby. Nemocný

⁴⁶ Ing. Mgr. Hana Vojtová je od r. 2007 ředitelkou Domova seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích. V r. 2015 založila Institut Smyslové aktivizace, v jehož čele stojí dodnes. Smyslovou aktivizaci rozvinula do celkového konceptu, který propojuje aktivizaci s péčí.

⁴⁷ Srov. GOLDBERG, E. *Paradox moudrosti: jak být duševně výkonnější, přestože mozek stárne*. Praha: Karolinum, 2006 citováno dle VOJTOVÁ, H. *Jak nepřesadit starý strom. Koncept smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: Nakladatelství Jokl, 2018, s.13.

⁴⁸ Tamtéž, s. 13.

⁴⁹ Srov. Tamtéž, s. 13.

⁵⁰ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. HOLCZEROVÁ, V. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 34.

⁵¹ ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s. 92.

⁵² Srov. SUCHÁ, J. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013, s. 13.

⁵³ Více o příznacích a důsledcích demence pojednává kapitola 2 této bakalářské práce.

člověk má stále větší problémy vzpomenout si na určité konkrétní slovo. To se může snažit nahradit jinými výrazy, často i neologismy. Potíže má ale i s pochopením verbálně sdělovaného obsahu. Někdy může nemoc způsobit i afázii⁵⁴, která verbální komunikaci vyloučí zcela. To, že lidé v důsledku progresu nemoci ztrácejí schopnost komunikovat tak, jak jsme běžně zvyklí, ale neznamená, že by již neměli co říct nebo že nechtějí sdílet s ostatními své myšlenky a emoce. Je proto třeba hledat jinou cestu porozumění a pochopení chování člověka i tehdy, když už ani on sám svému chování často nerozumí. Cikhart apeluje při ztrátě verbální složky na využívání jiných komunikačních zdrojů – např. způsobem chování, tónem hlasu, formou sdělení, doteky. Podle Cikharta je potřeba, aby byl pečující personál opravdu dobře edukován o specifických syndromu demence. Jen tak dokáže vlídně reagovat i v situacích, které jsou pro člověka bez demence zcela nerealistické, a dokáže i v emočně vypjatých situacích zachovávat důstojnost a autonomii nemocného. I když je člověk s demencí limitován ve svých poznávacích funkcích, paměti, schopnosti kontrolovat své chování, pořád je to jedinečná lidská bytost se svým životným příběhem, se svými přáními, potřebami a emocemi.⁵⁵

Národní rada zdravotně postižených v ČR přináší pro komunikaci s pacienty se syndromem demence tato doporučení:⁵⁶

1. Při komunikaci omezíme rušivé vlivy prostředí, ujistíme se, že klient dobře slyší (případně má správně nastaveny kompenzační pomůcky).
2. Klienta povzbuzujeme vlídným zájmem, chováme se klidně a omezujeme prudké pohyby a spěch. Zůstáváme v zorném poli klienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. Při hovoru využíváme výrazy klientovi známé a přiměřené, vyhýbáme se odborným výrazům, žargonu apod. Je-li to možné, ukazujeme na předměty či osoby, o nichž hovoříme. Při nepochopení vysvětlujeme stejnou věc pomocí jiných slov, nikoliv opakováním původního sdělení.
5. Aktivně navazujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda klient naše sdělení chápe. K získání pozornosti případně ke zklidnění lze použít dotek.
6. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, haptiku, totéž umožňujeme i klientům. Vnímáme projevy úzkosti, strachu či deprese u klienta.

⁵⁴ Afázie je ztráta nebo porucha řeči způsobená porušením řečových oblastí mozku. [cit.7.11.2023]. Dostupné na <https://cs.wikipedia.org/wiki/Af%C3%A1zie>.

⁵⁵ Srov. CIKHART, M. *Komunikace s lidmi s demencí a předcházení problémovému chování*. [cit.8.11.2023]. Dostupné na <https://www.youtube.com/watch?v=IKMhFakKXHs>.

⁵⁶ Srov. KALVAN, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008, s. 324.

7. Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli, nebo zda aktivita či konzultace pro tentokrát skončila.
8. Klienta nepodceňujeme, ale komunikaci přizpůsobujeme jeho možnostem.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících demencí, posilujeme jejich autonomie, možnost rozhodovat o sobě, bráníme jejich ponižování, respektujeme lidský stud.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme je důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje. Jeho jistotu posilujeme i umožněním kontaktu s osobou blízkou.

Při aktivizaci lidí trpících demencí je nutné zohlednit i ochabující **paměť**. Ta způsobuje komplikace již v komunikaci, neboť člověk s demencí nedokáže dostatečně udržet linku hovoru. Bez fungující paměti není možné ani chápat a používat informace z předchozích zkušeností a osoba s demencí je závislá pouze na bezprostředních sděleních. Zvyšuje se tak míra závislosti, a to jak fyzické, tak emocionální.⁵⁷ Na pečující personál i tento fakt klade vysoké nároky. Na jeho přístupu totiž často záleží, jak se nemocný bude cítit, neboť demence nemocnému nedovoluje brát v úvahu jiné informace než ty, které v dané chvíli od personálu dostává. Z hlediska aktivizačních technik je pak nutné poruchu krátkodobé paměti kompenzovat větším počtem opakování některých informací a postupováním dopředu jen po jednotlivých dílčích krůčcích. Vícestupňové pokyny jsou v případě demence nevyužitelné.⁵⁸

Aktivizační činnosti je nutné přizpůsobit také **apraxii**, která se může vyskytovat zpravidla od střední fáze onemocnění⁵⁹. Vlivem demence nemocný člověk ztrácí schopnost vykonávat koordinované a účelné pohyby, do plánovaných činností od této fáze nemoci nelze zařazovat aktivity vyžadující náročnou úroveň těchto pohybů, nelze používat ani složitější pracovní pomůcky.

Suchá upozorňuje i na další limity při aktivizaci lidí s výraznější kognitivní poruchou. Je to například celkové **zpomalení psychomotorického tempa**, jemuž se musí přizpůsobit i tempo práce s klientem. Poruchu **koncentrace** lze vykompenzovat aktivitami s určitou dynamikou a pestrostí, nutné je však zohlednit dobu, po kterou jsou klienti s demencí schopni se aktivně zapojit a kdy už jejich pozornost mizí.⁶⁰

Přes řadu omezení, která s sebou demence přináší, však stále existuje mnoho věcí, jež lidé demencí trpící dokáží: Mohou si pamatovat věci z dávné minulosti, provádět obvyklé silně zafixované vzorce chování, osvojit si nové stereotypy, reagovat

⁵⁷ Srov. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s.124.

⁵⁸ Srov. SUCHÁ, J. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013, s.20.

⁵⁹ Srov. Tamtéž s. 20.

⁶⁰ Srov. Tamtéž s. 21.

a vyjadřovat emoce, mít požitek ze smyslových vjemů apod.⁶¹ Na těchto zachovaných kompetencí je možné stavět program aktivizačních činností. Podle Zgoly jsou u lidí postižených demencí nejúspěšnější ty aktivity, které využívají známých pohybových stereotypů, jsou poměrně rigidní a předvídatelné, zapojují člověka přímo a poskytují okamžitou zpětnou vazbu.⁶² Stejná autorka doporučuje při zavádění aktivity v cílové skupině lidí s demencí tyto postupy:

1. Využívat zachovalých schopností nemocného jedince
2. Minimalizovat rozptylující podněty
3. Omezit možnost volby
4. Vyhnout se dvojznačnosti, poskytovat podrobné instrukce
5. Pomáhat konkrétními vizuálními prostředky
6. Vyloučit možnost případného neúspěchu.⁶³

Suchá k tomuto výčtu přidává doporučení respektovat potřebu rituálů a zvyklostí, která může být u některých klientů velmi silná. Vlastní židle či místo v klubovně přináší těmto lidem pocit stability a bezpečí, a podporuje i jejich orientaci.⁶⁴

⁶¹ Srov. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, s.92.

⁶² Srov. Tamtéž, s.165.

⁶³ Srov. Tamtéž, s.165.

⁶⁴ Srov. SUCHÁ, J. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013, s.22.

5 MOŽNOSTI AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Stane-li se senior s demencí klientem pobytové sociální služby, stává se toto zařízení jeho domovem. Je to místo, kde tráví prakticky veškerý svůj čas a kde je o něj ve stejné míře pečováno. Součástí této péče je také aktivizace. Při aktivizaci seniorů, do jejichž životů zasáhla demence, je nutné volit takové formy a činnosti, které budou respektovat možnosti člověka a limity touto nemocí mu dané. V následující kapitole jsou zmíněny některé přístupy, které mají své opodstatnění právě v této cílové skupině.

Byť jsou v následujícím textu zmiňované přístupy označeny jako aktivizační činnosti, mohou mít i podobu celkových konceptů, které v sobě zahrnují jak aktivizaci, tak zdravotnickou i ošetrovatelskou péči. Pro tuto bakalářskou práci jsem vybrala dva koncepty, které jsou využívány v pobytových sociálních zařízeních, a to koncept smyslové aktivizace a biografický model péče. Jedná se o koncepty, které jsou obzvláště vhodné právě při péči o osoby s demencí. Jejich smyslem je totiž citlivě a s respektem ke zdravotnímu stavu u každého klienta podporovat jeho zachovalé schopnosti a dovednosti, díky čemuž je upevňována reálná míra sebezpěče a podporována kvalita života nemocného člověka. Tento cíl podporují svým přístupem všichni pracovníci, kteří se seniorem přicházejí při své práci jakkoliv do kontaktu.

Pobytová zařízení, která pro svou péči volí cestu uceleného konceptu, vycházejí z přesvědčení, že péče o seniora má mít jednotnou myšlenku a vizi, která pomůže pečujícím uvědomit si, co se od nich očekává a co je pro jejich organizaci důležité. Stárnoucí člověk díky této vizi ví, jak se o něj budou v zařízení starat, a také rodina a veřejnost ví, čím je konkrétní domov naplněn.⁶⁵ Jak koncept smyslové aktivizace, tak i biografický model péče je postaven na vztazích a na snaze pochopit člověka a jeho potřeby. Pro oba zmíněné koncepty je shodná podpora autonomie a náhled na člověka jako na jedinečnou bytost se svými biologickými, duševními, sociálními i spirituálními potřebami, se svým vlastním životním příběhem a se svou vlastní jedinečnou osobností.

V zájmu komplexnosti zpracovávaného tématu nelze opominout některé další aktivizační činnosti určené pro seniory s demencí, které již nemají formu ucelených konceptů, přesto jsou velmi často v domovech seniorů či v domovech se zvláštním režimem při aktivizaci využívány.

⁶⁵ Srov. VOJTOVÁ, H. *Jak nepřesadit starý strom. Koncept Smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: Nakladatelství Jokl, 2018, s.7.

5.1 Smyslová aktivizace

Vnímat člověka v jeho celistvosti je základem prvního ze zmíněných přístupů, kterým je koncept smyslové aktivizace. Podle autorky tohoto projektu v České republice Hany Vojtové⁶⁶ je to koncept, který hledá v člověku nikoliv to, co ho limituje, ale především to, co přes své onemocnění ještě dokáže. Najde-li tyto zdroje pečující, pak může vhodnou péčí přivést seniora k uvědomění si, kolik toho ještě on sám dosáhne, v čem všem je ještě soběstačný. I malé krůčky v nabízených činnostech, zvládne-li je nemocný člověk sám, pak přináší pocit radosti a sebeuplatnění.

5.1.1 Cíle smyslové aktivizace

Dřívější obecně přijímaný pohled na korektní péči o seniory v pobytových zařízeních směřoval často k jejich přepečování, a to ve snaze jim co nejvíce usnadnit život. Podobný přístup ovšem vedl k propadu samostatnosti a nezvládnání i těch úkonů, které stárnoucí člověk dosud zvládal sám. Koncept smyslové aktivizace naopak vidí tzv. přepéči jako chybnou cestu a snaží se vlastní kompetence člověka co nejvíce podpořit.

Jelikož smyslová aktivizace akcentuje holistický pohled na člověka, usiluje o udržení kompetencí v celé šíři jeho osobnosti – vlastních, sociálních i věcných. **Vlastními kompetencemi** rozumíme především sebevědomí člověka, jeho sebeurčení a sebedůvěru. K zachování těchto kompetencí výrazně pomáhá, uvědomuje-li si člověk to, co ještě zvládne, dokáže-li se orientovat v čase, např. jaké je roční období, a především, cítí-li se vnitřně vyrovnaný a spokojený. **Mezi sociální kompetence** patří schopnost vytváření kontaktu s ostatními lidmi, vazby s rodinou a přáteli, schopnost adaptovat se a sžít se s jinými obyvateli sociálního zařízení, tedy i respektovat jedinečnost a odlišnost druhých lidí. K tomu pomáhá budování důvěry, podpora komunikace, setkávání se a poznávání ostatních. Ani **věcné kompetence** nelze vynechat, neboť díky nim si člověk zachovává svou samostatnost. Tyto kompetence se posilují především tréninkem

⁶⁶ Koncept smyslové aktivizace pochází z Rakouska a jeho zakladatelkou je Lore Werner. Původně byl její koncept zaměřen na pozdní podporu pro seniory, jehož základem byla metoda Montessori pro seniory. Později se z tohoto konceptu vyvinul koncept Smyslové aktivizace podle Lore Werner. V r. 2008 založila vzdělávací institut Institute ilw, který se zaměřoval na vzdělávání diplomovaných trenérů pro oblast demence a smyslové aktivizace. V roce 2008 se v rámci zahraniční stáže v Rakousku s tímto konceptem seznámila Ing. Bc. Hana Vojtová, která tento koncept následně přivedla do České republiky. První institucí, která se v r. 2010 stala certifikovaným zařízením v konceptu smyslové aktivizace, je Domov seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích, jehož je Ing. Bc. Hana Vojtová ředitelkou. Pod touto institucí působí také Institut smyslové aktivizace, který připravuje další odborníky pro práci v duchu smyslové aktivizace.

každodenních činností, trénováním jemné motoriky, hmatu i úsudku i nácvikem orientace v prostředí.⁶⁷ Základní pravidlo lze popsat slovy: „Pomoz mi, abych to udělal sám.“⁶⁸

Demence ale bohužel v čase progreduje a postupem to mohou být už jen smysly, které člověku zůstanou zachovány. Ovšem i smysly jsou zdroji člověka. Vhodným přístupem může být právě i jen díky smyslům život seniora plný různých podnětů, člověk může svůj život prožít a nejenom pasivně přežívat. Smyslová aktivizace oslovuje smysly člověka prostřednictvím známých slov, vůní, zvuků, obrázků nebo hmatem poznávaných předmětů a umožňuje lidem postiženým demencí propojit současný svět s tím, který důvěrně znají ze svých vzpomínek.

5.1.2 Pilíře setkávání při smyslové aktivizaci

Smyslová aktivizace v celé své šíři (tj. podpora, péče i aktivizace) je postavena na čtyřech základních pilířích, které musí mít pečující personál stále na mysli. Těmito pilíři jsou dotyk, podpora, komunikace a pozornost.

Dotyk pomáhá lidem prožít pocit vzájemnosti, účasti a zájmu o ně. Podaná ruka je v naší kultuře symbolem opravdového zájmu, úcty a respektu k druhému člověku, a význam dotyku je pevně zakořeněn i v mysli demencí nemocného člověka. **Podpora**, především v emocionální rovině, spočívá v nutnosti opravdového zájmu o člověka. To, co druhý člověk prožívá, co si myslí, lze zjistit jen jeho pozorováním, angažovaným nasloucháním a vnímáním jeho výrazu. Zájem o člověka není možné pouze předstírat. Třetím pilířem smyslové aktivizace je **komunikace**. Správně zvolené a vyřčené slovo ukazuje opět náš zájem o druhé, dokáže mnohé nepochopené vysvětlit i udržet klesající pozornost. V případě lidí trpících demencí má velkou roli ale i komunikace neverbální.⁶⁹ Posledním pilířem smyslové aktivizace definuje její autorka nedělitelnou **pozornost**, tedy oční kontakt. Jen pohled do očí dokáže odkrýt niterné prožitky druhého člověka, ať už je to úzkost, bolest či strach nebo naopak dojetí a radost. Stejně poznání může učinit klient o svém pečovateli a zjistit tak opravdovost jeho zájmu o něj.⁷⁰

⁶⁷ Srov. VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vydání. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, s.14-15.

⁶⁸ Domov pro seniory Tovačov. *Smyslová aktivizace*. [cit.12.11.2023]. Dostupné na: <https://clovekuclovekem.cz/smyslova-aktivizace.html>.

⁶⁹ Blíže o komunikaci s člověkem trpícím demencí pojednává kapitola č. 4.2. této bakalářské práce.

⁷⁰ Srov. VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vydání. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, s.11.

5.1.3 Aktivizační činnosti v konceptu smyslové aktivizace

Výhodou aktivizačních činností v konceptu smyslové aktivizace je jejich nenáročnost na materiální vybavení i prostředí, kde jsou realizovány. Vhodné prostředí se tak dá snadno vytvořit pomocí dostupných předmětů, které jsou v domovech seniorů běžně k dispozici.

Ke smyslové aktivizaci je tak možné využít například:

Přírodní materiály: květiny, bylinky, ovoce, listy apod. Důležité je logicky provázat používání těchto materiálů s ročním obdobím, a podpořit tak dávné vzpomínkové mapy seniorů.

Zájmové předměty: staré předměty, knihy, hračky či kuchyňské vybavení, staré oblečení nebo ostatní předměty z retro koutků, suvenýry z cest. I tyto předměty musejí souviset s plánovaným obsahem aktivizačního setkání.

Vlastní předměty uživatelů: fotografie, suvenýry, drobné dárky, drobné součásti vybavení jejich pokojů např. dečka.⁷¹ Tyto předměty využíváme především při individuální formě smyslové aktivizace, viz dále.

Ani jednotlivé činnosti smyslové aktivizace nemusejí být nijak náročné. Důležité je ale dodržet výše zmíněné základní pilíře smyslové aktivizace a přistupovat ke každému se znalostí jeho individuality. Proto je vhodné vzájemně provazovat jednotlivé přístupy (např. smyslovou aktivizaci, biografický přístup, reminiscenci) s cílem nejenom poznávat osobnost a osobní příběh každého klienta, ale i posilovat vzájemný vztah.

Aktivizační činnosti v rámci tohoto konceptu mohou být realizovány jako individuální nebo mohou mít skupinovou podobu. **Individuální smyslovou aktivizací** může být i asistovaná péče při oblékání, stravování, péče o tělo, společné posezení, příprava kávy apod. Všechny činnosti jsou pak doprovázeny vlídným slovem, které současně podporuje člověka v jeho orientaci v čase i prostoru, vysvětluje a motivuje seniora k aktivnímu zapojení se do těchto i jiných nabízených aktivit. Pečovatel ovšem respektuje emocionální nastavení člověka a nevyzývá ho k aktivitám, které nesouzní s jeho aktuálním emočním rozpoložením.⁷²

Skupinová smyslová aktivizace probíhá nejčastěji formou společných setkání. Velikost skupinky závisí na míře zdravotních obtíží. Čím jsou tyto obtíže větší, tím více je třeba omezit počet členů ve skupince. U klientů s demencí se jako optimální ukazuje

⁷¹ Srov. Tamtéž s. 12.

⁷² Srov. VOJTOVÁ, H. *Jak nepřesadit starý strom. Koncept Smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: Nakladatelství Jokl, 2018, s. 176-183

maximální počet šesti účastníků. Setkání neprobíhají spontánně. Aktivizační pracovníci⁷³ je pečlivě plánují podle předem domluvených témat. Tato hlavní témata korespondují s aktuálním ročním obdobím, zájmem nebo dohodnutou činností. Hlavnímu tématu může být přizpůsobena i výzdoba v sociálním zařízení nebo alespoň v místě konání smyslové aktivizace. Hlavní téma je pak rozpracováno do dílčích podtémat opět logicky navazujících na téma hlavní. Smyslem této struktury je uvést člověka do orientace v čase, probudit jeho zájem o aktivizaci, probudit jeho vzpomínky a podpořit vlastní zdroje člověka. Příklady takovýchto hlavních témat a podtémat uvádí autorka konceptu např. takto:

Hlavní téma: Podzim a příroda, podtémata: úroda a sklizeň, zpracování sklizně, změny v přírodě, práce s přírodninou-dekorace apod.

Hlavní téma: Jablka, podtémata: druhy jabloní a jejich plodů, vaření jablečného kompotu, pečení jablečného závínu, marmeláda apod.⁷⁴

Jde tedy o to v rámci stanoveného tématu propojit různé typy činností, při nichž budou za pomoci různých vhodně zvolených předmětů a pomůcek aktivovány nejlépe všechny smysly člověka. Budou-li naším tématem například bylinky, lze si o nich povídat, poznávat je na fotografiích i podle vůně. Aktivizační pracovník různé bylinky přinese také přímo na společné setkání a nakonec je možné z bylinek společnými silami připravit chutnou pomazánku.

Skupinové aktivizační setkání vždy začíná aktivním přivítáním každého účastníka, vyjádřením radosti nad tím, že se této aktivitu zúčastnil. Následuje představení tématu setkání a aktivní práce s ním – dle stanovených podtémat a připravených materiálů (např. různé bylinky, ovoce, přírodniny, dárky z poutě apod.). Důležité informace jsou aktivizačním pracovníkem pak zopakovány, čímž dochází k tréninku krátkodobé paměti klientů. Od nich pak pracovník žádá zpětnou vazbu, motivuje je k jejich vlastní reflexi. Setkání končí poděkováním za účast a rozloučením se se všemi účastníky.

5.1.4 Účastníci aktivizačních činností při smyslové aktivizaci

Jakkoliv by se mohlo zdát, že účastníkem smyslové aktivizace je především klient sociálního zařízení, není tomu tak. Smyslová aktivizace je konceptem, do něhož je zapojen kromě klientů i každý pracovník personálu zařízení. S klienty jsou nejvíce

⁷³ Koncept rozlišuje úroveň vzdělání pracovníků podílejících se na smyslové aktivizaci do třech stupňů: smyslový praktikant, smyslový praktik a aktivizační trenér. Pro zjednodušení a pro účely této bakalářské práce tyto stupně odborné přípravy nejsou zohledňovány.

⁷⁴ Srov. VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vydání. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, s.21.

v kontaktu jejich pečovatelé. Ti se díky tomuto konceptu učí aktivnímu naslouchání a tím porozumění vnitřnímu světu nemocného člověka. Pečující personál tak pochopí, že chování klientů s demencí není schválností, ale někdy úpěnlivým voláním o pomoc při neuspokojení určité potřeby, např. při pocitu úzkosti. Pečující se učí respektovat osobnost stárnoucího člověka, nesoudit ho, ale přijímat ho s úctou k jeho jedinečnému životu. Aktivizačním pracovníkům se díky tomuto konceptu otevírá cesta k dalším možnostem aktivizace, která má přínosy dalece přesahující náročnost tohoto aktivizačního přístupu.

5.2 Biografický model péče

Biografický model péče, tak jak ho představuje Procházková, lze chápat jako komplexní přístup založený na znalosti životního příběhu seniora.⁷⁵ Opět nejde toliko o aktivizační techniku, ale o celkový koncept, který akceptuje především celostní pohled na seniora. Biografický model péče vychází z psychobiografického modelu péče prof. Erwina Böhma, který zdůrazňuje nutnost uvědomit si, že „starý člověk nemá jen tělo, ale i duši a emoce, které vystupují do popředí právě ve vyšším věku, a vyžaduje zcela specifický přístup v péči“.⁷⁶ Tím je přístup založený na aktivizaci seniora a povzbuzení jeho psychiky. Co může k povzbuzení člověka pomoci, se pečující personál může dozvědět přímo od samotného klienta. Je třeba zjistit, co pro něj bylo v životě důležité, co bylo zdrojem jeho energie, co ho motivovalo. Podle Erwina Böhma lze teprve na základě informací shromážděných z individuální biografie člověka poskytovat kvalitní a odbornou péči. „Práce s biografií staví mosty mezi minulostí a přítomností, po kterých je možné profesionálně doprovázet osobu postiženou demencí.“⁷⁷

5.2.1 Cíle biografické péče

Procházková s odvoláním na Lepthina⁷⁸ vysvětluje, že znalost životního příběhu člověka je u osob postižených demencí zásadní pro pochopení jejich chování a prožívání. Seniori se pod vlivem nemoci vrací do minulých let svého života, neboť současnému světu nerozumějí, je pro ně složitý a přetěžující. Jen znalost života konkrétního člověka ještě

⁷⁵ Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019.

⁷⁶ PROCHÁZKOVÁ, E. Psychografický model péče prof. Erwina Böhma [online]. [cit.22.11.2023] Dostupné na <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/psychobiograficky-model-pece-prof-erwina-b-hma/>.

⁷⁷ Domov pro seniory Tovačov: *Biografická péče*. [online]. [cit.21.11.2023] Dostupné na <https://clovekuclovekem.cz/biograficka-pece.html>.

⁷⁸ Srov. LEPTHIN, T. *Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege*. Havover: Schütersche Verlag 2004. ISBN: 3-89993-119-X, citováno dle PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2019, s. 55.

před onemocněním dokáže pečujícímu týmu pomoci projevům nemocného člověka lépe porozumět. Známe-li biografii člověka, dokážeme i rychleji odhalit jeho potřeby a přání a také dobře nastavit individualizovanou péči. Díky znalosti biografie se také snižuje možnost chybné interpretace chování klienta ze strany personálu a obohacuje se vzájemná komunikace mezi klientem a ošetřujícím personálem – někdy až prázdné fráze nebo obecné povídání může být nahrazeno za komunikaci ryze adresnou, vycházející a vracející se k životním prožitkům klienta. Získání informací ze života klienta je nutností pro správné nastavení individuálního plánu péče. Ta je u klientů s demencí zacílena především na udržení osobní identity. „Smyslem práce s biografií je nalézt v životním příběhu seniora klíč k seniorovi a navigaci pro poskytování přiměřené péče.“⁷⁹

5.2.2 Abeceda biografické péče

Celý koncept biografické péče je velmi dobře pochopitelný a též uchopitelný díky tzv. základní abecedě biografické péče.⁸⁰ Jde o vytyčení nejdůležitějších bodů tohoto přístupu, které si v praxi postupně osvojuje celý pečovatelský tým:

A: Aktivity denního života: Jde o vytyčení 15 aktivit⁸¹, které člověka provází celým životem. U každé z těchto aktivit je nutné zjistit o člověku informace z jeho minulosti. Zjistíme-li v životě klienta určité rituály (např. byl celý život zvyklý se mýt každé ráno do půl těla studenou vodou a koupel ve vaně praktikoval pouze jeden večer v týdnu), je vhodné, je-li to možné, tyto rituály dodržet. Některé vzorce chování jsou u lidí s demencí silně zakořeněny a jejich narušení (např. koupel v dopoledních hodinách) může tohoto člověka zcela dezorientovat. Podobné rituály a zvyklosti pak pečující tým hledá ve všech vyjmenovaných oblastech a zohledňuje je v péči o klienta.⁸²

B: Biografie: „Vyprávěním svého životního příběhu se nám senior představuje, ujasňuje nám svoji totožnost, kým je.“⁸³ Vyprávění životního příběhu nebo alespoň jeho fragmentů má kognitivní, emocionální a sociální rozměr: Klienta podporuje v komunikaci, podporuje jeho koncentraci a paměť, současně také ale připomíná seniorovi, jak bohatý život prožil. Sociální význam má vyprávění o svém životě ve skupině dalších klientů, kdy senior cítí, že stále někam patří.

⁷⁹ PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019, s. 94.

⁸⁰ Srov. Tamtéž, s. 87-124.

⁸¹ Těmito aktivitami jsou: 1. komunikace 2. mobilita, pohyb, poloha 3. podpora zdraví 4. sebepečce, hygiena 5. příjem stravy a tekutin 6. výdej a vylučování 7. sebepečce – obléci se 8. být mužem – ženou 9. zaměstnat se 10. klid a spánek 11. péče o bezpečné prostředí 12. zajistit sociální oblasti života – vztahy a role 13. zvládnání zátěžových situací 14. orientace v čase a prostoru, osobou a situací 15. spiritualita – duchovní potřeby.

⁸² Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019, s. 88-94.

⁸³ Tamtéž, s. 94.

- C: Celkový transfer biografie do plánu péče:** Zde je vytvářen tzv. biografický individuální plán, do něhož jsou přeneseny údaje zjištěné z biografie, aktivit denního života a rodokmenu klienta. Tento model péče vychází z přesvědčení, že jen při znalosti všech těchto zdrojů lze klientovi poskytnout skutečně individuální péči.
- D: Dokumentace biografické péče:** Forma dokumentace informací o klientovi má svou přesně danou strukturu, která usnadňuje orientaci v ní každému členovi pečovatelského týmu a eliminuje dvojité informace.
- E: Etické zásady pro práci s biografii klienta:** K nejdůležitější etickým zásadám patří respekt k soukromí klienta, jeho individuálním hodnotám a podpora lidské důstojnosti. Biografie nikdy nesmí být použita v neprospěch seniora, pečující nese plnou zodpovědnost za získané biografické informace, o nichž zachovává mlčenlivost. Hlavním cílem péče je vracet lidem radost ze života.
- F: Fakta z biografické péče:** Biografický přístup má svou vlastní metodiku, jak fakta z péče efektivně zaznamenávat, aby bylo možné sledovat změny ve stavu klienta, ale např. i hodnotit zátěž, kterou vnímá pečovatel. Využívají se tzv. rychlá skóre, z nichž může vedoucí úseku pak vycházet při dalším plánování péče i služeb personálu.⁸⁴
- G: Garant biografické péče:** Garantem biografické péče je osoba, která má tento model péče v dané organizaci na starosti, především po stránce organizační, metodické, kontrolní a vzdělávací. Zpracovává metodiky, zaškoluje nové pracovníky v postupech biografické péče a plní roli kouče pro pečující tým.
- H: Hodnocení biografické péče:** Pečující hodnotí, k jaké změně u seniora došlo v 15 aktivitách denního života, četnost hodnocení je doporučována v rozmezí 1 x za měsíc až 1x za čtvrtletí, při změně stavu klienta však hodnocení probíhá okamžitě. Zpracované hodnocení je předkládáno k týmovému posouzení, čímž se zvyšuje míra jeho objektivity.
- CH: Charta práv:** Pojetí tohoto konceptu zahrnuje různé charty práv, které se týkají péče o seniory, např. charta práv seniorů, seniorů s onemocněním demence, charta práv umírajícího.

5.2.3 Aktivizační činnosti v biografickém modelu péče

Hledat biografické informace se začíná již při prvotním kontaktu s rodinou, kdy jde o zjištění základních informací o životě klienta ze všech částí jeho života (dětství, mládí,

⁸⁴ Vzhledem k možnému rozsahu bakalářské práce zájemce o podrobnější informace odkazují na použité zdroje, především PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019.

dospělost, stáří). K tomu slouží jednoduchý záznam. Podrobný **biografický list** pak již je určen k zaznamenávání bližších informací o seniorovi. Informace do biografického listu může přinést každý člen pečovatelského týmu, který je zjistí, a současně informace z něj slouží každému, kdo se podílí na péči o klienta.

Specifickou formou práce s biografií je soupis **rodokmenu**. Ten mapuje především sociální vazby seniora a jejich prožívání a přináší úhel pohledu pečujících na vztahové potřeby klienta. Smyslem je včasné odhalení rizika sociální izolace, která hrozí především přechodem do nového prostředí, osobními ztrátami a zdravotními omezeními. Bez zmapování sociálních vazeb klienta by pečující znal nejčastěji pouze nejbližší rodinu klienta. S vypracovaným rodokmenem víme, jací lidé jsou pro klienta kromě rodiny důležití, ke komu má důvěru, s kým si může popovídat. Tyto informace jsou pak součástí tzv. datového listu, jakéhosi kalendáře, kde jsou zaznamenána všechna významná data (narozneniny, svátky příbuzných a známých, ale i např. datum příchodu klienta do zařízení, které je velmi vhodné připomenout jako výročí vzájemné pomoci). S datovým listem pak eliminujeme nevhodné situace, kdy např. naplánujeme klientovi návštěvu lékaře v den, kdy chtěl o samotě uctít výročí úmrtí své manželky.⁸⁵

Další cestou k zaznamenávání biografie člověka je tzv. **biografická kniha**.⁸⁶ Jde o knihu, do které je zaznamenáván životní příběh člověka, včetně jeho potenciálu a zachovaných schopností a dovedností. Knihu zpracovává klíčový pracovník klienta společně s klientem. Pokud ten není aktivní, využívá pracovník další zdroje, především klientovu rodinu. Důležité je, že sestavení knihy není jednorázovou záležitostí, ale pracujeme na ní a doplňujeme ji po celou dobu práce se seniorem. Vždy je možné dozvědět se další střípek ze života seniora, který nám pomůže ho více poznat a přizpůsobit poskytovanou péči právě podle jeho individuality.

5.3 Další možnosti aktivizace

V následující kapitole uvádím některé další aktivizační činnosti, které mohou být využívány jako součást výše zmiňovaných koncepčních přístupů, ale i zcela samostatně. I v pobytových zařízeních, která dosud žádný ucelený model péče nazavedla, jsou dále popsané aktivizační techniky často využívány.

⁸⁵ Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019, s. 128

⁸⁶ Srov. Domov pro seniory Tovačov. *Biografická péče*. [online]. [cit.25.11.2023]. Dostupné na <https://clovekuclovekem.cz/biograficka-pece.html>.

S ohledem na rozsah stanovený pro bakalářskou práci je výčet těchto činností jen rámcovým exkurzem do zpracovávané oblasti. Přesto může být inspirací pro ty, kteří se o téma aktivizace seniorů s demencí profesně nebo lidsky zajímají.

5.3.1 Validace

Exkurz do aktivizačních technik začínám tzv. validací. Jde o respektující přístup, který umožňuje navázat s klientem přátelský vztah, jenž je důležitým předpokladem pro klientovu otevřenost ke všem dalším aktivizačním činnostem.

Podle Slovníku sociální práce jde o „proces vstupování do klientova světa, při němž by terapeut měl podpořit vše, co pro klienta může mít hodnotu či smysl.“⁸⁷ Matoušek definuje validaci jako respektování každého projevu člověka, ochotu přijmout klientův čas, zážitky, emoce, prostředí, a to i v případě, že neodpovídá realitě. Validovat znamená přijímat a nezpochybňovat city druhých, jimi projevené myšlenky respektovat a pomáhat rozvíjet, být klientovi oporou a vlídným průvodcem v jeho tápání prostorem i časem. Mezi validační techniky patří např. používání jednoduchých otázek, doptávání se na pocity klienta a motivace ke sdělování dalších informací, užívání klidného hlubšího hlasu, zapojení haptiky, opakování sdělení pro správné pochopení obsahu, to vše při budování atmosféry bezpečí a vzájemné důvěry. Validace pomáhá člověku snížit pocity úzkosti a obnovit pocit vlastní hodnoty. Validace ani jiné přístupy sice nedokáží demenci vyléčit, díky nim se ale znatelně zvýší kvalita života nemocného člověka, a to je také cílem, k němuž validace i další dále uváděné přístupy směřují.⁸⁸

5.3.2 Reminiscence

Cílem práce se vzpomínkami seniorů, do jejichž života zasáhla demence, je především zlepšení kvality jejich života, zmírnění nepříjemných pocitů osamocení, zmatenosti a ztráty kontroly nad svým životem. „Zatímco demence lidem bere jejich paměť a radost ze života, reminiscence může ukázat jejich silné stránky, probudit jejich hrdost, podpořit identitu: Ještě jsem to já.“⁸⁹

Účastí na reminiscenčních setkáních člověk aktivně zaměstnává svou paměť, procvičuje mozek a myšlení. Má zde možnost hovořit o tom, jaký byl jeho život, co důležitého ho potkalo. Tím sám pro sebe obnovuje svou vlastní hodnotu, ale také dává

⁸⁷ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2008, s.242.

⁸⁸ Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2005, s.185-186.

⁸⁹ JANEČKOVÁ, H., ČÍŽKOVÁ, H. a kol. *Reminiscence známá i neznámá*. 1. Vydání. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021, s. 35.

příležitost svému okolí, aby ho lépe poznalo. Pečující personál má možnost nahlédnout do jeho života a lépe chápat, „jak tato minulost vstupuje do jeho přítomnosti (když pláče, naříká, odchází, vyjadřuje bolest či vztek).“⁹⁰ Poznáním životního příběhu klienta se posiluje vztah mezi klientem a pečovatelem a probouzí se přirozená úcta k člověku, který má svou vlastní minulost s mnoha významnými životními rolemi, životními úkoly a prožitými vztahy.⁹¹

Výsledný efekt vzpomínání závisí do značné míry na tom, zda se podaří zvolit správné stimuly, které vzpomínky vyvolají. „Je vhodné nabízet a využívat takové stimuly, které senior zná, má je rád, setkal se s nimi během svého života a má je uloženy ve svých paměťových stopách.“⁹² Vhodnými stimuly pro navození spontánních reakcí doprovázených pozitivním emocionálním prožitkem tak mohou být například vjemy působící na naše smysly. Využít lze známé vůně, zvuky, chutě, vhodné je také nabídnout příjemné hmatové a zrakové podněty.⁹³ Při vědomém vyvolávání vzpomínek se zřejmě nelze vyhnout situaci, kdy si senior vybaví i vzpomínky negativní. Názor na práci s tímto typem vzpomínek ovšem není zcela jednoznačný. Je pravda, že i negativní vzpomínky jsou součástí života a při jejich sdílení může skupina člověka podpořit.⁹⁴ Někteří autoři však v otázce bolestných vzpomínek doporučují spíše zdrženlivější přístup. Pečující by měl hledat především pozitivní vzpomínky a těm negativním by se měl spíše vyhýbat. Nastane-li už taková situace, je vhodné negativní vzpomínku přijmout, ale nerozvíjet ji, najít v ní námět na další vzpomínání, které seniora zavede jiným směrem.⁹⁵

K vyvolání pozitivních vzpomínek lze využít i některé konkrétní předměty, např. dobové předměty (váhy, kabelky, šicí stroj, žehlička atd.), staré receptury (škubánky, kuba, kyselo apod.), historické mapy, plakáty, staré filmy, staré knihy z antikvariátů, dobové nahrávky apod.⁹⁶ Odborná literatura⁹⁷ přináší řadu námětů na konkrétní reminiscenční aktivity, které jsou často a s úspěchem využívány v praxi. Mezi tyto aktivity patří knihy vzpomínek, knihy života, reminiscenční vycházky, vzpomínkové výstavy nebo tzv. reminiscenční kufřík.

⁹⁰ Tamtéž s.35.

⁹¹ Srov. Srov. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. s.52.

⁹² JANEČKOVÁ, H., ČÍŽKOVÁ, H. a kol. *Reminiscence známá i neznámá*. 1. Vydání. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021, s.37.

⁹³ Hmatovými podněty mohou být např. dotek měkké látky, péče o vlasy, pleť, přebírání korálků, hlazení kočičí srsti apod. Příkladem vhodného zrakového vjemu je např. pohled na hrající si děti, prohlížení dobových fotografií zpěváků a herců, pozorování ryb v akváriu, lidí na ulici apod.

⁹⁴ Srov. *Reminiscence* [online]. Nadační fond Seňorina. *Reminiscence* cit.10.11.2023]. Dostupné na: <https://www.nfsenorina.cz/pro-pecujici/aktivizace-senioru-s-demenci/reminiscence/>.

⁹⁵ Srov. JANEČKOVÁ, H., ČÍŽKOVÁ, H. a kol. *Reminiscence známá i neznámá*. 1. Vydání. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021, s.194.

⁹⁶ Srov. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. s.75.

⁹⁷ Např. ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vydání, Praha: Galén, 2011.

Reminiscenční kufřík, někdy uváděn též pod pojmem vzpomínková krabice či memobox, je technikou, která probouzí a současně uchovává dávné vzpomínky a společně s nimi i drobné předměty, které se k těmto vzpomínkám váží. Kufřík může mít mnoho podob – od obyčejné krabice od bot po různé dřevěné ozdobné krabice, které si senior podle vlastního uvážení vyzdobí. To, jaké předměty budou v kufříku umístěny, rozhoduje sám senior. Často jsou to staré fotografie, dopisy, knihy, kusy oblečení, drobné dárky od lidí pro seniora důležitých, ale třeba i vlastní výrobky, na které je senior pyšný apod. Tvorba takového kufříku má mnoho pozitiv. Především vrací člověku pocit sebevědomí – je to pouze on sám, kdo rozhoduje, jak bude jeho kufřík vypadat. Tvorba kufříku vyvolává vzpomínky, které pomohou člověku rozpomenout se, jak bohatý byl jeho život. Při vytváření reminiscenčního kufříku jsou seniorovi nápomocni aktivizační pracovníci nebo jeho klíčový pracovník či asistent, což napomáhá vzájemnému poznání a budování vztahu mezi nimi. Velmi žádoucí je také zapojení rodiny seniora – právě rodina může být motivátorem vzpomínek seniora a také zdrojem předmětů, které se senior rozhodne do svého kufříku umístit. Vytvořený reminiscenční kufřík „pomůže vybavit si takřka ihned hezkou vzpomínku, a tak poslouží k odvedení pozornosti např. ve chvílích smutku, neklidu či strachu.“⁹⁸

5.3.3 Ergoterapie

Ergoterapii lze chápat jako „terapeutické využití pracovních aktivit podle možností a schopností klientů.“⁹⁹ Klienty ergoterapie jsou osoby, u nichž došlo vlivem procesu stárnutí nebo z důvodu onemocnění k potížím s vykonáváním běžných denních aktivit, jako je např. osobní hygiena, péče o vlastní osobu, přesuny apod. Ergoterapie usiluje o to, aby došlo k obnově postižených funkcí a člověk se mohl opět co nejvíce zapojit do běžného života. Prostředkem k tomuto cíli je individuálně zacílená a smysluplná aktivita. Podle České asociace ergoterapeutů je primárním cílem ergoterapie umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.¹⁰⁰ To platí jak z hlediska sebeobsluhy, tak i pro smysluplné trávení volného času.

Techniky ergoterapie jsou velmi rozsáhlé. Jejich použití záleží na potřebách konkrétního jedince, přičemž zohledňuje i jeho aktuální funkční stav, věk, i podmínky prostředí, ve kterém se nachází.¹⁰¹ Ergoterapie pomáhá trénovat jemnou i hrubou

⁹⁸ JANEČKOVÁ, H., ČÍŽKOVÁ, H. a kol. *Reminiscence známá i neznámá*. 1. Vydání. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021, s.132.

⁹⁹ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2016, s. 185.

¹⁰⁰ Co je ergoterapie. [online]. [cit.23.11.2023] Dostupné na <https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.

¹⁰¹ Srov. Tamtéž.

motoriku, konverzační dovednosti, zpracování emocí spojených s úspěchem i neúspěchem, navazování a udržení očního kontaktu i např. nácvik spolupráce s ostatními.¹⁰² U seniorů postižených demencí je ergoterapie často zaměřena také na trénink paměti. K tomu volí ergoterapeut vhodné činnosti i hry, které současně s terapeutickou funkcí plní funkci relaxační. K oblíbeným hrám na podporu kognitivních funkcí patří zapamatovávání obrázků a předmětů, slovní kopaná, doplňování druhého pojmu do dvojice, vymýšlení jmen nebo slov podle stanoveného počátečního písmene, hádanky – co je to, kdo je to? a mnohé další. Paměť lze trénovat i díky známým hrám typu pexeso nebo bingo.

Pro seniory, do jejichž života vstoupila demence, mohou mít i obyčejné aktivizační činnosti mnohem hlubší význam než u seniorů bez zdravotních potíží. Například společné vaření v rámci aktivizačních činností není jen příjemně strávený společný čas, ale může pomoci vybavit si vzpomínky na dávné a šťastné chvíle spojené s podobnou činností v mládí. Tyto chvíle rozpomenutí a zakotvení sebe sama jsou pro seniory s demencí klíčové.

5.3.4 Muzikoterapie

Při muzikoterapii využíváme terapeutických účinků hudby. Kouzlo hudby spočívá v tom, že může působit jak aktivizačně, tak i relaxačně.¹⁰³ Lze jí tedy využít i v široké škále aktivit určených pro osoby s demencí. I zde je však nutné respektovat limity dané tímto onemocněním, kdy např. upřednostňujeme kratší a jednodušší činnosti spojených se zpěvem, volíme písně známých a oblíbených autorů či známé melodie apod. Vhodnou formu muzikoterapie může aktivizační pracovník zvolit opět pouze tehdy, zná-li preference klienta a dokáže-li dobře rozpoznat jeho aktuální rozpoložení.

K aktivizačním technikám muzikoterapie, tedy těm, kde je klient zapojen aktivně, patří společný zpěv, hraní na rytmické nástroje, rytmická cvičení apod. Mezi receptivní techniky, tedy techniky s pasivní účastí klienta, řadíme především poslech hudby. Velká část seniorů během svého aktivního života ráda poslouchala písničky z rádia, a proto už jen tato „aktivita“ může navodit milé vzpomínky na časy minulé. Písně, které člověka provázely jeho životem, v něm zůstávají pevně zakořeněné. Proto se do společného zpěvu často zapojují i klienti ve vysokém stádiu demence, kteří jinak již téměř se svým okolím nekomunikují. Oblíbený je i poslech živé hudby, která do domovů seniorů přichází

¹⁰² Srov. MACHOVÁ, Z. *Základy ergoterapie pro sociální pracovníky* [online]. [cit.23.11.2023] Dostupné na https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/machova_-_zaklady_ergoterapie_pro_socialni_pracovniky.pdf.

¹⁰³ Srov. SUCHÁ, J. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013, s.115.

ve formě vystoupení často hudebníků – dobrovolníků, či žáků základních uměleckých škol. Tato setkání plní pak kromě muzikoterapeutické funkce i funkci společenskou.¹⁰⁴

5.3.5 Zooterapie

Pod pojmem zooterapie rozumíme terapeutický přístup, který „využívá živá zvířata k léčbě lidských potíží.“¹⁰⁵ Tato metoda je založena především na pozitivním vlivu zvířete na člověka a jak praxe ukazuje, zooterapie se mezi klienty domovů seniorů těší velké oblibě. Právě zvířata dokáží zprostředkovat pozitivní pocity a přinést do životů seniorů tolik vítané oživení. U seniorů s demencí mohou zvířata opět vyvolat vzpomínky na doby, kdy byli běžnou součástí jejich životů, a vrátit tak v myšlenkách klienty do předešlých dob. Zooterapie se také využívá k navození kontaktu se seniory, kteří jsou apatičtí, trpí depresemi, změněným smyslovým vnímáním nebo jiným psychickým postižením.

Právě pro pozitivní účinek působení zvířat na psychiku člověka uplatňují některé domovy pro seniory tzv. rezidentní formu zooterapie, kdy zvíře žije permanentně v tomto zařízení. K tomuto účelu se využívají nejčastěji kočky nebo králíci.¹⁰⁶ I tato zvířata potřebují péči, která současně může klientům saturovat potřebu být užitečný, anebo být tomuto zvířecímu obyvateli domova společníkem. V praxi není výjimečné, že lidé trpící i silnou demencí, kteří nejsou orientováni ani prostorem, ani časem, na svého zvířecího mazlíčka přesto nikdy nezapomenou a je pro ně středobodem jejich života. Dvořáčková doplňuje, že tento pozitivní účinek domácích zvířat na seniory je obzvláště důležitý při klíčových životních ztrátách, které mohou negativně ovlivnit i zdravotní stav člověka.¹⁰⁷

„V České republice se v posledních letech v domovech pro seniory využívá zejména canisterapie.“¹⁰⁸, tedy terapie se zapojením psa. Ta probíhá tzv. návštěvní formou, kdy zooterapeut přichází se svým psem přímo za klienty do domova. Pes si dokáže velmi záhy získat sympatie klientů a dokáže přimět k reakci i ty ze seniorů, kteří se obvykle do společných činností zapojovat nechtějí.

¹⁰⁴ Srov. Tamtéž s. 115-127.

¹⁰⁵ Zooterapie – Když zvířata pomáhají. [online]. 2017 [cit.2.9.2023]. Dostupné na <https://www.meyra.cz/clanky/zooterapie-kdyz-zvirata-pomahaji.html>.

¹⁰⁶ Srov. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Zooterapie v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotnických službách. [online]. [cit.22.11.2023] Dostupné na https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/10/8-TM-Zooterapie-v-ramci-PDZS.pdf?fbclid=IwAR08mKKQGRffaJVIELFE_THj30avfQI9xBEC6-yKYqCYAO74mRLmQk8aI9U.

¹⁰⁷ Srov. DVOŘÁKOVÁ, D., HOLCZEROVÁ, V. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. Vydání, Praha: Grada Publishing, a.s, 2013, s. 87.

¹⁰⁸ Srov. Tamtéž 86.

6 PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

Následující kapitola přináší sedm kazuistik – sedm příkladů, kde vhodně zvolené aktivizační techniky pomohly zvýšit kvalitu života klienta postiženého demencí. Jak všechny uvedené příběhy ukazují, je kromě správně zvolené aktivizace velmi důležitý přístup ze strany sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách, jejich empatie a vnímavost vůči potřebám a přáním klientů. A znalost člověka, jeho hodnot a jeho životního příběhu, je pro tuto vnímavost základem.

Uvedené kazuistiky byly získány v pěti různých pobytových sociálních zařízeních, a to osobními rozhovory se sociálními pracovníky nebo pracovníky aktivizačních činností. Závěrečná kazuistika je popisem osobní zkušenosti autora bakalářské práce:

- a) Kazuistiky 6.1, 6.2 a 6.3 vycházejí ze zkušeností z domova seniorů, jehož součástí je i oddělení pro klienty trpící demencí, tj. domov se zvláštním režimem. Jde o zařízení zřizované městem, a to ve formě její příspěvkové organizace. Zařízení je situováno přímo do intravilánu obce. Kapacita zařízení je 104 lůžek v části domova seniorů a 16 lůžek v části domova se zvláštním režimem. V zařízení pracují 4 aktivizační pracovníce. Zařízení při péči o klienty využívá prvky biografického přístupu.
- b) Kazuistika 6.4 je popisem situace v domově se zvláštním režimem, jehož zřizovatelem je soukromý subjekt. Kapacita tohoto zařízení je 26 lůžek. Zařízení v budově bývalého mlýna je umístěno v okrajové části malé obce. V zařízení nepracuje žádná aktivizační pracovníce, aktivizační činnosti spadají do pracovní náplně ošetřujícího personálu.
- c) Kazuistika 6.5 ukazuje aktivizaci seniorky v domově seniorů o kapacitě 73 lůžek. V tomto krajském sociálním zařízení uplatňují model aktivního stárnutí a jsou otevřeni řadě moderních aktivizačních přístupů. Pracují zde pouze 2 aktivizační pracovníce, ovšem do konceptu smyslové aktivizace jsou zapojeny i všechny pracovníce přímé ošetrovatelské péče, které se tomuto přístupu aktivně věnují.
- d) Kazuistika 6.6. je příkladem aktivizace klienta v domově se zvláštním režimem o celkové kapacitě 120 lůžek. Součástí tohoto zařízení je také domov seniorů s kapacitou 30 lůžek, přičemž v obou částech jeho personál pracuje v konceptu smyslové aktivizace. Zařízení je příspěvkovou organizací kraje. Celkem zde pracuje 5 aktivizačních pracovníků.
- e) Kazuistika 6.7 popisuje situaci v domově seniorů, jehož klienty jsou z velké části právě lidé seniorského věku trpící demencí. Zařízení je situováno do malé obce v blízkosti okresního města. Jeho zřizovatelem je církevní organizace a má kapacitu 30 lůžek. V zařízení pracují 4 aktivizační pracovníce.

6.1 Vůně pečených koláčů vrací chuť do života

Popis výchozí situace klienta: Pan Miroslav (89) je původním povoláním automechanik. Má dvě děti, syna a dceru. Do domova seniorů přišel před dvěma roky v relativně dobrém zdravotním stavu. Dokázal se sám pohybovat pomocí chodítka, částečně zvládl vlastní sebeobsluhu, pouze se u něj projevovala porucha orientace místem i časem.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Dezorientace pana Miroslava se časem znatelně prohlubovala. Pan Miroslav často sám opouštěl svůj jednolůžkový pokoj, chodil s chodítkem po areálu domova, ale nedokázal se již sám vrátit zpátky. V domnění, že je zpět ve svém pokoji, lehal si pak často do postelí jiných klientů a používal jejich věci jako by byly jeho vlastní. Návraty s personálem zpět do svého pokoje pak špatně snášel, nerozuměl, proč se musí stále stěhovat. Pan Miroslav velmi rád jí. Jídlo je jeho životní vášeň a v cizích pokojích se často sám obsloužil jídlem druhých. Dcera pana Miroslava často navštěvovala a viděla, jak se jeho zdravotní stav horší. Navrhovaný přesun svého otce z běžného domova seniorů na oddělení domova se zvláštním režimem ale nějakou dobu odmítala s tím, že dvoulůžkové pokoje domova se zvláštním režimem budou velkým zásahem do tatínkova soukromí. Nakonec však s přestěhováním souhlasila, protože zdravotní stav se stále zhoršoval, a spolu s ním i dezorientace pana Miroslava. V domově se zvláštním režimem, který je součástí organizace, bydlí pouze 16 klientů. Jejich aktivizaci je tu věnována velká pozornost. Na oddělení je klientům k dispozici místnost vybavená kuchyňkou, hudebními nástroji a řadou aktivizačních Montessori i jiných pomůcek. Pracuje tu aktivizační pracovnice, která pro klienty každodenně připravuje pestrý program. Do takového prostředí se tedy přestěhoval i pan Miroslav. Ačkoliv se i dříve částečně účastnil aktivizačních činností, bylo pro něho nové prostředí mnohem více podnětné. Menší počet klientů znamená i intenzivnější kontakt s aktivizační pracovnicí a ta navíc vhodně navázala na Miroslavovu vášeň pro jídlo. Zapojila pana Miroslava do kulinářských aktivit – pan Miroslav začal společně s ostatními klienty 3 x v týdnu péct různé moučníky nebo koláče, okrajoval jablka, míchal těsto, a to vše s velkým západem pro věc. Ještě větší radost projevovat, když si klienti na společně připraveném zákusku i společně pochutnali.

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu: Zařízení, z něhož tato kazuistika pochází, využívá při péči o klienty prvků biografického přístupu. Ve spolupráci nejčastěji s rodinou hledá informace v životě klienta, na něž by bylo možné navázat jak při jeho aktivizaci, tak péči jako takové. I v případě pana Miroslava se potvrzuje názor

Procházkové,¹⁰⁹ že znalost životního příběhu je klíčem ke zvolení správného přístupu ke konkrétnímu seniorovi. U pana Miroslava se jako zásadní v jeho aktivizaci ukázala právě znalost detailů z jeho života, především toho, co panu Miroslavovi v životě dlouhodobě přináší radost. Aktivizační pracovnice s touto znalostí věci pro něj vhodně zvolila aktivizační činnosti, neboť ho zapojila do kuchařských aktivit. Pan Miroslav si tyto činnosti velmi oblíbil a těšil se pokaždé na společné stolování. To mělo pozitivní dopad i na jeho sociální vnímání. Během aktivizačních činností byly posilovány i jeho motorické schopnosti, což působilo preventivně proti nástupu apraxie, tak, jak na ni upozorňuje Suchá.¹¹⁰ Oddělení domova se zvláštním režimem je přizpůsobeno klientům s demencí nejenom svým vybavením, ale i tím, že počet klientů je zde v porovnání s domovem seniorů velmi nízký. To umožňuje, že se personál může hlouběji seznámit s životním příběhem každého z klientů. Klientům zde pomáhá i výrazné a barevné označení jednotlivých pokojů a piktogramy, které jim usnadňují orientaci v prostoru. Díky těmto prvkům se zmenšila i dezorientace pana Miroslava. Dokázal sám dojít ze svého pokoje do klubovny, kde aktivity probíhají, a stejně tak se dokázal sám vrátit zpět na pokoj. Synergickým působením všech nastíněných faktorů pan Miroslav na oddělení domova se zvláštním režimem „rozkvetl“. Začal více komunikovat s dcerou i s personálem. Jeho dcera uznala, že pan Miroslav žije v domově se zvláštním režimem mnohem hodnotnější život.

6.2 Hudba, která pomáhá překonat i odloučení

Popis výchozí situace klienta: Paní Marie (80) je bývalou učitelkou chemie a tělesné výchovy. Má dvě děti, syna a dceru. Klientkou pobytového zařízení je téměř čtyři roky. Před příchodem do domova byla aktivní seniorkou, dokonce ráda aktivně sportovala. Její zdravotní stav se ale prudce zhoršil následkem pádu, který byl dle lékařů také zřejmě příčinou nástupu demence.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Paní Marie se přestěhovala do domova seniorů v době covidových restrikcí. Rodina paní Marie se snažila být s maminkou v častém kontaktu pomocí videohovorů, vyrobili pro ni i knihu života. Ta obsahovala řadu fotografií dětí a vnoučat, vzpomínek z výletů apod. Bohužel paměť paní Marie v důsledku demence selhávala. Věděla, že lidi kolem sebe zná, ale nevěděla, kým jsou, a to včetně svých vlastních dětí. Naproti tomu si dokázala vybavit chemické vzorce a jiné

¹⁰⁹ PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychografický model péče prof. Erwina Böhma* [online]. [cit.22.11.2023] Dostupné na <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/psychobiograficky-model-pece-prof-erwina-b-hma/>.

¹¹⁰ Srov. SUCHÁ, J. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013, s.20.

jednotlivosti z doby svého učitelského působení. Paní Marie se do domova přistěhovala do dvoulůžkového pokoje, který sdílela společně a paní Boženou (90 let). Paní Božena svou novou spolubydličku „adoptovala“, učila ji orientaci v domově, navštěvovaly spolu aktivizační činnosti, chodily společně do zahrady. Obě seniorky se hodně spřátelily a společně s nimi i jejich rodiny. Do života obou žen ale bohužel zasáhly zdravotní komplikace. Paní Božena vážně onemocněla covidem a také zdravotní stav paní Marie se po prodělané viróze velmi zhoršil. Její demence se prohloubila a s rodinou bylo domluveno přestěhování paní Marie na oddělení domova se zvláštním režimem. Obě seniorky odloučení těžce nesly. Paní Marie byla ve svém novém domově zpočátku nešťastná, zmatená a vyděšená. Situaci nepřispělo ani to, že zkušená aktivizační pracovníce byla v době nástupu paní Marie na oddělení právě nemocná. Byť ji zastoupily její kolegyně z řad pečujícího personálu, byla i tato skutečnost zřejmě příčinou počátečních potíží při adaptaci. Paní Marii pomohla hudba. Jak rodina personálu domova sdělila, paní Marie se hudbě dříve ráda věnovala a nyní ji právě společné zpívání v rámci aktivizačních činností vrátilo zpět do života. I když paměť paní Marie je v důsledku onemocnění již téměř nefunkční, melodie a slova písní z dob jejího mládí si vybavuje velmi dobře a společné zpívání za hudebního doprovodu aktivizační pracovníce paní Marii viditelně přináší radost.

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu: Paní Marie má fungující rodinné zázemí. To je pro pečující tým v pobytovém zařízení velmi podstatné, protože není-li již možné získat důležité informace přímo od klienta, je to právě rodina, která může dát pečujícímu personálu mnohá vodítka. V případě paní Marie byla klíčová informace o jejím kladném vztahu k hudbě. Aktivizační pracovníce tak mohla paní Marii zapojit do tímto směrem zaměřených společných aktivit, což se ukázalo jako řešení pro její zpočátku nesnadnou adaptaci v novém prostředí. Pozitivní vliv hudby navíc dokáže i u jedinců v pokročilé fázi demence aktivovat jejich paměť. Muzikoterapie, tak jak ji popisuje Suchá,¹¹¹ umožňuje využít širokých terapeutických účinků hudby. Toho bylo vhodně využito právě v tomto případě. Paní Marie při hudbě někdy pouze relaxovala, někdy se ale aktivně zapojovala do společného zpívání. To snižovalo postupně i její sociální izolaci. Zapojení se do společného zpěvu pozitivně ovlivňuje i celkovou náladu nemocného člověka, což se právě na příkladu paní Marie zřetelně ukázalo. Paní Marie měla ve společné klubovně vlastní křeslo, kam se vždy posadila a kde se viditelně cítila dobře. Tento rituál paní Marie potvrzuje názor Suché,¹¹² že respektování i těchto drobných zvyklostí klientů pomáhá k navození pocitu bezpečí a stability. Fungující rodina může být personálu sociálního zařízení nápomocna nejenom poskytnutím detailů

¹¹¹ Srov. SUCHÁ, J. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013, s.115.

¹¹² Srov. Tamtéž str. 22.

z klientova života, ale i vlastní aktivitou. Zde konkrétně to byla vytvořená kniha života plná fotografií s důležitými lidmi a událostmi ze života paní Marie. Rodina tak pro svou maminku sestavila velmi vhodnou reminiscenční pomůcku, ke které se následně aktivizační pracovnice společně s paní Marií často vracela.

6.3 Dětský smích přináší do života světlo

Popis výchozí situace klienta: Paní Ludmila (86) dlouhá léta vyučovala na základní škole žáky 1. stupně. Za svůj život vystřídala několik šumavských škol. Nyní je již čtvrtým rokem obyvatelkou domova seniorů. Na paní Ludmile by nikdo na první pohled nepoznal, že trpí demencí. Její zmatenost si nechce připustit ani její jediný syn. Zlobí se, že matka zapomíná na věci, na kterých se spolu domluvili, nedává tyto symptomy do souvislosti s demencí. Se zdravotním stavem své maminky se smiřuje jen velmi těžce.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Paní Ludmila obývá dvoulůžkový pokoj společně s paní Annou (89). Ta je také bývalou učitelkou a stejně tak jako paní Ludmila i paní Anna trpí demencí. Obě seniorky si k sobě našly cestu a společně navštěvují různé přednášky, které jsou v domově seniorů často pořádány. A obě seniorky jdou stejně tak jako dříve ostatním příkladem, vždy usedají do prvních řad a pozorně přednášejícím naslouchají. Do dalších aktivit se ale paní Ludmila zapojovat odmítá. S výjimkou bližšího vztahu k paní Anně je uzavřená a další kontakty nevyhledává. Aktivizační pracovnice, které znají životní příběh paní Ludmily, připravily program, který, jak doufaly, by mohl paní Ludmile pomoci opustit alespoň částečně její sociální izolaci. Domluvily se s vedením místní mateřské školy na společné předvánoční akci, při které by klienti domova seniorů navštívili děti přímo v jejich mateřské škole a společně by pracovali na přípravě vánočních dekorací. Paní učitelky z mateřské školy tuto myšlenku přivítaly a společně s dětmi připravily pro návštěvu seniorů zajímavý program. Klienti, kteří přijeli z domova seniorů mezi malé děti, byli nadšeni. Užili si dvě hodiny v atmosféře nabyté chuti do života, dětského smíchu a společného tvoření vánočních přáníček a cukroví. Paní Ludmila viditelně pookřála. Její učitelké zkušenosti znovu ožily. S dětmi komunikovala mnohem více než se svými sousedy v domově. Návštěva dříve známého školního prostředí jí velmi prospěla. Podobné vyvolání milých vzpomínek umožnily pracovnice domova paní Ludmile následujícího jara při pořádání výletu na Šumavu. Tohoto výletu se zúčastnilo více klientů, ale pro paní Ludmilu byl tento výlet v mnohem silnější. Zastávky na výletové trase totiž byly naplánovány tak, aby procházely místy, kde paní Ludmila před léty působila jako paní učitelka. Ze životního příběhu paní Ludmily také bylo zřejmé, že dříve často a ráda cestovala. Aktivizační pracovnice tedy usadily paní Ludmilu hned na přední sedadlo v autobuse, kde strávila celý tento výlet. Tak, jak to bylo u ní často zvykem, ani během cesty s ostatními nekomunikovala. Až při příjezdu zpět

do domova na dotaz aktivizační pracovnice, zda se jí výlet líbil, paní Ludmila odpověděla: „Nic krásnějšího jsem nikdy nezažila.“

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu: I tato kazuistika pochází ze sociálního zařízení pracujícího s prvky biografického přístupu, pro něž je podstatná znalost životního příběhu klienta. Na příkladu paní Ludmily se potvrzuje zásadní myšlenka biografického modelu péče, a sice, že tato znalost je pro vhodné zvolení nejenom aktivizačních činností pro konkrétního klienta zcela klíčová. V biografii paní Ludmily byly nalezeny dva body, na něž bylo možné aktivizačně navázat, a to její vztah k dětem a záliba v cestování. Při společné práci s dětmi tak byly u paní Ludmily vyvolány její dávné vzpomínky na školní prostředí, kde se dlouhá léta pohybovala. Současně ale tato aktivita probíhala ve společenském kontaktu, který slovy Dučaiové¹¹³ jednoznačně přispívá ke zvýšení kvality života klienta. Při všech činnostech je ovšem nutné vnímat a respektovat individualitu každého klienta. Paní Ludmila je spíše introvertní povahy a personál proto vhodně respektoval, že si naopak cestu autobusem chtěla prožít spíše v ústraní od ostatních. I o tomto povahovém zaměření paní Ludmily byl pečující personál s předstihem informován od její rodiny. Opět se potvrzuje, jak zásadní je spolupráce mezi sociálním zařízením a rodinou klienta. I když zařízení neaplikuje přímo biografický model péče, jsou i jednotlivě získané informace ze života klienta nepostradatelné pro individuální zacílení aktivit směrem ke klientovi a pro celkovou profesionální péči o něj.

6.4 Vztah mezi lidmi a víra, co dokáže zázraky

Popis výchozí situace klienta: Pan František (79) je klientem domova se zvláštním režimem již osm let. Pan František má vysokoškolské vzdělání, dříve pracoval jako vedoucí projekce ve velkém strojírenském závodě. Míra jeho samostatnosti se pod vlivem demence postupně snižovala, v současné době je upoután na lůžko. Byť dříve míval společenskou povahu a kromě své rodiny pobýval rád mezi svými přáteli, v domově se projevoval spíše nepřátelsky. Byl nerudný, s ostatními klienty i personálem vycházel velmi špatně, nesnášel jakoukoliv manipulaci s ním, negativně reagoval již na rovnání lůžkovin.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Na aktivizaci pana Františka měla velmi pozitivní vliv pečovatelka, která v tomto domově dříve pracovala a po nějakém čase se do pracovního poměru opět vrátila. Protože dříve pracovala jako klíčový pracovník právě pana Františka, znala ho z doby, kdy byl jeho zdravotní stav lepší, znala také jeho životní

¹¹³ Srov. DUČAIOVÁ, J. a kol. *Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer, 2018, 22.

příběh, jeho oblíbená jídla, záliby. I pan František se k této pečovatelce choval vstřícněji než k ostatnímu personálu. Pan František aktuálně velmi špatně přijímal potravu, proto mu byla mixována. Pečovatelka si pamatovala, že pan František dříve miloval omáčky a guláš. Navrhla, že zkusí podávat panu Františkovi stravu jinak – jídlo nemixovat, servírovat běžně a upravovat přímo na talíři. K obědu pana Františka oblékla do jeho oblíbeného oblečení, posadila do křesla a jednotlivá sousta pro pana Františka připravovala přímo na jeho talíři. Pan František se postupně rozjedl a za čas byl schopen s dopomocí používat i příbor. I to, že byl při jídle posazován, přineslo výsledky. Postupně lépe zvládal delší sed a mohl se na pečovatelském křesle účastnit dění ve společenské místnosti. Pan František se postupně měnil i ve vztahu ke svému okolí. Po několika týdnech se na personál i na ostatní klienty při očním kontaktu začal usmívat. Dcera pana Františka si této obrovské změny při návštěvě všimla a velmi za ni personálu domova děkovala.

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu: Příběh pana Františka ukazuje, že při aktivizaci seniorů s demencí hraje velkou roli také vzájemný vztah a důvěra mezi pracovníkem v sociálních službách (případně sociálním pracovníkem) a klientem. Tento vztah je postaven na validaci a respektu k důstojnosti člověka. Právě s respektem k lidské důstojnosti byl pan František během podávání stravy postupně posazován a byla mu podávána standardní strava. Tento postup bylo možné realizovat i díky znalosti jeho předchozích zvyků a preferencí, na něž bylo možné navázat. Navíc víra pečujících v to, že současný stav klienta nemusí být neměnný, může v mnohém motivovat ke změně i samotné klienty. Na příkladu pana Františka se potvrzuje oprávněnost všech doporučení pro komunikaci s pacienty trpícími demencí, tak jak je uvádí Kalvan.¹¹⁴ Konkrétně na příkladu pana Františka je tak znovu vhodné zmínit doporučení k aktivní ochraně důstojnosti lidí trpících demencí, k posilování jejich autonomie a možnosti rozhodovat sami o sobě a apel na nepodceňování takto nemocných lidí.

6.5 Cesty, na které nelze zapomenout

Popis výchozí situace klienta: Paní Ludmila (71 let) je původním povoláním úřednice. Do domova pro seniory nastoupila před pěti lety již s diagnózou Alzheimerovy choroby, která postupně progreduje. Je bezdětná, v domově ji pravidelně navštěvuje bratr se svou ženou.

¹¹⁴ Srov. KALVAN, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008, s. 324.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Paní Ludmila se v zařízení neadaptovala lehce. Byla převážně zamlklá a do společných aktivit se zapojovala jen velmi nerada. Domov seniorů, v němž paní Ludmila žije, při práci s klienty často využívá prvky smyslové aktivizace a snaží se přitom vycházet z jejich individuálních životních příběhů. Od rodiny se personál domova dozvěděl o velké životní vášni paní Ludmily, kterou bylo cestování. Paní Ludmila cestovala ráda celý život a přestat musela až kvůli vážným zdravotním komplikacím, včetně Alzheimerovy choroby. V duchu smyslové aktivizace připravil personál několik společných setkání klientů, která byla věnována právě tématu cestování. Tematicky byly vyzdobeny i společenské klubovny v zařízení a aktivizační pracovnice si připravily řadu pomůcek k tomuto tématu, včetně obrázků, pohlednic, kamínků z pláže a upomínkových předmětů z cest. Na projektoru promítaly pak účastníkům setkání typické fotografie z jednotlivých evropských měst. Paní Ludmile tyto fotografie vyvolaly dávné vzpomínky. Reagovala tak aktivně, že to bylo pro celý personál domova velmi milým překvapením. Poznávala některá města, která dříve navštívila a vybavily se jí i detaily z cest, např. jak se ztratila v Římě a jak málem autobus odejel domů bez ní. Jak aktivizační pracovnice, tak i pracovnice přímé péče v domově ví, že cestování je téma, které paní Ludmilu vždy dokáže přimět k hovoru, anebo alespoň si se zájmem prohlíží různé takto zaměřené knihy. Společná aktivizační setkání věnovaná cestování se v domově vždy po určitém čase opakují. Někdy jsou doplněna o suvenýry jako např. mýdla různých vůní, hedvábné šátky či jiné látky apod., díky nimž mohou klienti kromě vizuálních podnětů zapojit i další smysly.

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu: Smyslová aktivizace pomáhá klientům s demencí, aby jejich nemocí poznamenaný život byl naplněn zajímavými podněty. Tyto podněty mohou vnímat někdy již jen smysly. V případě paní Ludmily vizuální podněty předložené personálem zaktivizovaly vzpomínky z dlouhodobé paměti a umožnily prožít znovu příjemné chvíle. Společná aktivizační setkání, která v tomto pobytovém sociálním zařízení pravidelně probíhají, začínají vždy podáním ruky. Účastníci setkání s tímto pravidelným rituálem již počítají a viditelně jim přináší radost. Tato zkušenost potvrzuje názor Vojtové,¹¹⁵ podle níž je právě dotek, jako výraz vzájemného respektu a úcty, silně zakořeněn v mysli každého člověka a lze ho vhodně aktivovat i při onemocnění demencí. Podobně jako v předchozích příbězích se i na příkladu paní Ludmily ukazuje zásadní význam znalosti individuálních specifíků a životních preferencí každého klienta. V uvedeném příběhu aktivovaly dávné vzpomínky i fotografie, k nimž nemá klient osobní vazbu. Při reminiscenčních či jiných aktivitách pracujících se vzpomínkami jsou často používány fotografie s emočním

¹¹⁵ Srov. VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vydání. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, s.11.

vztahem ke klientovi. Aktuálně personál domova spolupracuje s bratrem paní Ludmily na vytvoření vlastního reminiscenčního kuffíku, který je i podle Janečkové velmi vhodným reminiscenčním prostředkem,¹¹⁶ navíc pro paní Ludmilu s ryze individuálním emočním významem.

6.6 Nezapomenutelné čaje o páté

Popis výchozí situace klienta: Paní Anna (80 let) je klientkou domova čtyři roky. Dříve pracovala jako laborantka ve vodárnách. Má dvě dcery, které ji pravidelně navštěvují spolu s vnoučaty a pravnoučaty. Paní Anna trpí demencí ve středním stádiu, své potomky zatím poznává.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Paní Anna nastoupila do domova ve stavu značné závislosti na péči. Musela jí být podávána pouze mletá strava, tekutiny přijímala pouze z hrnku s pítkem a v pečovatelském křesle vydržela maximálně polovinu z denní doby. Její přístup k ostatním klientům domova i personálu byl značně hostilní. Domov se zvláštním režimem, kam paní Anna nastoupila, uplatňuje koncept smyslové aktivizace. V tomto přístupu byly proškoleny jak sociální a aktivizační pracovnice, tak pracovnice přímé péče a smyslovou aktivizaci využívají v individuální i skupinové formě. Vzhledem ke zdravotnímu stavu personál aktivizoval paní Annu především se zaměřením na zlepšení mobility a příjmu stravy. V duchu smyslové aktivizace byla paní Anna celým personálem citlivě, ale důsledně a pravidelně podporována v cestě k relativní soběstačnosti. Každý den byla paní Anna motivována k drobným krůčkům při zvládnání vlastní sebeobsluhy i při zapojování se do společných aktivit, které zprvu odmítala. Tento synergický přístup ze strany personálu posléze přinesl znatelné výsledky. Paní Anna si nyní sama vybírá stravu, při stolování používá příbor, pije z hrnečku a 2 x týdně se s dopomocí pečovatelky projde ve vysokém chodítku po areálu domova. Z hlediska přístupu bylo pro paní Annu klíčové její zapojení do menších skupin, které pracovaly právě na principu smyslové aktivizace. Společná sezení byla věnována vždy určitému tématu. Paní Anna začala pozitivně reagovat při setkání, které bylo věnováno pití čaje. Podělila se o své vzpomínky z dob tzv. čajů o páté a společně s ostatními klienty obdivovala i ochutnala různé druhy čajů, které jim připravila aktivizační pracovnice. S každou další skupinou byl přístup paní Anny otevřenější. Zapojila se i do dalších témat, jako např. Koření v naší kuchyni, Jak chutná káva apod. Nyní paní Anna navštěvuje i další

¹¹⁶ JANEČKOVÁ, H., ČÍŽKOVÁ, H. a kol. *Reminiscence známá i neznámá*. 1. Vydání. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021, s.132.

aktivizační činnosti, které by dříve razantně odmítla, například rehabilitační cvičení, kde už je skupinka účastníků mnohem větší.

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu Pobytové zařízení, z něhož tato kazuistika pochází, uplatňuje smyslovou aktivizaci jako celkový koncept péče o klienty. Do aktivizace klientů se tak zapojují nejen pracovníce denních aktivit, ale i pečovatelský personál. Intenzita vhodného působení směrem ke klientovi se tak násobí a na příkladu paní Anny je vidět výsledný pozitivní posun v její mobilitě. Zlepšila se i její ochota zapojovat se do připravovaných společných činností, čímž došlo ke snížení její sociální izolace a následně i pozitivnějšímu vnímání svého okolí. Smyslová aktivizace může mít formu individuální i skupinovou. Na tomto příkladu je patrné, že pečovatelský personál vhodně zvolil nejprve individuální cestu, a až následně se paní Anna zapojila i do společných činností. Zohlednil tak zprvu horší zdravotní stav klienty, který se však i díky cílenému přístupu personálu mírně upravil. Příklad paní Anny ukazuje základní myšlenku tohoto konceptu, tedy že smyslová aktivizace nemusí probíhat pouze v klubovnách a společenských místnostech, ale naopak probíhá kontinuálně, v každodenním kontaktu seniora se všemi členy personálu. Smyslová aktivizace je efektivním, avšak nikterak nákladným přístupem. Na tomto i na předešlém příkladu se tak potvrzuje názor Vojtové, že díky smyslové aktivizaci lze velkých výsledků často dosáhnout s minimálním množstvím použitých prostředků¹¹⁷.

6.7 Nalezené fotografie přinesly vzdálené vzpomínky

Uvedené kazuistiky zakončuje osobní vzpomínka autora bakalářské práce na paní Marii (89).

Popis výchozí situace klienta: Paní Marie, původním povoláním dělnice, byla klientkou domova 9 let. Sužovala ji Parkinsonova nemoc a v poslední době přibyla i zmatenost a podezřívavost ve vztahu k personálu a spolubydlícím. Paní Marie měla pouze jednu dceru.

Průběh pobytu a aktivizace klienta: Rodinné zázemí paní Marie nebylo dobré. Dcera přicházela jen velmi sporadicky a její zájem o matku byl spíše předstíraný. Největší potěšení tak paní Marie zažívala, když mohla pozorovat Fany, kočku, která v domově

¹¹⁷ Srov. VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vydání. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014, s.21 a násl.

bydlela a která měla pelíšek na parapetu okna u postele paní Marie. Z postele nevstávala ráda. Pohyb jí přinášel bolest, aktivizace se účastnila pouze občas, a to pouze jako divák při různých kulturních vystoupeních či besedách. A i k tomu ji musely aktivizační pracovnice dlouho přemlouvat. Aktivizační pracovnice, která začala v tomto domově nově pracovat, se postupně seznamovala s životními příběhy obyvatel domova. Zjistila tak, že paní Marie prožila svůj život ve vesnici, kde i ona měla svou babičku, za kterou celé dětství jezdila. Shodou náhod měla v počítači uložen soubor historických materiálů, které se vztahovaly právě k této vesnici. Znovu si na tyto fotografie a nahrávky vzpomněla. Nabídla paní Marii, že by si je mohly prohlédnout spolu. Paní Marie se velmi těšila a z postele se tentokrát nechala přesadit do pečovatelského křesla úplně bez výhrad. Společně si všechny fotografie prohlédly. Paní Marie si dlouho prohlížela každou fotografii. Přibližovala si ji a oddalovala od očí, aby ji viděla co nejostřeji. Na fotografiích nacházela své známé a projevovala velkou radost z toho, že je vidí. Dokázala si vzpomenout na různé informace, které se k těmto lidem vztahovaly, vyprávěla, jací byli a co společně ve vesnici prožili. Jedno z videí zachycovalo masopustní průvod ve vsi. Paní Marie mezi muzikanty poznala svého muže a vyprávěla i o něm, byť se předtím o svém muži nikdy nezmiňovala. Nejdojemnější okamžik nastal, když na jedné fotografii našla svou vlastní dceru. Byla to fotografie z doby, kdy této dceři bylo pět let. Malá holčička, která stála na návsi a držela v ruce háčkovanou tašku. Paní Marie se rozplakala. Tuto tašku své dceři Evě sama uháčkovala. Historické fotografie si aktivizační pracovnice s paní Marií prohlížely společně ještě několikrát. Její nemoc postupovala, zmatenost se prohlubovala, ale pokaždé, když za ní aktivizační pracovnice přišla, na tento zážitek si vzpomněla: „Jak jsme si prohlížely ty fotky, to byla taková krása...“

Shrnutí a vyhodnocení aktivizačního přístupu: V zařízení, z něhož tento příběh pochází, je při péči o klienty využívána rezidentní forma zooterapie. Vztah paní Marie ke kočkám, které v domově seniorů takto žijí, potvrzuje názor Dvořákové o pozitivním přínosu této aktivizační činnosti.¹¹⁸ Příklad paní Marie ukazuje ale především praktické využití reminiscence při aktivizaci klientky. Fotografie zachycující velmi osobní vzpomínky klientky dokázaly probudit její paměť do té míry, že si vzpomínala na nejdrobnější detaily vzdálené více než půl století. Současně je z tohoto příběhu zřejmé, že aktivizační činnosti vůbec nemusejí být činnostmi, které kladou velké nároky na přípravu nebo materiální vybavení. Často je to především čas pečujícího pracovníka a jeho vlídné slovo, co senior s demencí v pobytovém zařízení nejvíce ocení. Tento příběh je snad i nenápadnou inspirací pro pečující pracovníky k hledání podobných drobných

¹¹⁸ Srov. DVOŘÁKOVÁ, D., HOLCZEROVÁ, V. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. Vydání, Praha: Grada Publishing, a.s, 2013, s. 87.

příležitostí, jak život člověka s demencí rozjasnit a vrátit ho na chvíli ve vzpomínkách tam, kde mu bylo dobře. Osobní zkušenost aktivizační pracovnice z tohoto příběhu napovídá, že se v těchto okamžicích rozjasňuje i život pečujícího.

7 ZÁVĚR

Stáří čeká na každého z nás. Patří k životu stejně tak jako doba školních let nebo dlouhá léta pracovního života. Období, jež je chápáno jako čas zklidnění, odpočinku a zúročení letité předchozí práce, však někdy může zkomplikovat nemoc. Jedním z nejzávažnějších psychických onemocnění je demence. Tu mohou přivodit různé příčiny, tou nejčastější je pak Alzheimerova choroba, která se objevuje především u lidí seniorského věku. Bakalářská práce v druhé kapitole přinesla informace o tom, jak se demence u nemocného projevuje i nakolik limituje jeho další život. I když se jedná o omezení často velmi závažného charakteru, lze je vhodnou péčí o nemocného seniora do značné míry vykompenzovat.

Péče o seniora s demencí může probíhat v rodině nemocného, avšak ne vždy je tato cesta možná. Pokud se demence prohloubí nebo rodina z mnoha příčin není schopna se o nemocného celodenně postarat, jsou to sociální služby, které péči o nemocného seniora částečně nebo zcela přebírají. V bakalářské práci byly blíže popsány terénní i ambulantní sociální služby, které se zaměřují právě na pomoc lidem s demencí. V případě, že ani tyto služby nejsou vzhledem k zdravotnímu stavu klienta dostatečné, může pomoci pobytová sociální služba, nejčastěji pak domov se zvláštním režimem. Specifika jednotlivých forem péče jsem blíže popsala ve třetí kapitole této bakalářské práce.

Aktivizace je jednou z cest, jak člověku pomoci žít svůj život hodnotně i přes nemoci způsobené limity. Aktivizační činnosti trénují paměť i kognitivní procesy a mohou zbrzdit neuropatologické známky nemoci. Kromě toho pomáhají nemocnému zažívat chvíle úspěchu a radosti z poznání, že stále existuje řada věcí, které přes své onemocnění samostatně zvládne. Pro správné nastavení aktivizačních činností je však třeba zohlednit specifická omezení daná právě demencí. Tomuto tématu jsem věnovala čtvrtou kapitolu bakalářské práce.

Cílem bakalářské práce bylo představit možnosti aktivizace seniorů s demencí v pobytových sociálních službách a ukázat jejich vliv na kvalitu jejich života. Konkrétní aktivizační postupy jsem uvedla v páté kapitole. Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila dva v sociální práci se seniory významné koncepty péče, kterými jsou smyslová aktivizace a biografický model péče. V obou případech se jedná o ucelené koncepty, které kromě aktivizace zahrnují i zdravotní a sociální péči, a filozofii těchto přístupů přijímá celý personál pobytového zařízení. V bakalářské práci jsem se zabývala přínosem obou těchto konceptů právě pro oblast aktivizace klienta s demencí a uvedla konkrétní aktivity v jednotlivých modelech. Ve stejné kapitole jsem pak popsala i další aktivizační přístupy, které již nejsou takto ucelenými koncepty, ale jejich přínos i obliba u klientů pobytových sociálních služeb jsou v praxi významné.

Bakalářská práce je zakončena sedmi kazuistikami, které na reálných příbězích klientů v pobytových sociálních služeb ukázaly, nakolik mohou vhodně zvolené aktivizační činnosti pozitivně ovlivnit život člověka, který se potýká s tak závažným onemocněním, kterým demence bezesporu je. Ze všech uvedených příkladů vyplynulo, že zásadní pro nalezení vhodného pečovatelského přístupu je znalost klienta jako člověka s jeho individuálními zájmy, preferencemi i potřebami. Každý klient v pobytovém sociálním zařízení je člověkem s vlastním životním příběhem a řadou zkušeností. Jen se znalostí o člověku můžeme mnohé z jeho prožívání a chování pochopit. Pro získání informací ze života klienta je pak nezbytná blízká spolupráce s jeho nejbližšími, nejčastěji rodinou.

Při rozhovorech se sociálními pracovníci a pracovníci aktivizačních činností jsem se znovu přesvědčila o tom, jak moc je jejich práce důležitá. Často není vně zdí pobytového sociálního zařízení příliš vidět, ale uvnitř pomáhá pro klienty těchto zařízení budovat skutečný domov. Domov, kde se člověk cítí bezpečně, kde ho přijímají takového, jakým je, a kde může kdykoliv žádat pomoc, je-li jí potřeba. Bakalářskou práci zakončuji vyjádřením velkého obdivu ke všem zaměstnancům v pobytových sociálních službách, které jsem během psaní této bakalářské práce měla příležitost poznat, a všem, kteří tímto způsobem pomáhají druhým.

8 POUŽITÉ ZDROJE

1. BLATNÝ, M. (ed.). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.
2. CALLONE, R. a kol. *Azheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.
3. DUČAIOVÁ, J. a kol. *Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer, 2018. ISBN 978-80-87963-75-3.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D.; HOLCZEROVÁ, V. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.
5. DVOŘÁKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.
7. FERTALOVÁ, T.; ONDRIOVÁ, I. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020. ISBN 978-80-271-2479-4 (ePub).
8. GLENNER, J. A KOL *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál s.r.o., 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
9. JANEČKOVÁ, H.; ČÍŽKOVÁ, H. a kol. *Reminiscence známá i neznámá*. 1. vydání. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021. ISBN 978-80-88290-50-6.
10. JANEČKOVÁ, H.; VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
11. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
12. KALVAN, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
13. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-247-2699-1.
14. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
15. MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.
16. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368.
17. NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-160-2.

18. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Paseka, 2016. ISBN 978-7432-747-6.
19. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
20. PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografie v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.
21. PTÁČKOVÁ, H.; PTÁČEK, R. a kol. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.
22. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-271-9426-1.
23. SUCHÁ, J.; JINDROVÁ, I.; HÁTLOVÁ, B. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.
24. ŠÁTEČKOVÁ, L. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2021. ISBN 978-80-271-1695-9.
25. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
26. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
27. VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vydání. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.
28. VOJTOVÁ, H. *Jak nepřesadit starý strom. Koncept smyslové aktivizace v péči o seniory a osoby s onemocněním demencí*. Frýdek-Místek: Nakladatelství Jokl, 2018. ISBN 978-80-905419-9-3.
29. ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9.
30. ZVĚŘINOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje:

1. CIKHART, M. *Komunikace s lidmi s demencí a předcházení problémovému chování* [online]. [cit.8.11.2023]. Dostupné na <https://www.youtube.com/watch?v=IKMhFakKXHs>.
2. DRAGOMIRECKÁ, E. Podpora rodinných příslušníků pečujících o člověka s demencí. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. [cit. 24.9.2023]. Dostupné na <https://socialniprace.cz/online-clanky/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci/>.
3. FRANKOVÁ, V. *Demence u Alzheimerovy choroby* [online]. [cit.2.9.2023]. Dostupné na https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201701-0007_Demence_u_Alzheimerovy_choroby.php.
4. HETMÁNKOVÁ, Jana. *Aktivizace seniorů v pečovatelské službě* [online]. Brno, 2007 [cit. 2023-11-25]. Dostupné na: <https://is.muni.cz/th/alo0a/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Kateřina KUBALČÍKOVÁ.
5. HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Gerontologické centrum, 2007 [cit.19.9.2023]. Dostupné na http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf.
6. KISVETROVÁ, H. a kol. Vliv demence na trajektorie kvality života seniorů. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. [cit.2.9.2023]. Dostupné na <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2020-3-4/vliv-demence-na-trajektorie-kvality-zivota-senioru-122986>.
7. MACHOVÁ, Z. *Základy ergoterapie pro sociální pracovníky* [online]. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce, 2013 [cit.23.11.2023]. Dostupné na https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/machova_-_zaklady_ergoterapie_pro_socialni_pracovniky.pdf.
8. PIDRMAN, V. Demence – 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika *Medicina pro praxi* [online]. 2007 [cit.30.9.2023]. Dostupné na <https://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>.
9. PROCHÁZKOVÁ, E. Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma. *Florance* [online]. roč. 2015, č. 11.
10. RAUCH R. *Tipy pro rodinné příslušníka a pečující osoby* [online]. Švýcarský spolek pro Alzheimerovu chorobu, 2014 [cit.10.9.2023]. Dostupné na https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf.

11. *Afázie* [online]. [cit.25.10.2023]. Dostupné na <https://cs.wikipedia.org/wiki/Af%C3%A1zie>.
12. *Aktuální populační vývoj v kostce* [online]. Český statistický úřad [cit.30.8.2023]. Dostupné na <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>.
13. *Biografická péče* [online]. Domov pro seniory Tovačov [cit.25.11.2023]. Dostupné na <https://clovekuclovekem.cz/biograficka-pece.html>.
14. *Centrum denních služeb* [online]. [cit.26.9.2023]. Dostupné na https://cs.wikipedia.org/wiki/Centrum_denn%C3%ADch_slu%C5%BEBeb.
15. *Co je to ergoterapie* [online]. Česká asociace ergoterapeutů, [cit.23.11.2023]. Dostupné na <https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.
16. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit.2.9.2023]. Dostupné na <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>.
17. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. Veřejný ochránce práv, ombudsman. 2015 [cit.5.11.2023]. Dostupné na https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf?fbclid=IwAR23PVS4ECVf33vNplFQxgdUI_wD_YThuwUOZwog9raGbl7wkdL4wxDpMdw w.
18. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Institut biostatistiky a analýz [cit.2.9.2023]. Dostupné na <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F01.9>.
19. *Reminiscence* [online]. Nadační fond Seňorina [cit.10.11.2023]. Dostupné na: <https://www.nfsenorina.cz/pro-pecujici/aktivizace-senioru-s-demenci/reminiscence/>.
20. *Smyslová aktivizace* [online]. Domov pro seniory Tovačov. [cit.12.11.2023]. Dostupné na: <https://clovekuclovekem.cz/smyslova-aktivizace.html>.
21. *Slovník cizích slov* [online]. [cit.26.9.2023]. Dostupné na <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/aktivizace-aktivisace-aktyvizace>.
22. *Zooterapie – Když zvířata pomáhají*. [online]. 2017 [cit.2.9.2023]. Dostupné na <https://www.meyra.cz/clanky/zooterapie-kdyz-zvirata-pomahaji.html>.
23. *Zooterapie v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotnických službách* [online]. Ministerstvo zdravotnictví [cit.22.11.2023]. Dostupné na https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/10/8-TM-Zooterapie-v-ramci-PDZS.pdf?fbclid=IwAR08mKKQGRffaJVIELFE_THj30avfQl9xBEC6-yKYqCYAO74mRLmQk8al9U.

Právní předpisy:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

STROPNICKÁ, J. *Aktivizace seniorů s demencí v pobytových sociálních službách*. České Budějovice 2024. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Ehrlichová

Klíčová slova: senior, demence, pobytové sociální zařízení, aktivizační činnosti, smyslová aktivizace, biografický model péče

Abstrakt: Práce se věnuje tématu aktivizace seniorů s demencí v pobytových sociálních službách. Popisuje, jak demence ovlivňuje život člověka a jaká specifika je nutné zohlednit při volbě aktivizačních činností pro tuto cílovou skupinu. Práce představuje dva koncepty péče o seniory, a to smyslovou aktivizaci a biografický model péče. Zmíněny jsou i další aktivity v péči o seniory s demencí velmi využívané, a to např. reminiscence, ergoterapie, muzikoterapie a další. Práce je doplněna příklady dobré praxe, které na konkrétních příbězích klientů pobytových sociálních služeb ukazují pozitivní vliv vhodně zvolené aktivizace na kvalitu života člověka s demencí.

Activation of seniors with dementia in residential social services

Keywords: senior, dementia, residential social care, activation activities, sensory activation, biographical model of care

Abstract: The thesis deals with the topic of activation of seniors with dementia in residential social services. It describes how dementia affects a person's life and what specifics must be taken into account when choosing activation activities for this target group. The paper presents two concepts of care for the elderly, namely sensory activation and the biographical model of care. Other activities that are widely used in the care of elderly people with dementia are also mentioned, such as reminiscence, occupational therapy, music therapy and others. The work part is complemented by examples of good practice, which show the positive impact of appropriately chosen activation on the quality of life of a person with dementia through specific stories of clients of residential social services.