

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Diplomová práce**

Bc. Šárka Vrzalová

**Aktivizační činnosti pro seniory s diagnózou demence  
a Alzheimerova choroba v domově se zvláštním režimem**

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s vyznačením všech použitých pramenů a spoluautorství.

V Olomouci dne:

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Bc. Veronice Růžičkové, Ph.D. za její čas, cenné rady, a především vstřícný přístup.

# Obsah

Úvod .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1 VYMEZENÍ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	7
1.1 Periodizace stáří .....	8
1.1.1 Kalendářní stáří .....	8
1.1.2 Biologické stáří .....	9
1.1.3 Sociální stáří.....	10
1.1.4 Psychické stáří.....	11
1.2 Příprava na stáří .....	12
1.3 Aktivní stáří .....	13
2 PROBLEMATIKA DEMENCE .....	15
2.1 Klasifikace demencí.....	15
2.2 Demence při Alzheimerově chorobě .....	16
2.3 Symptomy demence.....	17
2.4 Stadia demence .....	18
3 AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY A TERAPIE VYUŽÍVANÉ U SENIORŮ POSTIŽENÝCH DEMENCÍ.....	20
3.1 Trénování kognitivních funkcí.....	20
3.2 Reminiscence, reminiscenční terapie.....	22
3.3 Validační terapie .....	23
3.4 Rezoluční terapie .....	25
3.5 Muzikoterapie .....	25
3.6 Arteterapie .....	26
3.7 Zooterapie .....	27
3.8 Ergoterapie.....	28
3.9 Orientace v realitě .....	30

3.10	Tanečně pohybový program.....	31
3.11	Kinezioterapie .....	32
EMPIRICKÁ ČÁST .....		35
4	Cíl práce .....	35
4.1	Metodologie .....	35
4.2	Výzkumný vzorek.....	36
4.3	Interpretace získaných dat .....	38
5	Diskuse .....	57
6	Doporučení pro praxi .....	61
7	Limity práce .....	62
ZÁVĚR.....		63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....		64

## Úvod

„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ.“ (Menandros)

V posledních letech stále dochází k nárůstu počtu osob seniorského věku. Data Českého statistického úřadu hovoří jasně, a sice, že se podíl těchto osob ve společnosti bude i nadále zvyšovat. V roce 2050 by mělo dojít k nárůstu na celých 31, 3 %, hovoříme zde přibližně o třech milionech osobách starších 65 let. To znamená, že v těchto letech bude téměř dvakrát více osob seniorského věku než osob do 14 let věku. Dá se tedy předpokládat, že velká část speciálních pedagogů bude přesunuta do sociální sféry a jejich pracovní náplň bude spočívat v péči o seniory.

Diplomová práce nese název *Aktivizační činnosti pro seniory s diagnózou demence a Alzheimerova choroba v domově se zvláštním režimem*. Je přirozené, že paralelně s přibývajícím věkem dochází k propuknutí různých chorob, nevyjímaje demence. Senioři s demencí mnohdy bývají nejzranitelnější skupinou a je nutné k nim přistupovat s úctou a pochopením. Říká se, že čas je ten největší dar, který můžeme druhým darovat. U osob seniorského věku to platí dvojnásob. Všem seniorům České republiky by měla být nabídnuta upřímná pozornost, pocit bezpečí, a především odpovídající péče vycházející z jejich zdravotního stavu a potřeb.

V teoretickém rámci závěrečné práce budeme věnovat pozornost vymezení termínu stáří a stárnutí. Uvedeme periodizaci stáří a přípravu na stáří, která souvisí s aktivním stářím. Druhá kapitola bude zaměřena na samotnou problematiku Alzheimerovy choroby a demence. Uvedeme klasifikaci demencí a přiblížíme čtenáři specifické symptomy tohoto onemocnění. Na závěr uvedeme také stádia demence. Třetí kapitola bude pojednávat o vybraných aktivizačních přístupech a metodách využívaných u osob trpících demencí.

Samotný výzkum bude realizován v pobytovém zařízení sociálních služeb. Do výzkumné části bude vybráno 5 seniorů, pro které bude během roku vytvořeno několik aktivizačních aktivit zaměřených na významné události či svátky. Cílem praktické části tedy bude vytvoření jednotlivých baterií činností. Připravené aktivity nebudou zaměřeny pouze na trénink postižených oblastí, ale také na vybavování vzpomínek a tím znovuprožití příjemných okamžiků jejich života.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYMEZENÍ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je přirozenou součástí našich životů. Pojem stáří a stárnutí je obtížné vymezit pouze jednou definicí, jelikož samotný proces bývá vysoce individuální a obvykle neprobíhá u každého jedince stejně. Nicméně i přes zmíněnou osobitost dochází postupně k určitým změnám v organismu. První kapitola se tedy bude zabývat vymezením termínu stáří a stárnutí. Uvedeme také periodizaci stáří. V neposlední řadě přiblížíme čtenáři problematiku přípravy na stáří a s tím spojené aktivní stáří.

Každý z nás stárne. Dokonce i ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se postupem času blíží k obávané hranici, kdy stáří oficiálně začíná. Stáří v nás a kolem nás, nám bude umožněno pochopit tehdy, kdy se problematice stáří otevřeme. Pouze tak budeme schopni poznat spojitost všech úseků života člověka. Stáří je jen tak závěrečnou etapou před koncem života, jako je v něm přítomno od jeho počátku. (Haškovcová, 2010)

Bylo učiněno již mnoho pokusů o vymezení pojmů stárnutí a stáří, nicméně žádná z definic není absolutní a naprosto definitivní. Zmíníme tedy některé z nich.

Uvedeme definici stárnutí z encyklopedického slovníku (1993, s. 1037), kde je stárnutí definováno jako „*přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)*“. Zmíněná definice je velice strohá, a proto zmíníme i vymezení Wievegha (in Jarošová, 2006). Ten definuje stárnutí jako souhrn pochodů, především biofyzilogických, probíhajících v čase. Jedná se o biologickou zákonitost, jejíž podstatou jsou postupné biofyzické změny v organismu. Nevratnost těchto změn způsobuje zánik organismu, smrt. Výsledným stavem procesu stárnutí je vlastní stáří.

Zmínit bychom chtěli i vymezení Tvaroha (1984). Autor definuje stárnutí jako proces, který vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů. Jeho zakončení je přirozená smrt. Tato definice se může jevit negativně, jelikož upozorňuje především na záporné aspekty stárnutí.

Nejvíce se přikláníme k definici Prchlíka (in Jarošová, 2006). Prchlík definuje stárnutí jako plynulý, pozvolný, přirozený a zákonitý fyziologický proces, během kterého dochází ke změnám v organismu a psychice člověka. Autor zmiňuje, že průběh stárnutí je u každého člověka individuální.

Topinková a Neuwirth (in Malíková 2020) charakterizují stáří jako konečnou etapu procesu stárnutí. Přiznávají, že definovat stáří je obtížné. Po staletí se o to pokoušejí umělci, filozofové i přírodovědci.

Analogickou definici stáří uvádí i Bartko (in Jarošová, 2006). Autor hovoří o stáří jako o zákonitým a dovršujícím procesu vývoje každého člověka.

Na závěr přidáme ještě definici Mühlpachra (2004). Podle něj je stáří obecným označením pozdní fáze ontogeneze. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou modifikované dalšími faktory (například chorobami či životními podmínkami). Je rovněž spojeno s celou řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování apod.).

Z výše zmíněných definic tedy můžeme konstatovat, že i přes různorodost a velké množství terminologického vymezení je stárnutí jakýmsi přirozeným a zákonitým procesem. Pro stáří jsou charakteristické změny v organismu a psychice člověka. Rovněž dochází k sociálním změnám. Involuční procesy s sebou často nesou negativní pohled na samotný proces stárnutí.

## **1.1 Periodizace stáří**

Průběh lidského života bývá periodizován různým způsobem a existuje velké množství kategorizací. Nyní si vymežíme stáří z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického.

### **1.1.1 Kalendářní stáří**

Zde hovoříme o dosažení určitého arbitrárně stanoveného věku, od něhož se nápadněji projevují involuční změny. Uplatňováno bývá i demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti je, tím vyšší je i hranice stáří. Výhodu kalendářního vymezení lze spatřovat v jednoznačnosti, jednoduchosti a snadné komparaci. (Mühlpachr, 2004)

Kalvach (2004) k tomuto dodává, že v současnosti dochází k posouvání arbitrární věkové hranice. U nově stárnoucích generací se totiž prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav.

Komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) stanovila v 60. letech 20. století hraniční věk stáří 60 let. WHO pracuje s následující klasifikací:

- Rané stáří (60–74 let) – starší, stárnoucí člověk, vyšší věk.
- Vlastní stáří (75-89 let) – pokročilé pravé stáří, senium.
- Dlouhověkost (90 let a více) – nepatrný zlomek populace, jejich počet stoupá.



Patnáctileté členění dospělosti, které odpovídá doporučení komise expertů WHO, v české literatuře uvádí Příhoda (1974):

- Postpubescence a mecitma (15-29 let).
- Adultium (30-44 let).
- Interevium, střední věk (45-59).
- Senescence, počínající, časné stáří (60-74 let).
- Kmetství, senium, vlastní stáří (75-89 let).
- Patriarchium, dlouhověkost (90 let a více).

Dle Mühlpachra (2004) se v poslední době nejčastěji uplatňuje následující členění:

- Mladí senioři (65-74 let)
- Staří senioři (75-84 let)
- Velmi staří senioři (85 let a více)

Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že každý člověk stárne jinak. V některých obdobích života stárne člověk rychleji, v jiných pomaleji, hovoříme tedy o diskontinuitním procesu stárnutí. Nicméně dodává, že z praktických důvodů můžeme hovořit o skutečném stáří teprve od 75 let věku. Z výše zmíněných periodizací je totiž zjevné, že věk kolem 75 let se opakovaně objevuje jako tzv. ontogenetický bod.

### **1.1.2 Biologické stáří**

Pokusy o vymezení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk jedince, se nezdařily. Stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se tedy nevyužívá. Dle Mühlpachra (2004) se jedná se o hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů).

Dle Hajera a Müllerové (in Kozáková a Müller, 2006) se úbytek tkání a struktur, atrofie a involuce postihující orgány projevují odlišně. Zde uvedeme některé příklady:

- Výška: snížením meziobratlových chrupavčitých plotének, svalové hmoty, napětí svalů a také důsledkem změny na lokomočním aparátu se zmenšuje výška jedince.
- Hmotnost: k úbytku hmotnosti dochází důsledkem úbytku svalové hmoty a podkožního tuku.
- Svalstvo: dochází ke zmenšení objemu svalstva a jeho elasticity.
- Kosti a klouby: podléhají výrazným změnám, dochází tak k úbytku kostní hmoty.

- Kůže: obvykle bývá suchá a vrásčitá. Mívá i snížený turgor. Mezi příčiny můžeme zařadit úbytek podkožního tuku, vody v kůži a změnu pojiva.
- Šedivění vlasů: jedná se o jednu z nejčastějších a nejvýraznějších známek stárnutí. Existují však individuální rozdíly, které jsou podmíněny například dědičností.
- Respirační systém: dochází k poklesu vitální kapacity plic.
- Ledviny: důsledkem ubývání funkčních nefronů dochází ke snížení filtrační činnosti ledvin.
- Krevní systém: bývá hůře snášena a vyrovnávána zátěž na krevní systém, což způsobuje mnohem delší úpravu hodnot po ztrátách krve.
- Smyslové orgány:
  - Zrak – nejvíce rozšířený příznak stárnutí je pravděpodobně presbyopie, která je způsobena sníženou pružností oční čočky.
  - Sluch – poruchy sluchu jsou velmi časté. Z počátku dochází k poruchám v příjmu tónů o vyšší frekvenci, ovšem postupem času se přidává i porucha slyšení tónů o střední a hluboké frekvenci.
  - Hmat – po padesátém roce začíná být pocit pohmatu lehce otupený. K těmto změnám dochází více na nohou než na rukou.
  - Chut' – důsledkem úbytku chuťových pohárků bývá někdy změněna chuť.
  - Čich – bývá modifikován jak kvantitativně, tak kvalitativně.
  - Bolest – zvyšuje se práh citění bolesti. Jelikož často není věnována dostatečná pozornost bolesti jako důležitému signálu onemocnění, dochází k pozdní diagnóze a léčbě.

Mühlpachr (2004) dodává, že lidé stejného kalendářního věku se značně liší mírou involučních změn a svým zdravotním stavem.

### **1.1.3 Sociální stáří**

Hovoříme o období, které je vymezené kombinací několika sociálních změn nebo splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionováním, tedy dosažením věku, ve kterém vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je obvykle dáno změnou rolí, životního způsobu či ekonomického zajištění. V tomto smyslu je stáří chápáno jako sociální událost. (Mühlpachr, 2004)

Kozáková a Müller (2006) uvádějí, že by se lidé měli již během dospělosti připravovat na stáří. Člověk by si měl především vytvořit tzv. druhý životní program, který umožní

seberealizaci a kvalitní život i v důchodovém věku. Pacovský (in Kozáková a Müller, 2006) dokonce zmiňuje, že lidé, kteří se již v mládí obtížně adaptovali, například v práci, ve společenských vztazích či rodinném životě, obvykle trpí také adaptací na vlastní stáří a odchod do důchodu.

Kalvach (2004) upozorňuje na možná rizika, která se mohou při procesu stárnutí vyskytovat. Patří mezi ně například maladaptace na penzionování, ztráta životního programu, ageismus či pokles životní úrovně.

Mühlparchr (2004) hovoří o sociální periodizaci života, která člení lidský život do 3, eventuelně 4 velkých období, tzv. věků:

- První věk bývá označován jako předproduktivní. Jedná se o období dětství a mládí, které je charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou a získáváním zkušeností a znalostí.
- Druhý věk se označuje jako produktivní. Hovoříme o období dospělosti, biologické, sociální a pracovní produktivity.
- Třetí věk označujeme jako postproduktivní. Staří je zde chápáno jako období bez produktivní přínosnosti. Toto východisko je však nebezpečné a směřuje k diskriminování osob seniorského věku.
- Čtvrtý věk může být používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné a odporuje představě, že zdravé stáří zůstává samostatné až do nejpokročilejšího věku.

#### **1.1.4 Psychické stáří**

Psychické stáří bývá podmíněno mnoha faktory – osobnostními rysy, charakteristickými psychickými změnami v průběhu stárnutí a stáří a reakcí člověka na jeho vlastní stáří. S psychickým stářím souvisí rovněž subjektivní věk, tzn. jak se člověk sám cítí a jaké je jeho sebevědomí. Subjektivní věk se může projevat v názorech, postojích a činech. Nutno zmínit, že subjektivní stáří nemusí být v souladu s objektivní situací a s reálnými možnostmi konkrétního člověka seniorského věku (Kozáková, Müller, 2006).

Psychické stárnutí přináší:

- Změny poznávacích (kognitivních) schopností: ve stáří se zpomaluje psychomotorické tempo, může se dokonce objevovat nechuť řešit aktuální problémy. Starý člověk tak často může působit bezradným dojmem.

- Změny paměti a učení: v období stáří si lidé obtížně vybavují názvy, mají nižší koncentraci pozornosti. Velice dobře si vybavují staré vzpomínky, kdežto nové poznatky udrží v paměti hůře.
- Změny emocionality: ve stáří bývá člověk citlivější, nemá pod kontrolou své emoce.
- Zpomalení psychomotorické a percepční činnosti: v seniorském věku dochází k pomalejšímu rozhodování a výrazně nižší rychlosti reakce.

(Kozáková, Müller, 2006)

Vybrané klasifikační přístupy nám umožnily nahlížet na periodizaci stáří z více aspektů. Nejznámějším a pravděpodobně nejvíce užívaným hlediskem je vymezení stáří z pohledu kalendářního, které hovoří o tzv. skutečném stáří od 75 let věku.

## 1.2 Příprava na stáří

Se stárnutím se mnozí obtížně vyrovnávají. Nicméně je nutné se na období třetího věku předem připravovat. Některé způsoby zdravého stárnutí dokáže ovlivnit sám senior, jiné realizuje společnost. Způsob přípravy je rozmanitý, začínáme přípravou v oblasti vzdělávacích a volnočasových aktivit a končíme finanční či bytovou oblastí. (Mojžíšová, 2019)

Haškovcová (2010) rozlišuje přípravu dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou:

- Dlouhodobá příprava na stáří – též označována synonymem celoživotní příprava. Měla by být součástí všech výchovných a vzdělávacích programů, které začínají od útlého věku jedince. Hlavním smyslem je podporování pozitivního obrazu stáří již v období školních let. Zapomínat bychom neměli ani na odpovědné partnerství či manželství a důslednou výchovu dětí. Obzvláště důležité je i to, aby se vnoučata podílela na péči o své stárnoucí prarodiče, čímž se bude pěstovat respekt vůči seniorům.
- Střednědobá příprava na stáří – počátek této přípravy můžeme datovat do doby, kdy osobě zbývá zhruba 10 let ekonomického života před nástupem do důchodu. Člověk by si měl uvědomit a akceptovat, že je stáří zákonitou součástí života. Každý by měl pamatovat na volbu druhého životního programu. Ekonomicky aktivní program by měl být postupně doplňován druhým životním programem a později plně nahrazen. Společnost by měla starému člověku nabídnout škálu

možností při hledání nových životních aktivit. Střednědobá příprava na stáří zahrnuje rovněž osvojování zásad zdravého životního stylu a udržování a upevňování sociálních vztahů a vztahů v rodině.

- Krátkodobá příprava na stáří – realizuje se 3 až 5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. V této době je nejvyšší čas vyměnit svůj byt za pohodlnější, menší, a především v blízkosti dospělých dětí. Při vybavování bytu by se nemělo zapomínat na odstranění rizikových bariér, čímž zabráníme velkému množství pádů. Pamatovat bychom měli také na přiměřené finanční rezervy.

### 1.3 Aktivní stáří

Koncem devadesátých let minulého století byl přijat termín aktivní stárnutí Světovou zdravotnickou organizací. Jedná se o termín zahrnující nejen zdravé stárnutí, ale především respektování práv starších osob na rovné příležitosti. To znamená, už se upouští od pasivního přístupu založeném především na zdravotní péči. Do popředí se dostávají principy nezávislosti, důstojnosti a seberealizace. Aktivní stárnutí je tedy proces optimalizace příležitostí a zvyšování kvality života i v pozdním věku. (WHO, 2002)

Aktivní stáří má mnoho podob a souvisí s přípravou na stáří. Koncept aktivního stáří můžeme vnímat jako pozitivní model stárnutí. Hlavními faktory aktivního stárnutí jsou socioekonomické podmínky, zdravotní péče a prostředí, v němž žijeme. Nezastupitelnou roli má rovněž rodina a sociální vztahy, které člověk navazuje. (Mojžíšová, 2019)

V každém věku lze najít něco hezkého a pozitivního. Být starý neznamená být bez koníčků a zájmů. V posledních letech stále stoupá nabídka činností dostupných pro seniory. Řada seniorů navštěvuje univerzity třetího věku či kroužky. Někteří z nich dokonce využívají zprostředkované zájezdy pro seniory. (Janiš, Skopalová, 2016)

Mühlpachr (2004) k tomuto dodává, že v České republice mají tradici také tzv. Akademie třetího věku a Kluby aktivního stáří. Tyto formy vzdělávání jsou využívány především v regionech, ve kterých se nenachází vysoké školy a jsou zajišťovány různými organizacemi či institucemi, například Červeným křížem nebo domy kultury.

V roce 2012 vznikl projekt Senzační senioři, který dokazuje, že je mezi námi spousta vitálních a aktivních seniorů. Cílem projektu je podpora osob seniorského věku v různých činnostech, a především zvyšování jejich sebevědomí a sebedůvěry. Důvod tohoto snažení je prostý a sice, že aktivní senioři bývají odolnější vůči různým neduhům stáří, zůstávají déle soběstační a jsou platnou součástí společnosti. (Macháčková, Holmerová, 2019)

Koncept aktivního stáří se realizuje také v pobytových zařízeních pro seniory, kde představuje velký úkol. Přítomnost osob v takových zařízeních zapříčiňuje jejich závislost na pomoci druhé osoby. Aktivní život seniorů v zařízení sociálních služeb závisí tedy především na dovednostech, chování a postojích pracovníků. (Tomeš, Šámalová, 2017)

Z výše zmíněných informací je tedy zjevné, že spousta osob je schopna najít pozitivní aspekty stárnutí a žít aktivně i v pozdním věku. Nicméně zapomínat bychom neměli ani na osoby, které z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu nemohou být aktivní nebo využívají některou ze sociálních služeb. Aktivizačními přístupy u osob postižených demencí a zároveň využívajících pobytové zařízení sociálních služeb se budeme více zabývat ve třetí kapitole, jelikož jsou ústředním bodem diplomové práce.

## 2 PROBLEMATIKA DEMENCE

Demence je onemocněním, které v posledních letech nabírá na síle a z důvodu stárnutí populace se vyskytuje čím dál častěji. V některých publikacích se dokonce můžeme setkat s termínem *tichá epidemie*, jelikož zpočátku bývá onemocnění nenápadné a obtížně rozpoznatelné. Demence je však závažný syndrom, který neovlivňuje pouze nemocného člověka, ale zasáhne i jeho nejbližší okolí. Druhá kapitola se tedy bude zabývat vymezením termínu demence. Dále uvedeme také klasifikaci, stádia a symptomy tohoto onemocnění.

Termín demence je odvozen od latinského slova *de mens*, což můžeme přeložit jako „odmysl“ neboli úpadek kognitivních funkcí. Jedná se o závažný syndrom onemocnění mozkové tkáně, jehož hlavní podstatou jsou odlišné chorobné procesy. Většina forem demence se vyskytuje u osob starších 60 let. (Vostrý, Veteška, 2021)

Hátlová a Suchá (2005) charakterizují demenci jako syndrom vzniklý následkem chronického onemocnění mozku. Demence však může vznikat i jako onemocnění mozku progresivního rázu.

Z počátku není demence příliš patrná. Mysl pacienta je čistá a pacient žije tak, jak byl zvyklý. Nicméně progresem nemoci člověk postižený demencí často končí svůj život jako bezmocná osoba závislá na pomoci druhých. (Buijssen, 2006)

Celosvětový počet lidí trpících demencí přesahuje 44 miliónů. Tento počet se bude nadále zvyšovat. Odhaduje se, že v roce 2050 se počet navýší až na 135 miliónů osob postižených tímto onemocněním. (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [online])

### 2.1 Klasifikace demencí

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými klasifikačními schémata. Nejvíce rozšířené je schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, dále se využívá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti.

Dle Švédského schématu, ze kterého ve své publikaci Mühlpachr (2004) vychází, se demence dělí do 3 základních skupin, kterými jsou:

1. Primárně degenerativní demence
  - Alzheimerova choroba.
  - Korová nemoc s Lewyho tělísky.
  - Demence při Parkinsonově chorobě.
  - Huntingtonova chorea.

- Pickova choroba.
  - Další vzácně se vyskytující demence.
2. Ischemicko-vaskulární demence – tento typ demencí vzniká kombinací různých faktorů. Mezi nejčastější faktory patří cévní poruchy, které mohou vést až k infarktům mozku či zvýšení srážlivosti krve. Do této skupiny můžeme zařadit:
- Multiinfarktovou demenci.
  - Vaskulární demenci s náhlým začátkem.
  - Binswangerovu chorobu.
  - Další vzácné typy vaskulárních demencí.
3. Symptomatické demence bývají způsobeny řadou nemocí, úrazů či intoxikací. Patří sem následující demence:
- Demence infekčního původu (např. demence při AIDS).
  - Demence způsobené nekonvenčními infekčními činiteli (např. Creutzfeldtova-Jakobova choroba).
  - Poúrazová demence.
  - Demence při mozkových nádorech.
  - Demence na podkladě intoxikací (alkoholová demence apod.).
  - Metabolicky podmíněná demence (např. demence při selhávání jater).
  - Paraneoplastické demence (vznikající při nádorových onemocněních).
  - Demence při nedostatku některých vitamínů (např. pelagra).
  - Demence na podkladě hydrocefalu.
  - Některé další vzácné demence.

## **2.2 Demence při Alzheimerově chorobě**

Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších příčin demence a bohužel také jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Demence při Alzheimerově chorobě tvoří více než 50 % všech případů demencí. Můžeme ji dělit na formu s časným a pozdním začátkem, a to do 65 let věku nebo od 65 let věku. (Hátlová, Suchá, 2005)

Alzheimerovu chorobu popsal poprvé roku 1907 lékař Alois Alzheimer. Nemoc obvykle začíná pozvolna, nicméně rychlost, kterou nemoc postupuje je u každého člověka individuální. (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [online])



Dle Zvěřové (2017) je nejvíce rizikovým faktorem pro vznik Alzheimerovy choroby věk a přítomnost apolipoproteinu E4. Dalším rizikovým faktorem je diagnóza Alzheimerovy choroby u jiných členů rodiny či přítomnost Downova syndromu. Dočíst se můžeme i o dalších vlivech, které mohou predikovat vznik Alzheimerovy choroby. Patří sem obezita, diabetes, kouření, nadměrná konzumace alkoholu apod. Dle posledních výzkumů mohou být příčinou i perinatální komplikace. V neposlední řadě se na vzniku Alzheimerovy demence může podílet i úmrtí rodičů v dětství. Alzheimerovou nemocí bývají častěji postiženy ženy.

Regnault (2009) zmiňuje, že zjišťování přítomnosti Alzheimerovy choroby bývá obtížné z důvodu odlišných symptomů u nemocných osob. V raných stádiích choroby navíc může pacient příznaky skrývat. Varovnými signály by měly být především změny chování či agresivita, opakování vět nebo úkonů, špatná orientace v místě bydliště nebo duševní nepřítomnost.

Jak již bylo zmíněno, Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších příčin demence. Alzheimerovou chorobou bývají nejčastěji postiženy ženy a existuje celá řada rizikových faktorů. Nemoc se začíná projevovat nenápadně, a proto je důležité, abychom si všimli varovných signálů, kterými mohou být změny chování, duševní nepřítomnost, projevy agresivity či duševní nepřítomnost. Velice častým symptomem je také opakování vět či špatná orientace.

## 2.3 Symptomy demence

Při práci s lidmi trpícími demencí je stěžejní znát jejich aktuální stav. Důležitá je rovněž schopnost rozeznat základní symptomy demence a porozumět jim. Základní symptomy se objevují u všech osob s demencí, jelikož jsou výsledkem poškození mentálních funkcí. (Glenner, 2012)

Nejvíce charakteristickým projevem demence bývá úbytek paměťových funkcí charakteristický neschopností vstěpovat a uchovávat informace. Značně je narušena i oblast učení. Důležité je zmínit, že v počátečních fázích nebývá dlouhodobá paměť narušena, nicméně postupem času dochází k problémům s vybavováním si starších vědomostí, dovedností a návyků. Dochází také k úbytku dalších kognitivních funkcí. Zde hovoříme především o kvalitě myšlení, které se vyznačuje rigiditou a stereotypií. Osoby postižené demencí často nejsou schopny zpracovávat základní informace, plánovat, a především se rozhodovat. V některých případech může dojít až k rozvoji bludů. (Topinková 1999 in Hátlová, Suchá 2005)

Poruchy vnímání jsou dalším symptomem demence. Osoby nerozpoznávají předměty, osoby apod. Pro demenci je charakteristická i apraxie, kterou můžeme charakterizovat jako nedostatečnou schopnost vykonávat určité motorické dovednosti a návyky. Lidé mají obtíže s používáním různých předmětů i při neporušené motorice. (Topinková 1999 in Hátlová, Suchá 2005)

Častým příznakem demence jsou poruchy emotivity. U osob můžeme pozorovat ztrátu schopnosti kontrolovat své emoce. Typická je emoční labilita či zvýšená tendence k afektům. U některých osob naopak spatřujeme citovou otupělost až úplné vyhasnutí emočních reakcí. (Hauke, 2017)

U osob postižených demencí se vyskytují i poruchy spánku. V této oblasti dochází k narušení cyklu spánku a bdění, typickým příznakem je pozdější usínání a pozdější probouzení. V některých případech dokonce mohou lidé přes den spát a v noci bdít. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

Zmiňujeme i rozdělení klinických příznaků dle Jiráčka (2009 in Vostrý, Veteška 2021), který je rozděluje na A-B-C. Vostrý a Zilcher doplňují následující dělení o kategorii D. Autor zmiňuje značné limity v následujících oblastech:

- A = postižení aktivit denního života.
- B = behaviorální a psychologické příznaky demence.
- C = postižení kognitivních funkcí.
- D = deprese.

## 2.4 Stadia demence

Základní symptomy demence se obvykle nezhoršují stejným tempem. Lékaři a vědci rozeznávají minimálně tři stadia demence. Zmiňujeme ovšem, že se dané fáze využívají spíše jako obecné vodítko. V praxi se totiž můžeme setkat s tím, že problémy, které osoba má, jsou charakteristické pro více skupin současně. (Glennner, 2012)

Znalost jednotlivých stádií demence napomáhá při zajišťování adekvátní péče a nastavení efektivní komunikace. (Hauke, 2017)

Mühlpachr (2004) ve své publikaci vychází ze sedmičlenné stupnice Reisbergovy skupiny, která určuje hloubku demence následovně:

1. Bez postižení kognitivních funkcí – v této kategorii se neobjevují žádné stížnosti na poruchy paměti. Paměťové poruchy se neprojevují ani během rozhovoru.

2. Počínající postižení kognitivních funkcí – klient si začíná stěžovat na poruchy paměti, které se demonstrují především zapomínáním, kam odložil své věci a zapomínáním jmen lidí, které znal. Nicméně v osobním či profesním životě osob nejsou poruchy paměti patrné. Stejně tak jako v předešlé kategorii se ani v této neobjevují během rozhovoru poruchy paměti.
3. Lehké postižení kognitivních funkcí – pro tuto fázi je charakteristická zmatenost osob postižených demencí v místech, která neznají. Dochází k poklesu výkonu při práci a klientovo okolí si začíná všimnout poruch paměti či obtížného hledání slov. Problémem v této oblasti může být ztráta cenných předmětů.
4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí – u osob se vyskytují obtíže v oblasti povědomí o současném a minulém dění a ve vyprávění o anamnestických údajích. Můžeme zde pozorovat rovněž poruchy soustředění, poruchy orientace v čase či poruchy se znovupoznáním známých lidí. Osoby postižené demencí v této kategorii jsou dezorientované i ve známém prostředí a objevují se každodenní obtíže v péči o vlastní osobu.
5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí – osoba není schopna bez jisté pomoci vykonávat každodenní činnosti života. Narušena je rovněž orientace v čase. Nicméně i přes zmiňované obtíže si člověk v této kategorii pamatuje své a partnerovo jméno a jména svých dětí. Osoba rovněž zvládne cestu na toaletu a je samostatná při stravování.
6. Těžké postižení kognitivních funkcí – v této fázi klient není schopen vybavit si jména nejbližších osob. Značné obtíže má rovněž při vybavování důležitých okamžiků svého života. Osoba potřebuje neustálou pomoc, může se objevit inkontinence. V některých případech se u osob vyskytují úzkosti, neklid či útočné chování.
7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí – osoba není téměř schopna verbálně komunikovat. V této fázi dochází k inkontinenci a imobilitě.

Výše zmíněné informace jsou klíčové pro práci s lidmi, kteří trpí demencí. Znalost jednotlivých symptomů a stádií umožňuje pracovníkům pochopit svět člověka s postižením, nastavit účinnou komunikaci a spolupráci a také vytvářet vhodné volnočasové aktivity, kterými se budeme zabývat v následující kapitole.

### 3 AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY A TERAPIE VYUŽÍVANÉ U SENIORŮ POSTIŽENÝCH DEMENCÍ

Aktivní trávení volného času je přirozenou součástí života malých dětí či adolescentů. I přes to, že mají volnočasové aktivity u osob seniorského věku nezastupitelnou roli, se na tuto oblast často zapomíná a nedostává se jí potřebné pozornosti. Společnost se může mylně domnívat, že senioři vyhledávají především odpočinek, nicméně opak je pravdou. Díky smysluplnému trávení volného času se senioři cítí i nadále jako platná součást společnosti. Třetí kapitola přiblíží čtenáři vybrané aktivizační metody využívané u osob postižených demencí.

*„Aktivizace je cílená činnost zaměřená na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Aktivizace je prostředkem podpory nezávislosti a soběstačnosti uživatele a působí preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení. Aktivizace by měla být smysluplná činnost, která používá škálu aktivizačních metod a technik“ (APSS ČR, 2015, s. 11).*

Aktivizační činnosti u osob seniorského věku probíhají nejčastěji v denních stacionářích či domovech seniorů. Programy zajišťují aktivizační pracovníci. Při jejich profesi je stěžejní mít znalosti o fyziologii stáří a o projevech nejčastějších nemocí vyskytujících se v seniorském věku. (Kolektiv autorů, 2018)

Zgola (2003) vyzdvihuje důležitost aktivizace u osob postižených demencí. Smysluplná aktivita totiž odbourává depresi, nervozitu a neklid. Pamatovat bychom měli především na zajištění přiměřenosti a dobrovolnosti. Každá činnost by měla být osobám příjemná a měla by dodávat pocit úspěchu. Zapomínat bychom neměli ani na individuální plánování daných aktivit takovým způsobem, aby umožňovaly zapojení všech osob s ohledem na jejich potřeby, zájmy a schopnosti.

V posledních letech stále stoupá zájem o farmakologické i nefarmakologické preventivní a intervenční postupy z důvodu čím dál vyššího zastoupení osob s různými stupni kognitivního postižení až demence ve společnosti. (Štěpánková, Steinová, 2009)

Zde uvádíme přehled některých přístupů a technik, které můžeme využívat u osob postižených demencí.

#### 3.1 Trénování kognitivních funkcí

Kognitivní trénink se zpravidla skládá ze cvičení, která pomáhají zlepšit fungování jednotlivých úrovní poznávacích funkcí (např. soustředění, myšlení, paměti, pozornosti atp).

Primárním cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti, a tím omezit nebo zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku kognitivní poruchy dochází. (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

Vhodné aktivity pro kognitivní trénink vymezují Suchá a Holmerová (2007) následovně:

- Pravidelné čtení s pokusem o zopakování či výklad toho, o čem jsem právě četl.
- Učení se něčemu novému.
- Cvičení všech druhů paměti (především krátkodobé).
- Trénování početních schopností.
- Udržování mezilidských kontaktů, adekvátní komunikace s okolím, podporování kulturní a společenské aktivity.
- Hádanky, křížovky, sudoku, vědomostní soutěže, společenské hry (např. pexeso).
- Zhodnocení a rekapitulace dne před ulehnutím do postele.

Suchá a Holmerová (2007) dodávají, že se trénink paměti a dalších kognitivních funkcí v pravém slova smyslu příliš nehodí pro práci se seniory, kteří trpí demencí. Cvičení často mívají soutěživý charakter a klade se při nich důraz na rychlost a správnost.

Stengelová (in Mojžíšová 2019) toto tvrzení potvrzuje a jasně zdůrazňuje, že by se v žádném případě nemělo jednat o co nejrychlejší hledání řešení. Stěžejní je postupné nalézání řešení, přemýšlení a nabývání nových zkušeností.

Jako vhodný přístup využívaný u lidí s kognitivní poruchou se jeví kognitivní rehabilitace. Wilson (in Štěpánková, Steinová 2009) definuje kognitivní rehabilitaci jako značně individualizovaný přístup, pomocí kterého spolupracují osoby s postižením a jejich blízcí se zdravotníky. Cílem je identifikování cílů a vybudování strategií k jejich dosažení.

Kognitivní rehabilitace využívá podobné techniky jako cvičení paměti, nicméně je značně šetrnější. Klade důraz na podporu a procvičování těch kognitivních funkcí, které zůstaly zachovány. Stěžejní je zmínit, že se nepracuje na čas a nejedná se o soutěžení. Naopak bychom měli poskytnout dostatečnou podporu a motivaci. Terapeut nekoriguje a neopravuje, snaží se napovídat a oceňovat. Zpravidla se jedná o zjednodušené slovní hry, zjednodušené pexeso, puzzle atp. Kromě toho, že přinášíme seniorům zábavu a potěšení, dochází také ke zlepšování jejich stavu. (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

Mezi další kognitivní intervenční program můžeme zařadit kognitivní stimulaci. Ta spočívá v zapojení se do skupinových aktivit. Aktivity musí být vytvořeny tak, aby nespecifickým způsobem docházelo k podporování kognitivního a sociálního fungování. Do této skupiny aktivit můžeme zařadit například diskuse, supervidované volnočasové aktivity, orientaci v realitě či reminiscenci. (Štěpánková, Steinová, 2009)

### 3.2 Reminiscence, reminiscenční terapie

„Vzpomínka je jediný ráj, z něhož nás nikdo nemůže vyhnat.“ (Lidová moudrost)

Pojem reminiscence pochází z latinského slova *reminiscere*, což znamená vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti. Synonymem tohoto pojmu je český výraz vzpomínka či vzpomínání. Jedná se o hlasité nebo tiché vybavování vzpomínek ze života daného člověka. Vybavování probíhá buď o samotě nebo s jinou osobou či skupinou lidí. Reminiscenční terapie je definována jako rozhovor terapeuta se starším člověkem či skupinou seniorů o dosavadním životě, prožitých událostech, zkušenostech a aktivitách. Často se využívají pomůcky jako například staré fotografie, předměty, nástroje a pomůcky, které osoby využívaly ve svých domácnostech, módní doplňky, filmy, taneční či lidová hudba. (Janečková, Vacková, 2010)

Při reminiscenci využíváme narativní přístupy, reflektující přístupy, expresivní přístupy a informační přístupy. Narativní přístup (z lat. *narro* – vyprávět, líčit, podávat zprávu). Tento přístup pracuje s vyprávěnými vzpomínkami. Nejčastěji se jedná o vyprávění příběhů ze života. Hlavním smyslem je vyplnění volného času, sociální začlenění, psychická pohoda, kognitivní stimulace a posílení sebeúcty. K reflektujícím přístupům patří především životní rekapitulace. Definovat bychom ji mohli jako proces prozkoumávání, organizování a hodnocení celkového obrazu života člověka. Má velice blízko k psychoterapii. Při metodě expresivního vyjádření emocí otevíráme minulost. Pracujeme s těžkými vzpomínkami, složitými tématy, traumaty. U informačních přístupů neboli biografii lidé vypráví svůj osobní příběh v kontextu některé historické události. Dochází k jejich vlastní interpretaci a přinášejí poučení mladší generaci. Tento přístup má interpersonální funkci. (Janečková, Vacková, 2010)

Reminiscenční terapie má u zdravých seniorů význam preventivní a aktivizační. Nicméně u osob s demencí může docházet k celkovému zlepšení stavu, posílení lidské důstojnosti a zlepšení komunikace. Účast na reminiscenčním setkání rovněž redukuje stres,

apatii a neklid seniorů. Dochází k posílení sociability a zvětšuje se dokonce i chuť k jídlu. Díky společnému setkání se u seniorů zvyšuje smysl pro humor. (Špatenková, Bolomská 2011)

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) doplňují, že reminiscenční terapie může mít individuální či skupinovou formu. Uvádějí, že se jedná o účinnou, levnou a snadno aplikovatelnou metodu, která je vhodná pro seniory s lehkou či středně těžkou demencí. Zdůrazňují fakt, že se jedná o metodu, která využívá vybavování vzpomínek k aktivizaci klientů, nejedná se tedy o cvičení paměti, které bývá u těchto klientů problematické.

Hojgrová (2010) uvádí, že terapie využívá prvky verbální i neverbální komunikace. Mezi verbální metody můžeme zařadit ústní či písemné vyjadřování, a to například vyprávění, rozhovor, zpěv, zapisování vzpomínek. Naopak vše, co nám umožňuje vyjádřit vzpomínky pomocí těla řadíme mezi neverbální metody. Patří sem výtvarná tvorba, kresba, modelování, běžné domácí práce, tanec, výlety.

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) sumarizují důležité zásady pro průběh terapie. Zmiňují například příjemné prostředí, pohodlné oblečení, vstřícný postoj vůči sdělení klienta, respektování účastníků. Velice důležité je nechat doznít to, co bylo řečeno.

Z výsledků reminiscenčního výzkumu vyplývá, že začleňování seniorů s demencí do reminiscenčních aktivit má pro klienty pozitivní význam. Rovněž bylo prokázáno zlepšení výkonu v MMSE testu, došlo ke zlepšení aktivity a komunikace. (Janečková, Vacková, 2010)

### **3.3 Validací terapie**

Validační terapie je technika sociální pracovnice Naomi Feilové, která v České republice získala pozornost v 90. letech 20. století. Jedná se o jeden z prvních specifických přístupů využívaných u osob s demencí, který je stále považován za přínosný a užitečný. (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

Technika vychází z filozofie, že každé chování osoby postižené demencí má nějakou příčinu a je doprovázeno emocemi vycházejících ve vzpomínek z minulosti. Pokud je dokážeme správně validovat, ukazujeme nemocnému, že ho přijímáme a uznáváme jeho osobnost. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Validační terapie je vystavěna na následujících principech (Feil 1982 in Sýkorová, Chytil 2004):

- Každá osoba je jedinečná a musí s ní být zacházeno jako s neopakovatelnou individualitou.

- Každý z nás je cenný bez ohledu na hloubku naší dezorientace.
- Chování osob s dezorientací má svůj smysl.
- Chování ve stáří odráží fyzické, sociální a psychické změny, které člověka provázely po celý jeho život.
- Chování osoby seniorského věku můžeme měnit pouze tehdy, pokud to sama osoba chce.
- Akceptování seniorů bez předsudků.
- Každá životní etapa klade na každého z nás specifické úkoly, které bychom měli splnit v určité celistvosti a provázanosti. Při selhání plnění úkolů může docházet k psychickým potížím.
- V případě selhávání krátkodobé či střednědobé paměti nalézá senior rovnováhu pomocí ožívování vzpomínek z minulosti.
- Bolestivé pocity seniorů by měly být přijaty a validovány důvěryhodným posluchačem.
- Pomocí empatie dochází k vytváření důvěry, redukci úzkosti a obnovení důstojnosti.

Walsh (2005) vysvětluje, že validace spočívá v zaměřování se na minulost klienta. Jde tedy o respektování opakovaného prožívání zážitků z minulosti, které mají pro osobu s demencí značný význam. Navíc pomocí živých vzpomínek může docházet k vyřešení neuzavřených záležitostí z dětství a mládí.

Sýkorová, Chytil (2004) sumarizují následující cíle validační terapie:

- Znovunabytí vlastní hodnoty seniorem.
- Redukce stresu klienta a pečujících osob.
- Vyřešení konfliktů z minulosti a přehodnocení minulého života klienta.
- Snížení potřeby medikace (využívané ke zvládnutí maladaptivního chování klienta).
- Zlepšení verbální a neverbální komunikace seniora, zabránění regresi ve vývoji, zlepšení psychického a fyzického zdraví, a především snížení nesamostatnosti a závislosti starého člověka na okolí.

Klvetová, Dlabalová (2008) dodávají, že jednou z validačních technik je již zmiňovaná reminiscenční terapie.



### 3.4 Rezoluční terapie

Rezoluční terapie přichází s postupy, pomocí kterých dochází k interakci s lidmi trpícími organickými demencemi. Zmatenost nemocných osob vnímá jako snahu hledat smysl v podivné realitě „tady a teď“ a dokázat na ni reagovat. (Walsh, 2005)

Rezoluce se využívá u osob, u nichž demence pokročila natolik, že obnovení reality je nemožné a neúčelné. Stěžejní myšlenkou je respektování současného stavu, ve kterém budeme nalézat city a prožitky pomocí vyslovených slov a reakcí nemocných. Pro snadnější spolupráci je vhodné znát osobní příběhy osob postižených demencí, pomocí nichž navodíme příjemné prožitky, vzpomínky a emoce. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Terapie vychází z myšlenky, že každé chování a projevy mají pro osobu trpící demencí význam i přesto, že se mohou jevit jako nesmyslné. Je zásadní přijímat obsah, hledat v něm skryté významy a pocity. (Walsh, 2005)

Výsledkem rezoluční terapie je pocit osoby postižené demencí, že je přijímána svým okolím. Měli bychom se vyvarovat opravování výpovědí a získaných informací, které se pomocí rozhovoru dozvídáme. Terapie musí vést k naprostému přijetí. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

### 3.5 Muzikoterapie

Muzikoterapii můžeme dle Světové federace muzikoterapie vnímat jako profesionální využití hudby a všech jejích elementů k intervenci jak ve zdravotnických, tak i vzdělávacích zařízeních. Své uplatnění má i v běžném životě. Pomocí hudby můžeme působit na jednotlivce, skupiny, rodiny či komunity. Snahou je dosažení optimalizace života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální a spirituální složky zdraví. (WFMT, 2011)

Pojem muzikoterapie vznikl z latinského *musica* – hudba, a řeckého *therapeia* či *therapeineio* – léčit, ošetřovat se, starat se, pomáhat. Název se tedy překládá jako léčení nebo pomoc člověku hudbou. V literatuře můžeme kromě pojmu muzikoterapie nalézt jeho český překlad hudební terapie. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Rčení „hudba léčí“ platí pro člověka s demencí stejně tak jako pro zdravého člověka. Muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě klientů a umožňuje posílit jejich sebevědomí pomocí písní, říkadel a melodií, které mají osoby uložené ve své dlouhodobé paměti. (Jindrová in Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

Muzikoterapie může být jak receptivní, tak aktivní. Receptivní muzikoterapii můžeme chápat jako poslech hudby. Východiskem receptivní muzikoterapie je představa o využívání hudebních děl k léčení psychických a fyzických poruch. Tento typ terapie směřuje k vyvolání emočních pocitů a rozšíření spektra vnímavosti. U aktivní terapie není přesně stanoveno, jaká hudba se má používat. Nejvíce se prosazuje hlasová hudební improvizace a používání různých druhů hudebních nástrojů. (Pipeková, Vítková, 2001)

Jindrová uvádí, že muzikoterapie může být u klientů s kognitivní poruchou součástí celodenního programu. Může se jednat o zpěv či poslech lidových písní, hru na různé nástroje, dají se použít i rytmické a taneční prvky během kondičního cvičení nebo hudební kvíz. S klienty se dá pracovat i v rámci jednoho 45 až 60minutového bloku. V tomto čase mohou osoby zpívat, poslouchat klasickou hudbu, číst si o autorovi. Program se dá rovněž spojit s tancem či sledováním dechovky v televizi. (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

### 3.6 Arteterapie

Nizozemský psychoterapeut Petzold definuje arteterapii jako *„teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti“* (Šicková-Fabrice, 2016, s. 60)

Arteterapie je mladý obor, který se dostal do povědomí veřejnosti až na konci 19. století. Největší rozvoj však zaznamenala až v polovině 20. století. Pojem „art therapy“ použila poprvé Margaret Naumburgová v USA. (Müller, 2012)

Potměšilová (2013) uvádí, že umění je v arteterapii prostředkem, díky kterému podporujeme, pomáháme a poznáváme klienta. Důležité je zmínit skutečnost, že cílem není dokonalé dílo, ale proces tvorby.

Z hlediska přístupu ke klientům můžeme rozdělit arteterapii na individuální a skupinovou. Každý přístup má svá specifika, výhody i nevýhody. Nicméně v obou případech je stěžejní stanovit pravidla, která se týkají četnosti a délky sezení, způsobu práce a vymezení a definování zakázky. (Potměšilová, Sobková, 2012)

Cíle arteterapie můžeme rozdělit na individuální a skupinové. Mezi individuální cíle můžeme zařadit uvolnění, sebevnímání, celkový rozvoj osobnosti a fantazie, poznání vlastních možností a růst osobní motivace, svobody. K sociálním cílům patří vnímání a přijetí

druhých lidí, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace a vytváření sociální podpory. (Šicková-Fabricsi, 2016)

Šicková-Fabricsi (2016) uvádí, že při práci se seniory využíváme arteterapii při cvičení krátkodobé paměti, při tréninku jemné motoriky a pro posílení vědomí vlastní hodnoty.

Campellová (1993) doplňuje, že by terapie měla poskytovat pocit uznání, a především prostor pro vybavování vlastních vzpomínek. Může dojít i ke zlepšení fyzické kondice. Důležité je brát v potaz pohybovou nejistotu a bolestivé obtíže, které se mohou u této cílové skupiny objevovat. Vhodné je jednotlivé postupy upravit dle potřeb klientů.

### 3.7 Zooterapie

Profesor Kohoutek definuje zooterapii neboli animoterapii jako léčbu pomocí zvířat. Animoterapie zahrnuje péči o zvířata, hlazení, dotýkání, kontakt s nimi a komunikaci. Při terapii dochází k interakci mezi člověkem a zvířetem, které je speciálně vycvičeno. (Müller, 2014)

Mezi zvířaty a člověkem existuje vzájemný vztah. Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) zdůrazňují, že mezi člověkem s demencí a zvířetem je toto pouto mnohem silnější. Je prokázáno, že při hlazení zvířat dochází k poklesu krevního tlaku. Zklidňuje se srdeční činnost, čímž dochází k navození celkového uvolnění osob. Přítomnost zvířat v zařízení sociálních služeb působí léčebně nejen na klienty, ale i na personál.

Při práci se seniory se nejvíce uplatňuje canisterapie nebo felinoterapie. Termín canisterapie vymezila Jiřina Lacinová, která byla průkopníkem tohoto oboru. Termín canisterapie pochází z latinského slova *canis* (pes) a řeckého *therapeia* (léčba). Canisterapií se rozumí léčebný kontakt mezi člověkem a psem, při kterém se využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. (Velemínský, 2007)

Müller (2006) uvádí, že canisterapie probíhá nejčastěji jako součást tzv. Animal Assisted Activities nebo součást tzv. Animal Assisted Therapy. V prvním případě je pes zdrojem motivace, odpočinku a obohacuje kvalitu života. Ve druhém případě je pes součástí odborně vedené terapie.

Terapie klade důraz na řešení psychologických, citových či sociálně integračních problémů. Pozitivně působí rovněž na rozvoj jemné a hrubé motoriky, orientace v prostoru, zlepšuje se interakce mezi klienty a dochází k podněcování verbální a neverbální komunikace. Canisterapie se dá například využít i u nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti. (Velemínský 2007)

Pojem felinoterapie vznikl spojením slov *felis* (kočka) *therapeia* (lčba). U felinoterapie dochází k tzv. „kočičí terapii“, to znamená, že se využívá interakce mezi klientem a kočkou k léčbě či podpoře zdraví člověka. (Müller, 2014)

Felinoterapie se využívá u seniorů, kteří postrádají dostatek sociálních kontaktů. Kontakt s kočkou seniorům přináší hmatové stimuly, uvolnění, zklidnění a příjemné prožitky. Může docházet také k oživování vzpomínek na vlastní zvířata, čímž stimulujeme paměťové funkce. (Velemínský 2007)

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) uvádějí, že terapii za účasti zvířat lze realizovat dvěma způsoby. Prvním z nich je chování zvířete přímo v zařízení. Tato varianta se jeví jako lepší z časových důvodů a možnosti využití více druhů zvířat. Druhou možností je pravidelné docházení chovatelů zvířat do zařízení. V České republice takové návštěvy provádí například Česká canisterapeutická společnost.

Nerandžič (2006) k tomuto dodává, že přítomnost zvířat v zařízení sociálních služeb zajišťují převážně různá sdružení, sporadicky také jedinci. Obě strany mezi sebou uzavírají smluvní vztah, ve kterém musí být jasně ukotvena pravidla.

### **3.8 Ergoterapie**

Česká asociace ergoterapeutů (2008) vymezuje ergoterapii jako profesi, prostřednictvím které dochází ke smysluplnému zaměstnávání osob. Usiluje o zachování a využívání schopností potřebných pro zvládnání běžných činností, kterými mohou být pracovní, zájmové či rekreační aktivity. Ergoterapie se využívá u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání je definován jako soubor veškerých činností, které člověk vykonával v průběhu života a byly vnímány jako součást jeho identity.

Ergoterapii rozdělujeme na 4 hlavní činnosti, mezi které patří kondiční ergoterapie, ergoterapie cílená na postiženou oblast, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění a ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti. Všechny tyto oblasti se navzájem prolínají a doplňují. (Kubínková, Křížová, 1997)

Hlavním cílem kondiční ergoterapie je odpoutání pozornosti od sebe sama, od nepříznivého stavu způsobeného onemocněním. Snažení by mělo vést k duševní pohodě a k navázání přátelských vztahů v kolektivu. Program by měl být sestaven dle zájmů klienta a úměrný jeho zdravotnímu stavu. Můžeme do něj zahrnout ruční práce, pletení, vyšívání, řízené sledování televize, četbu, společenské hry, práci na zahradě apod. (Kubínková, Křížová, 1997)

Ergoterapie cílená na postiženou oblast může být označována rovněž jako funkční ergoterapie či orgánová ergoterapie. Jejím cílem, jak napovídá název, je procvičování předem definované postižené oblasti. Zaměřuje se na senzomotorickou složku činnosti (snaha o zvýšení svalové síly, zlepšení jemné a hrubé motoriky, zvětšení rozsahu pohybu atp.), dále se zaměřuje na kognitivní složku činnosti, do které patří pozornost, paměť, prostorová orientace. V neposlední řadě se věnuje tréninku psychosociální složky činnosti, která se zaměřuje na sebepojetí, sebeovládání a mezilidské dovednosti. (Krivošíková, 2011)

Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění se využívá především u osob v produktivním věku. Hlavním úkolem je ergodiagnostika – přizpůsobení zaměstnání celkovému způsobu života, především zdravotnímu stavu. Pro mnoho lidí představuje pracovní začlenění smysl života a prostředek ke komunikaci s okolím. (Kubínková, Křížová, 1997)

Poslední oblastí je ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti. Člověk se po onemocnění často dostává do situací, které znemožňují jeho nezávislost v běžném životě. Objevují se překážky při zvládání každodenních činností. Jako všední činnosti můžeme chápat fyzické funkce, které dotvářejí každodenní život člověka – např. osobní hygiena, oblékání, použití WC. (Krivošíková, 2011)

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) dodávají, že osoby s demencí mívají největší obtíže v oblasti mobility – problémy s chůzí, stabilitou, obtížné pro ně bývá vstávání ze židle. Další problematickou oblastí je soběstačnost, a to především v oblasti hygieny, oblékání a příjmu potravy.

Kubínková a Křížová (1997) zmiňují fakt, že se osoby seniorského věku rády zaměstnávají prací, kterou dělaly během svého života. Program by měl být tedy blízký stylu jejich života. Ergoterapie by měla vytvořit příznivé prostředí a pomoci seniorům s mírnou aktivací celého organismu, jak po stránce fyzické, tak i psychické. U seniorů je zapotřebí počítat se stařeckým negativismem a celkovou depresí, zapomínat tedy nesmíme na motivaci klientů a nalezení vhodných smysluplných činností.

Součástí ergoterapie je využívání různých kompenzačních pomůcek a nácvik jejich používání. Standardní pomůcky můžeme zakoupit ve zdravotnických prodejnách. Některé pomůcky se často zhotovují individuálně v technické dílně. (Kubínková, Křížová, 1997)

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) ovšem zmiňují, že dle jejich zkušeností nelze u klientů trpících demencí využívat technické kompenzační pomůcky. Klienti se důsledkem postižených kognitivních funkcí nenaučí s pomůckami zacházet. U osob postižených demencí se využívá především úprav prostředí.

### 3.9 Orientace v realitě

Jedná se o terapeutický postup, který vznikl v USA v 50. letech 20. století a do Evropy se rozšířil na počátku 80. let. Pomocí orientace v realitě se snažíme docílit zlepšení celkové orientace osob, mělo by docházet ke zmenšení zmatenosti a zvyšování nezávislosti a sociální interakce. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

Dá se tedy říci, že hlavním cílem je uchování základních informací, které se týkají samotných osob s demencí, ale i osob z jejich blízkého okolí. Dalším cílem je udržení orientace v místě a čase a procvičování krátkodobé paměti. (Walsh, 2005)

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) zmiňují, že důsledkem ztráty orientace v čase a prostoru může u osob docházet k propuknutí poruchy chování nebo dokonce agresivity. Osoby postižené demencí totiž nedokážou porozumět smyslu stále měnícího se světa. Z toho důvodu se využívá edukační technika orientace v realitě, která umožní klientům porozumět situacím, které je neustále obklopují.

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) uvádějí, že by se realitní orientací mělo začínat již při vstávání. Klientům by měla být poskytnuta informace o tom, že je ráno, kolik je hodin, kde se nachází a co budou dělat. Důležité je oslovování pacienta správným způsobem. Vždy mu říkáme pane, paní a oslovujeme příjmením. Pokud si to senior přeje, užíváme rovněž titul. Zapomínat bychom neměli na komunikaci s pacienty v noci. Mělo by jim být vysvětleno, že je noc a že by měli spát. Na závěr ještě zmiňujeme, že každý, kdo pacienta s demencí oslovuje by měl být klidný, přátelský a usměvavý. Klient by měl vidět a cítit, že se mu personál snaží porozumět.

Walsh (2005) dodává, že se v současné době pracuje s nástěnkou, na níž je napsán den v týdnu, měsíc, počasí a místo, kde se nacházíme. Měla by se tam objevit rovněž informace o tom, jaký zaměstnanec má dnes službu a jaké činnosti mohou klienti očekávat. Autor rovněž zmiňuje, že má realitní orientace 2 podoby. Tou první je tzv. čtyřadvaceti hodinová realitní orientace. Ve zkratce můžeme říct, že se jedná o jakousi nekonečnou rozhlasovou reportáž. Druhou možností je využívání realitní orientace při skupinových a individuálních sezeních, na kterých mohou probíhat diskuse na různá témata. Sezení by měla probíhat v příjemné atmosféře a přátelském duchu. Doba pozornosti a koncentrace bývá často velmi omezená, z toho důvodu bychom měli pamatovat na to, že je důležité seniory nepřetěžovat a provádět spíše kratší diskuse.

V odborné literatuře se můžeme setkat s kritikou realitní orientace. I přesto, že se jedná o jeden z nejstarších psychologických přístupů využívaných u osob s demencí, hovoří

klinické zkušenosti v některých případech o zhoršování behaviorálních a psychologických příznaků. Setkat se můžeme dokonce s názorem, že je orientace v realitě vhodná pro zdravé seniory, nikoliv však pro osoby trpící demencí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

### **3.10 Tanečně pohybový program**

Péče o tělo a pohyb hrají důležitou roli nejen při podpoře zdraví každého člověka, ale i v procesu stárnutí, které sebou přináší ztrátu fyzických schopností, bolest a pohybová omezení. Tato omezení spolu s přibývajícím překážkami často vyústí v úplné omezení pohybu. (Zedková, 2012)

Americká asociace taneční terapie definuje tanečně pohybovou terapii jako „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince.*“ (Čížková, 2005, s. 33)

Zedková (2012) uvádí, že se tanečně pohybová terapie u seniorů zaměřuje na tři oblasti a to psychologickou, sociální a fyzickou. V psychologické oblasti je kladen důraz na osobní integraci. Snahou terapeuta je vytvoření prostoru pro vyjádření emocí, sdílení vzpomínek či příběhů zachycených v pohybu či tanci. Stěžejním bodem je budování důvěry a sdílení intimnějších prožitků, které budou ostatními členy přijaty a validovány. Demence sebou přináší pocity osamocení a ztrátu verbálních schopností. Z toho důvodu je v sociální oblasti je kladen hlavní důraz na sociální interakci a podporu. Společná setkání by měla lidem přinášet pocit sounáležitosti. V oblasti fyzické se zaměřujeme na uvědomění si sebe sama. Důležité je ovšem zmínit, že není klíčové provádět správné pohyby a fyzická cvičení. Pozornost směřujeme ke hře, kreativitě a fantazii osob. Stěžejní myšlenkou je práce s tím, co člověk umí a co má rád.

U osob trpících demencí spatřuje Veleta (in Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007) jako nejvhodnější formu této terapie práci v kruhu. Lidé mají možnost vzájemně se sledovat a napodobovat terapeuta. Kruh navíc napomáhá při udržení pozornosti a soustředění na právě probíhající aktivitu.

Formy demence jsou různé, a proto je nutné přistupovat ke každému jedinci individuálně a poskytovat více podpory pro aktivizaci. Skupinová setkání mohou být zaměřena na práci s dlouhodobou pamětí, relaxaci a uvolnění, ventilaci emocí, procvičování jemné a hrubé motoriky, podporu kognitivních funkcí, podporu vztahu k sobě samému apod. (Zedková, 2012)

Veleta (in Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007) rovněž zdůrazňuje nutnost předem naplánované terapeutické hodiny. Terapeut by měl zajistit CD přehrávač a hudební nahrávky. Pro zpestření je vhodné využití Orffových nástrojů (bubínky, paličky apod.)

### **3.11 Kinezioterapie**

Čím je člověk starší, tím méně je jeho tělo pružné a silné. Pokud se osoba vyhýbá pravidelnému pohybu a cvičení, může u ní docházet k propuknutí fyzických a psychosomatických nemocí, bolesti. Objevit se mohou rovněž problémy s krevním oběhem a obezitou. Později se začínají ztenčovat a oslabovat svaly a tělo se pro nás stane těžkopádným cizincem, který nám překáží. (Dessaint, 1999)

Kinezioterapie je podpurná léčebná metoda, která působí paralelně vedle celé řady terapií, například fyzikální, biologické, farmakoterapie apod. Pomocí aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy dosahuje léčebných výsledků. Jedná se o interdisciplinární obor. Terapeut napomáhá pacientovi se sebezpoznáním, rozvojem osobnosti a nárůstem seberegulace. (Hátlová 2003)

Mezi hlavní zásady provádění této terapie u osob s demencí patří respektování osobnosti nemocného jedince a podpora jeho sebeúcty. Program musí být adekvátně složitý, nenáročný na pochopení a zajišťovat úspěšné splnění. Činnosti musí být variabilní, abychom zajistili přístupnost programu všem osobám. Terapie musí probíhat v takovém prostředí, které osobu neohrožuje. V neposlední řadě je zásadní, aby program probíhal pravidelně. (Hátlová, Suchá, 2005)

Formy kinezioterapie vychází ze stupně demence. U lehčí formy demence využíváme aktivně relaxující programy, při kterých můžeme použít gymnastické či taneční prvky. Stěžejním výstupem je udržení a podpora kondice, kognitivních, koordinačních a psychosociálních funkcí. Můžeme využívat manipulaci s drobnými předměty, do které zapojujeme i verbální a neverbální komunikaci. U těžší formy demence provádíme zpravidla jednoduchá dechová a gymnastická cvičení, která často doprovází automasáž. Klient by měl být veden k tomu, aby si uvědomoval své tělo. Cvičení můžeme provádět různými způsoby, například vleže, ve stoji, ale i v sedu na židli. (Hátlová, Suchá, 2005)



Hátlová (2003) doporučuje následující formy cvičení s ohledem na jednotlivé projevy demence:

- Úbytek paměťových funkcí a apraxie – zaměřujeme se na vybavování a procvičování stávajících dovedností, které souvisí s pohyblivostí a vedou k samoobsluze.
- Úbytek ostatních kognitivních funkcí – do cvičení zařazujeme jednoduché herní situace, pomocí kterých jedinci řeší jednotlivé úkoly buď samostatně nebo ve spolupráci s ostatními. Důraz je kladen především na pozitivní prožívání.
- Porucha vnímání – terapeut využívá předměty z různých látek, různého tvaru a hmotnosti. Cílem je vyzvání klienta k uchopení daného předmětu a provedení elementárního pohybového úkonu.
- Úpadek až ztráta pohybových dovedností, stereotypů – pomocí využití různých dechových cvičení, zdravotní gymnastiky či jógových sestav se snažíme docílit vnímání vlastního těla a uvědomění si správné polohy sedu, stoje a chůze.
- Poruchy řeči – pomocí cvičení s herními motivy se snažíme odbourávat stereotypní verbální komunikaci.
- Poruchy emotivity – při cvičení dochází k odbourávání napětí a posiluje se pozitivní ladění osob. Zatímco u žen se používají taneční pohyby za doprovodu hudby, u mužů je častější využívání sportovních prvků a her.
- Porucha motivace – cvičení probíhá obvykle ve skupině tří až pěti osob. Zdůrazňujeme především pozitivní dopad společného setkání a sdílených aktivit. Zařadit sem můžeme zahřívací cvičení, která zvyšují pocit sounáležitosti a relaxační cvičení.
- Poruchy spánku – cvičení by mělo navazovat na světelnou terapii a mělo by se užívat 3x denně (ráno, odpoledne, před spánkem).
- Kombinované a agresivní chování – využíváme relaxační cvičení v nejhroženějších částech dne. Stejně jako tomu bylo u poruch spánku i toto cvičení provádíme 3x denně.

Cílem kinezioterapie u osob postižených demencí je získání zkušeností díky spoluúčasti na smysluplné činnosti a zároveň prožití vlastní osobnosti jako potřebného a platného člena. Program je vytvářen dlouhodobě a jeho základní obsah je tvořen zkušenostmi z každodenních činností. (Hátlová, 2003)

Třetí kapitola pojednávala o možných aktivizačních přístupech využívaných u osob s demencí. Vzhledem k tomu, že jich je nepřehledné množství, vybrali jsme pouze některé z nich. Důležité je zmínit, že v praxi nemusí být nabídka volnočasových aktivit v zařízeních sociálních služeb tak pestrá. V zařízeních často naráží na finanční problémy, které souvisí s nedostatkem pomůcek či lidských zdrojů.

# EMPIRICKÁ ČÁST

Fenomén stáří je přirozenou součástí života každého člověka. Paralelně s přibývajícím věkem se ovšem objevují zdravotní komplikace či problémy. Z důvodu nepříznivého zdravotního stavu musí řada seniorů začít využívat pobytová zařízení sociálních služeb. Pracovníci pomáhajících profesí by se měli snažit zpříjemnit osobám seniorského věku jejich pobyt v zařízení, věnovat se jim a poskytnout jim dostatečnou péči. Nedílnou součástí služeb je aktivizace seniorů, která slouží ke zlepšení či udržení stávajícího stavu a působí preventivně proti sociálnímu vyloučení.

## 4 Cíl práce

Cílem diplomové práce bylo vytvoření jednotlivých baterií činností pro klienty vybraného zařízení. Aktivizační programy byly realizovány během roku 2021 a začátkem roku 2022. Aktivity byly zaměřeny na významné svátky, a sice na Velikonoce, Den slovanských věrozvěstů Cyrila a Metoděje, Den vzniku samostatného Československa a Vánoce. Jednotlivé činnosti byly vytvořeny a navrženy za účelem trénování postižených oblastí, a především k reminiscenci, během které mohli klienti zavzpomínat na různé okamžiky jejich života a tím je znovu prožít.

VO č. 1: Jsou klienti schopní se do činností zapojovat? Jakým způsobem?

VO č. 2: Jsou pro klienty vhodnější aktivity prováděné individuálně nebo ve skupině?

VO č. 3: Jsou vhodnější aktivity zaměřené na komunikaci nebo senzomotorickou koordinaci?

VO č. 4: Jaký je vztah klientů k vybraným svátkům?

### 4.1 Metodologie

Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního experimentu. Pro tento typ výzkumu je typické přirozené prostředí, do kterého nezasahujeme, což znamená, že cíleně neměníme jeho charakter. Examinátor se tedy snaží vytvořit takové prostředí, které nejvíce odpovídá reálnému životu. Principem experimentu je provedení tzv. experimentálního zásahu, během kterého účastníci reagují na vytvořený podnět. Po provedeném zásahu pozorujeme výzkumný vzorek a popisujeme děj věcí v celé jejich šíři. (Miovský, 2006)

Metody sběru dat můžeme definovat jako specifické postupy pomocí nichž poznáváme, rozkrýváme a interpretujeme určité jevy. Pro účely této práce bylo vybráno

zúčastněné pozorování, pro které je charakteristické systematické, dlouhodobé a reflexivní sledování aktivit. Hlavním účelem je zprostředkování nalezených skutečností čtenáři. Zúčastněný pozorovatel je nejenom badatelem, ale také účastníkem interakcí. (Švaříček, Šedová, 2007)

Vzhledem k tomu, že se jedná o zranitelnou a citlivou cílovou skupinu, probíhalo tzv. skryté pozorování. Při skrytém pozorování výzkumník utajuje svoji identitu a zkoumá autentické jednání osob. Hlavním argumentem tohoto přístupu je, že v případě odhalené identity výzkumníka mohou pozorovaní lidé jednat odlišným tedy nepřirozeným způsobem. (Švaříček, Šedová, 2007)

Získávaná data byla zaznamenávána pomocí záznamového archu založeném na metodě tužka – papír. Záznamový arch představoval strukturovaný materiál seřazený do určitých oblastí, na které se výzkumník během experimentu zaměřoval. Arch obsahoval jméno klienta, současný zdravotní příp. psychický stav, schopnost koncentrace, reagování, aktivity, využití informací a komunikace. (Miovský, 2006)

Data získaná tímto způsobem následně autorka systematizovala, tzn. roztříbila a uspořádala. Součástí práce bylo také editorování, tedy škála drobných úprav, doplnění či rozvedení popisu. Cílem editorování bylo zvýšení plynulosti a srozumitelnosti textu. Závěrečnou fází byla samotná deskripce, která se nachází v podkapitole interpretace získaných dat. (Miovský, 2006)

## **4.2 Výzkumný vzorek**

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný. Klienti zvoleného zařízení sociálních služeb byli vybráni na základě osobní zkušenosti autorky práce. Jedná se o soukromé zařízení sociálních služeb v Brně. Celková kapacita činí 47 klientů. Dle zákona o sociálních službách poskytuje zařízení služby domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Pečující tým se skládá ze sociální pracovníce, vrchní sestry, zdravotních sester, aktivizačních pracovníků, rehabilitačních pracovníc, psychologa, obsluhy kuchyně a prádelny. Ve vybraném zařízení v současnosti pracují 3 aktivizační pracovníce.

Do diplomové práce bylo vybráno pět klientek domova se zvláštním režimem, které jsou postiženy demencí či Alzheimerovou chorobou. Anamnestické údaje byly poskytnuty sociální pracovnící, která má přístup k vedené dokumentaci o klientech domova. Doplnující informace byly sestaveny autorkou práce pro lepší orientaci a představu o daném klientovi.

**Paní Alexandra, 72 let** – Klientka prodělala cévní mozkovou příhodu (CMP) – zasažena pravá horní končetina, pravá dolní končetina. Dg: Alzheimerova nemoc. Často se u ní objevují úzkostné stavy, je velice citlivá, plačtivá, nicméně je ráda ve společnosti. Klientka v minulosti pracovala v optice. Paní Alexandra má velice pevné pouto se svými dětmi a vnoučaty, o kterých často mluví. Klientkou domova je od března 2019.

**Paní Dagmar, 89 let** – Klientka prodělala CMP. Dg: Demence, porucha krátkodobé paměti. Paní Dagmar má problém vydržet delší dobu u jednotlivé činnosti. Jelikož pracovala jako učitelka, ráda pracovníkům domova přednáší básničky. Nutný individuální přístup, jelikož nevydrží dlouhou dobu ve společnosti ostatních klientů. Ráda vzpomíná na svoji rodinu, často hovoří o svých vnučkách. Klientkou domova je od května 2020.

**Paní Dita, 80 let** – Dg: Demence těžkého stupně, Alzheimerova choroba s dezorientací. Paní Dita je velice přátelská, miluje zvířata. Největší oporou jí je manžel, který ji často navštěvuje. Po příchodu do domova docházelo u klientky k útěkům, možnou příčinou mohlo být časté cestování s manželem. Paní Dita je klientkou domova od června 2019.

**Paní Františka, 89 let** – Dg: Demence. Klientka je společenská, má ráda děti, pracovala jako učitelka, později pracovala v jeslích. Je velice starostlivá a v minulosti pečovala o své spolubydlící. Paní Františka má blízký vztah se svojí dcerou, která ji často navštěvuje. Klientkou domova je od listopadu 2014.

**Paní Marie, 83 let** – Dg: demence u Alzheimerovy nemoci, úzkostná a depresivní porucha. Klientka působí velice mile a přátelsky, k personálu se chová přívětivě. Nepříznivé situace mnohdy přicházejí, když je ve skupině s ostatními klienty – vykřikuje na ostatní, má ráda klidnou a uvolněnou atmosféru. V minulosti pracovala v administrativě. Klientkou domova je od ledna 2021.

### 4.3 Interpretace získaných dat

Prvním svátkem praktické části byly **Velikonoce**. Začínali jsme připraveným povídáním. Představili jsme Velikonoce jako jedny z nejvýznamnějších křesťanských svátků. Hovořili jsme o svatém týdnu, tradicích, symbolech Velikonoc. Poté jsme pro zajímavost zmínili i velikonoční zvyklosti v zahraničí. Pro klienty byl vytvořen kvíz (nutno dodat, že kvíz nebyl použit jako takový, využili jsme ho především jako průběžné kladení otázek během rozhovoru a ověřování vnímání a pozornosti). Kromě kvízu byl klientům předložen táč s různými předměty, úkolem bylo najít předměty, které jsou typické pro Velikonoce. Druhý den bylo připraveno barvení vyfouklých vajec pomocí rozstříhané houby na nádobí.

Program probíhal 2. a 3. dubna 2021. V těchto dnech byli všichni klienti v karanténě na svých pokojích z důvodu propuknutí pandemie Covid-19 ve vybraném zařízení.

Kvíz:

1. Velikonoce jsou jedním z nejvýznamnějších křesťanských svátků, oslavují:
  - Narození Krista
  - Z mrtvých vstání Ježíše Krista
2. Velikonoce jsou tzv. „pohyblivé svátky“, odvozujeme je od:
  - První neděle po 1. jarním úplňku
  - Druhé neděle po 1. jarním úplňku
3. Některé dny označujeme přívlastky, jaký přívlastek má čtvrtek?
  - Zelený
  - Velký
  - Škaredý
4. Jaké jídlo je pro zelený čtvrtek typické?
  - Koláče
  - Špenát
  - Guláš
5. Který den chodí chlapci/muži po vsi „vymrskat“ dívky/ženy?
  - Pátek
  - Neděle
  - Pondělí
6. Jaký význam má v období Velikonoc řehtačka?
  - Svým zvukem nahrazuje zvony
  - Odměna pro koledníka

7. Z čeho pletou chlapci/muži pomlázky?

- Kočičky
- Zlatý déšť
- Vrbové proutí

8. Do jakého města odlétají zvony?

- Do Milána
- Do Říma
- Do Barcelony

9. Doplnění říkanky

Hody, hody doprovody, dejte ..... malovaný. Nedáte-li malovaný, dejte aspoň ....., slepička vám snese jiný.

10. Kde v zahraničí je pro Velikonoce tradiční řešení vražd?

- Slovensko
- Norsko
- Německo

Tác obsahoval tyto předměty:

- Pomlázku
- Kočičky
- Vykrájovátko – velikonoční zajíček, vánoční stromeček
- Mašle
- Kraslice
- Kříž
- Vánoční baňku

### **Paní Alexandra**

Po příchodu na pokoj nám klientka sdělila, že je nachlazená. Zmínila, že se jedná pouze o rýmu a ráda se do připravené aktivity zapojí. Paní Alexandra po celou dobu povídání bedlivě poslouchala a většinu vět dokončovala sama. Ke každému dni a symbolu Velikonoc věděla různé zajímavosti. Kvíz zvládla bez jediné chyby. Ocenila i zajímavosti o velikonočních tradicích v jiných zemích. Při práci s tácem byla rovněž úspěšná. Rozpovídala se i tom, jak slavili Velikonoce doma a že chodívala do kostela. Pro klientku měly Velikonoce velký význam.

Na Velikonoční pondělí jsme znovu navštívili paní Alexandru na pokoji a nabídli jí výrobu kraslic, souhlasila. Při práci bylo nutné klientce dopomoci z důvodu zdravotních komplikací způsobených CMP. I přes zmíněné obtíže projevila snahu a levou rukou pomocí houbičky na nádobí zdobila. Při zdobení se rozpovídala o své rodině. O tom, jak moc jí chybí děti. Při odchodu sdělila, že si díky nám mohla zavzpomínat na to, co dělala jako malá o Velikonocích.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Vzhledem k tomu, že je klientka bystrá a doplňuje povídání spoustou informací a zážitků, bylo by vhodné provádět program ve skupině. Klienti by tak mohli ocenit zkušenosti paní Alexandry a docílili bychom u ní pozitivního sebehodnocení.

Jako stěžejní spatřujeme nabídnutí manuální činnosti klientům se zdravotními komplikacemi, především při problémech s motorikou po CMP jako je tomu právě u paní Alexandry. Ta se do vytváření s nadšením pustila a díky naší přítomnosti měla možnost znovu prožít okamžiky, které se váží k jejímu dětství, kdy byla zcela bez zdravotních omezení. Její přístup by se mohl stát motivačním pro ostatní klienty domova, u kterých se objevuje apatie a nechť se do čehokoliv zapojovat z důvodu zhoršeného zdravotního stavu.

### **Paní Dagmar**

Klientka vypadala odpočatě a chtěla se zapojit do připraveného programu. Povídání vnímala, soustředila se, některé informace opakovala nahlas. Z počátku bylo kladení otázek a získávání odpovědí matoucí, jelikož klientka nejdříve zopakovala položenou otázku a až poté s delším časovým odstupem následovala odpověď. I přes tento zdlouhavý systém byla úspěšnost odpovědí opravdu vysoká. Bez vyzvání do konverzace příliš nevstupovala. Později se zmínila o tom, že v minulosti ráda barvila vajíčka. Sdělila nám, že není věřící a nezúčastňovala se tedy velikonočních bohoslužeb. Největší potěšení klientce činil přednes říkanky.

Druhý den byla paní Dagmar nabídnuta výroba kraslic. Byli jsme informováni o nočním úmrtí klientčiny spolubydlící. Paní Dagmar i přesto to s činností souhlasila, zvládla správně pojmenovat barvy a vybrala si modrou. Při práci bylo potřeba klientce dopomoci a přidržovat vejce, jelikož se jí trásl ruce a pravděpodobně by ho rozbila. Jakmile ho nabarvila, další už barvit nechtěla. Po odchodu z pokoje následovalo volání klientky a prosba, abychom se vrátili zpět. Při každé další návštěvě se opakovalo to stejné. Paní Dagmar nabarvila s dopomocí jedno vejce a pak ztratila zájem.



**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Pro paní Dagmar jsou vhodné aktivity prováděné individuálně na pokoji, jelikož jí její zdravotní stav nedovoluje trávit delší čas v přítomnosti ostatních klientů. Dále je stěžejní poskytnout dostatek času a prostoru k tomu, aby zformulovala své myšlenky a dala je do vět. Domníváme se, že v situaci, která nastala se spolubydlící bylo pro klientku klíčové to, že tu pro ni někdo byl, věnoval se jí a zapojil ji do aktivity. Roztržitost paní Dagmar byla pravděpodobně zapříčiněna právě touto událostí. Nicméně se domníváme, že při běžném provozu by pracovníci neměli dostatek času k opakovanému návratu na pokoj. Pro takto náročné a krizové situace by byla nejvhodnější přítomnost psychologa v zařízení sociálních služeb.

### **Paní Dita**

Klientka působila, že je v dobré náladě, byla usměvavá a veselá. Nicméně po krátkém čase jsme začali pozorovat, že je lítostivá, plačtivá. Usmívala se a zároveň plakala. Během povídání celou dobu pozorovala examinátora, reagovala úsměvem nebo jednoslovnou poznámkou. V aktivitě byla spíše pasivní, sama od sebe nedokázala hovořit k tématu. Pokud mluvila, jednalo se o témata, která s Velikonocemi vůbec nesouvisela. Klientka nebyla schopna odpovídat na naše dotazy a aktivně se zapojovat. I přes to jsme se paní Ditu snažili v jejích výpovědích podpořit a ocenit její snahu kooperovat.

Dále jsme před klientku předložili táč s předměty, které se váží k Velikonocům. I tento úkol byl náročný, nejvíce ji zaujala kraslice, kterou měla po celou dobu v ruce.

Druhý den bylo paní Dítě nabídnuto barvení vyfouklého vajíčka. Před barvením správně pojmenovala všechny barvy, nejvíce ji zaujala červená, kterou si také vybrala. Barvila pomocí houpičky na nádobí. Paní Dita byla manuálně velice zručná a vajíčka zvládla nazdobit velice pěkně bez pomoci druhé osoby. Nazdobila celkem dvě. Odpoledne jsme jí přinesli nabarvená vajíčka ukázat. Společně jsme se shodli, že jsou krásná. Připomněli jsme jí, že je to její práce a pochválili ji za odvedenou práci. Klientka se usmívala a měla slzy v očích.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Klientka nebyla schopna se do první části připraveného programu aktivně zapojovat. Pro paní Ditu by tedy bylo nejvhodnější připravit povídání o Velikonocích, které by bylo spojené s manuální činností – viz barvení vajíček. Taková činnost dokáže klientku zaujmout. Navíc se ukázalo, že je v manuálních činnostech obratná, a potěší ji pochvala za odvedenou práci.

## **Paní Františka**

Po našem příchodu na pokoj si klientka stěžovala na zimu, přikryli jsme ji, zavřeli okno a povídali si s ní. Po chvíli zmínila, že se cítí lépe a ráda se do připravených aktivit zapojí. Klientka opakovaně děkovala za naši přítomnost. Během povídání se soustředila a celou dobu nás pozorovala. Když chtěla nějakou informaci doplnit, reagovala sama od sebe. Během povídání často dodala, že takovou informaci slyšela poprvé a že je to velice zajímavé. Obtíže se začaly objevovat při kladení otázek. Paní Františka zpravidla nebyla schopna správně odpovědět i přes to, že během povídání o daných věcech sama hovořila. Ustoupili jsme tedy od kladení otázek a stěžejní informace jsme opakovali znovu. Paní Františka přiznala, že jí během našeho opakování byly informace povědomé a vzpomíná si, že jsme se o nich před chvílí bavili.

Tác s předměty zvládla velice dobře. Předměty popsala a zmínila, proč se hodí k Velikonocům. Dále nám sdělila, jak vzpomíná na Velikonoční pondělí se svojí rodinou. Hovořila především o tom, že se vždy sešla celá rodina. Zmínila i to, že společně barvili vajíčka. Bylo znát, že Velikonoce mají pro klientku obrovský význam především kvůli příznivým rodinným vztahům a vzpomínkám, které se jí při této události opakovaně vracejí.

Druhý den byla klientce nabídnuta výroba kraslic. Paní Františka sdělila, že by to bylo skvělé. Zvládla pojmenovat různé barvy a vybrala si 2 nejoblíbenější. Samotné barvení pro ni bylo náročné. Během práce zapomínala na to, co má dělat. Nicméně i přes časově náročnější práci byla schopna s dopomocí úspěšně dodělat vejce a byla šťastná, že se jí to povedlo. S výsledkem byla spokojená a těšila se na to, až nabarvená vajíčka pověsíme na květiny v jejím pokoji.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Klientka se snažila do připraveného programu zapojovat a povědět co nejvíce informací. Nicméně i přes velkou snahu paní Františky se objevovaly potíže s krátkodobou pamětí. Samotnou činnost doprovázely výpadky paměti, kdy klientka zapomínala na to, co má dělat a jakým způsobem. Vhodné by tedy bylo opakovaně klientce vysvětlovat postup a ujišťovat ji, že vše dělá správně a že se jí daří. Po dokončení aktivit byla paní Františka pyšná na to, co dokázala vytvořit a měla z toho velkou radost. Také doporučujeme provádět aktivity ve skupině více lidí, aby klienti mohli tvořit společně. Klientka by tak mohla pozorovat aktivitu ostatních a mohla by samotnou činnost zvládat lépe.

## **Paní Marie**

Klientka působila odpočatě. Hned mezi dveřmi nás přivítala s úsměvem na tváři a sdělila, že se ráda zapojí do aktivit. Během připraveného programu nás bedlivě pozorovala. Do povídání sama od sebe nevstupovala. Odpovídala spíše po vyzvání, většinou jednoslovně a bez chyb. K Velikonocům toho věděla spoustu. Po vyzvání se rozpovídala o tom, jak probíhalo Velikonoční pondělí s její rodinou. Připravený kvíz zvládla pouze s jednou chybou, což odpovídá tomu, že vyprávění vnímala a informace dokázala později využít. Táč s předměty zvládla také úspěšně. Dokázala popsat většinu předmětů a říct, jakým způsobem se váží k Velikonocům. Ke konci aktivity byla paní Marie unavená a bylo znát, že je nutný odpočinek. Při odchodu nám ještě stihla poděkovat za naši společnost.

Druhý den bylo připraveno barvení vajec. Při samotné činnosti byla velice šikovná a zvládla to bez pomoci druhé osoby. Po dokončení práce jsme si ještě společně povídali o tom, jak v minulosti probíhaly přípravy na Velikonoce s její jedinou dcerou.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Klientka byla schopná se do připraveného programu zapojovat a byla úspěšná. Nicméně bylo nutné zestručnit a zpomalit tempo přednesu examinátora, aby byla paní Marie schopná reagovat a vnímat informace.

Druhým vybraným svátkem do diplomové práce byl **Den slovanských věrozvěstů Cyrila a Metoděje**. Opět se začínalo připraveným povídáním o bratrech ze Soluně. Více jsme klientům popsali misii na Velkou Moravu a svatého Konstantina s Metodějem. Dále byly připraveny 2 typy puzzle ve formátu A4 (černobílé rozstříhané na 7 kusů a barevné rozstříhané na 6 kusů). Přichystali jsme také hlaholici (formát A5) a kvíz (probíhal stejným způsobem jako u Velikonoc – tedy průběžné kladení otázek)

Program probíhal ve dnech 11. a 12. září 2021. U paní Dity byl z osobních důvodů přesunut na 25. září 2021.



Kvíz:

1. Jaké datum připadá na Den slovanských věrozvěstů Cyrila a Metoděje?
  - 5. července
  - 5. května
  - 5. června
2. Z jakého města pocházeli Cyril a Metoděj?
  - Ze Soluně
  - Z Říma
  - Z Bulharska
3. Jak se původně jmenoval Cyril?
  - Kazimír
  - Konstantin
  - Kristián

4. Jak se nazývalo písmo, které vytvořil Konstantin?
  - Hlaholice
  - Latinka
  - Hláskové
5. Který z bratrů byl starší?
  - Cyril
  - Metoděj
6. Na kterém známém mostě si můžeme prohlédnout sousoší Cyrila a Metoděje?
  - Na gotickém mostě v Písku
  - na Karlově mostě v Praze
  - Mariánském mostě v Ústí nad Labem
7. Který kníže pozval bratry na Velkou Moravu?
  - Rostislav
  - Bořivoj
  - Svatopluk
8. Jak se nazývá město, ve kterém se každoročně koná oslava sv. Cyrila a Metoděje?
  - Velehrad
  - Hostýn
  - Třeboň

### **Paní Alexandra**

Tento den byla klientka usměvavá a komunikativní. Jelikož bylo hezké počasí, probíhal připravený program na dvorku. Paní Alexandra zmínila, že se cítí dobře a ráda se zapojí. Přiznala, že sama k tématu moc informací neví a ráda si poslechne naše povídání. Během přednesu celou dobu pozorovala examinátora a usmívala se. V kvízu si vedla excelentně, odpověděla správně na všechny otázky. Během kvízu vzpomínala na svoji rodinu, konkrétně hovořila o synovi, který se narodil začátkem července. S úsměvem dodala, že kvůli porodu syna nestihla pouť, které se každoročně v místě jejího bydliště účastnila. Komunikace byla plynulá, klientka byla velice komunikativní. Poté následovala tabulka s hlaholicí. Kvůli zdravotním komplikacím nás paní Alexandra požádala, zda by bylo možné, aby znaky pouze vyhledávala a examinátor je zapisoval na papír. Během celého programu i v samotném závěru byla v dobré náladě. S úsměvem na rtech dodala, že kdyby žila za dob Cyrila a Metoděje, nemohla by si s nimi dopisovat, jelikož by jim vůbec nerozuměla.

Druhý den jsme opět navštívili klientku a zeptali se jí, zda by se chtěla znovu zapojit do připraveného programu, souhlasila. Byly jí tedy předloženy puzzle. Paní Alexandra zvládla složit jak černobílé, tak barevné puzzle. Během skládání jsme si společně povídali.

**Doporučení pro praxi:** Pokud to situace a zdravotní stav klienta dovolí, je vhodné provádět nabízenou aktivitu na čerstvém vzduchu. Paní Alexandra si pochvalovala posezení na dvorku a byla spokojená.

### **Paní Dagmar**

Paní Dagmar dnes byla v dobré formě, s programem souhlasila. Před povídáním přiznala, že k danému tématu neví žádné doplňující informace. Následoval tedy samotný přednes examinátora. Klientka po celou dobu seděla a poslouchala. V závěru povídání začala komunikovat. Opakovala informace, které postřehla a shrnula tak ve stručnosti celé povídání. V kvízu si vedla velice dobře. Na konci kvízu začala vykazovat známky únavy a bylo jí nabídnuto, zda by si nechtěla jít odpočinout, souhlasila.

I druhý den byla Paní Dagmar v dobré formě, byla komunikativní a souhlasila se zapojením do programu. Nejdříve jsme jí ukázali znaky v hlaholici. Bylo nutné předložit klientce zvětšenou verzi, aby dobře viděla a mohla znaky zakroužkovat. Později byly před paní Dagmar předloženy puzzle. Zvládla složit oboje puzzle s menší dopomocí. Při skládání jsme se snažili vracet ke včerejšímu povídání formou otázek. Klientka si pamatovala téměř všechny informace.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** I přes to, že se formát A5 zdál dostačující a ostatním klientkám vyhovoval, paní Dagmar jednotlivé znaky obtížně četla. Museli jsme tedy vytisknout větší formát, se kterým se jí lépe pracovalo.

Zároveň jsme během aktivit pozorovali klientčin zdravotní stav a jeho projevy. První den byla více unavená a program pro ni byl náročnější, z toho důvodu jsme jí ke konci kvízu opakovaně nabízeli odpočinek. Z výše zmíněného vyplývá, že by měl být zdravotní stav vždy na prvním místě a v žádném případě by nemělo docházet k přehlcení klientů aktivitami.

## **Paní Dita**

S paní Ditou byly připravené aktivity realizovány o dva týdny později. Klientka byla na dovolené v zahraničí. Po našem příchodu na pokoj působila odpočatě a v dobré náladě. Seznámili jsme ji s programem a následovalo povídání. Během přednesu pozorovala examinátora. Odpovědi na otázky byly zpravidla zcestné. I přes to examinátor ocenil snažení klientky a na její odpovědi přikyvoval a doplňoval je správnými informacemi. Dále jsme paní Ditu předložili puzzle. S velkou dopomocí zvládla složit pouze černobílou variantu. Jelikož jsme měli k dispozici také černobílý nerozstříhaný obrázek Cyrila a Metoděje, poskytli jsme ho klientce. Pár minut vykreslovala, ale po chvíli začala pozornost kolísat. Paní Dita bez našeho zásahu a společné práce nebyla schopna cokoliv dělat sama. Pokud jsme se k ní přidali, usmívala se a vykreslovala společně s námi.

Další týden byla před klientku předložena tabulka s hlaholicí. Paní Dita působila více koncentrovaně než minulý týden, nicméně bez naší pomoci nebyla schopna správně vyhledávat písmena v tabulce. Přistoupili jsme tedy k tomu, že jsme vyjmenovávali jednotlivá písmena jejího jména a klientka je vyhledávala v tabulce a ukazovala na ně prstem.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Vždy je nutné myslet na schopnosti a dovednosti klienta a nabízet mu jen takové aktivity, které je schopen zvládnout. Z toho důvodu jsme ustoupili od skládání barevných puzzle, které by paní Dita pravděpodobně nezvládla a nabídli jsme jí vykreslování. V podobném duchu jsme postupovali i při vyhledávání znaků v tabulce, kde byla rovněž potřeba modifikace připravené aktivity. Tímto rozhodnutím jsme se snažili vyhnout pocitu méněcennosti a neschopnosti. Klientku společné vykreslování bavilo. Jediný problém, který by mohl v praxi nastat by byl nedostatek času na individuální práci.

## **Paní Františka**

Klientka působila odpočatě, byla v dobré náladě. Dle jejích slov byla sama překvapená, jak dobře se dnes cítí. Po celou dobu přednesu pozorovala examinátora a usmívala se. Na konci povídání sama zmínila, že jí jsou některé věci povědomé a že se jí díky přednesu opět vybavily. Po povídání si vybavovala věci, které zřejmě měla v paměti, nové informace nedokázala zužitkovat. Komunikace paní Františky nebyla příliš plynulá. Bylo nutné poskytnout dostatek času k tomu, aby se mohla vyjádřit, příp. bylo potřeba několikrát zopakovat danou otázku. Správně zodpovězené otázky jí dělaly radost. Klientka projevila zájem i o hlaholicí. Byla před ní tedy předložena tabulka a paní Františka postupně

vyhledávala písmena jejího jména a examinátor zapisoval znaky. Na konci s úsměvem na tváři konstatovala, že to bylo velice zajímavé a moc se jí to líbilo.

Druhý den jsme se k programu opět vrátili. Přesunuli jsme klientku do společenské místnosti a předložili jí připravené puzzle. Začínali jsme černobílými, které zvládla složit bez pomoci druhé osoby. Barevná varianta pro ni byla náročnější a byla potřeba mírná dopomoc. Po dokončeném úkolu jsme si společně povídali o Cyrilu a Metodějovi. U aktivity byla po celou dobu přítomna i paní Marie. Klientky tak pracovaly vedle sebe a navzájem se podporovaly.

### **Paní Marie**

Paní Marie první den působila unaveně, nicméně o program projevila zájem. Aktivita byla zahájena přednesem examinátora. Během povídání se obtížně soustředila, asi v polovině se začala rozhlížet po místnosti a zdálo se, že chvílemi vůbec nevnímá. Na otázky reagovala pouze po opakovaném vyzvání. První polovinu zvládala na výbornou. Nicméně u druhé poloviny nedokázala správně odpovědět na žádnou ze zadaných otázek. Pravděpodobně to bylo zapříčiněno špatným soustředěním při druhé polovině přednesu. Na konci programu paní Marie objektivně přiznala, že se cítí unaveně a šla by si ráda odpočinout.

Druhý den jsme se k aktivitám opět vrátili. Klientka působila odpočatě. Sama zmínila, že se dnes cítí dobře a ráda se zapojí. Jak již bylo zmíněno, aktivity se účastnila společně s paní Františkou. Nejdříve jí byly předloženy puzzle. Byla velice šikovná, černobílé zvládla složit bez pomoci. Při té příležitosti jsme se tedy pokusili opět navázat na včerejší povídání o daném tématu. Po celou dobu programu se usmívala a reagovala nonverbálně. Barevné puzzle zvládla složit s dopomocí examinátora. Poté jsme klientce nabídli, zda by si chtěla zkusit přepsat své jméno do hlaholice. Paní Marie přikývla. Vyhledávala postupně znaky, které kroužkovala tužkou, examinátor je současně přepisoval na papír. Během vyhledávání znaků jsme jí společně s paní Františkou poskytli podporu a ocenili její snahu.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Vždy brát ohled na zdravotní stav a omezení klientů. Když jsme první den s paní Marií pracovali, byla očividná její únava. Bylo jí tedy opakovaně sdělováno, že pokud bude chtít s programem přestat a odpočívat, bude jí to kdykoliv umožněno. Tato zkušenost s pasivním přístupem by však neměla ohrozit dění druhého dne a klientům by měla být opět poskytnuta možnost zapojení se do připravené aktivity. I přes to, že paní Marie první den vykazovala známky únavy a do programu se stěží



zapojovala, druhý den působila odpočatě a s chutí se do aktivit zapojila. Navíc byla velice úspěšná.

Pozitivně hodnotíme přítomnost druhého klienta u probíhající aktivity. Klientům je při společné práci poskytována psychická podpora vrstevníky a pozitivní zpětná vazba jim dělá větší radost.

Třetím svátkem byl **Den vzniku samostatného Československa, tedy 28. října**. Pro klienty bylo opět připraveno povídání, které bylo prokládáno otázkami. Poté bylo autorkou práce vytvořeno pexeso s osmi dvojicemi (velikost jedné kartičky byla 7,5 cm x 7,5 cm). Na horní straně byla nakreslena Československá vlajka. Na straně druhé byly tyto pojmy: Kde domov můj, T. G. Masaryk, 28. říjen, Karel Kramář, Pravda vítězí, Nad tatrou sa blýská, Ženeva a Edvard Beneš.



### **Paní Alexandra**

Paní Alexandra se dnes cítila velice dobře a byla odpočatá. Popis programu ji zaujal a chtěla si naplánovanou aktivitu vyzkoušet. Po celou dobu examinátorova výkladu klientka vnímala a reagovala na doplňující otázky. Paní Alexandra věděla spoustu informací vztahujících se k 28. říjnu. Z toho důvodu jsme přistoupili k náročnějším dotazům zabývajícím se politiky tehdejší doby. Byla velmi snaživá a společně s examinátorem chtěla zadané téma co nejvíce prodiskutovat.

Během hraní pexesa prokázala své znalosti a pozornost při examinátorově výkladu. Dokázala objasnit význam všech kartiček. I přes obtíže způsobené CMP byla velikost kartiček dostačující a úchop s otáčením nečinil klientce obtíže. Během celého programu byla aktivní a komunikativní.

Na závěr paní Alexandra ještě zmínila doplňující informaci a sice, že se letos neuskuteční pravidelné předávání cen prezidentem republiky 28. října z důvodu hospitalizace Miloše Zemana v nemocnici. Při loučení ocenila přípravu programu.

### **Paní Dagmar**

Po příchodu na pokoj nám klientka sdělila, že se dobře vyspala. Měla dobrou náladu a zmínila, že se ráda zúčastní nabízené aktivity. Přesunuli jsme se tedy do klubovny. Během připraveného vypravování paní Dagmar examinátora bedlivě pozorovala a poslouchala. Pokud k danému tématu věděla doplňující informace, byla jí poskytnuta možnost výklad doplnit. Během rozhovoru prokázala znalosti vztahující se k dané problematice. V případě doplňujících otázek examinátora si klientka vedla bezchybně.

Při samotné hře byla rovněž velice úspěšná. Nebylo nutné hru pexesa nijak modifikovat. Paní Dagmar zvládla najít všechny dvojice. Během hry rovněž dokázala odůvodňovat význam jednotlivých kartiček a zužitkovala informace, které se během povídání dozvěděla. Komunikace byla během celého programu plynulá, sporadicky bylo nutné poskytnout paní Dagmar více času na formulaci myšlenek.

### **Paní Dita**

Po příchodu na klientčin pokoj nás paní Dita přivítala úsměvem, byla odpočatá a v dobré náladě. Nabídli jsme jí tedy připravený program. Poté jsme se přesunuli do společenské místnosti. Klientka examinátora sledovala téměř po celou dobu přednesu, nicméně ke konci vyprávění začala její pozornost kolísat a rozhlížela se po místnosti.

Poté jsme přistoupili k samotné hře pexesa. Paní Dita správně popsala barvy na Československé vlajce. V průběhu hry bylo nutné klientku vracet zpět do děje, opakovaně vysvětlovat pravidla a ukazovat jí, jakým způsobem má postupovat. Hra pexesa musela být přizpůsobena jejím schopnostem. Klientka postupně otáčela jednotlivé kartičky a jejich význam musel objasňovat examinátor. Paní Dita správně přiřadila polovinu kartiček, poté na ní byla znát únava. V hlavě jí utkvěla Česká národní hymna, kterou jí na závěr examinátor zazpíval.

### **Paní Františka**

Paní Františce byla v tomto týdnu podána třetí dávka očkování proti nemoci COVID-19, na kterou měla negativní reakci a onemocněla. I přes to se dnes cítila lépe a projevila zájem o nabízený program. Po celou dobu examinátorova výkladu nás klientka pozorovala a reagovala. Byla velice vděčná za naši přítomnost, jelikož kvůli zdravotním komplikacím nechodila do společenské místnosti za ostatními. Paní Františka do programu vstupovala převážně po vyzvání, někdy bylo nutné položit otázku znovu a připomínat klientce, jak má při aktivitě postupovat. Při hře pexesa rozpoznala Československou vlajku, význam ostatních

kartiček objasňoval examinátor. I přes počáteční úspěch byla postupem času samotná hra pexesa náročná. Redukovali jsme tedy počet dvojic na polovinu. Klientka nejprve otočila všechny kartičky, společně jsme odůvodnili význam nápisů a poté přiřazovala správné dvojice. I přes velkou snahu bylo patrné pomalejší pracovní tempo, neplynulá komunikace a celkové oslabení.

### **Paní Marie**

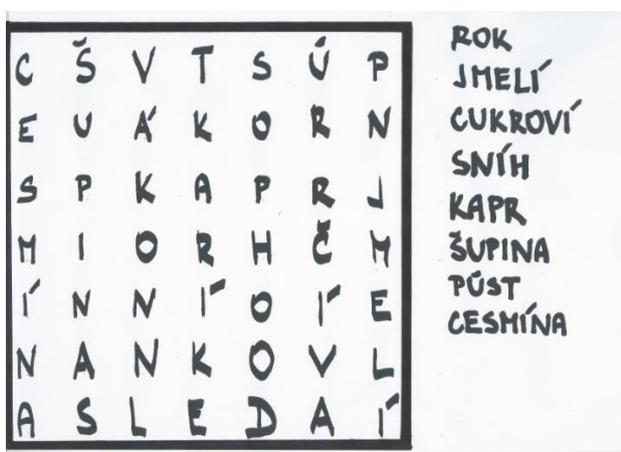
Paní Marie tento týden absolvovala návrat z nemocnice. Byla dobře naladěná, usměvavá a komunikativní. Ráda přijala nabízenou aktivitu. Před samotným začátkem zmínila, jaký svátek na 28. října připadá. Poté následovalo připravené povídání. Program ji velmi zaujal, ocenila originalitu. Byla překvapená, že si autorka dala s pexesem takovou práci a vytvářela ho sama. Během programu klientka vnímala, nicméně při hře pexesa bylo nutné paní Marii opakovaně vysvětlovat, že je zapotřebí hledat dvojice. Během hry zvládla examinátorovi říct, kdo byl T. G. Masaryk a rozpoznala Českou státní hymnu. Ostatní kartičky odůvodňoval examinátor. Klientka nebyla schopna hrát pexeso jako takové, proto nejdříve otočila všechny kartičky, společně s examinátorem prodiskutovali význam jednotlivých nápisů a poté hledala dvojice. Při nalezení správné dvojice byla vyzvána k tomu, aby sama odůvodnila význam nápisu na kartičce. Paní Marie byla během programu bystrá a velice komunikativní.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** U osob s těžším stupněm demence je vhodné volit menší počet dvojic.

Hru pexesa bylo nutné u tří klientek s ohledem na jejich zdravotní stav modifikovat. Často docházelo k improvizaci přímo na místě, jelikož bylo náročné předem odhadnout zdravotní stav a celkové naladění.

Poslední připravená aktivizace pro klienty domova byla zaměřena na **Vánoce**. První částí programu bylo pečení perníků ve společenské místnosti s ostatními klienty, u kterého probíhalo povídání o pečení cukroví a o Vánocích. Poté následovala připravená osmisměrka (formát A4) – tajenka byla Vánoční koleda. Hraní osmisměrky doplňovalo povídání o trávení Vánoc, zvycích a tradicích.

Z důvodu opětovného propuknutí pandemie Covid-19 mezi klienty a zaměstnanci domova, byl v domově nařízen klidový režim. Klienti tak trávili celé dny na pokojích a nesetkávali se s ostatními ve společenské místnosti. Uvolnění opatření nařízených vrchní sestrou nastalo na konci února. Z těchto důvodů probíhala poslední část výzkumu až začátkem měsíce března, konkrétně 5. a 12.



### **Paní Alexandra**

Dnes se klientka cítila dobře, byla po snídani a v dobré náladě. Nabídli jsme jí, zda by se chtěla přidat ke společnému pečení s ostatními klienty domova, souhlasila. Během příprav na pečení byla aktivní, vybrala si vykrajovátko a chtěla také přiložit ruku k dílu. I přes zdravotní komplikace byla paní Alexandra pilná a velmi se snažila, aby bylo konečné dílo povedené. Během pečení probíhala mezi klienty diskuse. Ženy nejčastěji řešily vánoční přípravy a oslavu Štědrého dne s rodinou. Paní Alexandra se později rozpovídala o svém manželovi. Dozvěděli jsme se, že měl moc rád sladké, a proto mu vždy s láskou připravovala pohoštění. Klientka nám také nabídla, že bude hlídat čas, aby byly perníčky správně upečené a vždy po deseti minutách se připomněla.

Další týden byla paní Alexandra opět v dobré náladě, bylo jí nabídnuto zapojení do připravené aktivity, konkrétně se jednalo o osmisměrku. I přes počáteční obavy z neúspěchu nakonec hru vyzkoušela. Z počátku bylo nutné seznámení s principem hry. Paní Alexandra vše brzy pochopila a poté už vyhledávala jednotlivá slova bez zásahu examinátora. Během vyhledávání

slov jsme si společně povídali o vzpomínkách, které se jí vybavovaly. Rozpovídala se o rodině. O tom, jak společně zdobili vánoční strom a pekli cukroví. Vzpomínala na svoji maminku, která podle slov klientky pekla to nejlepší cukroví. Dále nám také objasnila současné trávení Vánoc. Vždy na Štědrý den odjíždí ke svým dětem a tráví tak Vánoce mimo zařízení. Vzhledem k tomu, že je věřící, přiznala, že na Štědrý den dodržovali půst. Nakonec se zmínila o tom, že moc ráda zpívala koledy. A jelikož tajenka osmisměrky zněla „Vánoční koleda“, společně jsme si některé z nich na závěr zazpívali.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Velkým přínosem při společném pečení byla přítomnost ostatních klientů domova. Jednalo se o osoby, které mají pouze mírné zdravotní obtíže a jsou manuálně velice zručné. Docházelo tak ke vzájemné spolupráci a spontánním rozhovorům mezi klienty, čímž se upevňovaly jejich vzájemné vztahy.

Vzhledem k tomu, že se v praxi aktivizační pracovníci věnují velkému množství osob a bojují s nedostatkem času, přikládáme odkaz na stránku, kde lze vytvořit online osmisměrku: <https://www.sudokuweb.org/cs/osmismerky/>.

### **Paní Dagmar**

Po příchodu na klientčin pokoj nás paní Dagmar pozdravila, působila odpočatě a v dobré náladě. Nabídli jsme jí tedy připravený program, souhlasila. Začali jsme povídáním o Vánocích, klientka z počátku poslouchala. Po vyzvání examinátora se zapojila a doplňovala výklad. Zmínila se, že se v minulosti pečení příliš nevěnovala a více se napekla až v zařízení, kde se pravidelně před Vánoci peče určitý počet druhů vánočního cukroví. Paní Dagmar má nejradši vanilkové rohlíčky. Zajímavostí je, že se klientka Dagmar dříve společného programu pravidelně účastnila, nicméně postupným zhoršováním zdravotního stavu byla její přítomnost u aktivit spíše sporadická. V současné době zcela odmítá program s ostatními klienty. Během povídání bylo paní Dagmar nabídnuto vykrajování těsta, souhlasila. Jak bylo zmíněno výše, aktivitě se chtěla věnovat pouze na pokoji. U vykrajování se velice soustředila a snažila.

Další týden jsme klientku opět navštívili a nabídli jí, zda by si chtěla vyzkoušet osmisměrku, souhlasila. Examinátor jí vysvětloval princip hry. Paní Dagmar si vedla velice dobře a zvládla najít téměř všechny hledané výrazy. Při vyškrtávání jednotlivých slov byla nutná pomoc examinátora z důvodu třesu rukou. Poslední dvě slova hledala s examinátorovou pomocí, jelikož pro ni bylo náročné se v tabulce zorientovat. Díky tajence přiznala, že její nejoblíbenější koledou je Koleda koleda Štěpáne, kterou si společně s examinátorem

zazpívali. V závěru ještě zmínila, že na Vánoční svátky měli v domově nazdobený živý stromeček.

### **Paní Dita**

U paní Dity bohužel demence postoupila natolik, že v prosinci minulého roku zemřela. Poslední části výzkumu se tak nezúčastnila.

### **Paní Františka**

Po našem příchodu na pokoj působila paní Františka unaveně a oslabeně. I přes to jí byla nabídnuta naše přítomnost a zapojení do aktivity, souhlasila. Během povídání o Vánocích nás pozorovala, nijak se nezapojovala. Pouze po položení otázky odpověděla většinou pár slovy. Později se více rozpovídala o své rodině, konkrétně o mamince. Hovořila o tom, jak v minulosti navštěvovala s rodinou kostel a půlnoční mši. Vzhledem k tomu, že o klientce víme, že pracovala s dětmi, pokládali jsme jí otázky týkající se této oblasti. Dozvěděli jsme se, že jako pracovnice v jeslích zpívala dětem vánoční koledy. Na konci povídání jí bylo nabídnuto vykrajování perníkového těsta pomocí formiček. Paní Františka s úsměvem nabídku přijala. Nicméně i přes velké úsilí bylo znát její vyčerpání způsobené prodělanou nemocí. Klientka neměla dostatek sil, a proto byla potřeba dopomoc examinátora. Během vykrajování jsme si povídali o tom, jaké cukroví má nejradši a společně jsme si zazpívali koledy. Na konci programu byla na paní Františce znát únava, nechali jsme ji tedy odpočívat. Vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu nebyla možná hra osmisměrky.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** I přes zjevné oslabení paní Františky jsme se snažili vyhýbat jakýmkoliv hodnotícím kritériím a zaměřovali jsme se především na povzbuzení a oceňování snahy. Manuální činnost jsme prokládali povídáním a zpíváním koled, abychom předešli pocitu méněcennosti, selhání a navodili příjemnou atmosféru a psychickou pohodu.

### **Paní Marie**

Klientka byla po snídani v dobré náladě. Na všechny se usmívala a těšila se na společné pečení. Během pečení byla spíše pasivní a pozorovala ostatní při práci. Do rozhovorů klientek nevstupovala, pouze se usmívala. Examinátor vstoupil do programu a nabídl paní Marii, aby si také zkusila vykrajování. Vybrala si tedy vykrajovátko, které jí padlo do oka a zapojila se do činnosti. Největší radost paní Marii udělala klientka, která seděla vedle ní a chválila ji, jak

je šikovná. Paní Marie jí poděkovala a pohládila. Vypadala šťastně a spokojeně. Po zbytek pečení byla opět spíše pasivní, pozorovala a chválila klientky kolem sebe.

Další týden bylo paní Marii nabídnuto, zda by si chtěla vyzkoušet připravenou osmisměrku. Souhlasila a examinátor jí tedy přiblížil pravidla hry. Klientka slova vyhledávala s dopomocí examinátora, největší problém jí dělala slova, která byla pozpátku. Po vyškrtání všech slov se paní Marie snažila zakroužkovat zbylá písmena. Po ukončení hry následovalo povídání. Zmínila se o trávení Vánoc s její dcerou, o společném pečení a zdobení vánočního stromečku. Ke konci povídání byla na klientce znát únava, nechali jsme ji tedy odpočívat.

**Shrnutí a doporučení pro praxi:** Jak již bylo zmíněno, pokud to zdravotní stav klientů a další okolnosti dovolí, je vhodné připravovat takový program, do kterého se mohou zapojit jak osoby intaktní, tak osoby s různými onemocněními. Bylo patrné, že si všichni zúčastnění užili příjemně strávené dopoledne. U osob s demencí jsme navíc vyzorovali pozitivní dopad na jejich psychické zdraví. Konkrétně paní Marii dojímalá přítomnost ostatních a především to, že někdo dokázal ocenit její snahu.



## 5 Diskuse

Volbu kvalitativního experimentu a zúčastněného pozorování hodnotíme jako správnou a zdařilou. Během celého výzkumu jsme se řídili třemi kritérii Zgoly (2003) a sice že smysluplná aktivita musí být prováděna dobrovolně, musí dávat pocit úspěchu a musí být sociálně přiměřená. Vybraným klientům byl nabídnut připravený program a záleželo pouze na nich, zda se zapojí či nikoliv. V případě, že na nich byla znát únava, byl jim ihned navržen odpočinek. Po každé aktivitě následovalo ocenění za snahu a účast.

Odpověď na první výzkumnou otázku „*Jsou pro klienty vhodnější aktivity prováděné individuálně nebo ve skupině*“ není ani na základě našich zkušeností jednoznačná. Námi připravený program bylo možné provádět jak individuálně, tak ve skupině. Většina klientek našeho výzkumu preferovala práci ve skupině. Bohužel kvůli probíhající pandemii Covid-19 nebylo možné provádět společný program dle představ výzkumníka a aktivity byly často modifikovány dle aktuální pandemické situace. Bylo znát, že společný program přispíval pozitivně na pocit vlastní hodnoty, jistoty, a především socializaci. Toto tvrzení nejvíce potvrzuje pečení ve společenské místnosti. Klientky si společně povídaly a navzájem si pomáhaly. Bylo zde možné spatřovat pocit sounáležitosti a vzájemného přijetí. Jak uvádí ve své publikaci Zgola (2003) „*člověk s demencí bývá osamocen, společný pozitivní prožitek je pro něho zvláště cenný.*“ Společný program však nepřinášel pozitiva pouze klientům postiženým demencí. Vzhledem k tomu, že se nám podařilo do společného pečení zapojit i intaktní osoby, spatřovali jsme pozitivní dopad i u nich. Klienti se v zařízení sociálních služeb často cítí osamoceně a nadbytečně. Společný program však posiloval jejich sebehodnocení a pocit prospěšnosti. Nicméně i individuální práce měla svá pozitiva. Jak uvádí Zgola (2003) „*individuálně plánovaná aktivita a smysluplný vztah nabízí nemocnému člověku podpůrné prostředí a podporuje dosažení úspěchu.*“ Při individuálních aktivizacích jsme měli možnost pracovat s klienty dle jejich potřeb a maximálně se jim věnovat. Z výzkumu Svobodové (2016) vyplývá, že by pracovníci upřednostňovali individuální práci s klientem, nicméně z důvodu neustále se měnícího zdravotního stavu osob, se terapie hůře plánuje a provádí. S tímto tvrzením musíme souhlasit. I přes poctivou přípravu programu a znalost klientů bylo samotné provedení aktivit náročné a často docházelo k modifikaci dle individuálních potřeb přímo na místě. Dalším a v praxi častým problémem by mohl být nedostatek aktivizačních pracovníků. V takovém případě by bylo velice náročné a pravděpodobně nereálné provádět pouze individuální aktivizace na pokojích klientů. Dle našeho názoru by bylo nejvhodnější najít kompromis a provádět jak individuální, tak

skupinové aktivizace. Na základě zmíněných informací se ztotožňujeme s tvrzením Horákové (2018), které zní „*ať už se jedná o individuální či skupinovou aktivitu, vždy dochází k interakci minimálně dvou lidí, a tak se člověk necítí sám.*“

Druhá výzkumná otázka zněla „*Jsou klienti schopní se do činností zapojovat? Jakým způsobem?*“ Odpověď na tuto otázku je vysoce individuální. Experiment probíhal během roku 2021 a začátkem roku 2022. Ani zdravý člověk nemůže s jistotou vědět, zda bude jeho zdravotní stav stejný nebo nastanou v průběhu roku nějaké komplikace. O to víc jsme se zhoršením zdravotního stavu počítali u vybraných klientek. Z důvodu stárí, přidružených nemocí a také probíhající pandemie zdravotní stav vybraných participantů kolísal. Nicméně i přes veškerá úskalí projevíly klientky o připravený program zájem a chtěly se zapojit. Podobnou zkušenost můžeme najít ve výzkumu Ševčíkové (2017). Ve zmíněném výzkumu bylo na základě rozhovoru s aktivizační pracovnící zjištěno, že ve vybraném zařízení sociálních služeb mají na aktivizacích pravidelně velkou účast, i přes to, že zapojení do programu není povinné. Zapojení klientů do námi připravených aktivit samozřejmě hodnotíme kladně, jelikož jsou nám známy pozitivní dopady aktivizace. Jak uvádí ve své publikaci Zgola (2003) „*něco dělat*“ znamená pro většinu lidí „*být naživu*“. Naší snahou byla aktivizace prostřednictvím takových činností, které v průběhu života námi vybrané osoby alespoň jedenkrát vyzkoušely a měly s nimi zkušenost. Dle získaných poznatků byla nejúspěšnější a nejvíce oceněná výroba velikonočních kraslic. S touto aktivitou se úspěšně popasovaly všechny klientky. Navíc během barvení zavzpomínaly na své mládí a svoji rodinu. Další přínosnou aktivitou bylo pečení perníků, které taktéž probíhalo bez komplikací. Vykrajování těsta se navíc dalo provádět i individuálně na pokojích, a tak si mohly tuto činnost vyzkoušet všechny klientky. Pexeso bylo další aktivitou, které mělo u vybraných osob úspěch. Klientky ocenily kreativitu a vlastnoruční výrobu. Avšak i přes počáteční nadšení bylo nutné hru u 3 osob s ohledem na jejich zdravotní stav modifikovat, nejčastěji docházelo ke snižování počtu dvojic. Další aktivitou bylo skládání puzzle. Pro vybrané klientky byla vhodnější a méně náročná černobílá varianta. Jedné z klientek se však i přes naši pomoc skládání puzzle nedařilo, a proto jsme přistoupili k tomu, že jsme společně s ní černobílý obrázek vykreslili. Při tomto rozhodnutí jsme vycházeli z tvrzení Zgoly (2003), která říká „*cíl činnosti je jediný – eliminovat neúspěch.*“ Dle našeho názoru byla nejvíce náročná práce s hlaholicí, kterou jsme byli nuceni modifikovat. Pro klienty s těžším stupněm demence bylo náročné pracovat s tak velkým počtem písmen a symbolů. Zmínit bychom chtěli také připravenou osmisměrku. Examinátoři se domnívali, že postup a pravidla hry budou klientům alespoň částečně povědomá. Klientky však netušily, jak mají při hře postupovat. Před

samotnou hrou a u některých osob i v jejím průběhu, bylo nutné přibližovat smysl a pravidla hry. Z toho důvodu byla aktivita časově náročnější, než jsme předpokládali. Při přípravě takové aktivity je nutné pamatovat na úroveň motoriky. U jedné z klientek tah rukou doprovázel třes, proto byla nutná pomoc examinátora. Závěrem bychom chtěli zmínit také kvízy neboli průběžné kladení otázek, které probíhalo během připraveného povídání o daném svátku. Již během příprav kvízů jsme pamatovali na to, že by neměly sloužit k tréninku paměti v pravém slova smyslu. Řídili jsme se tedy pokyny Stengelové (in Mojžíšová 2019) a snažili se docílit postupného nalézání řešení, přemýšlení a nabývání nových zkušeností. Kvízy jsme předkládali pouze klientkám, u kterých jsme předpokládali, že budou úspěšné. Velmi mile nás překvapil dopad správně zodpovězených otázek, který měl za následek radost z úspěchu, a především úsměv na tvářích klientek.

Třetí výzkumná otázka zněla „*Jsou vhodnější aktivity zaměřené na komunikaci nebo senzomotorickou koordinaci?*“ Na základě naší zkušenosti bylo patrné, že se klientkám více dařilo a celkově více vynikaly v činnostech zaměřených na senzomotoriku, během kterých jsme se po vzoru Nadačního fondu Seňorina řídili výzvou „*Pomoz mi, abych to dokázal sám*“. Podle našeho názoru je u manuálních činností největší výhodou zpětná vazba. Klientky měly možnost po každé aktivitě spatřit výsledek jejich práce, tzn., že se mohly přesvědčit o tom, že i přes zdravotní komplikace mohou být úspěšné a že mohou dosáhnout podobných nebo někdy dokonce stejných úspěchů jako jejich vrstevníci. Rizika již zmiňovaných manuálních činností jsme se snažili co nejvíce eliminovat modifikací jednotlivých aktivit dle individuálních potřeb. Během činností jsme využívali prvky z vybraných aktivizačních metod zmíněných ve třetí kapitole diplomové práce. Vzhledem k tomu, že se jedná o osoby postižené Alzheimerovou nemocí či demencí jsme prakticky nejvíce využívali prvky reminiscence. Podobnou zkušenost můžeme najít ve výzkumu Mohlera (2016). Autor došel k závěru, že se vzpomínková terapie stala metodou, které se klienti ve vybraném domově se zvláštním režimem nejraději účastnili. Prvky reminiscence se totiž prolínaly všemi činnostmi, které klienti nejvíce vyhledávali. I přes to, že se přikláníme spíše k manuálním činnostem, má i mluvené slovo, a tedy aktivity zaměřené na komunikaci svoji nezastupitelnou roli. V průběhu připravených výkladů zaměřených na jednotlivé svátky měly klientky možnost do povídání kdykoliv vstupovat a tím ho doplnit. Stejně tak mohly hovořit o svých vzpomínkách, které se jim během ručních prací vybavovaly. Společně vedenými rozhovory jsme se snažili obnovovat vzpomínky klientů a posilovat jejich sebehodnocení. Jak již bylo zmíněno výše, pozitivní dopad přinesly také správně zodpovězené otázky u vytvořených kvízů. I zde však připomínáme, že kvízy byly předkládány pouze osobám, u kterých jsme

očekávali úspěch. Závěrem však znovu připomínáme a apelujeme na to, aby byly všechny aktivity pro osoby postižené demencí vytvářeny a modifikovány individuálně dle jejich potřeb. U některých klientů s demencí by totiž mohly aktivity zaměřené na komunikaci posilovat pocity zmatenosti a méněcennosti, jelikož by si osoba mohla začít uvědomovat své nedostatky.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: „*Jaký je vztah klientů k vybraným svátkům?*“ Na základě našeho pozorování měly pro klientky pravděpodobně největší význam křesťanské svátky a sice Velikonoce a Vánoce. Tato skutečnost může vycházet jednak z toho, že je většina vybraných osob věřících. Avšak dle našeho názoru byl silný vztah ke dvěma zmíněným svátkům zapříčiněn intenzivními vzpomínkami na rodinu, která má pro klientky obrovský význam. Na zbylé dva svátky obsažené ve výzkumné části, tedy Den slovanských věrozvěstů a Den vzniku samostatného Československa, si krátce zavzpomínala pouze jediná klientka postižená Alzheimerovou nemocí.

Závěrem hodnotíme připravený program pozitivně a oceňujeme maximální snahu a zapojení ze strany klientek. I přes všechny překážky, které se v průběhu příprav či samotné realizace programu objevily, si tróufáme říct, že se aktivizační činnosti vytvořené pro vybrané osoby domova se zvláštním režimem zdařily. Snažili jsme se především o vytvoření takového zázemí, ve kterém se budou klientky cítit bezpečně, nebudou osamělé, dobrovolně se do připraveného programu zapojí a tím se aktivizují, a především zavzpomínají na příjemné okamžiky jejich života.

## 6 Doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumu byla získána data o tom, jak klienti na připravené aktivity reagují a jakým způsobem jsou schopní se zapojovat. I přes to, že jsme jednotlivá doporučení pro praxi uváděli již v podkapitole 4.4 *Interpretace získaných dat*, zmíníme i na tomto místě doporučení, která platí spíše plošně a nejsou tedy psaná individuálně na míru danému klientovi. Níže popsaná doporučení však vychází ze získaných zkušeností, a proto je zde představujeme.

Na prvním místě uvádíme rozdělení klientů do menších skupin dle stádia/rozsahu demence. Díky takto prováděné aktivizaci by se pracovníkům lépe vytvářel samotný program, a především by měli možnost pracovat s klienty dle individuálních potřeb. V praxi jsou aktivizační činnosti často prováděny ve větších skupinách, a tak může docházet k tomu, že klienti sice jsou u aktivizace přítomni, avšak nejsou aktivní. Takto prováděné aktivizace by bylo dle našeho názoru nejvhodnější provádět v dopoledních hodinách. Zapomínat však nesmíme ani na skupinové aktivizace, které mají u osob seniorského věku svoji nezastupitelnou roli. Nicméně vzhledem k většímu počtu klientů by se mělo jednat o méně náročné činnosti (např. společné pečení, promítání filmu apod.)

S výše zmíněným doporučením by však mohlo souviset nedostatečné zajištění lidských zdrojů, které je bohužel v praxi velice časté. Spousta neziskových organizací zajišťuje své působení především díky spolupráci s dobrovolníky. Tento trend by bylo vhodné rozšířit i do pobytových sociálních služeb. Senioři obvykle rádi poznávají nové tváře. Aktivizace zajištěné dobrovolníky by odbourávaly stereotyp zaběhnutý v domovech a přinášely by klientům nové zážitky. Obzvláště nyní, po pandemii Covid-19, která většinu domovů uzavírala, by bylo setkávání s dobrovolníky více než na místě.

Pokud to finanční situace dovolí, bylo by prospěšné plánovat alespoň jednou za čas společné akce – např. společná oslava narozenin, společné pečení a následně posezení u kávy. Takovými akcemi budeme podporovat socializaci a budeme pozitivně posilovat sebehodnocení u lidí postižených demencí, kteří se často cítí osaměle.

Také doporučujeme vytvořit denní nebo alespoň týdenní rozpis aktivit umístěný nejlépe v takové místnosti, ve které klienti tráví nejvíce času. Vzhledem k tomu, že osoby postižené Alzheimerovou nemocí či demencí často působí bezradným dojmem, by vytvoření nástěnky zajistilo to, že by měla každá osoba přehled o připravovaných aktivitách a sama se tak mohla bez zbytečného nátlaku rozhodnout, zda se zúčastní či nikoliv.

## 7 Limity práce

Do limitů práce řadíme především probíhající pandemii Covid-19 v České republice. Pandemie ve vybraném zařízení propukla během probíhajícího výzkumu dvakrát, což způsobilo velké časové prodlevy a prodloužení celkové doby trvání.

Dalším limitem je zdravotní stav vybraných participantů, kdy se dalo předpokládat a bohužel se i potvrdilo, že během probíhajícího výzkumu může dojít k úmrtí osob, ať už z důvodu věku či přidružených chorob.

S celkovým zdravotním stavem zúčastněných klientů souvisí další limit práce a sice střídání horších a lepších dnů, kdy je pro výzkumníka náročné předpovídat celkové chování a možnost zapojení participantů do připravených aktivit.

Posledním limitem je znalost výzkumníka s vybranými klienty zařízení díky praxi absolvované v rámci studia. To mohlo zapříčinit jejich nadšení a ochotu se vždy do připraveného programu zapojit.

## ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zabývala problematikou aktivizace seniorů postižených Alzheimerovou chorobou či demencí. Ústředním cílem práce bylo vytvoření jednotlivých baterií činností pro vybrané klienty domova se zvláštním režimem v Brně.

Diplomová práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zabývali klíčovými pojmy prolínajícími se celou prací. První kapitola měla čtenáři vymežit termín stáří a stárnutí a nastínit základní informace o přípravě na stáří a aktivním stáří. Ve druhé kapitole jsme se věnovali samotnému syndromu demence a Alzheimerově chorobě. Naše hlavní snažení v této kapitole směřovalo k objasnění stádií, a především symptomů výše zmíněných onemocnění, které jsou pro práci s klienty naprosto zásadní. Vzhledem k tomu, že aktivizační činnosti tvořily podstatnou část práce, byla jim věnována třetí kapitola, ve které jsme popsali celou řadu možných technik využívaných u osob postižených demencí.

Po zpracování teoretického rámce jsme přirozeně přešli k části empirické. Jak již bylo zmíněno, pro vybrané klientky byly vytvořeny baterie činností zaměřené na významné svátky a sice na Velikonoce, Den slovanských věrozvěstů Cyrila a Metoděje, Den vzniku samostatného Československa a Vánoce. Vzhledem k tomu, že do výzkumu byla vybrána cílová skupina, u které je velice obtížné posuzovat dosažení i minimálních pokroků, bylo hlavním záměrem našeho snažení vytvoření takového prostředí, ve kterém se osoby budou cítit bezpečně, zapomenou na všechna trápení a užijí si aktivní trávení volného času. I přes veškerá úskalí, která se v průběhu zpracování práce a přípravy programů objevovala, hodnotíme provedený experiment jako úspěšný.

Vytvořený program, a tedy i samotný výzkum probíhal pouze ve vybraném zařízení sociálních služeb. Avšak doufáme, že naše práce bude stimulem pro pracovníky pomáhajících profesí, a především pro pracovníky v sociálních službách. I přes to, že je jejich práce bez pochyb velice náročná a vyčerpávající, si senioři zaslouží tu nejlepší možnou péči, rovný přístup a možnost zapojení se do aktivizačních činností bez ohledu na jejich handicap. Uvědomujeme si, že v běžném provozu naráží pracovníci na bariéru v podobě nedostatku času, čímž logicky nemají potřebný prostor k tomu, aby na každý den vymýšleli a vytvářeli program dle individuálních potřeb klientů. Námi navržené aktivity by tak mohly být využívány nejen v praxi sociální práce, ale i v praxi speciálněpedagogické. Pokud se pracovníci nechají aktivitami inspirovat, ušetří tím čas, který budou moct věnovat těm nejzranitelnějším – našim seniorům.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUIJSSEN, Huub, 2006. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.
2. CAMPBELL, Jean, 2000. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti a dospělé]. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-428-1.
3. ČÍŽKOVÁ, Klára, 2005. Tanečně-pohybová terapie. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-547-7.
4. DESSAINT, Marie-Paule, 1999. Nezačínajte stárnout: [jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně]. Praha: Portál. ISBN 80-7178-255-6.
5. Encyklopedický slovník, 1993. Praha: Odeon.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ, 2005. Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-564-7.
8. HÁTLOVÁ, Běla, 2003. Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0719-0.
9. HAUKE, Marcela, 2017. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.
10. HOJGROVÁ, V, 2010. Reminiscenční terapie. Sociální služby, roč. 12. ISSN 1803-7348.
11. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J, 2007. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 1. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0177-4.
12. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
13. JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. Volný čas seniorů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.
14. JAROŠOVÁ, Darja, 2006. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 8073681102.
15. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
16. KALVACH, Zdeněk, 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6



17. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER, 2009. Základy muzikoterapie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.
18. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
19. KOLEKTIV AUTORŮ, 2018. Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů. Praha: Verlag Dashöfer. ISBN 978-80-87963-75-3.
20. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1999. Diagnostika a léčení syndromu demence. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.
21. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.
22. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
23. KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KŘÍŽOVÁ, 1997. Ergoterapie. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. ISBN 80-7067-698-1.
24. MACHÁČOVÁ, Kateřina a Iva HOLMEROVÁ, 2019. Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře. Praha: Mladá fronta. Medical services. ISBN 978-80-204-5489-8.
25. MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
26. MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
27. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, 2019. Sociální práce se seniory. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-761-3.
28. MÜHLPACHR, Pavel, 2004. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
29. MÜLLER, Oldřich, 2006. Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky. Olomouc: Univerzita Palackého. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1205-5.
30. MÜLLER, Oldřich, 2014. Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
31. NERANDŽIČ, Zoran, 2006. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.

32. POTMĚŠILOVÁ, Petra a Petra SOBKOVÁ, 2012. Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3120-8.
33. POTMĚŠILOVÁ, Petra, 2013. Arteterapie a artefiletika. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3683-8.
34. PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ, 2009. Trénování paměti a poznávacích schopností. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2738-7.
35. REGNAULT, Mathilde, 2011. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.
36. SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL, 2004. Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7326-026-3.
37. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2016. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.
38. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2008. Přehled vývojové psychologie. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2141-4.
39. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, 2011. Reminiscenční terapie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
40. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana a Danuše STEINOVÁ, 2009. Trénování paměti: metodická příručka. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-08-0.
41. ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
42. TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ, 2017. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
43. TVAROH, František, 1983. Všichni stárneme. 2. vyd. Praha: Avicenum, 248 s.
44. VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ, 2001. Terapie ve speciálně pedagogické péči. 2. rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.
45. VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VETEŠKA, 2021. Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2866-2.
46. WALSH, Danny, 2005. Skupinové hry a činnosti pro seniory: interakce a sebepoznávání, hry se slovy, kvízy, cvičení a relaxace, každodenní aktivity. Praha: Portál. ISBN 80-7178-970-4.

47. ZEDKOVÁ, Iveta, 2012. Tanečně pohybová terapie: teorie a praxe. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3185-7.
48. ZGOLA, Jitka M, 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.
49. ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

### **Elektronické zdroje**

50. 28. října – Den vzniku Československa - [online]. Dostupné z: <http://svatky.centrum.cz/clanek/28-rijna-den-vzniku-ceskoslovenka/63/>
51. Active Ageing. A policy framework. [online]. Dostupné z: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
52. Cyril a Metoděj – Víra pro děti. Víra pro děti [online] Dostupné z: <https://deti.vira.cz/clanky/Cytil-a-Metodej.html>
53. Cyril a Metoděj – Wikipedie. [online]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Cytil\\_a\\_Metod%C4%9Bj](https://cs.wikipedia.org/wiki/Cytil_a_Metod%C4%9Bj)
54. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [online]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/>
55. Česká arteterapeutická asociace. [online]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/>
56. Den vzniku samostatného československého státu – Wikipedie. [online]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Den\\_vzniku\\_samostatn%C3%A9ho\\_%C4%8Deskoslovensk%C3%A9ho\\_st%C3%A1tu](https://cs.wikipedia.org/wiki/Den_vzniku_samostatn%C3%A9ho_%C4%8Deskoslovensk%C3%A9ho_st%C3%A1tu)
57. Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. 2015 Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky [online]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard\\_FINAL\(2\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(2).pdf)
58. HORÁKOVÁ, Barbora. Aktivizace osob s Alzheimerovou nemocí v Domově se zvláštním režimem. Brno, 2018. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická. Katedra Institutu výzkumu inkluzivního vzdělávání.
59. MOHLER, Jan. Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí ve vybraném zařízení sociální péče. Zlín, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne. Fakulta humanitních studií. Ústav pedagogických věd.

60. Nadační fond Seňorina – pro lepší život s demencí. Nadační fond Seňorina – pro lepší život s demencí [online]. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/>
61. Netradiční psaní pohlednice – HLAHOLICE, žádný problém. Filokartie, pohlednice místopis, aukce pohlednic, pohlednice, staré pohlednice, pohledy [online]. Dostupné z: <https://www.filokartie.cz/netradicni-psani-pohlednice-hlaholice-zadny-proble-r-16-c-485-tisk>
62. Seniori v Česku. Český statistický úřad [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a4>
63. Sv. Cyril a Metoděj II. ZÁLEŠÁK Vladimír [online]. Dostupné z: <http://vladimirzalesak.cz/obrazyakresby/navrhy-k-sakralnim-obrazum/sv-cyril-a-metodej-ii/>
64. SVOBODOVÁ, Veronika. Aktivizace seniorů s demencí. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická. Katedra speciální pedagogiky.
65. ŠEVČÍKOVÁ, Petra. Aktivizace seniorů v prostředí sociálních služeb. Praha, 2017. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Fakulta filozofická. Katedra andragogiky a personálního řízení.
66. Vánoce – Wikipedie. [online]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/V%C3%A1noce>
67. Velikonoce – Wikipedie. [online]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Velikonoce>
68. World Federation of Music Therapy (WFMT). [online]. Dostupné z: <https://wfmt.info/>

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Šárka Vrzalová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Bc. Veronika Růžičková, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2022

<b>Název práce:</b>	Aktivizační činnosti pro seniory s diagnózou demence a Alzheimerova choroba v domově se zvláštním režimem
<b>Název v angličtině:</b>	Motivational activities for seniors diagnosed with dementia and Alzheimer's disease in a nursing home
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá aktivizačními činnostmi u osob postižených Alzheimerovou chorobou či demencí. Teoretický rámec vymezuje ústřední pojmy závěrečné práce. První kapitola se zabývá samotným stářím. Druhá kapitola pojednává o problematice Alzheimerovy choroby a demence. Poslední kapitola obsahuje výčet možných aktivizačních přístupů.</p> <p>Empirická část byla realizována ve vybraném zařízení sociálních služeb v Brně, kde byl prováděn experiment s vybranými klientkami. Cílem diplomové práce bylo vytvoření jednotlivých baterií činností zaměřených na významné svátky.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, demence, Alzheimerova choroba, aktivizační činnosti, sociální služby.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This Diploma thesis is concerned with the activation methods/techniques for individuals suffering from Alzheimer disease or dementia.</p> <p>Theoretical scope defines the main terms of the final thesis. The first chapter deals with senescence itself. The second chapter talks about the issues regarding Alzheimer disease and</p>

	<p>dementia. The last chapter contains the listing of possible activation approaches.</p> <p>The empirical part of this thesis was realized in a selected social service facility in Brno. Where the experiment took place with a chosen group of clients.</p> <p>The goal of this diploma thesis was the establishment of individual batteries of activities focused on important dates.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Old age, Dementia, Alzheimer's disease, Motivational activities, social services.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	63 stran (127 277 znaků)
<b>Jazyk práce:</b>	Český