

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

Aktivizace ve stáří

Diplomová práce

Zpracovala: Bc. Lenka Sýkorová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová

Datum odevzdání: 5. 5. 2008

Activation in old age

The old age is the period accompanied by a number of physiological, psychological and social changes. The human society gets older in the whole world and the Czech Republic is no exception. Also in the higher age it is necessary to maintain the physical as well as psychological and social activity which is based on the bio-psychological conception of the man and his needs. The activity in higher age is important not only for maintaining the physical as well as mental health, but it improves the quality of live in total. In connection to incorporation of activities in older age, the concept of activation is being applied. The activation is important for the seniors in the home environment as well as for seniors in senior homes where it contributes to the better adaptation of the new client having arrived into the facility. In the theoretical part, I write among others of individual activation programs being offered by senior homes.

The first goal of the thesis is to survey the activation programs offered in the senior homes in the South Bohemia. The second goal is to find out if the clients take advantage of these programmes. The hypothesis was postulated „The most seniors in the senior homes take advantage of the activation program for memory training“.

The research complex consists of clients of senior homes, moreover of the employees performing the activation in the senior homes and the directors of senior homes. The research was performed in senior homes on the territory of the South Bohemian region in the time from 20th March to 15th April 2008. 34 clients of senior homes, 12 directors of senior homes and 9 employees performing activation in senior homes took part in the research.

In the thesis the following methods of data collection were applied: half-controlled talk, standardised questionnaire and comparative analysis. In the talks with clients in the senior homes I was interested in the fact what offered activation programs are being utilized by the clients, how they are satisfied with programs, the contribution of these programs. The questionnaires were determined for the directors of senior homes on the territory of the South Bohemian Region and moreover for the employees performing the activation. By means of the questionnaires I surveyed the kinds of the

offered activation programs, usage of programs by the clients, contribution of activation programs for the clients, staff assurance in the programs and professional education of the employees performing the activation, but also new possibilities in the field of activation.

It follows from the research that the most seniors in the senior homes take advantage of the ergo-therapy. The postulated hypothesis was refuted.

The thesis shall contribute to the better survey of the individual activation programs, their contents, contribution and possibilities of usage in the work with seniors and it shall also give feedback to individual facilities.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Aktivizace ve stáří vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. 5. 2008

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Lence Motlové za odborné konzultační vedení, cenné rady a připomínky ke zpracovanému tématu.

Obsah

	Úvod	9
1.	Současný stav	11
1.1.	Pojem stáří a stárnutí	11
1.1.1.	<i>Faktory ovlivňující proces stárnutí</i>	11
1.1.2.	<i>Úspěšné stárnutí</i>	12
1.1.3.	<i>Rozdělení věku</i>	13
1.1.4.	<i>Demografie stáří</i>	14
1.1.5.	<i>Projevy přirozeného stárnutí</i>	15
1.1.5.1.	<i>Fyziologické změny ve stáří</i>	15
1.1.5.2.	<i>Duševní změny při stárnutí</i>	16
1.1.5.3.	<i>Sociální změny ve stáří</i>	18
1.2.	Aktivizace	20
1.2.1.	<i>Bio-psycho-sociální pojetí člověka a základní lidské potřeby</i>	20
1.2.2.	<i>Psychická, fyzická a sociální stimulace v životě seniorů</i>	23
1.2.3.	<i>Pojem a cíl aktivizace</i>	24
1.2.4.	<i>Rozdělení a metody aktivizace</i>	25
1.2.5.	<i>Motivace k činnostem</i>	28
1.2.6.	<i>Význam aktivizace pro adaptaci seniora v instituci</i>	29
1.2.7.	<i>Aktivizační programy pro seniory</i>	31
1.2.7.1.	<i>Mozkový trénink</i>	32
1.2.7.2.	<i>Kognitivní rehabilitace a stimulace</i>	35
1.2.7.3.	<i>Vzdělávání</i>	36
1.2.7.4.	<i>Ergoterapie</i>	37
1.2.7.5.	<i>Pohybová terapie</i>	38
1.2.7.6.	<i>Taneční terapie</i>	40

1.2.7.7.	<i>Zooterapie</i>	42
1.2.7.8.	<i>Canisterapie</i>	43
1.2.7.9.	<i>Arteterapie</i>	44
1.2.7.10.	<i>Muzikoterapie</i>	45
1.2.7.11.	<i>Multismyslová terapie snoezelen</i>	47
1.2.7.12.	<i>Bazální stimulace</i>	48
1.2.7.13.	<i>Reminiscenční terapie</i>	49
1.2.7.14.	<i>Validace</i>	50
1.2.7.15.	<i>Preterapie</i>	51
1.2.7.16.	<i>Maieutický přístup – empatické ošetřovatelství</i>	52
2.	Cíl práce a hypotézy	54
2.1.	<i>Cíle práce</i>	54
2.2.	<i>Hypotéza</i>	54
3.	Metodika	55
3.1.	<i>Metody a techniky výzkumu</i>	55
3.1.1.	<i>Rozhovory s klienty – seniory</i>	55
3.1.2.	<i>Dotazník - ředitelé domovů pro seniory a pracovníci provádějící aktivizaci</i>	55
3.1.3.	<i>Komparativní analýza</i>	56
3.2.	<i>Charakteristika souboru</i>	56
3.3.	<i>Realizace výzkumu</i>	57
4.	Výsledky	59
4.1.	<i>Rozhovory s klienty – seniory</i>	59
4.2.	<i>Dotazník – ředitelé domovů pro seniory</i>	78
4.3.	<i>Dotazník – pracovníci provádějící aktivizaci</i>	97
4.4.	<i>Komparativní analýza</i>	115

5.	Diskuse	121
6.	Závěr	132
7.	Seznam použité literatury	123
8.	Klíčová slova	140
9.	Přílohy	141

„Způsob života je mnohem důležitější
než počet prožitých let.“

Seneca

Úvod

Stáří představuje poslední vývojové období v životě člověka, ve kterém dochází k řadě změn. Počet seniorů v populaci narůstá, a to nejen ve vyspělých státech Evropy, ale také v České republice. V období stáří nesmíme zapomínat na vhodnou tělesnou aktivitu a na odpovídající duševní a sociální stimulaci, protože každý z nás představuje biopsychosociální bytost s určitými základními potřebami, k nimž neodmyslitelně patří také potřeby sociální. Aktivita ve stáří je důležitá nejen pro udržení dobrého fyzického a duševního zdraví, ale též pro pocit spokojenosti a užitečnosti. Se začleňováním aktivit do života seniorů, ale zejména s vytvářením podmínek pro nejrůznější aktivity souvisí pojem aktivizace. Přestože neexistuje jednotná definice pojmu aktivizace, jde o vytváření takového prostředí, které podporuje seniora v nějaké činnosti, která je mu milá a která jej uspokojuje.

Aktivizace je důležitá nejen u seniorů žijících v domácím prostředí, ale též u seniorů umístěných v rezidenčních zařízeních, kde jsou klientům nabízeny různé aktivizační programy. Tyto programy pomáhají nově přichozím seniorům v adaptaci na nové prostředí a ostatním seniorům ve smysluplném vyplnění volného času. Aktivity v domovech pro seniory mohou nejen pomoci poznat nové lidi či navázat nová přátelství, ale mohou člověku přinést seberealizaci a nalézt smysl života. Aktivity by měly vždy vycházet z individuálních možností, potřeb a přání každého seniora.

K dispozici by měly být jak skupinové, tak individuální aktivity, dále činnosti pro pohyblivé klienty i pro klienty upoutané na lůžku či postižené demencí, protože každý senior v instituci má právo na vhodnou stimulaci a rozvoj, a to ve vhodném prostředí.

Je však potřeba činnost nejen nabídnout, ale také seniory k činnosti motivovat, protože mnozí senioři raději zůstávají ve svém pokoji, než aby se účastnili nějakých

aktivit, a to z různých důvodů. Může to být obava z něčeho nového, neznámého, nevhodné načasování aktivit, ale i přítomnost cizích osob či účast osoby, kterou dotyčný senior nemá rád. Pro zvýšení zájmu ze strany klientů je vždy důležitá vhodná a zejména pestrá nabídka aktivit, aby měl senior možnost volby a mohl si vyzkoušet též něco nového, co jej zajímá. Zároveň je důležité, aby senior viděl výsledek své činnosti. Takovéto aktivity pak přináší svým seniorům cíl, smysl a uspokojení, což přispívá k celkovému zlepšení tělesného i psychického stavu seniora, ke zvýšení subjektivní spokojenosti a kvality jeho života.

Téma diplomové práce jsem si vybrala zejména proto, že mě problematika týkající se seniorů zajímá a ráda se seniory pracuji. Domnívám se, že ve stáří je důležité být aktivní a mít nějaké zájmy a oblíbené činnosti. Proto mne zajímají aktivity, které jsou seniorům nabízeny, zejména pak v rezidenčních zařízeních. Také považuji za důležité, aby se mohli aktivitě věnovat též senioři s výrazným zdravotním omezením. V práci se tedy zaměřuji na domovy pro seniory a na jednotlivé aktivizační programy, které jsou klientům nabízeny.

1. **Současný stav**

1.1. **Pojem stáří a stárnutí**

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou modifikovány chorobami, životním způsobem a životními podmínkami. Stáří je spojeno s řadou významných sociálních změn. Dochází k vzájemnému prolínání všech příčinných i následných změn, mnohé tyto změny jsou protichůdné a v důsledku toho je velmi obtížné jednotné vymezení a periodizace stáří **(39)**. Obvykle však určujeme stáří jedince na základě kalendářního věku **(10)**.

Stárnutí je celoživotní proces **(39)**, charakteristický morfologickými a funkčními změnami **(37)**, které probíhají individuálně a vedou k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp **(25)**. Proces stárnutí postihuje nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivita) či poškozováním (chorobné procesy) **(39)**.

1.1.1. ***Faktory ovlivňující proces stárnutí***

Vztah ke stáří bývá významně ovlivněn již v dětství. Záleží proto na rodičích a na přístupu k jejich vlastním rodičům – tím dávají příklad svým dětem. Stáří nám však nevědomky připomíná naši vlastní perspektivu, s níž se nechceme ztotožnit **(56)**.

Jak uvádí Seel **(50)**, mohou proces stárnutí urychlit:

- a) genetické faktory,
- b) chybějící nebo nedostatečná duševní a pohybová aktivita během života,
- c) rizikové faktory jako nedostatek pohybu, nesprávná životospráva, nadměrné pití alkoholu či trvalá nadměrná psychická zátěž,
- d) těžká onemocnění a traumata, především po 60. roce **(50)**.

Naopak zpomalit stárnutí mohou podle Seela **(50)**:

- a) duševní a tělesná aktivita všeho druhu **(50)**, přiměřený rozsah těchto aktivit,
- b) odpovídající objem tělesných a relaxačních cvičení **(56)**,
- c) aktivní účast na utváření každodenních aktivit, zájem o dění kolem sebe,
- d) zdravý životní styl **(50)**, jako zlepšení kvality výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin **(56)**, dostatek odpočinku, spánku, pohybu, atp.,
- e) léčba onemocnění, předcházet tak vzniku následků,
- f) integrace do rodiny a společnosti **(50)**.

1.1.2. Úspěšné stárnutí

Stárnutí je zákonitý, nikoli však neměnný proces. Stárnutí může být úspěšné – se zachováním dobré kvality života a funkční zdatnosti do nejvyššího věku. Stárnutí však může být i neúspěšné. Za neúspěšné stárnutí považujeme předčasnou manifestaci „stařeckých změn“ – nízkou funkční zdatnost, špatný zdravotní stav a v extrému až nesoběstačnost **(37)**. Neúspěšné stárnutí s sebou přináší vícečetná omezení možností a různá znevýhodnění **(22)**.

Realizovat „úspěšné stárnutí“ lze díky zachování dostatku zájmů a díky aktivitě. Je důležité být v rovnováze s nezbytným odpočinkem, uspořádat si životní náplň podle svého dřívějšího zaměření tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, ale také být stále otevřen vůči novým poznatkům a usilovat o adaptaci na nové požadavky. Dále je nezbytné udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat nové vztahy, mít potěšení z dobrých věcí, které život dává, a plně jich užívat. Člověk by se měl vyhýbat emočně rozrušujícím situacím, a zvládat vše s moudrostí, která vyplývá z větší nezávislosti na okamžitých situacích a z pohledu na život v jeho celku **(34)**. Dobrý zdravotní i funkční stav seniora pak umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale i žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu **(39)**.

Koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří je založen na přesvědčení, že lidský život lze nejen prodlužovat, ale ve stáří též funkčně zkvalitňovat **(41)**. Většina

současných koncepcí „úspěšného stárnutí“ i ostatní programy zaměřené na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří tedy dnes spíše zdůrazňují udržení dostatečné aktivity lidí vysokého věku. Nečinnost je totiž patogenní jak tělesně (atrofie svalů, smyslových orgánů z nečinnosti; imobilizační syndrom, kdy člověk ztrácí pohybové i další dovednosti, je-li po delší dobu upoután na lůžko), tak i psychicky a sociálně (34).

1.1.3. *Rozdělení věku*

Kalendářní stáří je vymezeno dosažením určitého věku, od něhož se obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace (39).

Jak uvádí Kramářová (30), nejčastěji je užíváno rozdělení stáří dle Světové zdravotnické organizace (30), která jako hranici stáří označila věk 60 let (39):

- a) 60 – 74 let = věk vyšší, starší či ranné stáří,
- b) 75 – 89 let = pokročilý, stařecký věk, pravé stáří, senium,
- c) nad 90 let = dlouhověkost (30).

Gruberová zmiňuje dělení stáří užívané v anglosaských zemích:

- a) 65 – 74 let = mladí staří young old,
- b) 75 – 84 let = staří old old,
- c) 85 let a více = velmi staří very old (15).

Biologické stáří představuje hypotetické označení konkrétní míry involučních změn, které jsou většinou úzce spojeny se změnami způsobenými chorobami, vyskytujícími se s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza) (39). Pomocí biologického věku lze lépe určit, jaké fyzické, psychické a intelektuální vlastnosti člověk asi má, jak se bude chovat a reagovat (10). Přesné vymezení biologického věku (25), který by byl výstižnější než kalendářní věk člověka (39), se však nedaří a není shoda ani o tom, co by měl biologický věk vyjadřovat (25).

Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění (39). Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (25).

V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci člověka, která člení lidský život do 3 event. 4 velkých období, tzv. věků. Dle tohoto pojetí je stáří považováno za třetí, postproduktivní věk; případně čtvrtý věk, období závislosti (39).

1.1.4. Demografie stáří

Stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy. Tento demografický vývoj bude v dalších letech pokračovat. Přispěje k němu zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a v dalším období zejména prodlužující se pravděpodobná doba dožití (46). Demografická situace v České republice navazuje na trendy populačního vývoje vzniklé počátkem předchozího desetiletí. V roce 2002 došlo k dalšímu prohloubení procesu stárnutí populace, který u nás probíhá s mírnými výkyvy od počátku 20. století (19). Mění se tedy věková skladba obyvatelstva a česká společnost stárne. Prodlužuje se střední délka života, která je doprovázena:

- a) poklesem porodnosti,
- b) snižováním podílu obyvatel středního věku v populaci (občané v produktivním věku),
- c) přibýváním počtu seniorů – obyvatel v poproduktivním věku, s prognózou zvyšování podílu (35).

Věková struktura obyvatel ČR se zcela transformuje v krajně regresivní typ věkové struktury, která bude výrazně determinovat základní trendy dalšího demografického vývoje (19).

Podle demografický prognóz by lidé starší 65 let v roce 2030 měli tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce

2005 tvořily osoby starší 65 let 14,2 % obyvatel České republiky. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších **(46)**.

1.1.5. Projevy přirozeného stárnutí

Stárnutí provází celá řada změn **(30)**. Dominantou je pokles funkčních rezerv, zhoršení adaptability, snížení schopnosti regulací. Již od třiceti let se zhoršují biologické funkce organismu asi o 1% ročně **(37)**.

1.1.5.1. Fyziologické změny ve stáří

V centrálním nervovém systému dochází k redukci hmoty mozku a počtu neuronů **(63)**, neurony rychleji zanikají **(16)**. Snižuje se hmotnost a objem mozku **(30)**. Dendrity prodělávají změny progresivní (růst, větvení) i regresivní **(30)** (úbytek neuronů, redukce neuronálních výběžků) **(15)**.

Ve stáří se celkově zhoršují funkce nervového systému **(37)**. Zhoršuje se funkce nervových buněk **(50)** a klesá rychlost šíření vzruchu. Snižuje se dráždivost nervosvalové tkáně **(37)**. Pomalejší tvorba dočasných spojů a zvyšování prahů dráždivosti receptorů způsobují pokles plasticity centrální nervové soustavy **(16)**. I v průběhu normálního stárnutí jsou nacházeny v mozku v minimálním množství změny související s Alzheimerovou chorobou **(30)**.

Pohybový systém provází snížení tělesné výšky a **(37)** změna držení těla **(24)**. Dále dochází k degenerativním změnám kloubních chrupavek; kost se stává křehčí, a tím i lomivější **(16)**. Ubývá svalová síla **(37)** a svaly atrofují při nečinnosti rychleji než v mladším věku **(16)**.

Kardiovaskulární systém prodělává změny v cévní stěně, která ztrácí pružnost **(16)**, zvyšuje se systolický krevní tlak a minutový objem srdeční **(50)**. V cévách jsou již po 60. roce života přítomny aterosklerotické změny (u každého jedince v různých stupních) **(15)**.

V respiračním systému dochází k poklesu váhy **(15)** a elasticity plic **(29)**. Snižuje se vitální kapacita plic (Seel) a zhoršuje se plicní ventilace **(15)**.

V trávicím systému probíhá postupná ztráta dentice, mění se množství i chemické složení slin. Atrofuje sliznice žaludku. Snižuje se sekrece trávicích šťáv (15), ubývá produkce enzymů. Zpomalují se trávicí funkce (50).

Vylučovací systém provází snižování velikosti a váhy ledvin (15), zmenšuje se funkce ledvin (50).

V oblasti smyslových orgánů dochází ke zhoršení vidění nablízko (presbyopie), v důsledku horší akomodace, která je způsobena sníženou elasticitou oční čočky (17). Mění se též zraková ostrost (20) a dochází k poklesu sekrece slz (15). Dále se zhoršuje také sluch (50) (presbyakuze) a čich (15), ubývá chuť a hmatové vnímání (50).

Kůže prodělává následující změny: zkracuje se životnost kožních buněk. Ubývají kolagenní vlákna, kůže je méně elastická (15) a ztenčuje se. Tvoří se vrásky, ochabuje tvorba potu a kožního mazu (50). Dochází ke ztenčování a šedivění vlasů (15). Na kůži vznikají různé kožní změny - skvrny, bradavice (50).

Změnami prochází též endokrinní systém (změny hladin některým hormonů, což má za následek orgánové a funkční změny - osteoporóza, obezita atd.) (53) a imunitní systém (pokles imunitní reakce) (50).

1.1.5.2. Duševní změny při stárnutí

Podobně jako u tělesného stárnutí i v duševním vývoji těžko odlišujeme přirozené involuční změny dané věkem od změn, které jsou součástí nebo následkem duševní poruchy. V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které s sebou věk nese a které determinují duševní involuci (49).

Ve stáří dochází ke zpomalení psychomotorického tempa – zpomalují se tak centrální procesy spojené se zpracováním podnětu a rozhodováním o způsobu reakce (30). Zpomalena je též duševní činnost (49), starší člověk bývá méně čiperný (50) a „pomaleji mu to zapaluje“ – v důsledku pomalejší aktivity mozkových buněk. Vysvětlením však může být také zvýšená opatrnost seniorů: přesnost je pro ně

důležitější než rychlost (49). Dále ve stáří klesá pozornost (30), koncentrace (15) i postřeh (49), člověk se rychleji unaví (50).

Klesá tempo i rychlost fixace nových zážitků, což má za následek snížení adaptability – zejména přizpůsobení se novým situacím (15) či životním podmínkám (16). Senior špatně snáší změny, má rád svůj pořádek v čase i v prostoru (49). Čím je starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování nebo jiná větší životní změna (39). Snižuje se též odolnost k mimořádným psychickým zátěžím (16) a ke stresu (49).

Dalším rysem stáří je snížení zájmu o okolí až netečnost. Příčinou je zřejmě ubývání výběžků mozkových buněk a řídnutí jejich propojení. V důsledku toho je emoční prožívání méně intenzivní a často chudší, plošší, u mnohých začínají převažovat emoce negativní – mrzutost, nespokojenost atp. (49).

S věkem se mění některé paměťové funkce. Poněkud se zhoršuje epizodická paměť (váže se k situaci a místu) (30). Sémantická složka paměti zahrnující dříve nabyté poznatky a zkušenosti nemusí být ve stáří výrazněji změněna. Nejvíce se změny projevují v oblasti tzv. novopaměti – tj. okamžité vyvolávání nových informací nebo učení se (vštipivost) (63). Zhruba od třicátého roku věku klesá schopnost příjmu a udržení informací v dlouhodobé paměti. Od sedmdesátého roku věku je tento pokles ještě prudší (32).

Rozumové schopnosti zůstávají v případě fyziologického stárnutí až do vysokého věku zachovány (30). Přesto v některých složkách inteligence se výkon ve stáří značně zhoršuje (49). Sociální inteligence však s věkem neklesá (3).

Stárnutí bývá spojeno se zjednodušováním osobnosti (49). Lidé v postproduktivním věku vyklízejí své pozice. Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, nadosobním i osobním cílům. S novými problémy a stresy se vyrovnává primitivnějším způsobem. Snižuje se zájem člověka o okolí a objevuje se netečnost (39).

Ve vyšším věku dochází též ke změně osobnosti. Projevují se nepěkné vlastnosti a sklony, které v mládí a ve středním věku dokázal člověk tlumit, držet na uzdě, případně se projevovat přijatelným způsobem. Stupňuje se šetrnost, mrzoutství, panovačnost, podezíravost aj. (49). Mění se emotivita – na jedné straně se snižuje

intenzita citového prožívání, snižuje se dopad událostí na vlastní emotivitu. Na druhé straně se však člověk stává snáze zranitelným a snadněji se u něj vybaví zevní projevy emocí. S věkem obvykle stoupá vytrvalost a trpělivost, odolnost k životnímu a pracovnímu stereotypu, tolerance k druhým, tolerance k opačným názorům, zájem jednotlivce o všeobecné dění **(30)** a mění se osobní hodnoty. Dochází ke zrání osobnosti, přibývání životních zkušeností i vnitřní nezávislosti. Zvyšuje se odpovědnost a spolehlivost **(50)**.

Slovní zásoba **(30)** stejně jako znalost jazyků zůstávají s věkem stejné **(62)**.

Pokles duševní výkonnosti není všeobecný a je ovlivňován různými faktory – duševním cvičením, vzděláváním, zdravotním stavem, zájmem o okolí atp. **(50)**.

Dochází také ke změnám v sexuální aktivitě. Sex je ve stáří většinou méně významnou hodnotou, přesto tato potřeba nemizí a mnozí lidé žijí aktivním sexuálním životem ještě ve vysokém stáří **(34)**.

1.1.5.3. Sociální změny ve stáří

Současné celospolečenské programy kladou hlavní důraz nikoliv na další prodlužování života, ale zejména na podporu kvality života ve stáří; zdůrazňovány jsou především principy nezávislosti, participace, seberealizace a důstojnosti starých lidí. Prosazuje se koncepce „úspěšného stárnutí“ – nárůst starší populace nemusí nutně znamenat zvýšení počtu osob závislých a nemocných, je-li společností dostatečně zajištěna prevence vzniku závislosti **(34)**.

Senior se musí přizpůsobit nejen řadě změn ve vlastním organismu (změny involuční, zvýšená nemocnost), ale i řadě změn vnějších. Mezi vnější změny patří např. změna sociálního postavení a prostředí **(34)**. Člověk ztrácí některé sociální kontakty (např. kolegové z práce). Ustupuje ze společenského života, místo toho se více soustředí na vlastní osobu. Může však navazovat nové sociální kontakty – např. prostřednictvím zájmových činností či nových skupinových aktivit. Člověk ve vyšším věku se musí častěji vyrovnávat s úmrtím příbuzných, přátel **(50)** a životního partnera **(34)**. Ztrácí též role v rodině – děti jsou již samostatné a zakládají vlastní rodiny. Následuje přejímání

nových rolí **(50)** – role prarodiče, „výuková role“ (hodnoty, postoje, atp.) **(34)**
Odchodem do starobního důchodu ztrácí roli ve společnosti, danou pracovním postavením **(15)**.

Významnou změnou je odchod do starobního důchodu. Pro někoho může znamenat osvobození od povinností a zátěže, více času na nové aktivity, jiný člověk může mít pocit nepotřebnosti a bezcennosti **(50)**. V každém případě je ukončení soustavné výdělečné činnosti, kterou člověk vykonával řadu let, nesmírně významným, mnohostranným předělem, který jej nutí přebudovat identitu **(49)**.

Mnoho budoucích důchodců má strach z budoucnosti. Bojí se ekonomické nejistoty, těžko se smířují se snížením příjmu **(49)**. U lidí v důchodovém věku se častěji vyskytují ekonomické problémy **(15)**. Následkem toho může být až ztráta sociálních kontaktů, zájmů či určitých zvyků **(50)**.

Lidé, odcházející do důchodu, mohou mít před sebou různé představy. Stáří je často spojováno s úpadkem, se závislostí, se samotou a izolací, povahovou ztuhlostí či přísností, neschopností naučit se něčemu novému, neproduktivností a pomalostí při vykonávání každodenních činností. Lidé si také myslí, že se jejich společenský, rodinný a materiální život naruší či dokonce zhorší. Pro člověka je proto důležité připravit se na změny spojené s odchodem do důchodu – zařídit si bohatý, podnětný a plný život **(9)**, včas začít pěstovat osobní záliby, kterými bude vyplňovat čas v důchodu. Výborné jsou zájmové kluby a kroužky, ve kterých lze pěstovat záliby do vysokého věku **(49)**. To vše může pomoci přizpůsobit se nové situaci. V opačném případě hrozí ztráta sebedůvěry, pocit zbytečnosti, přesvědčení člověka, že není k ničemu a proces stárnutí je tak urychlen **(9)**. Nejdůležitější složkou života jsou blízké rodinné a přátelské vztahy. V důchodovém věku mají lidé větší příležitost trávit více času se svými nejbližšími. Je třeba více pěstovat společné záliby. Stárnoucí člověk si více váží přátelství, která mu zůstala z mládí nebo která navázal později. Jsou lidé, kteří se sblíží snadno a rychle. Většina lidí však stále obtížněji vytváří nové vztahy, osamělost je stále větší strádání či hrozba **(49)**.

Stáří může vyvolat též životní krizi, související s měnícími se podmínkami. Proto jsou pro tuto životní etapu zvláště důležité sociální vztahy (zejména pokud dávají

člověku pocit, že je důležitý a cenný). Také reakce a chování jednotlivců a společnosti ovlivňuje osobní situaci a pocity starého člověka) (50) Ve společnosti se také setkáváme s diskriminací starých lidí = ageismus (67), což souvisí např. s neschopností udržet tempo s mladými, zvládat nové pracovní postupy a novou techniku, což zhoršuje uplatnění v práci. Člověk v důchodu, který si nevydělává, se dostává do pozice závislosti na společnosti (15).

1.2. Aktivizace

Lidé vyššího věku by měli mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností (66). Aktivita je přirozenou sociální potřebou člověka, která formuje jeho život v každém věku (61). Senioři by měli mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti. Toto by mělo obzvláště platit v institucích, poskytujících péči seniorům. Ze Zásad OSN pro seniory vyplývá, že tyto instituce pečující o seniory by měly zajistit přiměřenou sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí (66). Jak je uvedeno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (64), v institucích poskytujících služby seniorům by měly být poskytovány mimo jiné též aktivizační činnosti (64). V této souvislosti tedy hovoříme o pojmu „aktivizace“, která je zvláště důležitá v období stáří, protože přináší značné hodnoty v oblasti prevence, správného životního stylu, integrace a zkvalitňuje život jako takový (62).

1.2.1. *Bio-psycho-sociální pojetí člověka a základní lidské potřeby*

Celistvost člověka je tvořena jako jednota těla, duše a ducha (50). Ačkoli se celistvost osobnosti každého jedince skládá z těchto dimenzí (vrstev), přesto tvoří integrální jednotu (23). Tyto dimenze jsou ve vzájemném vztahu a navzájem se ovlivňují (50). Člověk je tedy vnímán jako bio-psycho-sociální bytost (23). Důležitou součástí člověka jako bytosti je též vnější okolí – dochází k vzájemnému ovlivňování

jednotlivých složek a okolí. Lidské bytí je ve vztahu k vlastní osobě, k sociálnímu okolí (rodina, společnost) a k okolnímu prostředí (příroda, průmysl) **(50)**.

Ve stáří je důležitá prevence neboli hledání a rozvíjení faktorů, které člověka udržují v dobrém zdravotním stavu a tento stav dále zlepšují a příznivě ovlivňují, což prosazuje tzv. biopsychosociální přístup k nemoci. Tento přístup dále zdůrazňuje, že na zdravotní stav mají vliv nejen biologické a psychické faktory, ale též oblast sociální. Jde zejména o vzájemné vztahy mezi lidmi, o nasycení nebo frustraci sociálních potřeb, o sociální harmonii či disharmonii, o evaluaci či devaluaci v mezilidské komunikaci. Další z charakteristik biopsychosociálního modelu zdraví je podpora preventivní formy udržování a posilování zdraví s důrazem na aktivní přístup k životu. Biopsychosociální model je tedy z hlediska preventivní péče o seniory rozhodující. Posílením aktivního přístupu k životu lze v budoucnu zlepšit zdravotnost a zdraví celé populace **(56)**.

Základní lidské potřeby člověka se vztahují ke všem dimenzím lidského bytí a jsou v různých životních situacích odlišně hodnoceny **(50)**. Maslow rozděluje lidské potřeby (motivy) do pěti skupin. Níže umístěné potřeby musí být dostatečně uspokojovány, aby se mohly uplatnit potřeby vyšší úrovně. Hierarchie postupuje zdola nahoru takto:

- 1) fyziologické potřeby **(31)** (hlad, žízeň, spánek, pohyb atd.) **(50)**,
- 2) potřeba jistoty a bezpečí,
- 3) potřeba někam patřit,
- 4) potřeba ocenění druhými a kladného sebehodnocení,
- 5) potřeba sebeaktualizace **(31)** (potřeba jedince něco dělat - to, k čemu je způsobilý) **(50)**.

Křivohlavý **(32)** uvádí následující druhy sociálních potřeb:

- a) potřeba afiliace – sociálního kontaktu – styku s druhými,
- b) potřeba přátelského vztahu – mít člověka, kterému je možno důvěřovat,
- c) potřeba sociálního připoutání (attachment),

- d) potřeba vzájemnosti – být v něčí péči a o někoho pečovat,
- e) potřeba sociální komunikace – s někým mluvit, vést rozhovor, sdílet, nejen sdělovat,
- f) potřeba sociálního porovnávání (komparace) – porovnávání sebe s druhými lidmi,
- g) potřeba spolupráce (kooperace) – překračovat omezené individuální možnosti,
- h) potřeba zajištění sociálního bezpečí – proti nežádoucím útokům druhých lidí,
- i) potřeba kladného sociálního hodnocení (evalvace) – potřeba uznání vlastní hodnoty druhými lidmi, potřeba respektu (úcty), sociálního uznání, pochvaly atp.,
- j) potřeba sociálního zařazení a začlenění – být přijat druhými lidmi a patřit do zcela určité sociální skupiny,
- k) potřeba sociální identity – být „někým“ v rámci určité sociální skupiny,
- l) potřeba lásky – být milován, vážen, uznáván jako člověk a potřeba někoho milovat **(32)**.

Ve stáří se některé potřeby mění. Snižuje se pocit žízně, chuť k jídlu. Ubývá potřeba spánku. Zesiluje potřeba jistoty fyzické, psychické a sociální strážce – např. strach z onemocnění, ze sociálního vyčlenění a osamělosti či chudoby. Jiné potřeby zůstávají nezměněny: potřeba respektu, akceptace, lásky, užitečnosti, seberealizace, samostatnosti, nezávislosti, sociálního zařazení a potřebnosti **(50)**.

Kvalita života každého člověka je velmi subjektivní a individuální. Kvalitu života jedince ovlivňuje věk, zdravotní stav a s ním související fyzická a psychická výkonnost, pohlaví, rodinná situace, životní úroveň, vzdělanostní úroveň, získaný socioprofesionální status apod. Subjektivní prožívání kvality života v postproduktivním věku ovlivňují i životní aspirace jedince, hodnotové orientace, zejména pak hodnoty spojené s kultivací osobnosti. I ve vyšším věku je nejdůležitějším kritériem kvality života různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby fyziologické, psychické či sociální **(39)**.

1.2.2. Psychická, fyzická a sociální stimulace v životě seniorů

Základními předpoklady plnohodnotného života ve stáří jsou psychická, fyzická a sociální stimulace **(54)**. Ta je zvláště důležitá ve stáří, zejména při vstupu do důchodu, kdy odpadají činnosti, které doposud smysluplně vyplňovaly den člověka **(50)**. Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti. Odchod do důchodu a s ním související úbytek sociálních kontaktů znamená pro člověka omezení aktivity, sníženou možnost komunikace a ztrátu své profesní role, což může snižovat jeho vlastní hodnotu **(39)**. V životě každého seniora je důležité zachovat či obnovovat soběstačnost, sociální síť, komunikační schopnosti a pocit smysluplné existence. Pocit smysluplné existence představují u většiny seniorů, včetně jedinců závažně nemocných, různé formy aktivit **(22)**. Aktivita přispívá k seberealizaci a rozvoji osobnosti, napomáhá k sebepoznání **(50)** a přináší člověku též sociální kontakty, komunikaci a možnost sdílení **(22)**. Je tedy důležitá pro udržení tělesného, duševního i duchovního života **(50)**.

Omezení v oblasti aktivit je lidmi pociťováno různě, zvláště je-li spojeno se závislostí. Onemocnění, vysoký věk či život v institucích (domovy pro seniory aj.) si mohou vynutit rozsáhlé změny ve zvycích a aktivitách člověka **(50)**. Zdravý výkonný člověk zvládne plánovat a organizovat své aktivity samostatně, zvažovat co je pro něj důležité, rozlišovat práci, zábavu a odpočinek, střídat činnosti sebeobslužné či individuální a činnosti prováděné ve spolupráci s druhými nebo pro druhé **(22)**. Tělesná slabost, zdravotní problémy **(50)**, jako například porucha mobility, postižení motoriky, smyslových orgánů či kognitivních funkcí **(22)**, mohou znemožnit početné možnosti člověka využívat různých aktivit **(50)**. Omezuje se tak účast člověka na životě komunity či celé společnosti. Čím větší je pak fyzické a/nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím větší význam má podpůrná funkce prostředí **(22)**.

Jak dále uvádí Janečková **(22)**, život seniora ovlivňují kromě zdravotního stavu též sociální změny a události. Část seniorů si zachovává soběstačnost, aktivitu, životní program a řízení svých záležitostí včetně společenské participace a seberealizace do

nejvyššího věku. Jiní senioři propadají do problémů, neúspěšnosti či izolace. Jsou frustrováni a deprivováni, selhávají v řešení svých záležitostí. Určitá část senioři by byla ráda aktivní, ale neví, jak vytvořit vhodné podmínky pro zájmovou činnost, nebo nemá možnosti zájmovou činnost vytvořit. Někteří senioři, nejčastěji se zdravotním postižením, potřebují určité aktivity, obvykle v řízené podobě, které mohou být součástí komplexních léčebných či preventivních programů (22).

1.2.3. Pojem a cíl aktivizace

Podle Vodákové (61) se aktivizací rozumí podněcování, stimulace k činnosti. Nedostatek stimulace vede po delší době k apatii a zpomalení duševní vývoje (61). Pojem **aktivizace** seniorů však vyvolává představu pasivního konzumenta předem připravených aktivizačních programů. Tento pojem je tedy dnes spíše nahrazován pojmem **programování aktivit**, což představuje nenásilné vytváření podmínek a nabízení možností (22).

Činnosti, jež skutečně stimulují, pomáhají zlepšovat kvalitu života člověka. Nadměrná stimulace však může mít nepříznivé důsledky, které mají za následek úzkost, depresi, někdy až neklid s možnou agresivitou. Proto je důležité vybírat aktivity pečlivě (30). Aktivizace by neměla být násilná, samoučelná či prováděná v nežádoucí formě (61).

Cílem aktivizace (programování aktivit) je vytváření podpůrného prostředí – v oblasti materiální, psychologické, sociální i duchovní. Skutečná podpora aktivity člověka představuje společné hledání toho, co mu dává smysl a přináší radost, příjemné prožitky a pocity tak, jak je tomu v každodenním životě každého člověka. Důležitou součástí podpory aktivit je důstojnost. (22).

Aktivizace je přínosná pro upevnění fyzických i psychických sil. Dále pro zachování či zlepšení soběstačnosti, uvědomění si vlastní ceny a potřebnosti pro společnost, upevnění schopnosti vyjádřit vlastní názor. Aktivizace též přispívá k překonání nepříjemných pocitů zažívaných při umístění seniora v instituci (domov pro

seniory atp.). Aktivizace pomáhá zbavit se strachu z těchto zařízení, nalézt nové známé a přátele (8).

Vostrovská (62) uvádí důvody, proč je aktivizace seniorů nezbytná:

- a) aktivizace je součástí mentální hygieny a vytváří odolnost,
- b) je optimální prevencí biologického procesu stárnutí,
- c) senior si při ní sám určuje míru aktivity vlastním rozhodnutím,
- d) je přirozeně lidská a ekonomicky nejméně nákladná,
- e) přináší nemalé společenské úspory,
- f) podpoří setrvání člověka v domácím prostředí co nejdéle,
- g) umožňuje žít seniorům normální život (62).

Každý aktivizační program by měl obsahovat trochu zábavy a trochu terapeutického účinku (47). Janečková (22) upozorňuje, že je také třeba respektovat osobnost klientů, jejich vůli, aktivitu i pasivitu dle osobnostního zaměření jedince - pokud však aktivita či pasivita není projevem vynuceným negativními okolnostmi (rezignace) či psychickou poruchou (např. deprese, úzkost) (22). Zásadou pro aktivizaci seniorů je tedy vždy **individuální přístup (68)**. Je důležité řídit se přáním klienta, jeho dřívějšími a nyníjšími aktivitami ve volném čase, jeho schopnostmi a pohyblivostí, jeho věkem (8). Důležité je pomoci nalézt klientovi motivaci pro vytváření krátkodobých i delších cílů, umožnit mu prožít úspěch a posilovat jeho sebeúctu. V opačném případě se může nadměrná aktivizace blížit až týrání starých lidí – zejména v ústavních podmínkách (34).

1.2.4. *Rozdělení a metody aktivizace*

Aktivita má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací, nebo rozvinout to, co zůstalo skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu. K tomu je potřeba vytvořit co nejpřirozenější prostředí, které by pomohlo podpořit aktivitu člověka. Aktivita, která je člověku milá, která podporuje spokojenost,

vyvolává pocity sounáležitosti a soudržnosti vůči širšímu společenství, pak dokáže člověka naplnit pocitem smysluplné existence a sebeúcty (22).

Janečková (22) rozděluje činnosti podle počtu zapojených osob:

- a) **Individuální aktivity** – vyžadují případnou podporu personálu či rodinných příslušníků; podporují koncentraci, tvořivost, vnitřní aktivitu, prožitek sebe sama, svého těla (péče o vlasy, tělo, pleť), krášlení vlastního prostředí, četba, psaní dopisů, práce na knize života, prohlížení fotografií.
- b) **Párové činnosti** vykonávané společně s další osobou (partner, pečovatelem, rodinný příslušník) nebo s jejich pomocí; podporují intimní mezilidské vztahy, komunikaci, sdílení – procházky, vzájemné návštěvy, návštěvy divadla, koncertů, výstav, společná práce.
- c) **Společenské aktivity** ve velkých heterogenních skupinách, v komunitě – prožitek společenství, uvolnění emocí zapojení všech – hry, soutěže, tělovýchovné a kulturní akce, společný zpěv, tanec.
- d) **Skupinové aktivity** v cíleně vytvořených menších skupinách – výhodou je, že jedinec někam patří a přitom si zachovává svou identitu, má svou roli, kontroluje situaci, může ovlivnit dění. Ve skupině pak nachází přátele, vzájemnou podporu, porozumění. Skupina poskytuje členům zpětnou vazbu, přijímá, ale může být i kritická, poskytuje bezpečí a důvěru. Skupina je zvláště důležitá pro lidi s demencí (22).

Rozdělení činností dle stránky rozvoje:

- a) **somatická stránka**: šipky, kuželky, výlety, procházky, kondiční cvičení, plavání a cvičení ve vodě, keramika, vyšívání, procházky pro zdraví, petang, ping-pong, zahradničení,
- b) **mentální stránka**: společenské hry, karty, křížovky, počítač včetně internetu, společná četba, muzikoterapie - poslech i zpěv, trénování paměti, společná četba, promítání filmů, společné chození do divadla či kočovné

divadlo, bohoslužby, vyjížděky v kočáře s koňským spřežením, canisteterapie,

c) **somatická i mentální**: vaření, pečení, skládání puzzlí **(8)**.

Rozdělení činností podle okruhu uspokojených potřeb:

- a) činnosti k zabezpečení základních biologických potřeb – jídlo, očista, pohyb, intimní vztahy, smyslová stimulace,
- b) činnosti podporující jistotu, bezpečí, autonomii, orientaci a kontinuitu – budování domova, vymezení soukromého prostoru, orientace v realitě u dementních, reminiscence, duchovní život,
- c) činnosti sociální povahy – budování vztahů, posilování sociální sítě, participace, sociální status, užitečnost pro druhé, milovat a být milován,
- d) činnosti podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj – studium, vzdělávání, učení se novým činnostem – mít role, „práci“, zodpovědnost za splněné úkoly, prožít úspěch, vidět výsledek, mít kontrolu nad vlastním životem,
- e) činnosti seberealizační – tvorba, umění, smysl života, transcendence, vyrovnaní se s vlastním životem, jeho pozitivní bilancování, validace **(22)**.

Metody aktivizace seniorů:

- a) pomoc při nalézání smyslu života a motivace k dalšímu úsilí, i krátkodobé perspektivy,
- b) podpora reálných perspektiv proti beznaději,
- c) umožnění prožitku úspěchu,
- d) posílení identity, důstojnosti a sebeúcty,
- e) posílení pocitu sounáležitosti, opory, jistoty oproti opuštěnosti aj. **(68)**.

Dle Langmeiera **(34)** jsou aktivizační programy rozvíjeny na preventivní a léčebné úrovni. Na preventivní úrovni se zaměřují na zdravou stárnoucí populaci. Léčebná úroveň představuje vlastní terapii (např. kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách) i sekundární prevenci (např. u lidí s počínající demencí může

přiměřená aktivizace značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup nemoci). Aktivizační programy bývají též součástí komplexní psychoterapeutické péče o osoby s poruchami adaptace (např. po přechodu do domova důchodců či jiné ústavní péče) (34).

1.2.5. *Motivace k činnostem*

Každodenní aktivity propůjčují dnům a týdnům strukturu a lidskému bytí smysl. Aktivita však není pouze činnost, je to také schopnost (50). Každá aktivita je podmíněna tím, aby člověk **mohl a uměl** – nezbytná je široká nabídka aktivit, vzdělávání, osvěty. Aktivita je však také podmíněna tím, aby člověk **chtěl** (68). Personál institucí, poskytující péči seniorům, často řeší otázku, jak motivovat klienty k činnosti, co dělat s nepohyblivými klienty či s klienty kteří nekomunikují (22). Pracovníci si často stěžují na malý zájem o programy, které jsou seniorům nabízeny. Příčin nezájmu může být několik. Může jít o strach zkusit něco, s čím se senior doposud nesešel a je to pro něj nové nebo zkusit to, co se mu dříve nedařilo. Motivaci může ovlivnit též čas, ve kterém jsou aktivity nabízeny a který jim třeba nemusí vyhovovat. Nově příchozí senioři v institucích se nechtějí aktivit účastnit, protože v pokoji, kde mají své věci, se cítí bezpečněji a mají zde pocit jistoty, který ztratili díky přestěhování. Někteří senioři se odmítají účastnit tam, kde je někdo, koho nemají rádi či tam, kde nikoho neznají. Dalším problémem může být řád, který v institucích panuje – v určitou dobu budíček, pak jídlo, různé terapie atp., což způsobuje, že klienti v institucích nemají nad neměnnými rituály kontrolu. A tak jediné, co mohou ve svém životě kontrolovat, jsou dobrovolné rekreační aktivity. Tím jsou motivováni se těchto aktivit neúčastnit (47).

Jak uvádí Janečková (22), motivaci k aktivitě podporuje:

- a) důraz na praktickou každodennost,
- b) smysluplnost,
- c) dobrovolnost,

- d) příjemnost,
- e) sociální přiměřenost,
- f) úspěšnost,
- g) pomoc a podmiňování – zvyšování podpory aktivit člověka; promyšlené využívání přirozených stimulů, pokynů a náповědí (podmiňování) – aktivita je spuštěna automaticky za určitých, přesně daných podmínek či charakteristik prostředí **(22)**.

Při jednání s klienty musí mít pracovníci stále na mysli všechny důvody zdráhání účastnit se aktivit. Seniors je důležité motivovat chápavým postojem a ujišťováním o bezpečí a pohodě. Aktivity však musí zejména uspokojovat zájmy obyvatel. Důležité je též program obměňovat a vymýšlet nové aktivity **(47)**.

1.2.6. Význam aktivizace pro adaptaci seniora v instituci

Každý člověk je tvor sociální a proto nestačí uspokojit pouze jeho biologické potřeby. Člověk potřebuje být zařazen do rodiny či komunity, kde může komunikovat s jinými lidmi, navazovat přátelství, dát svému životu smysl. Nástup do domova pro seniory znamená v životě člověka významnou životní změnu **(44)**. Po přestěhování do domova pro seniory zaniká obvyklá struktura času, člověk se musí vzdát obvyklých činností **(50)**. Z důvodu přestěhování do nového neznámého prostředí ztrácí člověk většinu kontaktů k naplňování svých sociálních potřeb **(44)**. Senior je však podporován při hledání jiných alternativ v oblasti činností **(50)**. Kvalitní nabídka činností v institucích pro seniory musí respektovat individuální rozdíly v aktivitě jednotlivých seniorů, které vycházejí z jejich osobnosti. Je tedy rozdíl v aktivitě u lidí extrovertů a introvertů, u lidí racionálních a u lidí citově založených, u lidí aktivních, kteří mají svůj život více pod kontrolou a pasivních, kteří čekají, co pro ně připraví druzí. Je též rozdíl mezi lidmi dominantními a submisivními, lidmi více závislými na druhých osobách a nezávislými, kteří si při své činnosti vystačí sami. Každý z jednotlivců musí mít takový prostor, aby jeho aktivita odpovídala jeho osobnostnímu zaměření a jeho potřebám **(22)**.

Při výběru činnosti se tedy přihlíží k individualitě, zvykům, sklonům a schopnostem každého jedince **(50)**.

Senior v instituci má možnost najít si vhodnou aktivitu v nabídce aktivit **(50)**. Zodpovědné a cílené programování aktivit by měl provádět kvalifikovaný pracovník (ergoterapeut, sociální animátor, koordinátor aktivit atp.) Měl by dobře znát způsob identifikace potřeb člověka, hodnocení jeho funkčního potenciálu a jeho možností. Měl by se orientovat mezi nejrůznějšími aktivitami, technikami a programy a umět propojit činnost s vnitřní potřebou a možností jednotlivců **(22)**. V České republice vedou programy většinou sociální pracovnice, sestry, v menší míře též ergoterapeuti. Aktivity probíhají většinou v pracovní dny a víkendové aktivity chybí. Denní činnosti navíc nebývají pravidelné. Problémem je také nedostatek času na vedení programu u většiny těchto pracovníků, jelikož bývají pracovní velmi vytíženi. Jen v mála domovech mají speciálně vyškoleného pracovníka, který by se věnoval programové náplni domova. V některých domovech navíc chybí i vhodné prostory, které by byly snadno přístupné a bezpečné, s možností přizpůsobení specifickým potřebám **(50)**.

V institucionální péči se existuje **dvojí pojetí začlenění aktivit** do života obyvatel. Prvním způsobem je vytváření aktivizačních programů, plánů a rozvrhů, jejichž cíle je „aktivizace“. Program probíhá pouze ve vymezeném čase a prostoru, je součástí režimu dne. Namísto toho, aby klienty aktivoval, spíše podřizuje. Pravidelná činnost je nabízena pouze úzké skupině klientů, kterým způsob aktivizace vyhovuje a jsou schopni se v předložené nabídce orientovat. Mnozí klienti se však odmítají těchto aktivit účastnit. Důvody jsou různé: strach ze selhání, pocit nesmyslnosti těchto aktivit či omezení psychomotorických schopností **(22)**.

Druhým způsobem je vytváření přirozeného prostředí, nabízející plno různých příležitostí k běžným aktivitám všedního dne i k činnostem nevšedním a zvláštním. Lidé si z nich mohou vybrat podle své chuti. Tyto činnosti respektují různé zájmy, možnosti a omezení lidí. Jde tedy o vytváření podpůrného prostředí, podmínek a klimatu, v němž se lidé cítí dobře a mohou zde prožít čínorodý a plný život podle svých přání a představ. Tyto principy jsou v určité podobě uplatňovány i u osob s výrazným handicapem,

včetně osob dementních. Ve Francii se pro všechny aktivity v zařízeních sociální péče užívá termín **animace**, ve smyslu oživení, naplnění programem. Animace se běžně užívá pro všechny aktivity v zařízeních sociální péče. Animuje se celkový přístup ke klientům a klima zařízení. Základní rysy jsou nedirektivnost a otevřenost. Činností sociálního animátora je nejen zaměstnávání klientů, ale i celkové oživení prostředí v institucích (22).

1.2.7. *Aktivizační programy pro seniory*

Aktivizační programy mají za úkol klienta aktivizovat. Východisky pro tuto činnost jsou znalost situace klienta, jeho životní historie, zájmová orientace, profesionální zaměření, rodinná struktura, zdravotní stav a ostatní souvislosti jeho života (62).

Jak uvádí Rheinwaldová (47), účinné a vyhledávané jsou takové aktivity, které plně uspokojují potřeby seniorů. Program musí dávat seniorům příležitost uplatňovat všechny své schopnosti a funkce (47). Určitá skupina aktivit je vhodná pro většinu seniorů. Existují však také aktivity vhodné převážně pro osoby upoutané na lůžku, nepohyblivé, těžce tělesně nebo mentálně postižené či s vážnými komunikačními problémy. K těmto aktivitám řadíme validaci, preterapii, reminiscenční terapii, bazální stimulaci a maieutický přístup – empatické ošetřovatelství (22). Program má být tedy uzpůsoben jak pro seniory, kteří vyžadují minimální péči, tak pro seniory na nejnižším stupni funkčnosti (47).

Každá činnost musí vycházet z potřeb a zájmů seniorů (47). U všech aktivizačních postupů však stále platí, že druh aktivity nemůžeme stanovit podle sebe, svého nápadu nebo plánu, ale je třeba obrácené cesty, což je směr od klienta k poskytovateli služby. A ten mu jen podá ruku k další cestě za kvalitou jeho života s respektováním svobodné vůle ke spolupráci (62).

1.2.7.1. *Mozkový trénink*

Mozkový trénink nebo jogging je preventivní posilování zdravého mozku (22). Platí totiž zásada, že čím více paměť používáme, tím více se vylepšuje (7). Propracované techniky mozkového tréninku vycházejí z předpokladu, že schopnost učení a plasticita mozku trvají po celý život, tedy i ve stáří. Koncept mozkového tréninku pak vychází z poznatků, že mozková aktivita stimuluje hustotu synaptické sítě (22). Dendrity mozkových buněk rostou (a zkracují se) v průběhu celého života, ať už byly v minulosti používány, či nikoliv. S přibývajícím věkem se paměť a schopnosti řešit problémy nemusejí zhoršovat, i když může vyžadovat více úsilí, aby stále fungovaly. Důležité je však různorodé, podnětné a sociálně bohaté prostředí, které zlepšuje výkonnost během celého života (4). Učení je účinnější zejména pokud je zapojeno více kanálů (slyšet i vidět i mluvit i činit) a jsou-li posíleny všechny prožitkové dimenze (motorická, afektivní, sociální i kognitivní). Všestranně orientovaným mozkovým tréninkem lze směřovat k posílení vnímání, koncentrace, schopnosti postřehu, nacházení slov, vyjadřování, formulování, asociačního myšlení, logického uvažování, fantazie i tvořivosti (22).

Nejefektivnějším tréninkem je namáhat mozek v reálním životě. Velmi účinné je pravidelné řešení hádanek pro zábavu, protože je-li úkol příjemný, podává mozek lepší výkon. Učení jakéhokoli druhu ve stáří vyžaduje více úsilí, než v mládí. Může však člověku přinést větší důvěru ve vlastní schopnosti zvládat každodenní život a uspokojení, že si ví rady s problémy (4).

Základem mozkového tréninku jsou, stejně jako v případě kognitivní rehabilitace, různé metody stimulace mozkové činnosti. Dle Janečkové (22) zahrnuje mozkový trénink jak **neformální metody** (např. konverzace v cizím jazyce, řešení křížovek, samostudium, problémové diskuse, šachy, bridž), tak i řadu **cílených metod**:

- 1) řešení matematických úloh,
- 2) kurzy kreativního psaní, pěstování memoárové literatury, vytváření rodových kronik,

- 3) trénink fantazie a imaginace (popisy fantastických míst),
- 4) sestavy rozvojových cvičení mozkových funkcí,
- 5) cvičení pozornosti a paměti sluchové (zapamatování verbálních pojmů) i zrakové (zapamatování předmětů či obrázků, např. hra pexeso),
- 6) práce s počítačovými programy rozvoje kreativity,
- 7) procvičování a rozšiřování slovníku, slovní hry Scrabbles či Amos,
- 8) trénink asociačního myšlení a zapamatování (např. zapamatování dlouhých čísel asociací s obrazovým výjevem),
- 9) vzdělávací kurzy především interaktivní metodou (peer groups),
- 10) „detektivní metody“ (rekonstrukce včerejšího dne „krok za krokem“, popis „místa činu“ – kolik je na náměstí laviček, které obrazy visí ve vestibulu atd.),
- 11) poznávací zájezdy s besedami a diskusemi po návratu,
- 12) tělocvičné a taneční aktivity se stimulováním pohybové paměti a inteligence a s využitím propojení kineze s psychikou, jóga **(22)**.

Trénink paměti napomáhá seniorům nabýt nových vědomostí, nových schopností nebo obnovit něco, co je dávno zapomenuté. Napomáhá též snižovat úzkost, což může přispět subjektivnímu pocitu zlepšení kognitivních funkcí **(15)**.

Adekvátním zdrojem mentální a sociální stimulace jsou **kurzy trénování paměti**. Tyto kurzy vedou navíc k rychlému zvýšení sebevědomí účastníků. Cílem je přesvědčit stárnoucí populaci, že mozek se chová jako sval, který si udržuje svou funkčnost pouze cíleným tréninkem, spolu s cvičeními na zlepšení koncentrace a zvládnutí mnemotechnik, které usnadňují zapamatování. Zvýšené sebevědomí a sebehodnocení vede k tomu, že senioři snáze zvládají problémy denního života. Kurzy trénování paměti tedy nejsou pouze o zlepšení paměti, ale hlavně o zlepšení kvality života jako takového **(54)**.

Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging **(65)** uvádí zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR:

1. Cílem je, aby senioři byli schopni využít techniky a strategie pro lepší zapamatování v jejich každodenním životě.
2. Tzv. „Terapie příjemného šoku“. Účastníci si prostřednictvím koncentračního cvičení a používáním komplexních paměťových strategií jako asociace a vizualizace ve spojení s paměťovými technikami ověří, že jejich paměť je stále ještě funkční. Senioři na základě této zkušenosti začnou přistupovat ke každé nové informaci s pozitivním očekáváním, že si ji zapamatují, což ovlivňuje výsledek.
3. Tento přístup vede k okamžitému zvýšení sebevědomí a sebehodnocení účastníků kurzů, které se následně odrazí ve zvýšení kvality života seniorů obecně, protože začnou zvládat problémy denního života s daleko větším přehledem.
4. Volba individuálního přístupu a přizpůsobení tréninku schopnostem klienta s jediným cílem, a to, že klient musí uspět a zažít pocit vítězství.
5. Důležitá je osobní zodpovědnost trenéra paměti za úspěch klienta.
6. Zaměření na změnu přístupu seniorů k jejich vlastním problémům s pamětí v tom smyslu, že je přestanou vnímat jako nevyhnutelnou a negativní součást procesu stárnutí, ale naopak si začnou být vědomi toho, že mají svůj osud víceméně ve vlastních rukou.
7. Obsah jednotlivých lekcí je připraven s intencí, aby senioři získali z tréninku dlouhodobý prospěch.
8. Trénink paměti je kombinací kognitivního tréninku a relaxujících psychomotorických cvičení. Zároveň plní funkci platformy sociálního kontaktu se stejně motivovanými vrstevníky.
9. Trénování paměti patří mezi efektivní nástroje ke zvýšení soběstačnosti a prodloužení nezávislosti seniorské populace, což je z hlediska společnosti nejlevnější řešení demografické exploze seniorů a z hlediska jedince představuje nejpříjemnější a nejdůstojnější formu stárnutí **(65)**.

Pro mozkovou činnost je důležitá také tvořivost. Nejen mozek, ale i celá osobnost se tvořením stimuluje, nabývá energie, mozkové ztráty se zmírňují a soustřeďují se do méně potřebných oblastí mozku. Tvořivost pomáhá lidem vyššího věku vyplňovat chvíle samoty a přitom přispívá ke zlepšování rozumových schopností a zdraví (9).

1.2.7.2. Kognitivní rehabilitace a stimulace

Kognitivní rehabilitace představuje obnovování či udržování porušených kognitivních funkcí a posilování těch funkcí, které zůstaly zachovány. Lze ji využít u nemocných po mozkových úrazech či operacích, v geriatrici u osob po cévních mozkových příhodách a u osob trpících demencí. Rehabilitace může účinně zpomalovat rozvoj demence a po delší dobu umožňuje zachovat zbytkový potenciál porušené funkce. Může též přispět alespoň ke zlepšení kvality života nemocného člověka prostřednictvím posilování jeho sebehodnocení a sociálních kontaktů (22).

Cílem kognitivní rehabilitace je individuální práce s klientem, kultivace jeho citů a uvolňování vnitřních psychických tlaků a stresu, což nakonec vede k optimalizaci výkonu odpovídající momentálním možnostem. Poté je vhodné přejít k tréninku paměti a poznávacích procesů. Hlavním úsilím by mělo být rozvíjení či udržování komunikace, práce se vzpomínkami, nenásilné orientování v realitě a podpora aktivity. Kognitivně aktivační význam pro osoby s demencí mají i různé formy léčebné tělesné výchovy. Výše uvedené principy by také měly postupovat vybavením, režimem i jednáním personálu ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro seniory (22).

Jak uvádí Janečková,(Janečková,444) k postupům kognitivní rehabilitace patří řešení různých skládaček, puzzles, křížovek, jednoduchých hlavolamů, hledání cest z nakresleného bludiště, dále třídění a přetřídění geometrických tvarů, jednoduché konstrukční úlohy (stavebnice) a procvičování prostorové orientace, procvičování jednoduchých aktivit prováděných v několika krocích (konstrukční apraxie), rozvíjení slovní zásoby, popis obrázků, slovní řady, slovní rodiny, navazování slov, tzv. „slovní kopaná“, hry typu „země, město“, speciální počítačové programy, poznávání vůní,

zvuků, předmětů podle hmatu, řízený rozhovor a tematická klubová setkání, sensorické stimulace a sensorické zklidnění (např. muzikoterapie či taktilní podněty), doteky, objímání, tělesný kontakt, pohybové aktivity, tělesná cvičení, tanec, chůze či relaxační techniky (22).

1.2.7.3. *Vzdělávání*

Vzdělávání je u generace třetího věku potřebnou činností, přizpůsobenou jejich psychosomatickým možnostem. Většinou jde o cílené aktivity, které na první pohled ani jako vzdělávání nevypadají. Důležité je najít pro klienta zajímavou a přijatelnou formu. Sociální anamnéza pomůže k získání informací o vzdělání, o pracovním profilu klienta, o jeho zálibách. Do vzdělávacích aktivit lze zařadit přednášky, videokazety, knihovny, noviny a časopisy, univerzitu třetího věku (62), akademie třetího věku a kluby aktivního stáří. Poslední dvě formy jsou vhodné zejména v regionech, kde nejsou vysoké školy. Akademie třetího věku jsou organizovány pod záštitou různých organizací či institucí (39). Univerzita třetího věku (U3V) patří mezi velmi významné formy aktivizace a tréninku duševních schopností (62). Starší lidé však studují nejen proto, aby dali svému životu smysl, zvýšili své sebevědomí a zlepšili své sociální postavení. Je to také psychologický, fyziologický a sociální problém, neboť pensionovaný člověk bývá vytlačován na okraj společnosti (51). Cílem vzdělávání na U3V je kromě uchování přiměřené kvality života též prevence možného sociálního napětí mezi mladou a starší generací (ageismus) (39). Studenti senioři si volí své studijní zaměření pro své osobní zaměření a rozvoj. Cíle vzdělávání nejsou nejen v oblasti kognitivní, ve zprostředkování nových poznatků či v udržování duševní aktivity, ale také v oblasti duchovní a sociální. Vzdělávací potřeby seniorů jsou různé: potřeba „porozumět době“, kompenzovat pokles své výkonnosti, připravit se na vlastní stáří, potřeba struktury a řádu. Vzdělávacím motivem je potvrzení sebe sama, řízení svého vlastního života, získání kontroly nad životem a nad okolním prostředím. Vzdělávací aktivity vedou ke zvýšení aktivity sociální, což je v době provázené změnami v sociálních vztazích velmi významné (3).

1.2.7.4. Ergoterapie

Dle definice České asociace ergoterapeutů z roku 2001 je ergoterapie zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezujícím funkční kapacitu a samostatnost **(61)**. Jak uvádí Švestková **(57)**, pro ergoterapii se užívá též označení occupational therapy. Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné postupy, event. činnosti **(57)**. Jde tedy o souhrn různých léčebných metod, které směřují k rozvoji těla i ducha, působí i na pocity, estetické cítění, rozvíjí řeč i myšlení **(61)**. Ergoterapie pomáhá vytvářet příznivé prostředí, mírně aktivovat celý organismus jak po stránce tělesné, tak psychické **(33)** a ovlivňuje celou osobnost **(61)**. Má příznivý vliv na udržení nebo znovuzískání ztracených sil a sebedůvěry, na odpoutání pozornosti od onemocnění a může člověku pomoci v odreagování se od pesimistických myšlenek **(33)**. U osob s demencí přispívá ergoterapie (kromě reminiscence a aktivizace) také k orientaci v realitě **(57)**. Cílem ergoterapie je tedy podpora a stabilizace tělesných a duševních funkcí **(33)**, dále dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím i zvýšení kvality života **(57)**.

Prostředkem působení ergoterapie je vždy činnost **(61)**. U seniorů jde zejména o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti, event. o zlepšení kvality a důstojnosti života seniora s těžkým zdravotním postižením, pokud možno v jeho domácím prostředí, třeba i s využitím kompenzačních pomůcek **(57)**. V popředí je tedy snaha působit proti závislosti a izolaci, ale je třeba též probouzet nové zájmy **(33)**.

Program ergoterapie ve stáří by měl být blízký stylu života seniora **(33)**. Ergoterapie se orientuje zejména na oblast aktivit denního života. Rozvíjí funkční potenciál do sféry dovedností, náhradních činností, kompenzačních pomůcek a také úprav domácího prostředí tak, aby odpovídaly schopnostem seniora **(57)**. Je však důležité počítat i se stařeckým negativismem, s pocitem zbytečnosti a celkové deprese. Motivace záleží na psychologickém přístupu ergoterapeuta. Je zapotřebí, aby činnost měla smysl a účel **(33)**.

Ergoterapie by měla být stanovena společně se starším člověkem, o kterého jde, a s ohledem na jeho životní zkušenosti, okamžité životní podmínky a individuální potřeby (33). V ergoterapii a při animaci je důležité dodržovat určité zásady, jako jsou dobrovolnost, pozitivnost, důstojnost, smysluplnost, individualizace vycházející z osobnosti seniora, důraz na sociální fungování (sociální role) a na kvalitu života. Dále je důležité, aby senioři po ukončení viděli výsledek své práce (57).

Ergoterapeutické aktivity zasahují též do oblasti poradenství při úpravách bytů či testování a půjčování kompenzačních pomůcek a potřeb, i do oblasti kultivace veřejných prostranství a veřejných budov ve smyslu jejich bezbariérovosti a snadnější dostupnosti pro seniory s různým znevýhodněním (57).

1.2.7.5. Pohybová terapie

Pohyb je základním projevem života (37), základní potřebou každého živého tvora včetně člověka (56). Zabezpečuje člověku přísun podnětů, informací a poznatků, příležitost k sebeprezentaci a navazování sociálních kontaktů, zábavu a prožitky. Podporuje zdraví a upevňuje kondici. Zlepšuje předpoklad pro sebeobsluhu a samostatnost (40). S pohybem jsou spojeny příjemné prožitky (uvolnění, radost), ale i negativní prožitky (únava, bolest, frustrace) (56).

Pohyb přímo působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Ovlivňuje samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat, i jeho schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu (40). Přispívá též k zachování a obnově funkční zdatnosti, zdravím podmíněné kvality života a při těžším funkčním postižení k obnově soběstačnosti (28). Pohybová aktivita má příznivý vliv na svalově-kosterní systém, nervový systém ale i na metabolické funkce (37). Vhodné formy pohybu pro seniory jsou zvláště pomalé, vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Příhodné jsou také doteky na povrchu těla, poklepy, masáže, automasáže. Poměrně málo jsou docenována cvičení v představách – vizualizační cvičení, která jsou vhodná zejména pro nepohyblivé jedince; u každého však stimulují představivost, pozornost i důvěru ve vlastní schopnosti (56).

Mezi cíle pohybových intervencí v oblasti geriatrické prevence patří prodloužení aktivní, nezávislé fáze života a zvyšování či alespoň udržování přiměřené zdatnosti. Dále je to zvyšování či zachovávání přiměřené aktivity a kvality života a dosažení a udržení nezávislosti jedince. Pohyb též snižuje potřebu dlouhodobé ústavní péče a udržuje jedince s diagnostikovaným onemocněním ve stabilizovaném funkčním stavu **(36)**.

Cvičebním programem lze pozitivně ovlivnit subjektivní spokojenost a kvalitu života účastníků **(28)**. Tělesné aktivity ovlivňují kladně nejen zdraví, ale též nezávislost jedince ve společnosti, pocit společenské efektivnosti a pozitivních emocí **(56)**.

Matouš **(37)** uvádí následující druhy pohybových programů:

- a) individuální programy,
- b) programy chůze, plavání,
- c) individuální tréninky na ergometru,
- d) programy domácího cvičení,
- e) skupinová cvičení (60 min 1-2x týdně) – ideálně skupina do 15 jedinců,
- f) týdenní rekondiční pobyty (2x/rok) **(37)**.

Cvičení může probíhat formou individuální (doma) nebo skupinovou (klubovna, domovinka) **(62)**.

Struktura různých organizačních forem je dána cílem, kterého chceme dosáhnout **(37)**. Výběr a provádění pohybových aktivit se řídí určitými pravidly. Matouš **(36)** uvádí jako příklad následující formy pohybových aktivit:

- a) Ranní cvičení, které by mělo být součástí ranní hygieny seniorů **(36)**. Je důležité proto, aby se celý kloubní systém připravil na běžné denní činnosti **(37)**.
- b) Cvičební jednotka prováděná individuálně či kolektivně ve skupině
- c) Rekondiční ozdravné edukační pobyty - do této skupiny lze zařadit i edukační pobyty – jako součást výchovy a vzdělávání starých lidí v oblasti pohybového režimu, dietologie, všeobecné zdravotní výchovy i aktivního života ve stáří **(36)**.

- d) Jiné organizační formy - turistické vycházky pěšky či na kole, plavání atd. by se měly zařazovat jako doplňkové formy činností do pohybového programu, protože mají svůj specifický ráz a aktivují organismus v jiných souvislostech **(37)**.

Vostrovská dělí pohybové aktivity následovně: chůze, vycházky, cvičení, výlety, relaxace a odpočinek **(62)**.

Netradiční přístupy k alternativnímu stylu života

Stárnoucí organismus je nutné psychicky stabilizovat. K tomu jsou vhodná koncentrační a relaxační cvičení, ovlivňující emocionalitu člověka. Mezi netradiční pohybově-prožitkové aktivity lze zařadit následující:

- a) Feldenkraisova metoda – sebeuvědomování vlastního těla; promyšlené zkvalitňování pohybu je nejlepší cestou ke komplexnímu rozvoji celé lidské bytosti,
- b) relaxační a dechová cvičení,
- c) jednoduchá cvičení jógy,
- d) čínská a tibetská zdravotně posilující cvičení **(56)**.

1.2.7.6. Taneční terapie

Tanec a pohyb jsou aktivními expresivními a komunikativními prostředky založenými na práci s tělem. Představují též nejkomplexnější formu neverbální komunikace. Hudba a rytmus motivují člověka k pohybu, člověk pak snáze dokáže překonat zábrany fyzického či psychického původu. Tanec je také velkou měrou vyjádřením emocí, proto můžeme jeho prostřednictvím snadno působit na psychiku pacientů a může pomoci zapomenout na různé bolesti, smutky i stresy **(60)**. Taneční pohybová terapie využívá spojení tělesného pohybu a emocí. Díky tomu pomáhá vyjádřit a zvládnout pocity příliš hluboké pro běžné uvědomění, anebo příliš složité pro

to, aby byly vyjádřeny slovy **(58)**. Lze ji definovat jako psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka **(60)**. Podstata terapie spočívá více v procesu než v technice. Její využití závisí jak na vlastním tanečním a pohybovém umění klienta, tak na jeho schopnosti tanec a pohyb přijímat **(42)**. Tanec se zde chápe jako terapeutický pohyb. Není příliš důležitá estetická stránka, ale naopak se zdůrazňují faktory psychologické (schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšit emotivitu a podobně), fyzické (zlepšení koordinace pohybu, celkové síly, rovnováhy atd.) i sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co sdělit) **(60)**. Hlavním principem taneční a pohybové terapie je významné a silné spojení mezi pohybem a emocemi. Úkolem terapeuta je sledovat pohybový proces jedince a pomoci člověku uvedené spojení prozkoumat v jeho životě a v jeho vlastních zkušenostech. Dotyčný tak může obohatit rejstřík svých vztahů mezi somatickými, psychickými a emočními aspekty **(42)**.

Taneční improvizace a dramatizace určité zkušenosti může pomoci uvolnění napětí, sebevyjádření a integraci **(42)**. Tanec a radost z něj jsou výborným stimulem, působícím blahodárně na lidský organismus **(60)**. Kreativní pohyb spolu s ostatními činnostmi přispívá k propojení mysli, těla a ducha **(42)**.

Zaměření současné taneční terapie je na rozvoj a podporu zdraví, na zlepšení stavu lidí trpících chronickými chorobami atd. Je úspěšně uplatňována u handicapovaných mladých lidí stejně tak u seniorů na invalidním vozíku **(60)**.

a) Taneční terapie pro pacienty postižené demencí

Tanec příznivě ovlivňuje psychický i funkční stav zejména seniorů, kteří trpí různými formami demence **(22)**. Při tanci postačí jednoduché pohyby, které senioři snadno zopakují, nebo tleskání a zpívání jednoduchých říkanek či jenom slabik do rytmu, což jim přinese stejnou radost **(60)**. Terapie aktivuje nejen svalstvo, vzpřímenou polohu těla, ale i mozek. Při tanci je vyžadována relativně náročná pohybová koordinace, emocí posílená pozornost, komunikační dovednost a ochota ke spolupráci **(22)**. V průběhu terapie je také velmi důležitý individuální přístup k tančícím **(60)**.

b) Taneční terapie pro seniory pohybově postižené (upoutané na invalidní vozík)
Na začátek terapie je zařazeno nacvičení samostatného ovládní vozíků, následuje tančení v prostoru (jízda v prostoru či vytváření různých pohybových kreací) (60). Postačí i pohupování v rytmu, pohyb rukou (tleskání do dlaní, na kolena, hra na tělo) nebo nohou – dupání, step (22).

c) Taneční kurzy pro seniory
Taneční kurzy pro seniory lze také nazvat taneční terapií. Senioři zde tancem relaxují a rehabilitují, navíc tato společenská událost pozitivně působí také na jejich psychiku. Záleží však na správném vedení terapie (60).

1.2.7.7. Zooterapie

Zooterapie či animoterapie je využití domestikovaných zvířat k léčbě psychiky a osobnosti člověka, též ke stimulaci sociální a emoční komunikace (43). Jde tedy o pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Zvíře může pro člověka znamenat mnoho (59). Dokáže zmírnit u člověka pocity osamělosti a společenské izolace. Starý člověk ve styku se zvířetem tak znovu přebírá zodpovědnost za jinou bytost, protože zvířata jsou na člověku závislá. To má příznivý vliv na zvyšování sebevědomí starých osob, neboť tím získávají důležitou náplň svého současného života. Zvířata také posilují fyzickou kondici (krmení, hra, hygiena, procházky). Lze s nimi slovně komunikovat (70) a pomáhají zprostředkovat komunikaci s okolním světem (59). Jsou podnětem a předmětem rozhovorů mezi obyvateli domovů (70), dokáží člověka rozveselit ve smutných chvílích (59). Pro seniory umístěné do domovů pro seniory, kteří často propadají postupné rezignaci a dlouhodobé nečinnosti, představují zvířata naplnění jejich neuspokojených potřeb náklonnosti, blízkosti, starostlivosti, důvěry, lásky a radosti. Usnadňují zapojování nově příchozích obyvatel do nového prostředí a vytvářejí pro ně pocit domova, pomáhají lépe snášet stresové situace. Obyvatelé se v přítomnosti zvířat stávají vyrovnanějšími a trpělivějšími. Zvířata nabízejí smysluplnou činnost v jejich denním programu (70).

V zooterapii lze rozlišit několik typů zooterapie, dle zvířecího druhu: pes (canisterapie), kočky (felinoterapie), dále drobná domácí zvířata, hospodářská zvířata, exotická zvířata, volně žijící zvířata aj. nebo jejich kombinace **(59)**.

Mezi metody zooterapie, užívané v domovech pro seniory patří aktivity za pomoci zvířat (Animal Assisted Activities), kdy klienti zvíře hladí, pečují o něj apod. Jde o přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta. Další metodou je terapie za pomoci zvířat (Animal Assisted Therapy), kdy technikami jsou polohování, hlazení a péče o zvíře, zlepšování paměti, orientace atd. Jde o cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta **(59)**.

Existují 3 možnosti léčebných vztahů mezi seniorem a zvířaty:

- a) Návštěvní programy, kdy chovatelé (instruktoři) přicházejí pravidelně se svými zvířaty do domovů. Nejlépe se hodí psi, dále kočky či některá menší zvířata.
- b) Zvířata chovaná přímo v ústavech **(70)**, tzv. rezidentní program **(59)**. Může jít o akvariijní rybky, ptáčky, psy a kočky, hlodavce aj.
- c) Zvířata přinesená z původních domovů obyvatel, což bývá většinou omezeno zákazem přinášet s sebou z domova zvířata **(70)**.

1.2.7.8. Canisterapie

Canisterapie je jednou ze složek zooterapie, která využívá pozitivního působení psa nejen na zdraví, ale zejména na psychiku člověka **(69)**. Lze ji označit za součást metod, sloužících k podpoře psychosociálního zdraví lidí všech věkových kategorií. Canisterapie se dá též definovat jako léčebný kontakt psa a člověka **(6)**.

Canisterapie se zaměřuje především na řešení psychologických, citových a sociálně integračních problémů. Působení na fyzické zdraví je druhotné a zahrnuje spíše složku motivace **(6)**. Touto metodou je možné zlepšit psychickou pohodu, komunikační dovednosti či pohybové schopnosti **(23)**. Uplatňuje se při navazování kontaktu s lidmi

obtížně komunikujícími **(69)**. Canisterapie podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty, ošetřovateli atd. Pes je výborným společníkem a také výchovným prostředkem pro klienta **(6)**.

Canisterapie je prováděná formou skupinovou či individuální **(6)**.

Mezi metody canisterapie, které lze uplatnit v domovech pro seniory, lze zařadit aktivity za přítomnosti psa a terapie za přítomnosti psa. Canisterapie může probíhat buď individuální nebo skupinovou formou **(59)**. Mezi formy canisterapie v domovech pro seniory patří návštěvní program a rezidentní forma. Návštěvní program je jednou z nejrozšířenějších forem canisterapie, kdy psovod dochází se psem v pravidelných časových intervalech do zařízení. V případě rezidentní formy je pes umístěn v zařízení. Je však nutné, aby v zařízení byl přítomen canisterapeut či zooterapeut, který se v rámci své profese věnuje a koordinuje kontakt psa s klienty **(6)**.

1.2.7.9. Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, využívající výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů **(1)**. Výtvarnými prostředky mohou být např. kresba, malba, ale také výtvarná práce s jinými materiály, zejména pak s keramickou hlinou **(23)**. Mezi výtvarné techniky patří malování, tisk, tužky a pastelky, koláž, modelování. Využívá se jedna či více výtvarných technik a prostředků a pracuje se buď v ploše (malba, kresba, grafika) nebo v prostoru (modelování) **(5)**. Rozlišují se dva základní proudy: terapie uměním a artpsychoterapie. V terapii uměním se zdůrazňuje léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné. V artpsychoterapii jsou výtvořky a prožitky z procesu tvorby dále psychoterapeuticky zpracovány **(1)**.

Výtvarná tvorba představuje odpočinkovou tvůrčí činnost, která určitým způsobem obohacuje život člověka a je pro člověka přirozená. Spontánní výtvarná tvorba obohacuje tvořivost člověka a podporuje sebeuzdravující procesy. Umožňuje též jedinečné sebevyjádření na základě neverbálních prostředků. Díky tomu, že výtvarná

tvorba užívá primárně neverbálních prostředků, je přístupná i lidem, pro které je slovní vyjadřování z různých důvodů těžké. Pro malbu, kreslení a modelování je charakteristický pohyb. Rychlé či pomalé pohyby podněcují smysly a vyvolávají vizuální, citové a někdy i duchovní prožitky. U starších osob má výtvarné tvoření vždy nějakou spojitost se současnými i minulými životními zkušenostmi. Pro inspiraci k tvorbě lze využít různých materiálů – rodinné fotografie a vzpomínkové předměty, obrázky, pohlednice atp. Výtvarná tvorba může starším lidem přispívat ke zlepšení jejich pohybových schopností. Vedle citových zážitků by také měla poskytovat pocit uznání a dostatečný prostor pro vlastní vzpomínky **(5)**.

Nabídka arteterapeutických postupů může stimulovat člověka k tvořivému přístupu k životu a nastartovat i výtvarné aktivity, které představují trvalé potěšení a upokojení **(48)**. V ústavních zařízeních pomáhá tvůrčí proces v překovávání psychických obtíží klientů **(5)**.

1.2.7.10. Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčba pomocí hudby **(23)**. Termín muzikoterapie má řecko-latinický původ. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba; řecky *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, starat se, pomáhat, ale též vzdělávat a cvičit. Muzikoterapie tedy znamená využití zvuku a hudby (rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro jednotlivce nebo skupinu **(11)**. Muzikoterapie je ověřená metoda, která má své jasné pozitivní účinky v oblasti prevence nebo léčení psychických poruch. Zpěv, hraní na hudební nástroje a pohyb při hudbě pozitivně ovlivňují náladu i psychické procesy v autonomním nervovém systému **(56)**. Muzikoterapie vede k obnovení, zachování, rozvoji a udržení mentálního, fyzického a emocionálního zdraví člověka. Využití umění následně vede k uspokojení emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb lidí, kterým se muzikoterapie dostává **(11)**.

Muzikoterapeutické techniky:

1. **Hudební improvizace** - spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb) zastupuje hráčovo alter ego (druhé já) a bezprostředně zrcadlí vnitřní svět hráče. Klient může prozkoumat a vyjádřit pocity, které je obtížné sdělit verbálně. Podle formálního uspořádání lze rozlišit individuální a skupinovou hudební improvizaci **(26)**.
2. **Hudební interpretace** - reprodukce předem známého hudebního materiálu. Hudební interpretace je vhodná pro posílení sebedůvěry, snižování úzkosti ze spontánního projevu. Pomáhá rozvíjet hudební dovednosti, percepční, motorické, sociální a kognitivní funkce **(26)**.
3. **Zpěv písní** – zpěv má pozitivní vliv i na imunitu lidského organismu **(56)**. Další pozitivní účinky jsou na artikulaci, rytmus řeči, dechovou kontrolu a slovní zásobu, memorování důležitých údajů. Seniorům též připomínají písně důležité okamžiky jejich života, které mohou sdílet s ostatními **(26)**.
4. **Poslech hudby** – klidná, melodická hudba má silný emoční vliv. Při hudbě se lidé mohou kymáčet, houpat, pohybovat do rytmu, rukama a dlaněmi se dotýkat jednotlivých zvuků a tónů, které si představují barevně **(56)**.
5. **Psaní písní a kompozice hudby** – předem připravená struktura textu nějaké písně s vynechanými slovy, které má klient doplnit, spontánní psaní písní apod.
6. **Hudební vystoupení.**
7. **Pohybové aktivity při hudbě** - podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci i kreativní vyjadřování pohybem. Hudba a imaginace – imaginace na určité téma či spontánní imaginace, vždy však při poslechu hudby.
8. **Dechová cvičení při interaktivní hudbě (26).**

1.2.7.11 Multismyslová terapie snoezelen

Snoezelen (z nizozemských slov „snuffelen“ – čichat, slídit a „doezelen“ – dřímat) představuje nabídku, která poskytuje možnost zlepšení životní kvality a nalezení adekvátního přístupu ke světu (52). Tato metoda klade důraz na smyslové vnímání a prožitek pomocí světla, zvuku, doteku, chuti a čichu. K tomu je však potřeba podnětné prostředí, ve kterém je možné se koncentrovat, vnímat své okolí (27) a uspokojovat individuální potřeby stimulací všech využitelných smyslů (55). Klienti snoezelenu se tak ocitají v prostředí, které pozitivně působí na aktivitu či klienty naopak uvede do klidnějšího psychického rozpoložení (52). Smysly jsou oslovovány postupně, každý zvlášť. Klienti jsou tak vedeni k chápání reality, k chápání, co znamená slyšet, vidět, cítit, ochutnat, dotknout se. Mohou tak prožívat nejrůznější pocity jako je štěstí, podrážděnost, uspokojení (27). Po znásobení podnětů se klienti stávají vnímavější, empatičtější, citově plnější (52).

Tato metoda je využitelná nejen dětmi a dospělými s určitým druhem postižení či bez něj (55), ale také seniory. Ve snoezelenu nachází senioři množství podnětů, které jim mohou zpříjemnit život, obohatit jej. Snoezelen představuje prostor pro klid, jistotu, ale i podněty; terapie může příznivě působit na korekci emocionálního stavu starého člověka. Důležitá je zde i změna prostředí a odpoutání se od většinou stereotypního a mnohdy málo podnětného prostředí (52). Při terapii lze využít vonící předměty, zvukové nástroje, polštáře, deky, bloky z pěnové hmoty, tlumené světlo, svítilny, svíčky, vodní válce s bublinkovým efektem, aromatické svíčky, zrcadlové koule či meditační hudbu (27). Využívají se též panenky, medvídci i dalších hračky a zvířátka k prožitku blízkosti, zejména při absenci svých blízkých osob. K zintenzivnění prožitků slouží i adekvátní forma doteků (určitý druh masáží). Společné sdílení spontánních zážitků znamená též obnovení a zkvalitnění komunikace (52).

Snoezelen představuje vhodnou metodu pro volnočasové aktivity seniorů. Pozitivních výsledků lze dosáhnout i formou cílené terapie. Místnosti snoezelenu však mohou senioři využívat jen tak, k trávení volného času bez konkrétního cíle (52).

1.2.7.12 Bazální stimulace

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimuluje ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta a má význam jak u osob s určitým druhem postižení či po úrazu, tak u seniorů trpících demencí **(14)**.

Koncept vychází z předpokladu, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Hlavní myšlenkou konceptu je potřeba holisticky vnímat jedince. Bazálně stimuluje ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa (např. stále stejné prostředí-pokoj a pohybová inaktivita) vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Předpokladem je individuální strukturovaná péče na základě biografické anamnézy klienta a integrace klientovy nejbližší osoby do péče, což umožňuje neustálý (avšak přiměřený) přísun podnětu z vlastního organismu a také z jeho okolního světa. Podporuje se tím udržení hustoty dendritického větvení a vznik nových dendritických spojení mezi neurony. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat činnost mozku, protože mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více svých regionech **(14)**.

Cílem je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Základními prvky pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení, současně jsou respektovány zachovalé schopnosti (vnímání, lokomoce a komunikace). Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech **(14)**.

1.2.7.13. Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je aktivizační a validační metodou, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů **(18)**. Spouštěčem vzpomínek mohou být prvky prostředí (fotografie, vůně, zvuky, staré zařízení), předměty každodenního použití (koření, jídlo, oblečení), dobové činnosti (tanec) či významná slova a témata (práce, škola, cestování, záliby, recepty, práce na zahradě, svátky, krajové zvyklosti atp.) **(22)**.

Terapie je vhodná jak pro zdravé seniory, u kterých má preventivní a aktivizační význam, ale je důležitá především pro seniory s demencí. Přestože tyto osoby trpí poruchami krátkodobé paměti, často si velmi dobře vybavují dávno minulé události. Součástí terapie je vyhledávání vhodného způsobu komunikace se seniorem a dobrá komunikace s rodinným příslušníkem **(18)**.

Terapie může probíhat jak skupinovou, tak individuální formou. Individuální reminiscenční terapie je vhodná pro seniory, kteří se straní společnosti. Výhodou skupinové terapie je pak mimo jiné větší stimulace účastníků (vzpomínky jedněch vyvolávají vzpomínky druhých) **(18)**.

Práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů, kteří si tak potvrzují si svou vlastní identitu, kontinuitu svého života a zaměstnávají své myšlení a paměť **(22)**. Terapie vrací seniorům sebedůvěru tím, že se jim znovu podaří evokovat svou osobnost v dřívějších souvislostech **(18)**. Vzpomínky jsou spojené s příjemnými pocity, s prožíváním situací tak, jak proběhly kdysi dávno, včetně tehdejších smyslových vjemů a emocí. Vzpomínání je též důležitým zdrojem informací pro personál, protože tak dochází k posilování vztahu mezi pečovatelem a klientem. Každý klient je skutečný člověk s vlastní historií, s významnými rolemi, které vykonával, se vztahy, které prožíval. Klient si může sám či s pomocí druhé osoby vytvářet svou knihu života, do které si ukládá věci důležité pro jeho život (fotografie, různé dokumenty, předměty na památku). Společná práce klienta, personálu a rodinných příslušníků na knize života, na krabici vzpomínek, na vytváření osobního prostoru napomáhá adaptačnímu procesu a zachování kontinuity života v období bezprostředně

po přijetí do instituce. Zatím se ověřuje, do jaké míry je tato spolupráce pro adaptaci seniora v instituci významná **(22)**.

Cílem reminiscenční terapie je tedy jednak zlepšení stavu pacienta, ale též posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a pomoc a podpora rodinným pečovatelům **(18)**. Významná je také podpora komunikace a aktivity osob s demencí **(22)**.

1.2.7.14. Validace

Základními východisky jsou tolerance, vcítění a empatické naslouchání. Uplatnění validace je zvláště v práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. U těchto osob je důležité vzít na vědomí různé příčiny zvláštního chování a dát jejich chování smysl a cenu, zhodnocovat všechny jejich projevy – validovat. U lidí s demencí jsou jejich projevy nahrazovány emočně podbarvenými vzpomínkami z raného dětství jiné intelektuální aktivity omezené či poškozené nemocí **(22)**. Validovat znamená rozpoznat a brát vážně pocity druhých **(39)**, pomáhat řešit jejich vnitřní problémy tak, aby se jim vrátil pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a aby se cítili spokojenější **(22)**. Pečovatel se snaží vcítit do zážitkového světa seniora a jeho reakce tomuto světu odpovídá. Bere vážně a uznává ho takového, jaký je. V závěru se klient uklidní a je ponechán ve své vlastní realitě **(39)**.

Jak upozorňuje Mühlpachr **(39)**, cílem validační terapie je pomoci seniorům s postupující demencí vést šťastný život takoví, jací jsou:

- a. zmenšit psychický tlak,
- b. obnovit pocit vlastní hodnoty,
- c. komunikovat s nimi v rámci času a místa, které jsou pro ně reálné a tím předcházet další dezorientaci **(39)**.

Seniora s menším stupněm postižení demencí je vhodné zapojit do validačních skupin. Je dobré objasňovat nejasná prohlášení (ptát se Kdo? Jak? Kdy?), hledat souvislost mezi chováním a pocity, které jsou vyjadřovány – např. houpání utěšuje,

snižuje úzkost, připomíná bezpečí a lásku, vyvolává vzpomínky na matku. Pomocí validace lze obnovovat pocity vlastní ceny a smysluplného „já“. Validace pomáhá klientům zlepšovat řeč, obnovit společenskou interakci, kontakt se sebou samým a tím i pocit spokojenosti a bezpečí. Přestože nemoc tímto nezmizí, lze validací výrazně zlepšit kvalitu života člověka s jakýmkoli druhem postižení **(22)**.

V pozdějších stádiích demence ztrácí člověk kontrolu nejen nad realitou a nad sebou samým, ale ztrácí i představu sebe sama – potřebují tudíž potvrzení své vlastní identity. Lidé v tomto stádiu demence vyjadřují své city často namísto mizejících slov pomocí pohybů, výrazu očí, zbarvení hlasu, grimasami. Pomocí doteku, rytmu, opakovaných zvuků lze zmírnit pocity osobní ztráty. Ztráta blízkých lidí je spojena se ztrátou doteku, pohledu, uznání, což patří mezi základní potřeby každého člověka. Příjemně znějící slova, rýmování, tóny a zvuky, houpání – to vše může stimulovat minulé zážitky a slasti. Lidé potřebují více vnímat, než být orientováni zpět do reality. Bez stimulace a vnímání pak dochází k pouhému přežívání a ke smrti. Mezi validační techniky v této fázi patří dotek, zrcadlení (napodobování druhého jako v zrcadle), hudba, jasný hlubší teple hlas plný citu, upřímný přímý delší pohled „z očí do očí“, empatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování a intuice **(22)**.

1.2.7.15. Preterapie

Preterapie je specifickým postupem, jehož autorem je G. Prouty. Jde o metodu, umožňující navázat kontakt a budovat vztah i u osob, které obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec **(22)**, jejichž schopnost navázat nebo udržet psychický kontakt je narušena **(45)**. U těchto osob je velice obtížné poskytnutí pomoci. Důvodem je omezené množství možností, jak vstoupit do jejich vnitřního autisticky uzavřeného světa a jak porozumět jejich potřebám. Možnosti těchto osob navázat kontakt s okolním světem, komunikovat a sdělovat tak své potřeby, přání a obavy, spoluutvářet interakci v rámci společenství s ostatními lidmi jsou silně narušeny jak jejich zdravotním stavem, tak vnějšími okolnostmi jejich života **(22)**. Navázání kontaktu je podmínkou pro iniciaci komunikace (např. prostřednictvím alternativní formy) a to je zase podmínkou pro další práci na bázi individuálního přístupu včetně individuálního plánování **(2)**. Metoda

vychází z Rogersova přístupu zaměřeného na klienta (45). Profesionálové jsou trénováni k trpělivé snaze navázat kontakt s těmito klienty reagováním na jejich nejjemnější iniciativy. U klienta je posilován kontakt s realitou, kontakt se sebou samým a kontakt s druhou osobou (22). Základem je slovní, zvukové a pohybové zrcadlení chování klienta formou různých forem reflexí (2) - jde např. o reflexe situační (terapeut sleduje a poté reflektuje aktuální klientovu situaci), obličejové (terapeut se dívá klientovi do tváře, pozoruje a poté reflektuje jeho emoce), slovní reproduktivní reflexe (terapeut naslouchá a reflektuje slova klienta), tělové reflexe či zopakované reflexe (použití předchozí reflexe, byla-li účinná) (45). Klient tak začne vnímat sám sebe. To mu následně umožní vejít do kontaktu se svým okolím (2). Vše směřuje k tomu, aby člověk mohl co nejvíce projevit svoje pocity a přání a tím i kontrolu nad svým životem (22). Preterapii lze použít u lidí, kteří jsou často označováni jako „klienti nevhodní pro psychoterapii“. Jsou to především lidé s těžkým psychotickým onemocněním, s autismem, s těžkou mentální retardací nebo demencí. Preterapie je vhodná nejen jako psychoterapeutická metoda, ale mohou ji využívat i další pracovníci pomáhajících profesí. Umožňuje například zlepšit komunikaci klientů v ústavech sociální péče nebo dlouhodobě hospitalizovaných psychiatrických pacientů (45).

1.2.7.16. *Maieutický přístup – empatické ošetřovatelství*

Tento přístup představuje rozvíjení schopnosti ošetřovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v nejpokročilejších stádiích demence, s lidmi těžce tělesně postiženými či umírajícími. Nejde o zlepšení orientace člověka v realitě, plnění životních úkolů či hledání nevyřešených konfliktů. Je zde snaha o navázání účinného kontaktu s člověkem tím, že se vstoupí do jeho vnitřního světa. Kontakt s realitou, který znamená život, je posilován a udržován prostřednictvím prožívaných citů a pocitů, které nemocnému člověku zůstávají. Lze tak ovlivňovat kvalitu života jedinců v nejtěžších stádiích onemocnění. Je tedy důležité celkové vyladění pečovatele, umění naslouchat, pojmenovávat vlastní prožitky a pocity, identifikovat je u klientů a díky tomu lépe rozumět jejich i vlastním potřebám.

Pečovatelé se učí uvědomit si reakce, které jsou ve své podstatě intuitivní, pracovat s energií a vztahem. Učí se také překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi **(22)**.

Jak uvádí Janečková **(22)**, existuje šest různých přístupů:

- a) prožívání tělem (aktivace smyslů, intimnost, strach, samota, radost – koupání, mazlení, masáže),
- b) smyslové prožívání (hudba, vůně, jídlo),
- c) prožívání reality objektivní (datum, roční období, část dne) i subjektivní (realita instituce, vnímání personálu),
- d) instinktivní prožívání (smutek, zlost, strach – udržení emoční rovnováhy),
- e) sociální zkušenost (jak byl a je vnímán svět lidí),
- f) duchovní zkušenost (vyrovnanost) a vnímání vlastní hodnoty (trávení času) **(22)**.

2. Cíle práce a hypotéza

2.1. Cíle práce

Prvním cílem diplomové práce je zmapovat aktivizační programy, které jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

Druhým cílem je zjistit, zda klienti senioři nabízené aktivizační programy využívají.

2.2. Hypotéza

H: Nejvíce seniorů v domovech pro seniory v Jihočeském kraji využívá aktivizační program trénování paměti.

3. Metodika

3.1. *Metody a techniky sběru dat*

Základními metodami, použitými pro výzkum, je metoda dotazování. Jako techniky sběru dat byly použity polořízený rozhovor, standardizovaný dotazník. Dále byla použita komparativní analýza.

3.1.1. *Polořízený rozhovor pro klienty*

Rozhovor pro klienty v domovech pro seniory (Příloha č. 1) obsahuje úvodní formuli s oslovením, představením se respondentovi a s důvodem mého výzkumu. Dále rozhovor obsahuje celkem 17 otázek. Úvodní otázky zahrnují identifikační údaje o dotazovaném klientovi, následující otázky jsou zaměřeny na zájmy klientů, využívání aktivizačních programů, spokojenost s aktivizačními programy i s lektory těchto programů a konečně i na význam a přínos aktivit ve stáří.

3.1.2. *Dotazník – ředitelé domovů pro seniory a pracovníci provádějící aktivizaci*

Použila jsem 2 typy dotazníků: dotazník pro ředitele domovů pro seniory (Příloha č. 2) a dotazník pro pracovníky provádějící v domovech pro seniory aktivizaci (Příloha č. 3). Oba typy dotazníku obsahují stejně jako rozhovory se seniory úvodní formuli (oslovení respondenta, představení a důvod výzkumu), dále pak otázky k dané problematice.

Dotazník pro ředitele domova obsahuje celkem 16 otázek. Jsou zde zahrnuty otázky týkající se identifikačních údajů respondenta, následují otázky zaměřené na danou problematiku – využívání aktivizačních programů klienty a důvody jejich využívání, nové možnosti v oblasti aktivizace, přínos programů pro klienty a personální zajištění aktivizace v domovech.

Dotazník pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci má celkem 17 otázek. Dotazník opět zahrnuje otázky týkající se identifikačních údajů dotazovaného a

dále otázky zaměřené na oblast aktivizace – vzdělání a profesní zařazení respondenta, dále otázky týkající se využívání aktivizačních programů seniory, časové dotace a podmínek pro provádění aktivizačních programů, významu vzdělání v oblasti aktivizace, nových možností v provádění aktivizace a přínosu aktivizačních programů pro klienty.

3.1.3. Komparativní analýza

V komparativní analýze jsem se zaměřila na porovnání vybraných otázek z dotazníků pro ředitele domovů pro seniory a současně z dotazníků pro pracovníky provádějící v domově aktivizaci.

3.2. Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvoří klienti domovů pro seniory, dále pracovníci provádějící v domovech pro seniory aktivizaci a ředitelé domovů pro seniory na území Jihočeského kraje. Klienti domovů pro seniory byli vybráni na základě náhodného vícestupňového výběru. Nejprve byli vybráni klienti domovů pro seniory na území Jihočeského kraje, dále byli náhodně vybráni klienti, kteří byli schopni odpovídat na otázky. S výběrem vhodných klientů jsem se vždy obrátila na personál zařízení. Pracovníci provádějící aktivizaci byli vybráni náhodným vícestupňovým výběrem. Nejprve jsem vybrala pracovníky v domovech pro seniory na území Jihočeského kraje a dále v těchto domovech byly osloveni pracovníci provádějící aktivizaci. Ředitelé domovů pak byly vybrány kvótním výběrem – kvótním znaky jsou řídicí funkce v domovech pro seniory a příslušnost těchto domovů k území Jihočeského kraje.

3.3. *Realizace výzkumu*

Výzkum proběhl v domovech pro seniory, nacházejících se na území Jihočeského kraje. Kontaktovala jsem vždy ředitele jednotlivých domovů pro seniory, a to z důvodu vyplnění dotazníku pro ředitele, dále vyplnění dotazníku pracovníky provádějící aktivizaci a též z důvodu provedení rozhovorů s klienty domovů. Ředitele jsem oslovila buď telefonicky nebo elektronickou poštou. Celkem jsem kontaktovala 27 domovů pro seniory. Z toho telefonicky byly kontaktovány 2 domovy, s řediteli byl dohodnut termín a podmínky návštěvy v zařízení, kde jsem mohla provést rozhovory s klienty. Osobně jsem navštívila ještě další 2 zařízení, to již pouze z důvodu vyplnění dotazníků (ředitelé a pracovníci) Výše uvedená 4 zařízení jsem navštívila osobně z důvodu dobré místní dostupnosti.

Elektronickou poštou jsem 4. 3. 2008 kontaktovala ty domovy, které nebylo možné navštívit osobně, a to z důvodu horší místní dostupnosti. Ředitele jsem v průvodním dopise poprosila o vyplnění dotazníku pro ředitele, dále o vyplnění dotazníků pracovníky provádějící aktivizaci a případně o provedení rozhovorů s klienty. Z takto oslovených ředitelů odpověděli a měli zájem na spolupráci 2 ředitelé a 1 ředitel spolupráci odmítl. Po uplynulých 14 dnech jsem znovu oslovila ty ředitele, kteří doposud neodpověděli. Tentokrát jsem je oslovila telefonicky. Z takto oslovených pak zaslalo vyplněné dotazníky 6 ředitelů domovů, 1 ředitel spolupráci odmítl. Zbývajících 13 ředitelů dotazník nezaslalo zpět.

Z celkově oslovených domovů pro seniory jsem tedy telefonicky a následně osobně kontaktovala tyto 4 domovy pro seniory: Centrum sociálních služeb - domov pro seniory Staroměstská (České Budějovice) a Domov pro seniory Máj v Českých Budějovicích (zde byly pouze rozdány dotazníky); dále Domov důchodců Dobrá Voda u Českých Budějovic a Domov pro seniory Chvalkov, kde byly rozdány dotazníky a realizovány rozhovory se seniory.

Elektronickou poštou a případně telefonicky jsem kontaktovala těchto 23 zařízení: Domov pro seniory Horní Stropnice, Domov důchodců „U zlatého kohouta“ Hluboká nad Vltavou, Domov důchodců Horní Planá, Domov důchodců Budíšovice,

Domov důchodců České Velenice, Domov důchodců Třeboň, Domov důchodců Otín, Domov pro seniory Světlo Drhovle, Sociální služby města Milevska (domov pro seniory), Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice, Domov pro seniory Stachy – Kůsov, Domov pro seniory Pohoda Netolice, Domov důchodců sv. Zdislavy Pravětín, Domov pro seniory Blatná, Dům klidného stáří sv. Anny Sousedovice, Městský ústav sociálních služeb (domov pro seniory) Strakonice, Centrum sociální pomoci (domov pro seniory) Vodňany, Domov pro seniory Bechyně, Domov důchodců Tučapy – Budislav, Domov pro seniory Chýnov, G – centrum (domov pro seniory) Tábor, Senior - dům Soběslav, TEP- centrum sociálních služeb (domov pro seniory) Veselí n. Lužnicí. Vyplněný dotazník pak zaslali zpět ředitelé těchto 8 zařízení: Domov důchodců Budíškovice, Domov důchodců České Velenice, Sociální služby města Milevska (domov pro seniory), Dům klidného stáří sv. Anny Sousedovice, Domov důchodců Tučapy – Budislav, G – centrum (domov pro seniory) Tábor, Senior - dům Soběslav, TEP- centrum sociálních služeb (domov pro seniory) Veselí n. Lužnicí.

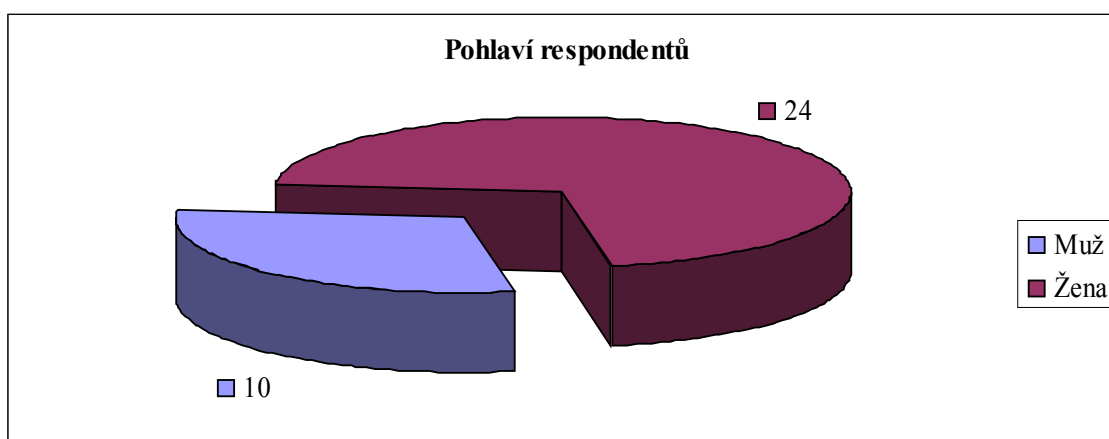
4. Výsledky

Vyhodnocení jednotlivých otázek je graficky znázorněno pomocí grafů. Zvlášť jsou vyhodnoceny rozhovory se seniory, dotazníky pro ředitele domovů pro seniory a dotazníky pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci. Výsledky jsou v absolutních číslech.

4.1. Vyhodnocení rozhovorů s klienty – seniory

Otázka č. 1: „Pohlaví respondenta.“

Graf 1.1.: Pohlaví respondentů

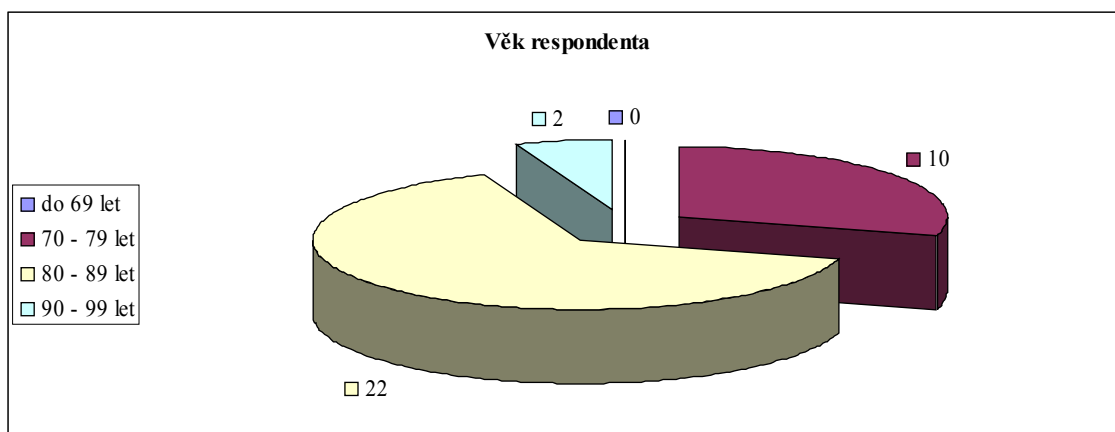


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 34 respondentů je 10 z nich mužského pohlaví, 24 respondentů je pohlaví ženského.

Otázka č. 2: „Věk respondenta.“

Graf 1.2: Věk respondenta

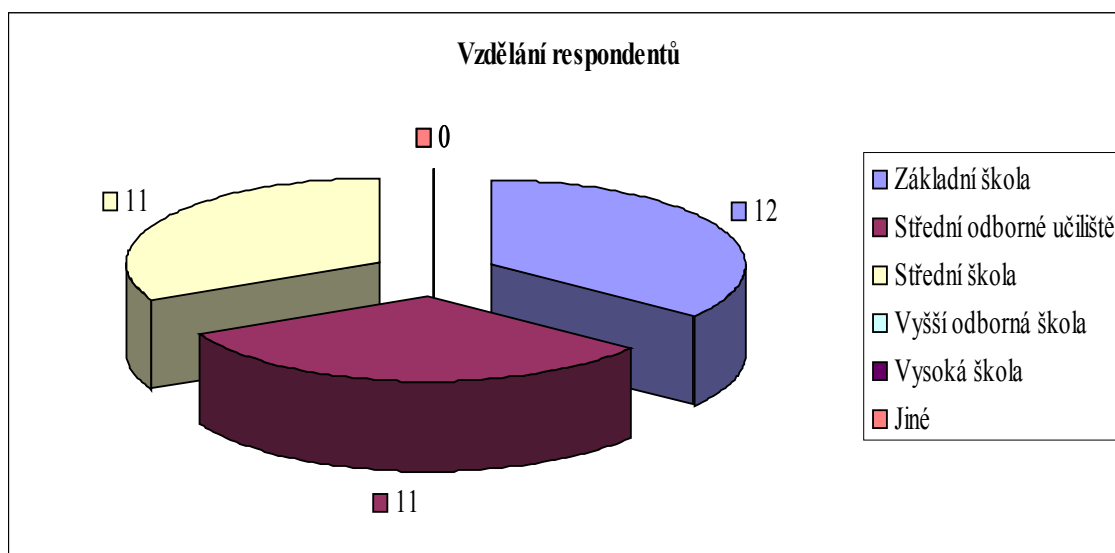


Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf vyjadřuje věk jednotlivých respondentů: z celkového počtu 34 respondentů není žádný respondent v kategorii do 69 let věku, 10 respondentů ve věku do 79 let, 22 respondentů ve věku do 89 let a 2 respondenti ve věku do 99 let.

Otázka č. 3: „Dosažené vzdělání respondenta.“

Graf 1.3.: Vzdělání respondentů

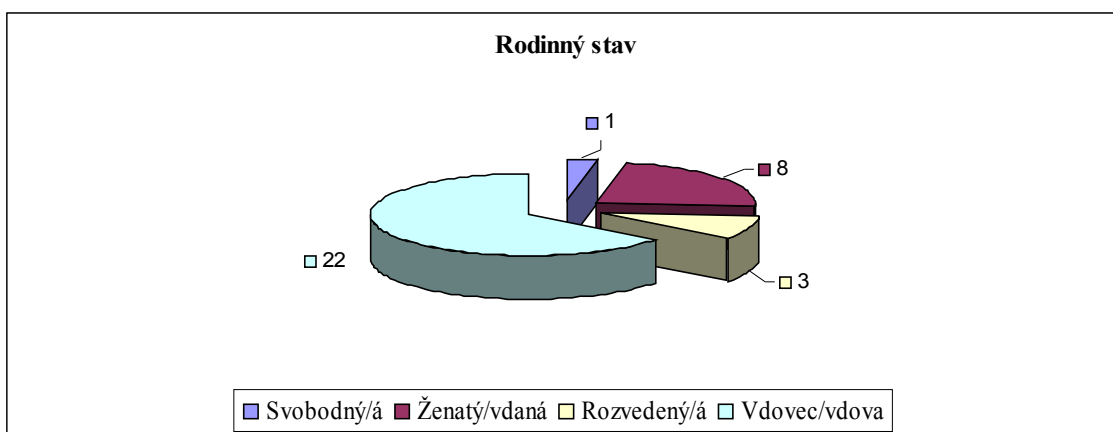


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že co se týče vzdělání, má 12 respondentů základní vzdělání, 11 respondentů jsou absolventi středního odborného učiliště, 11 respondentů má úplné středoškolské vzdělání. Vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání nemá žádný z respondentů.

Otázka č. 4: „Rodinný stav.“

Graf 1.4.: Rodinný stav respondentů

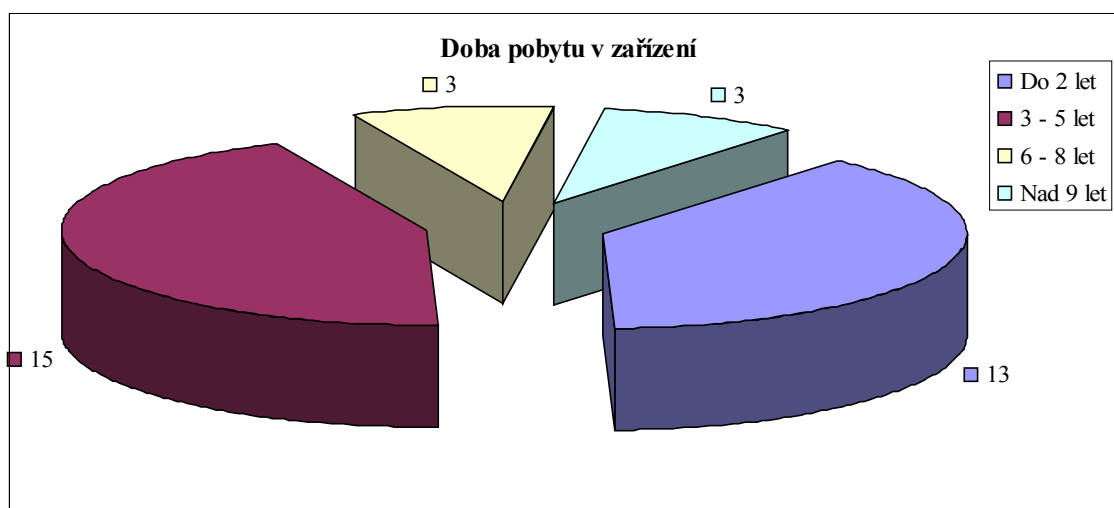


Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že 22 respondentů jsou vdovci či vdovy. 8 respondentů je ženatých či vdaných. 3 respondenti jsou rozvedeni a 1 respondent je svobodný.

Otázka č. 5: „Jak dlouho v zařízení žijete?“

Graf 1.5.: Doba pobytu v zařízení

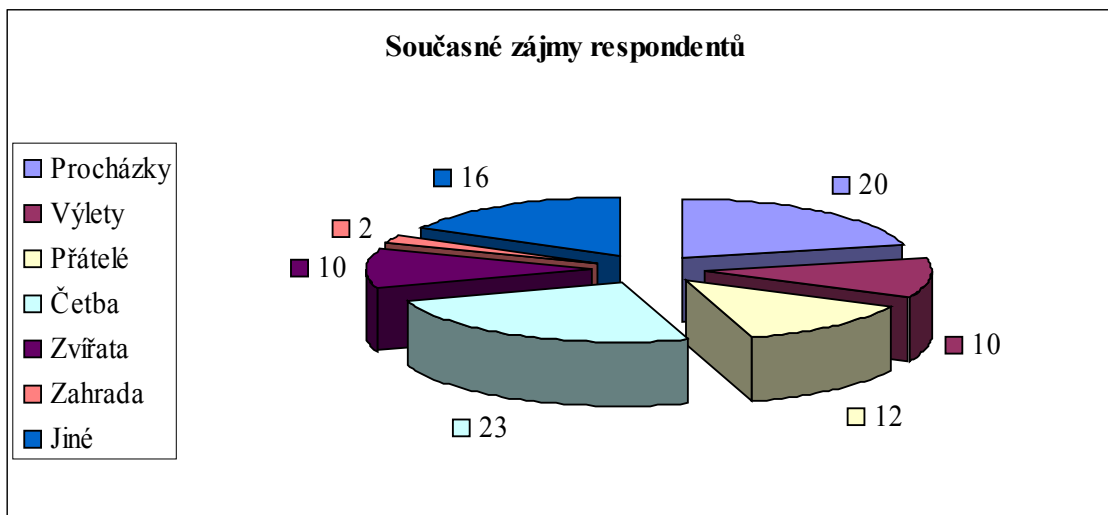


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že doba pobytu 15 respondentů je v délce od 3 do 5 let. 13 respondentů uvádí dobu pobytu v zařízení v délce do 2 let, 3 respondenti v délce 6 – 8 let a další 3 respondenti pak v délce nad 9 let.

Otázka č. 6: „Jaké jsou Vaše současné zájmy (v domově pro seniory)?“

Graf 1.6.: Současné zájmy respondentů

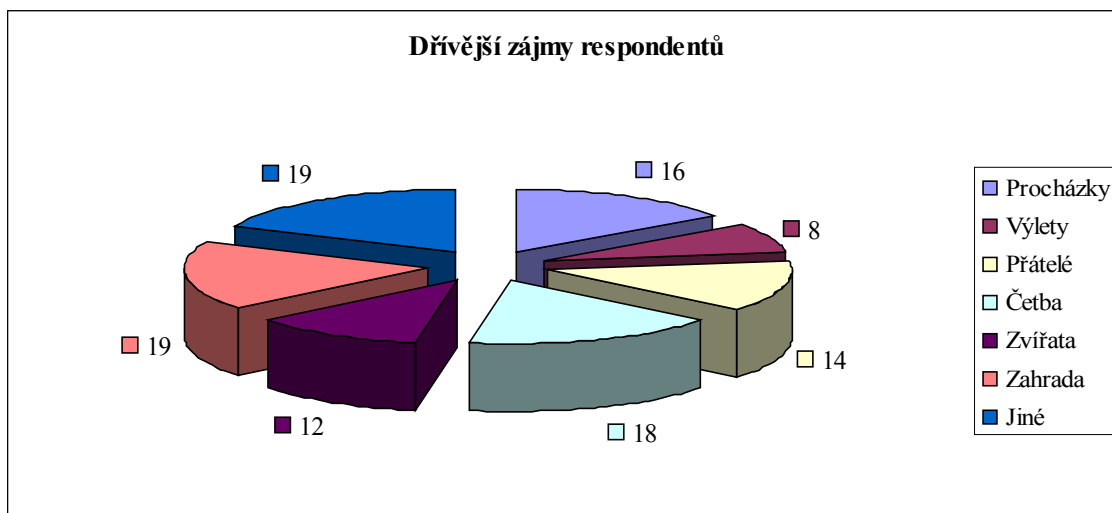


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že mezi současné zájmy patří u 23 respondentů četba, u 20 respondentů procházky, u 12 respondentů přátelé a u 10 respondentů zvířata. Dalších 10 respondentů uvádí jako své zájmy výlety, 2 respondenti uvádí zahradu a 16 respondentů pak jiné zájmy. Mezi jiné zájmy respondenti udávají sledování televize, poslech rádia, ruční práce, vnoučata, filmy, karty či různé kulturní pořady.

Otázka č. 7: „Jaké zájmy jste měl/a dříve, než jste začal/a bydlet v domově pro seniory?“

Graf 1.7.: Dřívější zájmy respondentů

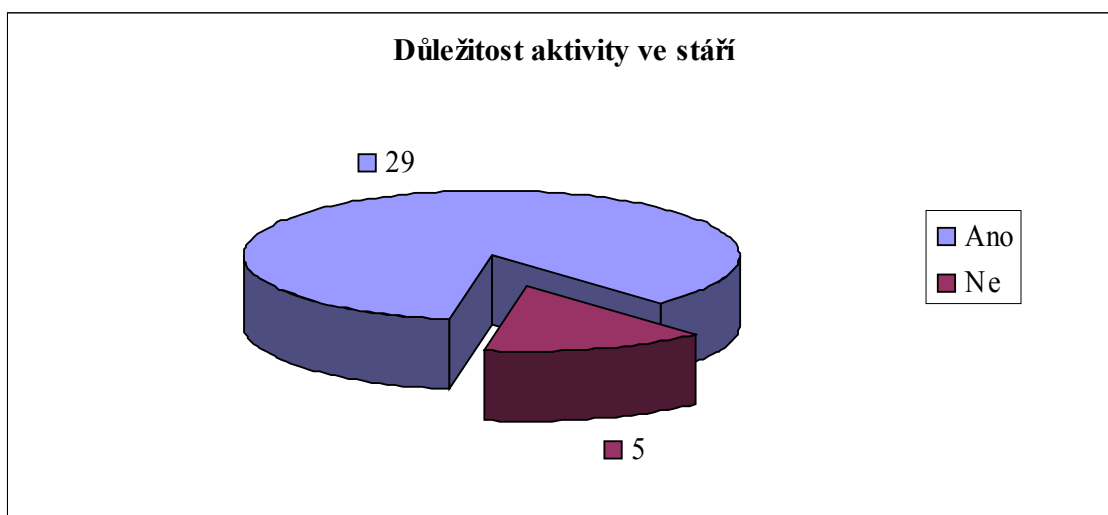


Zdroj: vlastní výzkum

Mezi zájmy, které měli respondenti předtím, než se přestěhovali do domova pro seniory, řadí 19 respondentů zahradu a dalších 19 jiné zájmy. Jako jiné zájmy uvádí rukodělné práce, sledování televize, vnoučata, domácí práce, zahrada, ale též rybaření, myslivost či politiku. 18 respondentů uvádí četbu, 16 respondentů procházky a 14 pak přátele. Mezi zájmy se u 12 respondentů vyskytují zvířata a u 8 výlety.

Otázka č. 8: „Je dle Vašeho názoru důležitý nějaký druh aktivity ve stáří?“

Graf 1.8.: Důležitost aktivity ve stáří



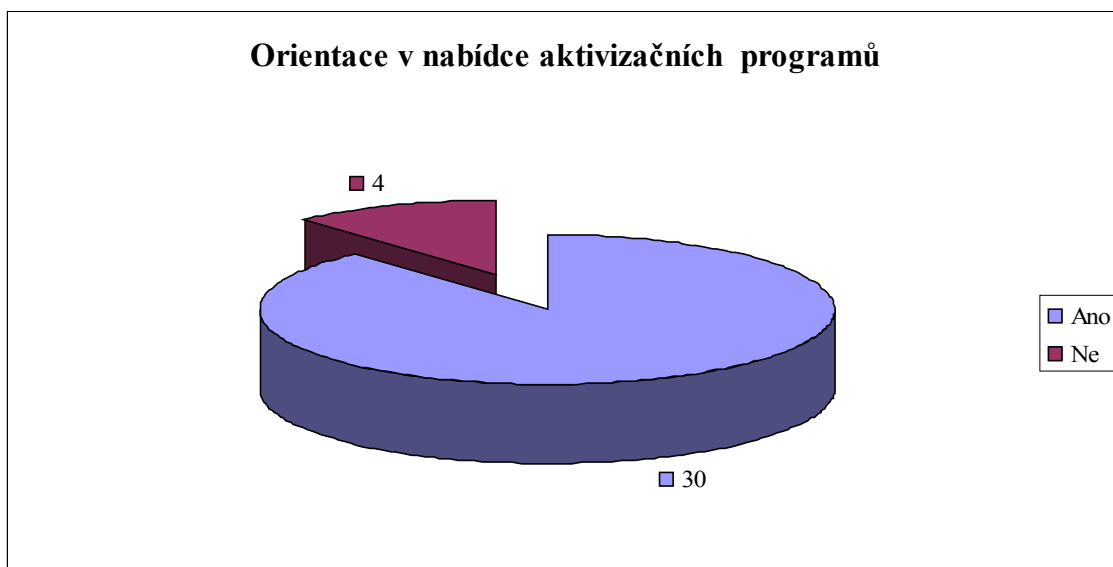
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 29 respondentů považuje aktivitu ve stáří za důležitou. 9 respondentů hodnotí aktivitu ve stáří jako důležitou pro podporu zdravotního stavu, 6 respondentů pro podporu duševního stavu a dalších 6 respondentů pro potřebu něco dělat. 3 respondenti považuje aktivitu ve stáří jako důležitou pro společenskou interakci lidí mezi sebou, 1 respondent pro odpoutání se od starostí a 1 respondent pak pro potřebu o něco se zajímat. Další 1 respondent hodnotí aktivitu jako významnou pro udržení samostatnosti, 1 respondent pro pocit užitečnosti a 1 respondent pak pro vyrovnání se se změnou.

5 respondentů uvádí, že aktivita ve stáří důležitá není. 3 respondenti nepovažují aktivitu ve stáří za důležitou proto, že aktivita ničemu nepomáhá a 2 respondenti proto, že aktivita nemá žádný smysl.

Otázka č. 9: „Orientujete se v nabídce aktivizačních programů v domově?“

Graf 1.9.: Orientace v nabídce aktivizačních programů

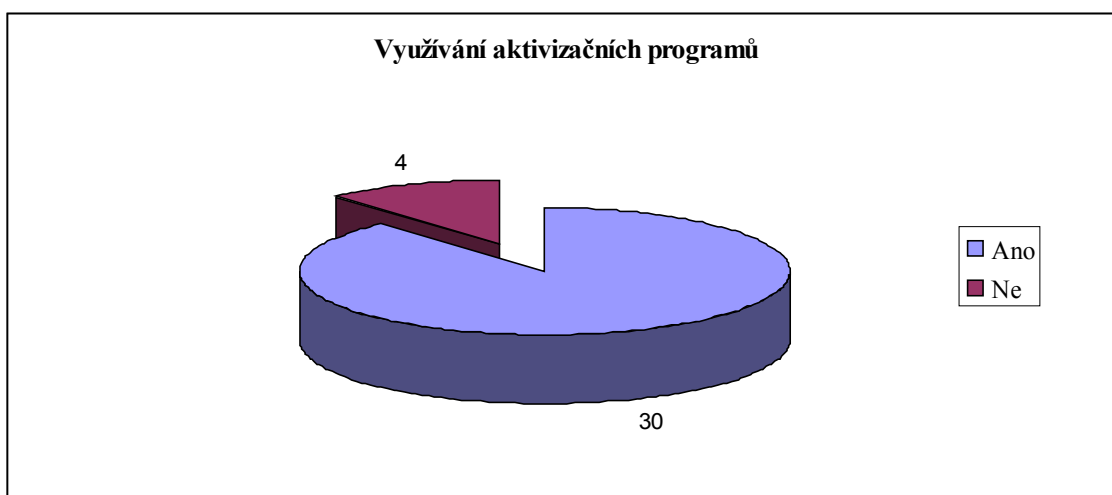


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 30 respondentů se orientuje v nabídce aktivizačních programů, zatímco 4 respondenti v nabídce orientováni nejsou. 23 respondentů získává informace o aktivizačních programech z nástěnek, 11 respondentů od zdravotních sester a 4 respondenti od aktivizačních pracovníků. 3 respondenti uvádí jako zdroj informací sociální pracovníky a 1 z respondentů pak rozhlas. Z tabulky vyplývá, že 4 respondenti, kteří se neorientují v nabídce aktivizačních programů, uvedli jako důvod nezájem o aktivizační programy.

Otázka č. 10: „Využíváte nějakých aktivizačních programů, které domov nabízí?“

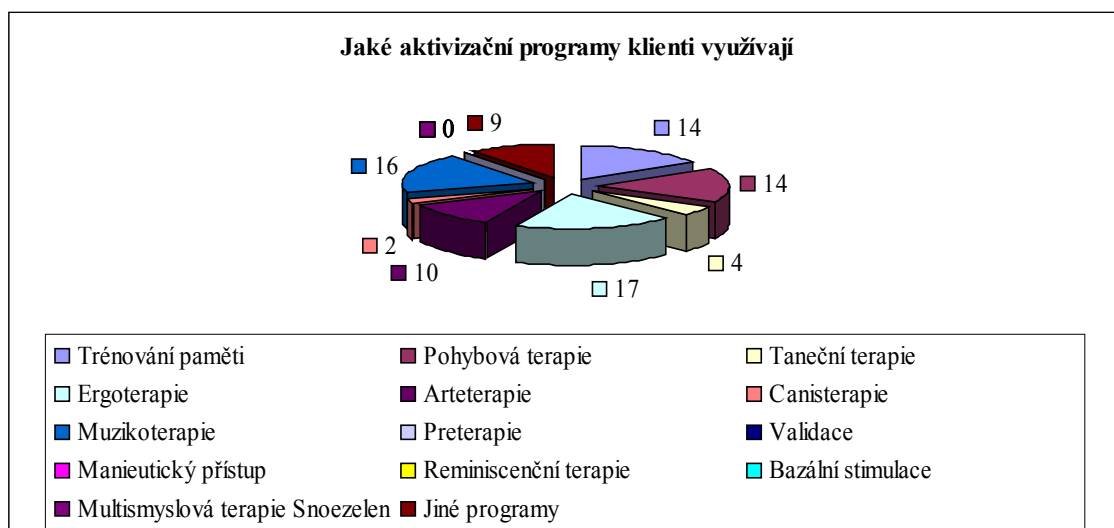
Graf 1.10.: Využívání aktivizačních programů seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 30 respondentů využívá aktivizační programy, 4 respondenti nikoli.

Graf 1.11.: Jaké aktivizační programy klienti využívají (doplnění k otázce 10)



Zdroj: vlastní výzkum

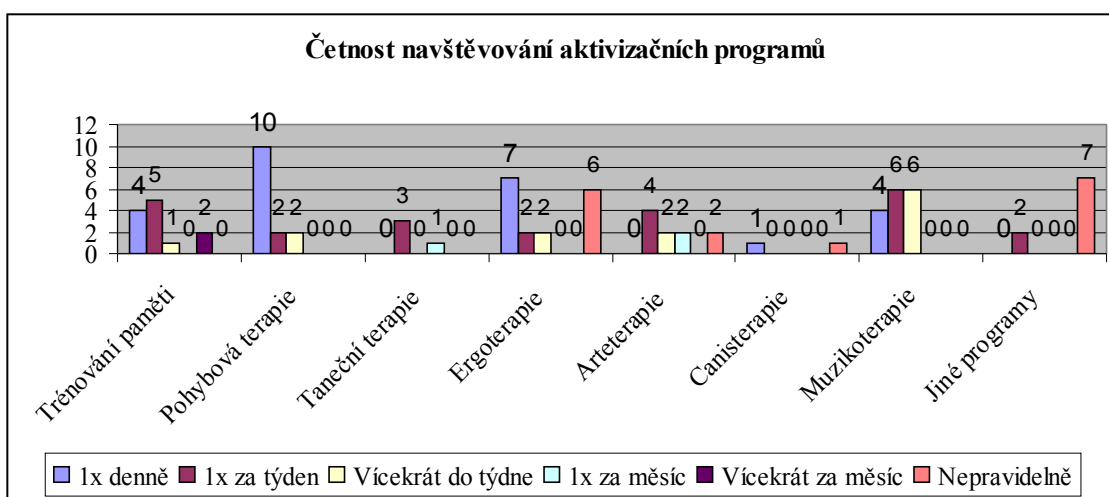
Graf znázorňuje, že 17 respondentů využívá z nabídky aktivizačních programů ergoterapii, 16 respondentů muzikoterapii a 14 respondentů trénování paměti. Další 14 respondentů navštěvuje pohybovou terapii, 10 respondentů arteterapii a 9 respondentů jiné programy (společenské akce, promítání filmů, zooterapie, náboženské programy). 4 respondenti pak využívají taneční terapii a 2 též canisterapii.

Ergoterapii využívá 9 respondentů z důvodu potřeby něco dělat, 7 respondentů pro zábavu a 1 ze zvědavosti. Muzikoterapii využívá 9 respondentů pro oblibu hudby, 5 pro zábavu, 1 respondent kvůli zpěvu a 1 z důvodu uklidnění. Důvody pro využívání trénování paměti jsou u 9 respondentů zlepšení paměti, u 4 respondentů zábava a u 1 pak zvědavost. Pohybovou terapii využívá 8 respondentů pro podporu zdravotního stavu, 3 respondenti pro zábavu a další 3 pak kvůli potřebě něco dělat. Arteterapii využívá 6 respondentů pro zábavu, 2 z důvodu zajímavé činnosti, 1 respondent pro uklidnění a 1 pak ze zvědavosti. Jiné programy využívá 6 respondentů pro zábavu a 3 respondenti kvůli zajímavé činnosti. Taneční terapii využívají 4 respondenti pro zábavu

a canisterapii pak 2 respondenti kvůli oblibě zvířat. Naopak důvodem pro nevyužívání programu je nezájem ze strany klientů.

Otázka č. 11: „Jak často využíváte tyto programy a jakou formou tyto programy probíhají (skupinově/ individuálně)?“

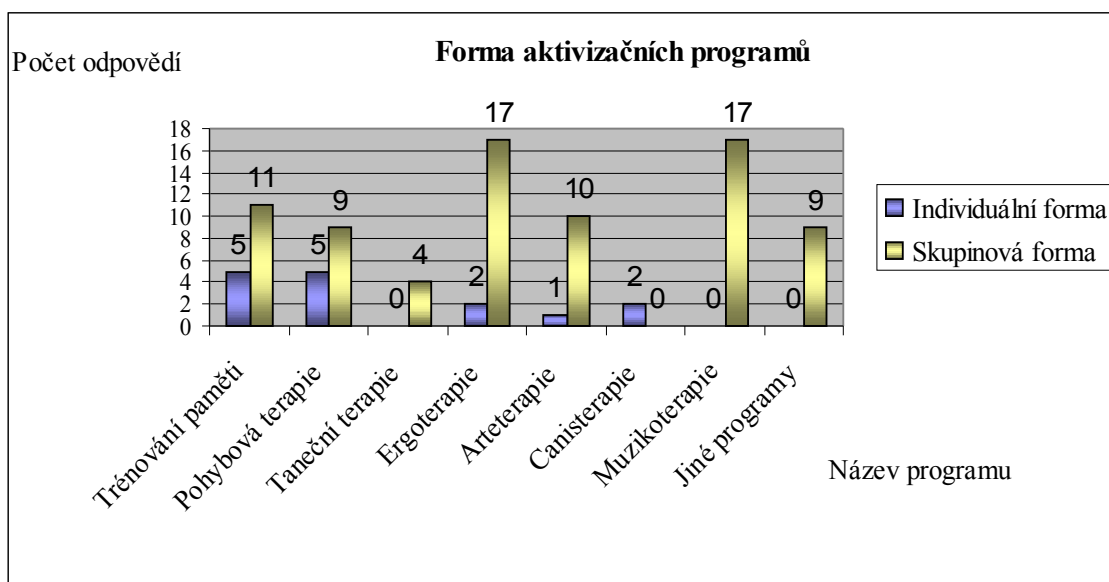
Graf 1.12.: Četnost navštěvování aktivizačních programů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že ergoterapii využívá 7 respondentů denně (v pracovní dny), 2 respondenti 1x týdně a další 2 vícekrát do týdne. 6 respondentů navštěvuje ergoterapii nepravidelně. Muzikoterapii využívají 4 respondenti denně, 6 respondentů 1x týdně a 6 vícekrát do týdne. Trénování paměti využívají 4 respondenti denně, 5 respondentů 1x týdně, 1 vícekrát do týdne a 2 respondenti vícekrát do měsíce. Pohybová terapie je navštěvována 10 respondenty denně, 2 respondenty 1x týdně, a dalšími 2 respondenty vícekrát do týdne. Arteterapii využívají 4 respondenti 1x týdně, 2 vícekrát do týdne, 2 respondenti 1x za měsíc a 2 nepravidelně. Jiné programy navštěvují 2 respondenti 1x týdně a 7 respondentů nepravidelně. Taneční terapii využívají 3 respondenti 1x týdně a 1 respondent 1x měsíčně, canisterapii využívá 1 respondent denně a 1 pak nepravidelně.

Graf 1.13.: Forma aktivizačních programů

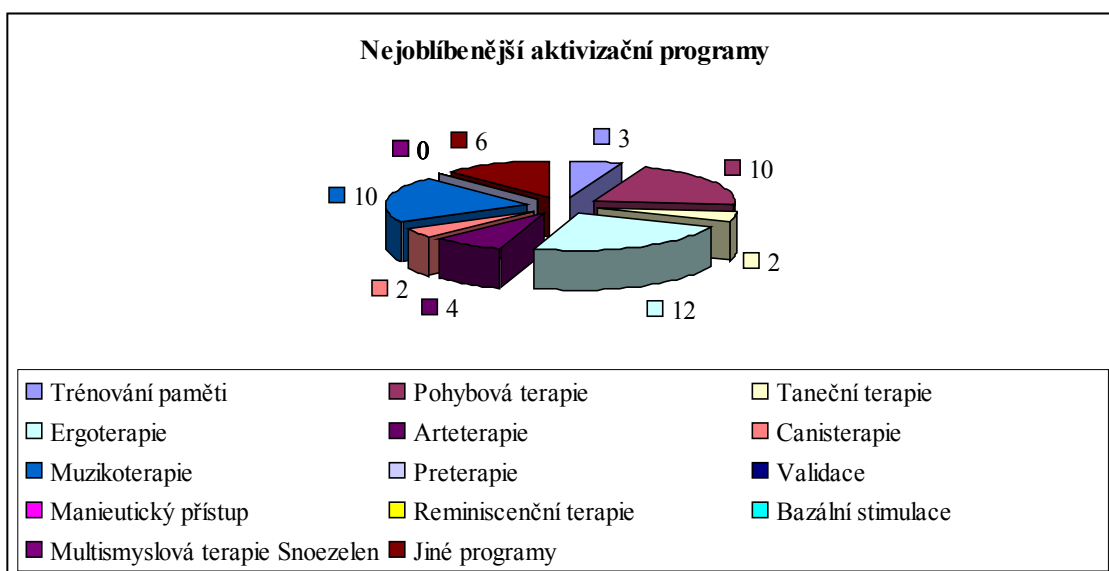


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že ergoterapii navštěvuje 17 respondentů ve skupinové a 2 respondenti v individuální formě. Muzikoterapie je 17 respondenty využívána ve skupinové formě. Trénování paměti ve skupinové formě využívá 11 respondentů a 5 respondentů pak v individuální formě. Pohybová terapie je 9 seniory navštěvována ve skupinové formě, 5 seniorů využívá formu individuální. Arteterapii využívá 11 respondentů skupinovou a 1 respondent individuální formou, jiné programy pak využívá 9 respondentů skupinovou formou. Taneční terapii navštěvují 4 respondenti ve skupinové formě a canisterapii pak 2 respondenti využívají v individuální formě.

Otázka č. 12: „Která aktivita Vás v zařízení nejvíce baví a z jakého důvodu?“

Graf 1.14.: Nejoblíbenější aktivizační programy



Zdroj: vlastní výzkum

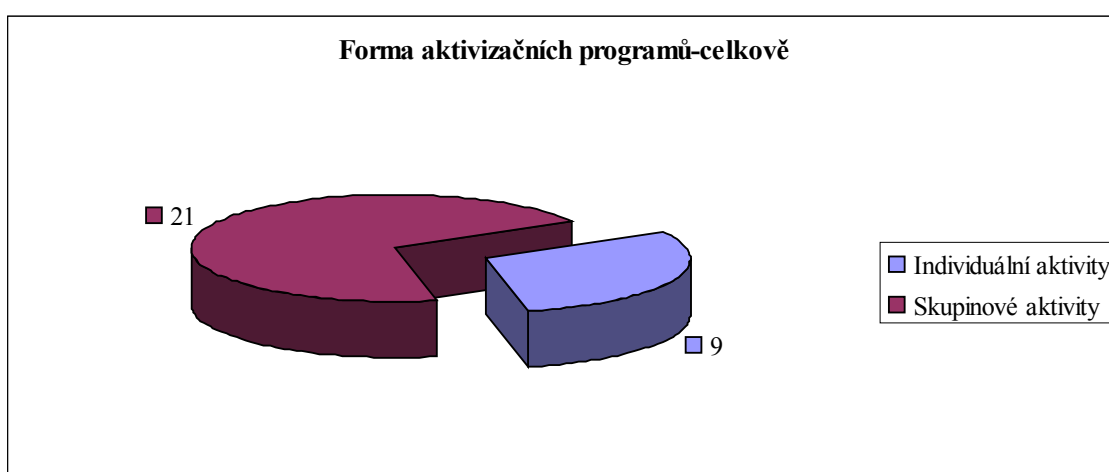
Graf vyjadřuje, že mezi nejoblíbenější aktivizační programy patří u 12 respondentů ergoterapie, u 10 respondentů pohybová terapie a u dalších 10 muzikoterapie. 6 respondentů navštěvuje nejraději jiné aktivizační programy, 4 respondenti arteterapii a 3 trénování paměti. Taneční terapii využívají nejraději 2 respondenti a canisterapii taktéž 2 respondenti.

5 respondentů využívá trénování paměti z důvodu zábavy, pohybovou terapii využívají 2 respondenti též pro zábavu, 2 kvůli povídání a 7 kvůli podpoře zdravotního stavu. Taneční terapii navštěvují 2 respondenti pro zábavu, ergoterapii pak 7 respondentů pro zábavu, 2 respondenti kvůli povídání, 5 z důvodu potřeby něco dělat a 3 respondenti kvůli zajímavé činnosti. Arteterapie je využívána 2 respondenty pro zábavu, 2 pro zajímavou činnost a 1 respondentem pro uklidnění. Canisterapii využívají 2 respondenti pro oblibu zvířat, muzikoterapii pak 7 respondentů pro poslech hudby, 3

pro zábavu a 1 respondent pro uklidnění. Jiné programy navštěvuje 5 respondentů z důvodu zábavy a 1 respondent pro oblibu zvířat.

Otázka č. 13: „Upřednostňujete více individuální aktivity či skupinové aktivity a proč?“

Graf 1.15.: Formy aktivizačních programů

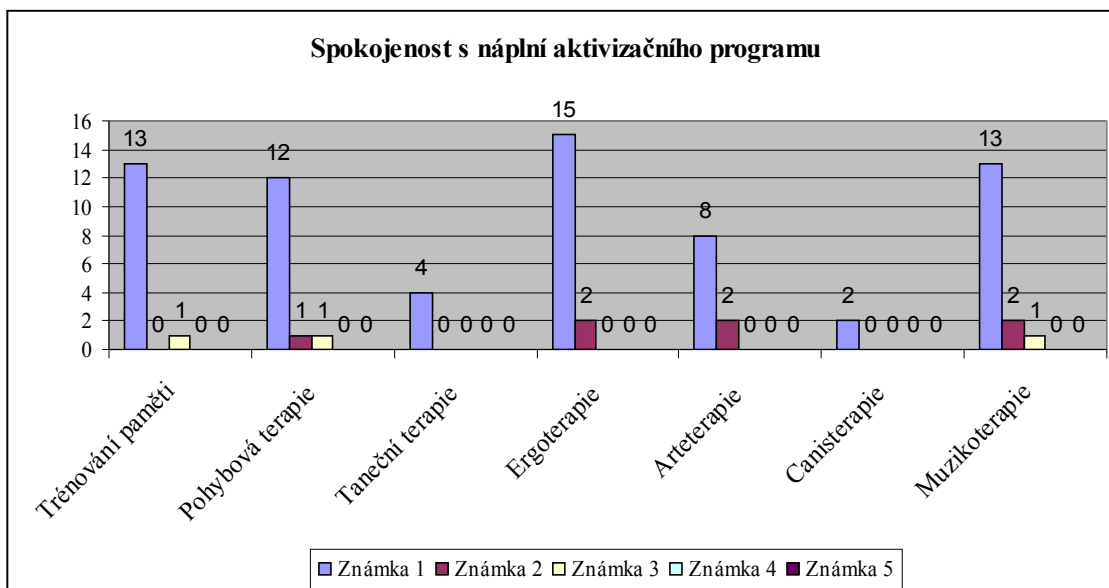


Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že 21 respondentů upřednostňuje skupinové aktivity, 9 respondentů pak aktivity individuální. 7 respondentů upřednostňuje individuální aktivity z důvodu samotářství, 2 respondenti pak kvůli špatné zkušenosti s lidmi. 18 respondentů se raději účastní skupinových aktivit kvůli společenské interakci, u 3 respondentů je pak důvodem účasti skupinových aktivit zábava.

Otázka č. 14: „Jak jste spokojen/a s náplní aktivizačního programu, který využíváte? (ohodnoťte známkou podobně jako ve škole)“

Graf 1.16.: Spokojenost s náplní aktivizačního programu

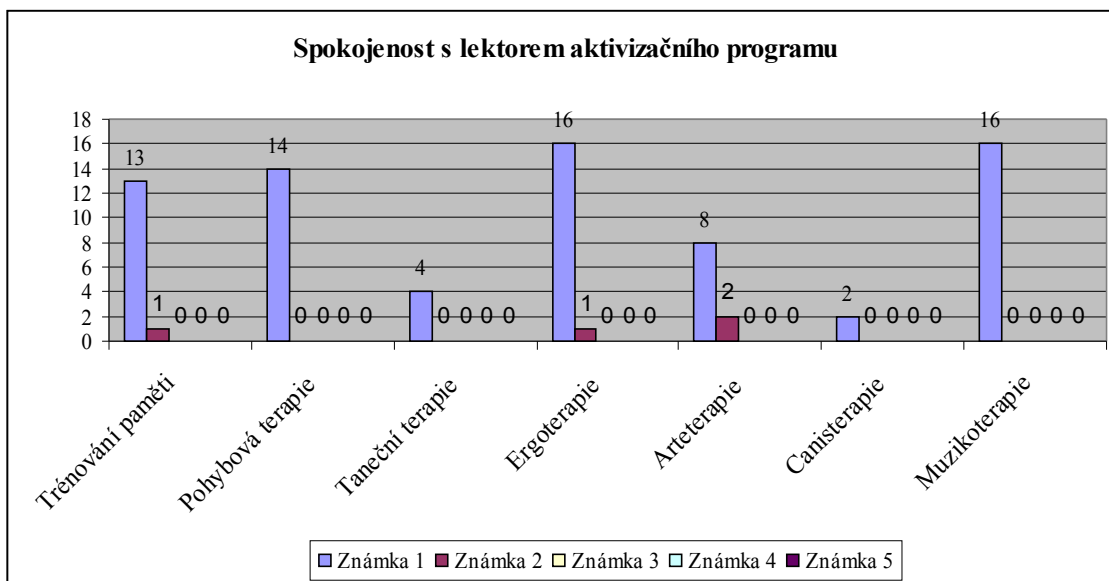


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že trénování paměti hodnotí 13 respondentů známkou 1, 1 respondent pak známkou 3. Pohybovou terapii hodnotí 12 respondentů známkou 1, u 2 respondentů je pak program ohodnocen známkami 2 a 3. Ergoterapii hodnotí 15 respondentů známkou 1, 2 respondenti známkou 2; k arteterapii uvádí 8 respondentů známkou 1 a 2 respondenti známkou 2. Známkou 1 hodnotí 13 respondentů muzikoterapii, 2 respondenti dávají známkou 2 a 1 respondent známkou 3. Známkou 1 udělili respondenti taneční terapii, a to 4 respondenti a dále canisterapii, 2 respondenti.

Otázka č. 15: „Jak jste spokojen/a s lektorem programu, který využíváte? (ohodnoťte známkou podobně jako ve škole)“

Graf 1.17.: Spokojenost s lektorem aktivizačního programu

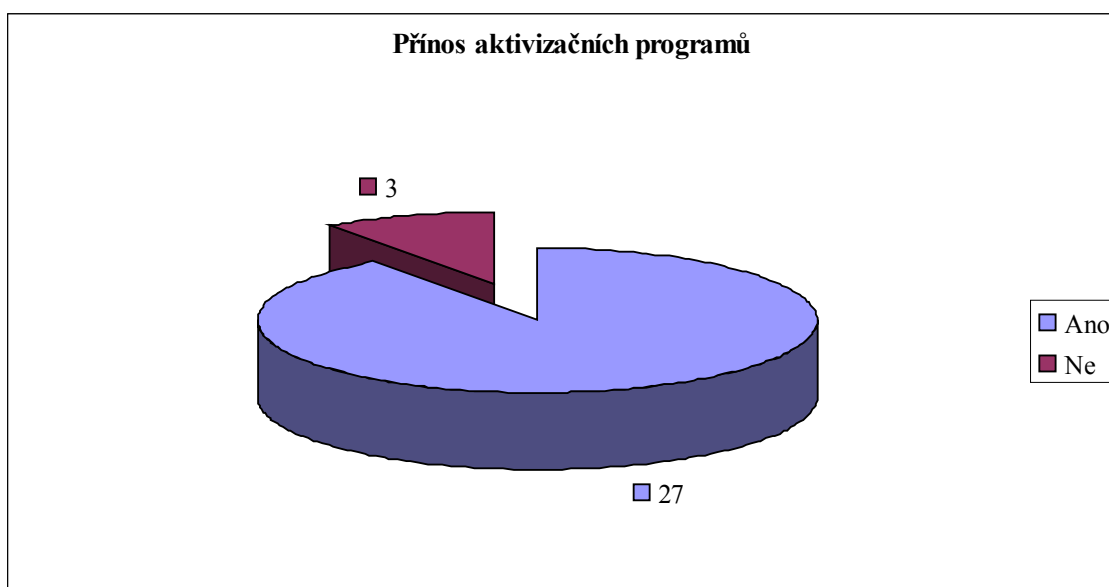


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že lektora trénování paměti hodnotí 13 respondentů známkou 1, 1 respondent známkou 2; lektor pohybové terapie je ohodnocen známkou 1 od 14 respondentů; lektor taneční terapie je hodnocen známkou 1 od 4 respondentů, obdobně lektor canisterapie je hodnocen známkou 1 od 2 respondentů a lektor muzikoterapie též známkou 1, a to od 16 respondentů. Lektor ergoterapie získává od 16 respondentů známku 1 a od 1 respondenta známku 2, lektor arteterapie získává od 8 respondentů známku 1 a od 2 respondentů známku 2.

Otázka č. 16: „Jsou pro Vás aktivizační programy přínosné?“

Graf 1.18.: Přínos aktivizačních programů

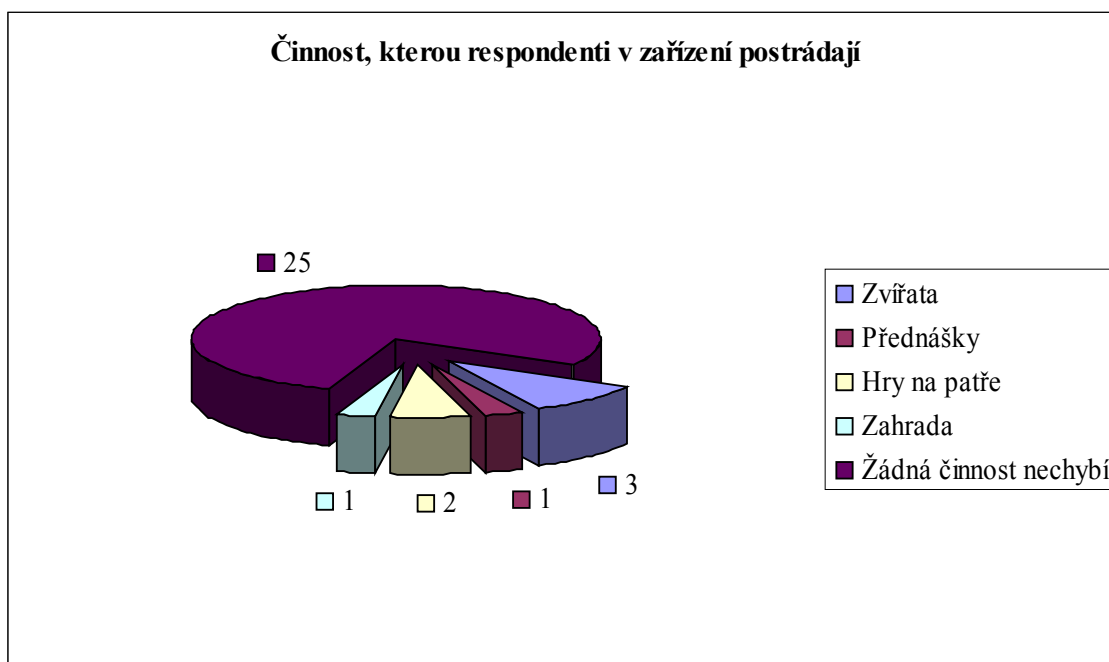


Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že pro 27 respondentů jsou aktivizační programy přínosné, pro 3 respondenty přínosné nejsou. Přínos aktivizačních programů spatřuje 7 respondentů v udržení tělesného zdraví, 5 respondentů ve společenské interakci, 4 respondenti v zábavě a další 4 ve smysluplném vyplnění dne. 3 respondenti považují za přínos změnu, 2 respondenti pocit spokojenosti a další 2 odreagování se od starostí. 1 respondent uvádí jako přínos udržení duševního zdraví, další respondent pocit užitečnosti a 1 respondent též naplňování zájmů. Respondenti, pro které aktivizační programy v domově přínosné nejsou, uvádí následující důvody: ve 2 případech nesmyslnost aktivizačních programů a 1 senior uvádí, že aktivizační programy nic nepřinášejí.

Otázka č. 17: „Jaký druh činnosti Vám v domově chybí?“

Graf 1.19.: Činnost, kterou respondenti v zařízení postrádají



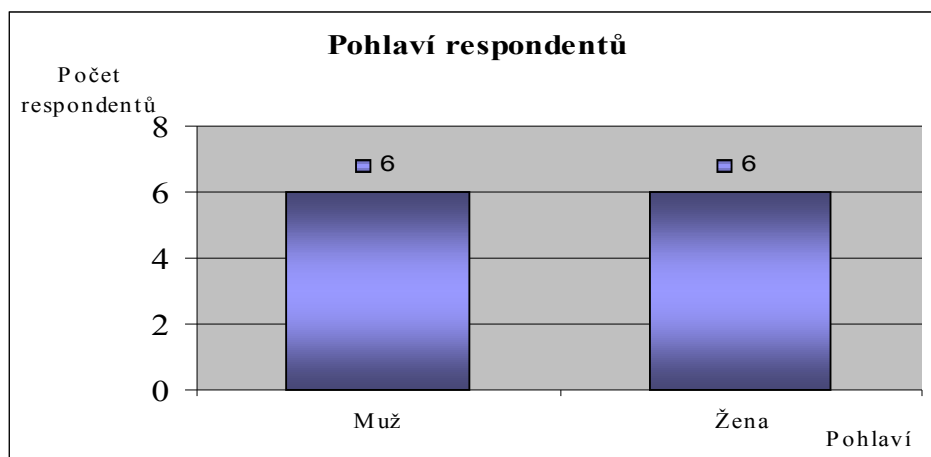
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 3 respondenti v zařízení postrádají činnost se zvířaty, 2 respondenti hry na patře, 1 respondent přednášky a 1 by uvítal činnost na zahradě. 25 respondentům žádná činnost v zařízení nechybí.

4.2. Vyhodnocení dotazníku – ředitelé domovů pro seniory

Otázka č. 1: „Pohlaví respondenta.“

Graf 2.1.: Pohlaví respondentů

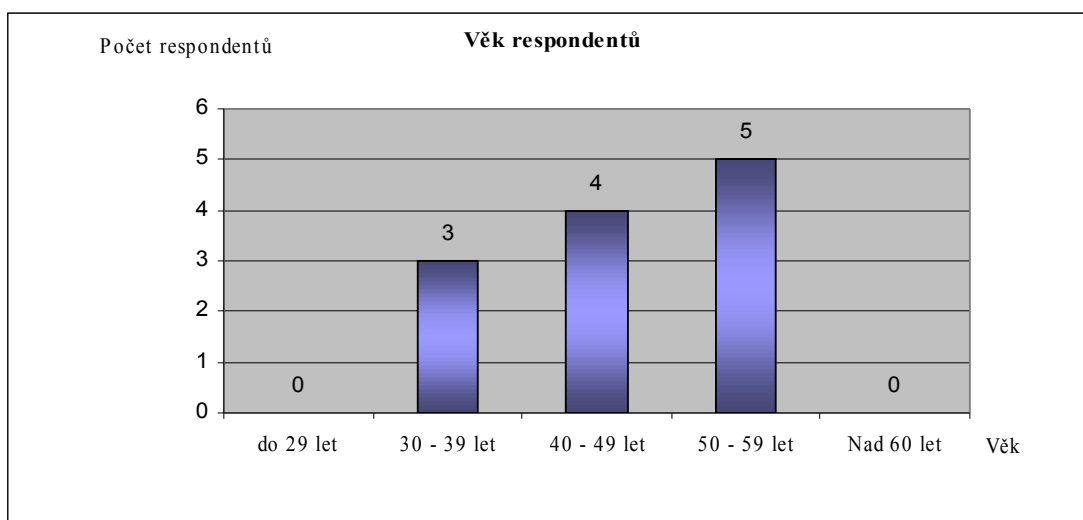


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 respondentů je pohlaví mužského, 6 respondentů pak ženského pohlaví.

Otázka č. 2: „Věk respondenta.“

Graf 2.2.: Věk respondentů

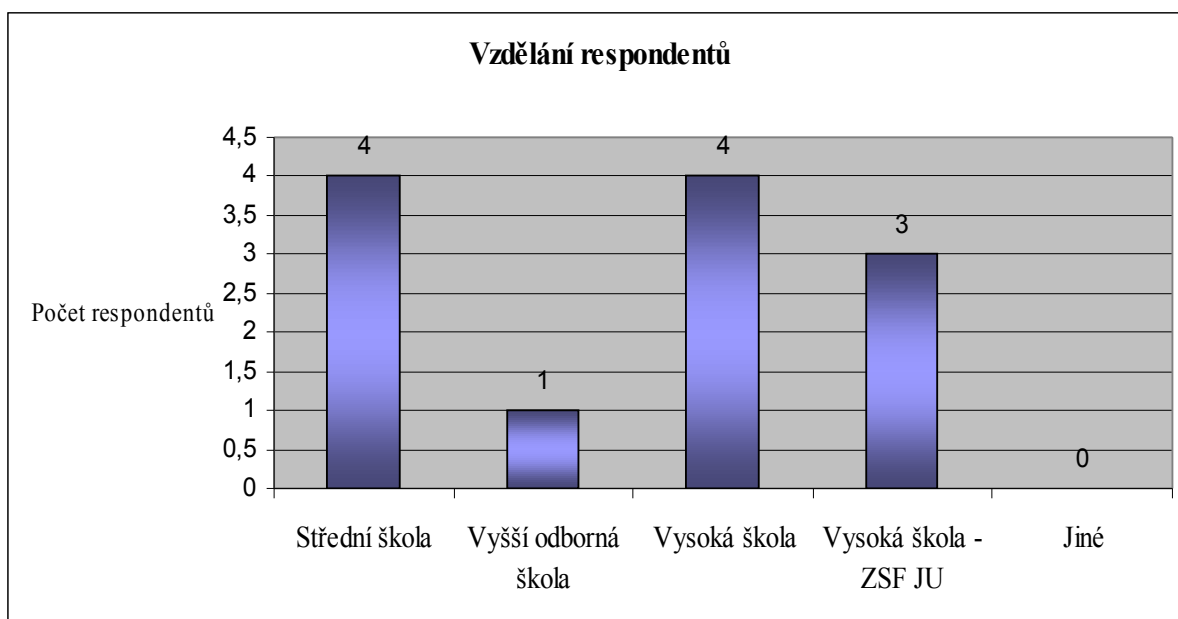


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 3 respondenti jsou ve věkovém rozmezí 30 – 39 let, 4 respondenti ve věku 40 – 49 let a 5 respondentů se nachází ve věkovém rozmezí 50 – 59 let.

Otázka č. 3: „Dosažené vzdělání respondenta.“

Graf 2.3.: Dosažené vzdělání respondentů

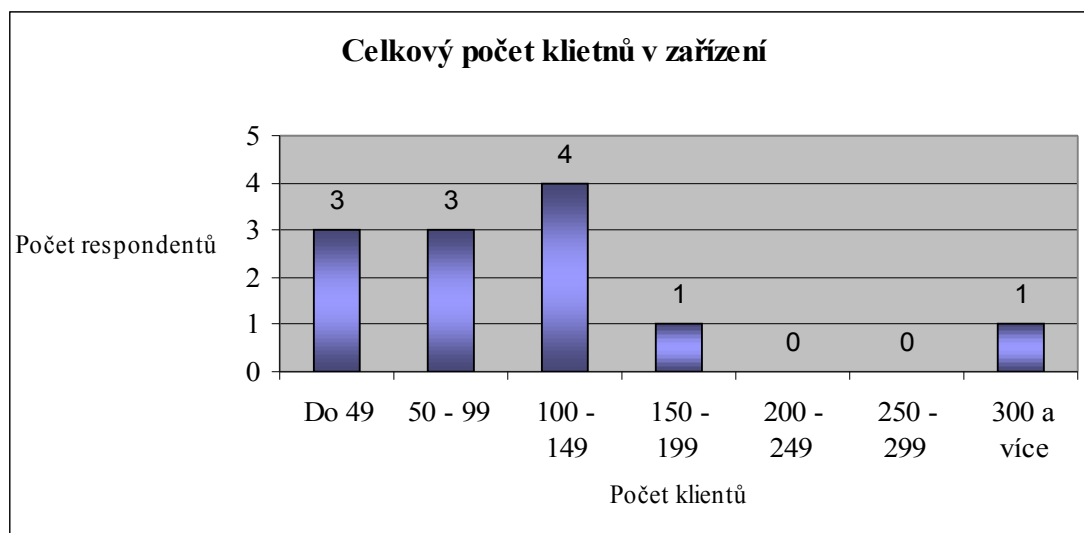


Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje vzdělání respondentů, které je u 7 respondentů vysokoškolské (z toho 3 respondenti jsou absolventi Zdravotně sociální fakulty JU) a u 4 respondentů úplné středoškolské. Vyšší odbornou školu uvádí 1 respondent.

Otázka č. 4: „Jaký je celkový počet klientů v zařízení?“

Graf 2.4.: Celkový počet klientů v zařízení

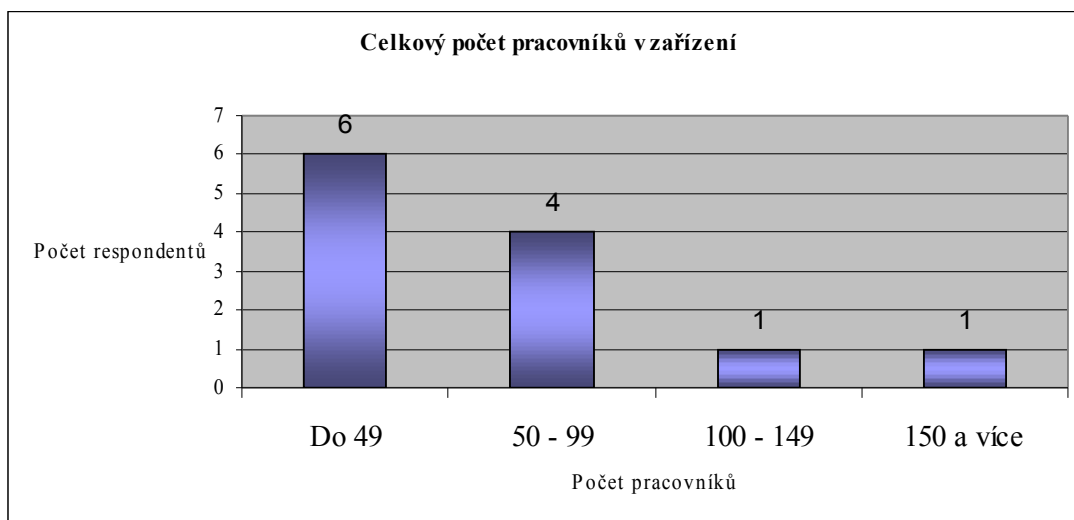


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 3 domovy pro seniory mají celkový počet klientů do 49, další 3 domovy pak od 50 do 99 klientů a 4 domovy od 100 do 149 klientů. V 1 domově je počet klientů v rozmezí od 150 do 199 klientů a v dalším 1 domově pak celkový počet 300 klientů.

Otázka č. 5: „Kolik má zařízení celkem pracovníků?“

Graf 2.5.: Celkový počet pracovníků v zařízení

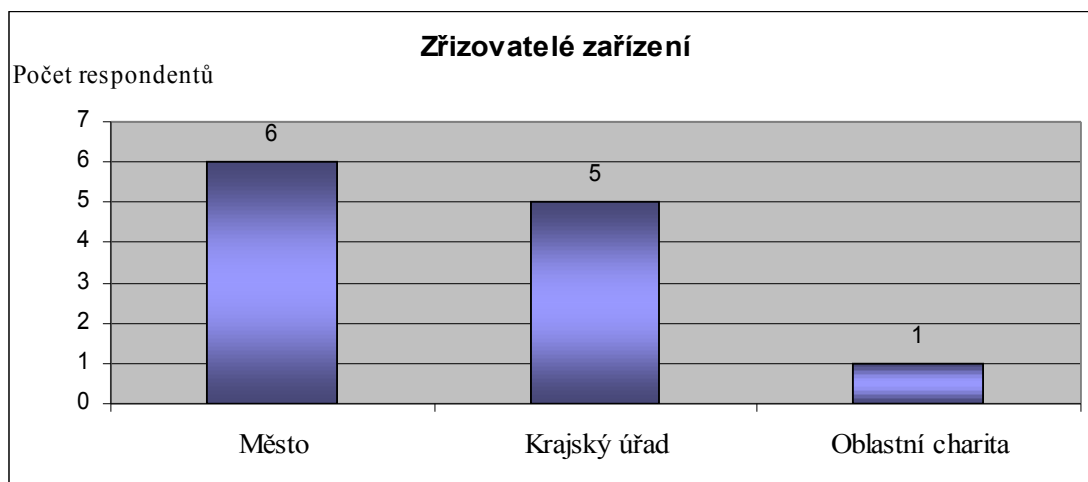


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 domovů pro seniory má celkový počet pracovníků do 49, 4 domovy v rozmezí od 50 do 99. V 1 domově se celkový počet pracovníků pohybuje v rozmezí od 100 do 149, v dalším 1 domově pak 150 a více pracovníků.

Otázka č. 6: „Kdo je zřizovatelem zařízení?“

Graf 2.6.: Zřizovatelé zařízení

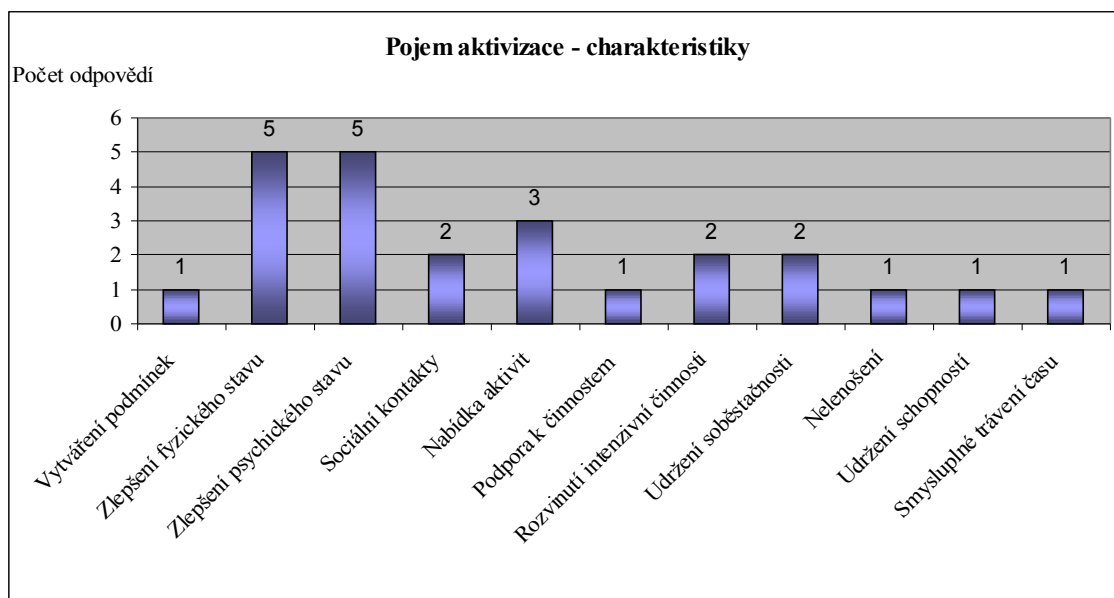


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 6 domovů pro seniory zřizuje město, 5 krajský úřad a 1 domov oblastní charita.

Otázka č. 7: „Co si představujete pod pojmem „aktivizace?“

Graf 2.7. Pojem aktivizace – charakteristiky

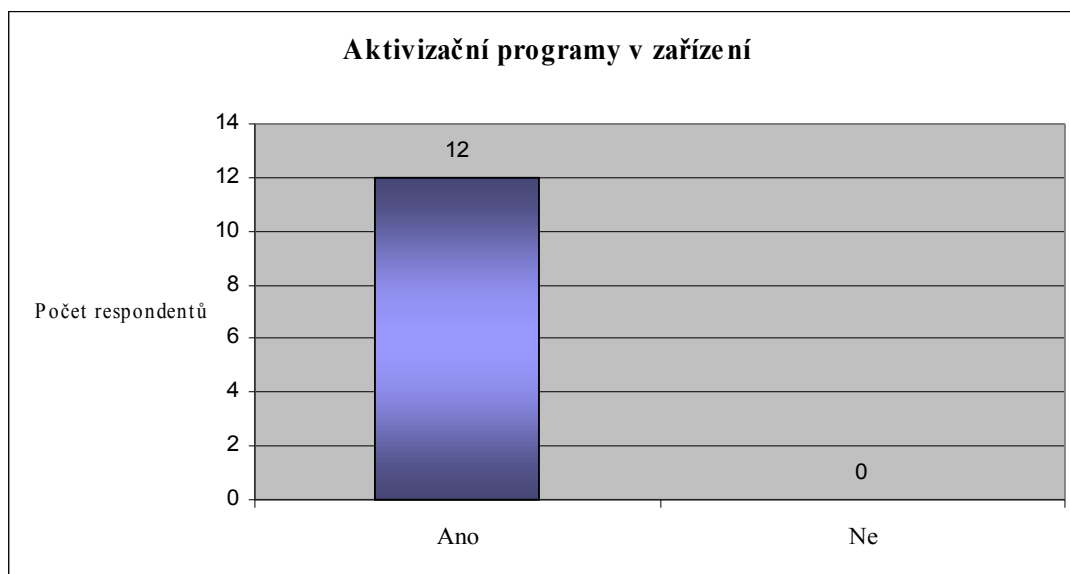


Zdroj: vlastní výzkum

Graf představuje některé charakteristiky pojmu aktivizace tak, jak je uvedli ředitelé domovů pro seniory. Vytváření podmínek, podporu k činnostem, nelenošeni, udržení schopností a smysluplné trávení času uvádí vždy 1 respondent. 5 respondentů uvádí zlepšení fyzického a 5 respondentů zlepšení psychického stavu. Ve 2 případech se objevují sociální kontakty, ve 2 případech pak nabídka aktivit. Další 2 respondenti uvádí jako charakteristiku rozvinutí intenzivní činnosti a 2 respondenti pak udržení soběstačnosti.

Otázka č. 8: „Nabízí Vaše zařízení aktivizační programy/ aktivity?“

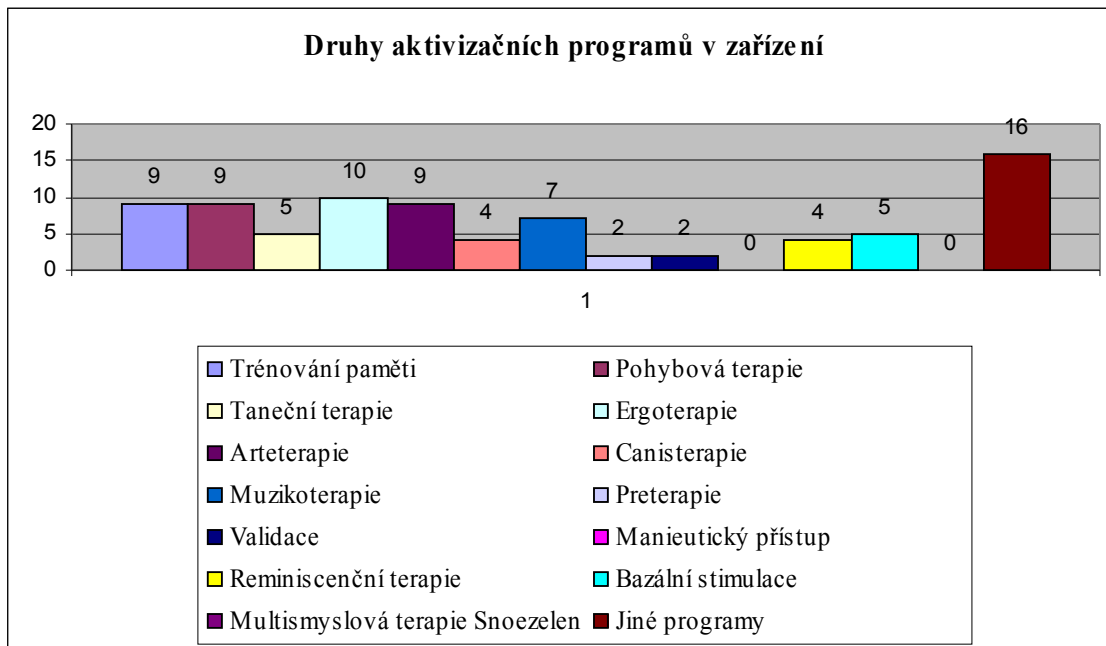
Graf 2.8.: Aktivizační programy v zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že ve 12 domovech pro seniory nabízí aktivizační programy. Žádný z oslovených domovů neuvádí, že by aktivizační programy nenabízel.

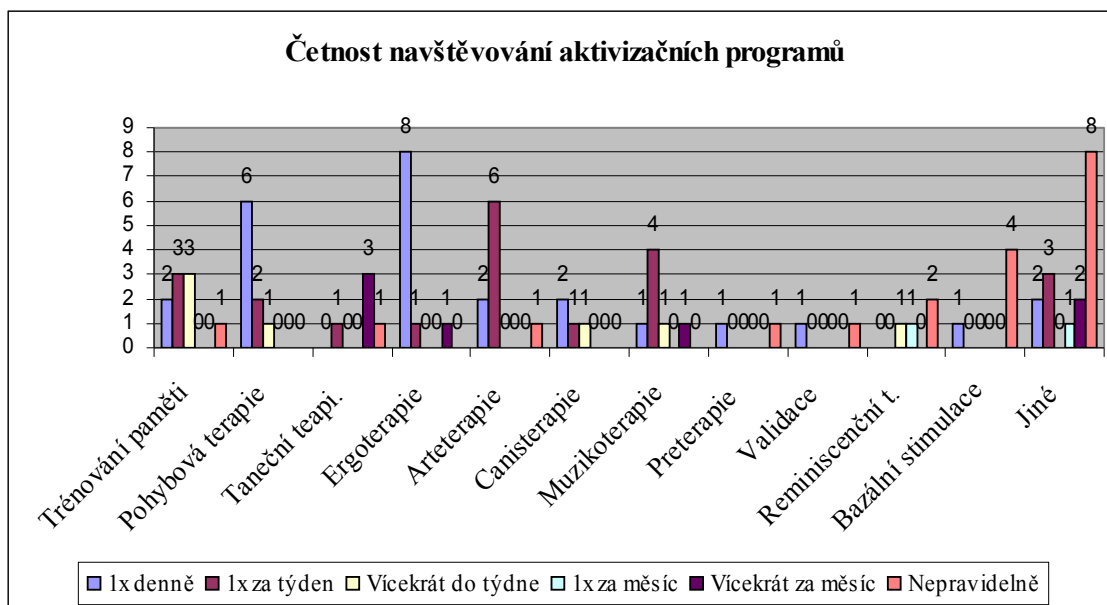
Graf 2.9.: Druhy aktivizačních programů v zařízení (doplnění k otázce 8)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 10 domovů uvádí z nabízených aktivizačních programů ergoterapii, 9 trénování paměti a dalších 9 pohybovou terapii. 9 domovů uvádí ve své nabídce arteterapii, 7 muzikoterapii, 5 taneční terapii a dalších 5 bazální stimulaci. 4 domovy nabízí reminiscenční terapii, 4 canisterapii, 2 domovy preterapii a další 2 validaci. 16 domovů pro seniory nabízí některý z jiných druhů aktivizačních programů. Mezi jinými aktivizačními programy se vyskytují v 5 domovech společenské akce, ve 2 domovech animoterapie a v dalších 2 promítání filmů. 2 domovy uvádí výlety, 2 náboženské programy a 1 domov aromaterapii. 1 domov nabízí přednášky, další 1 domov pak čtení.

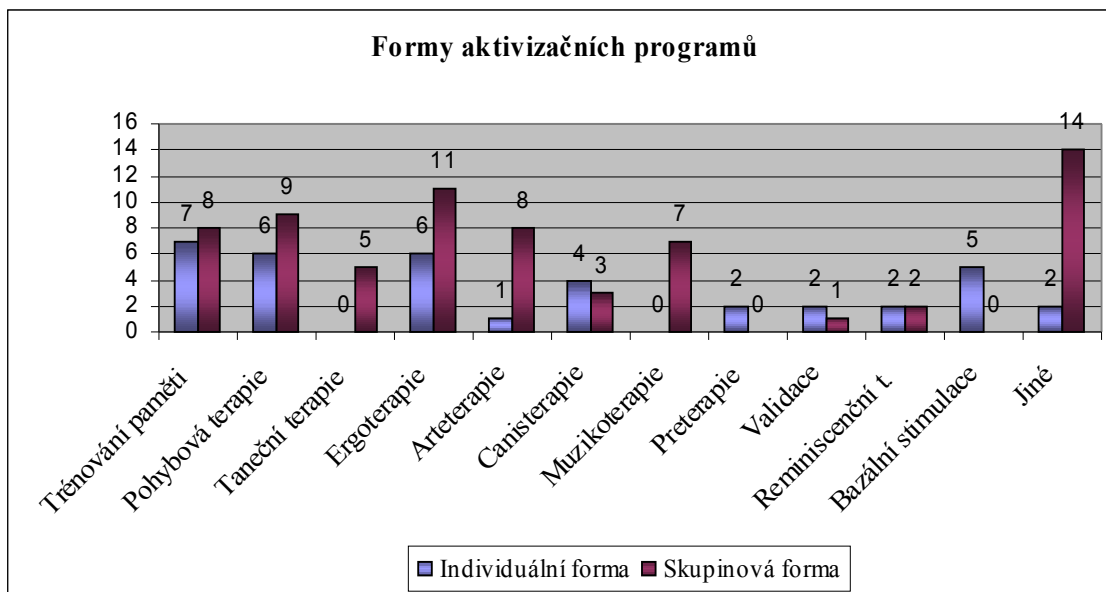
Graf 2.10.: Četnost navštěvování aktivizačních programů (doplnění k otázce 8)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že trénování paměti probíhá ve 2 domovech pro seniory denně, ve 3 domovech 1 x týdně, v dalších 3 vícekrát do týdne a v 1 domově nepravidelně. Pohybová terapie je nabízena v 6 domovech denně, ve 2 domovech 1x týdně a v 1 vícekrát do týdne. Taneční terapie probíhá v 1 domově 1x týdně, ve 3 vícekrát do měsíce a v 1 domově nepravidelně. Ergoterapie je nabízena v 8 domovech denně, v 1 domově 1x týdně a v 1 vícekrát do měsíce. Arteterapii nabízí ve 2 domovech denně, v 6 domovech 1x týdně a v 1 nepravidelně. Canisterapie probíhá ve 2 domovech denně, v 1 domově 1x týdně a v 1 pak vícekrát do týdne. Muzikoterapii nabízí 1 domov denně, 4 domovy 1x týdně, 1 vícekrát do týdne a 1 domov pak vícekrát do měsíce. Preterapie je nabízena v 1 domově denně a v 1 pak nepravidelně. Validace je též nabízena v 1 domově denně a v 1 nepravidelně. Reminiscenční terapie probíhá v 1 domově vícekrát do týdne, v 1 domově 1x za měsíc a ve 2 nepravidelně. Bazální stimulace je nabízena v 1 domově denně a ve 4 nepravidelně. Jiné programy probíhají ve 2 domovech denně, ve 3 domovech 1x týdně, v 1 domově 1x za měsíc, ve 2 vícekrát za měsíc a v 8 nepravidelně.

Graf 2.11.: Formy aktivizačních programů v zařízení (doplnění k otázce 8)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že trénování paměti probíhá v 7 domovech pro seniory individuální a v 8 skupinovou formou, pohybová terapie v 6 domovech individuální a v 9 skupinovou formou, ergoterapie v 6 domovech individuální a v 11 skupinovou formou a arteterapie v 1 domově individuální a v 8 skupinovou formou. Taneční terapie je nabízena v 5 domovech skupinově, stejně tak v 7 domovech muzikoterapie. Canisterapii probíhá ve 4 domovech individuálně, v 3 domovech skupinově, validace ve 2 domovech individuálně a v 1 skupinově a reminiscenční terapie ve 2 domovech individuálně a ve 2 pak skupinově. Preterapie je nabízena ve 2 domovech individuální formou, bazální stimulace v 5 domovech též individuální formou. Jiné aktivizační programy probíhají ve 2 domovech individuální a ve 14 domovech skupinovou formou.

Otázka č. 9: „Jakých aktivizačních programů využívají dle Vašeho názoru klienti nejvíce a proč?“

Graf 2.12.: Nejvíce využívané aktivizační programy z pohledu ředitelů



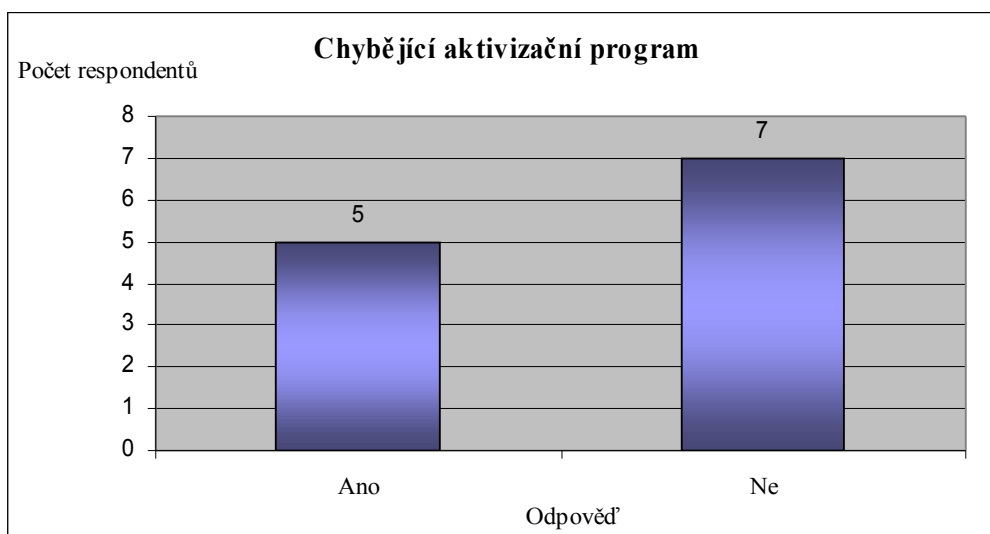
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 ředitelů uvádí jako jeden z nejvíce využívaných programů trénování paměti, 9 ředitelů pohybovou terapii, 4 ředitelé taneční terapii a 7 ředitelů ergoterapii. Ve 4 domovech patří mezi nejvíce využívané programy arteterapie, ve 2 domovech canisterapie a v 5 domovech muzikoterapii. 1 ředitel uvádí mezi nejvíce využívané programy též preterapii, další 1 ředitel reminiscenční terapii, 2 ředitelé bazální stimulaci a 6 ředitelů jiné aktivizační programy. Mezi jinými aktivizačními programy zmiňují 4 ředitelé různé společenské akce, 1 ředitel felinoterapii a 1 ředitel náboženské programy.

Jako důvod využívání programů uvádí 2 ředitelé posílení sebevědomí, 5 respondentů zlepšení paměti, 6 respondentů psychickou pohodu, 2 respondenti duševní povzbuzení a 9 respondentů zábavu. 2 respondenti udávají udržení soběstačnosti, 8 respondentů podporu zdravotního stavu, 1 respondent snahu vést aktivní život, 3 respondenti zajímavou činnost, 4 respondenti oblibu zvířat, 2 ředitelé relaxaci a 3 respondenti oblibu hudby.

Otázka č. 10: „Domníváte se, že nějaký druh aktivizačních programů v zařízení chybí?“

Graf 2.13: Chybějící aktivizační program



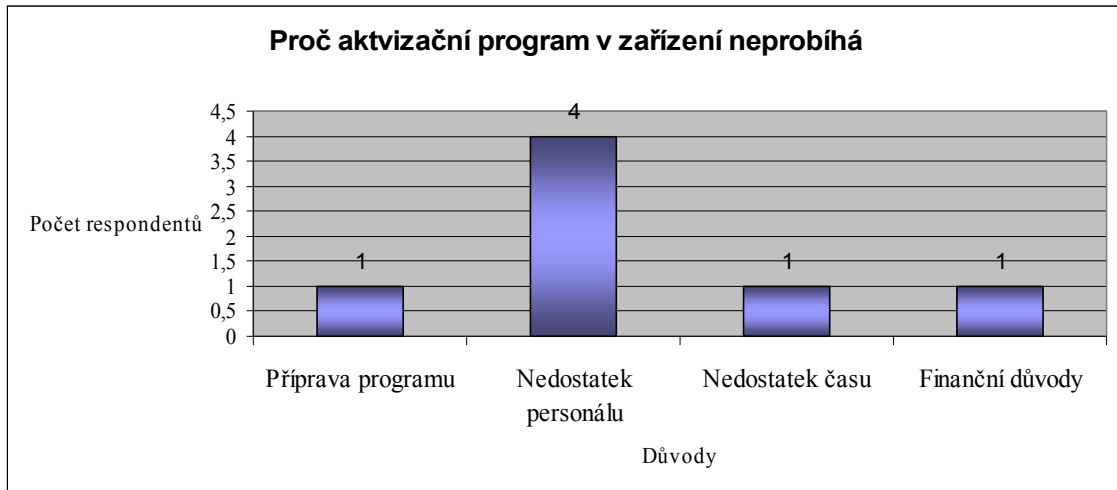
Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že 5 ředitelů postrádá v zařízení nějaký další druh aktivizačního programu. Z toho 1 ředitel by v zařízení uvítal canisterapii, 1 ředitel pak trénování paměti, 2 ředitelé bazální stimulaci, 1 ředitel fyzioterapii a 1 ředitel muzikoterapii.

7 ředitelů pak udává, že v zařízení žádný další druh aktivizačního programu nechybí.

Otázka č. 11: „Co je důvodem, že aktivizační program v zařízení neprobíhá?“

Graf 2.14.: Proč aktivizační program v zařízení neprobíhá

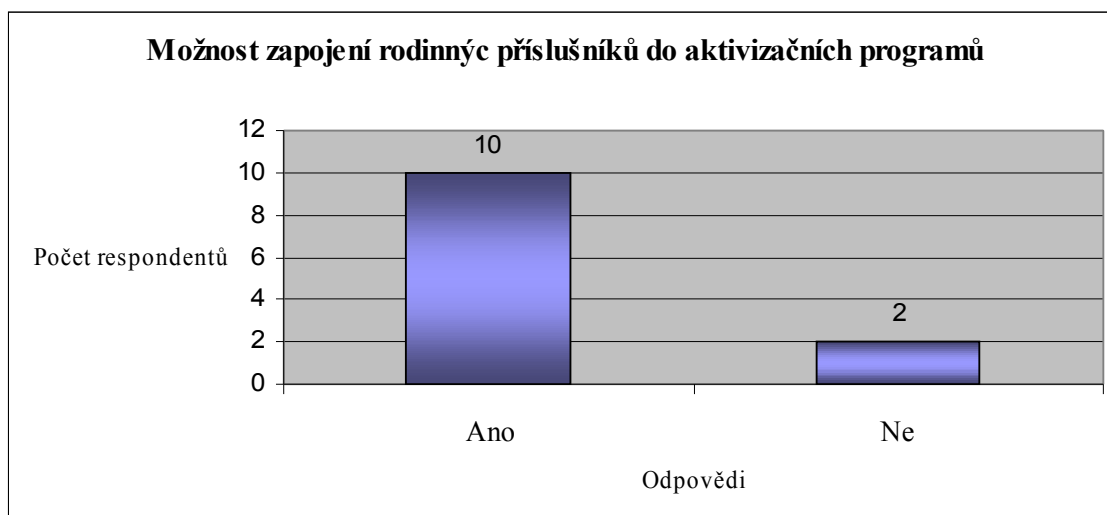


Zdroj: vlastní výzkum

Mezi důvody, kvůli kterým v zařízení postrádaný aktivizační program neprobíhá, uvádí 1 ředitel přípravu programu, 4 ředitelé nedostatek personálu, 1 ředitel pak nedostatek času a 1 ředitel též finanční důvody.

Otázka č. 12: „Mají rodinní příslušníci možnost zapojit se do aktivizačních programů?“

Graf 2.15.: Možnost zapojení rodinných příslušníků do aktivizačních programů



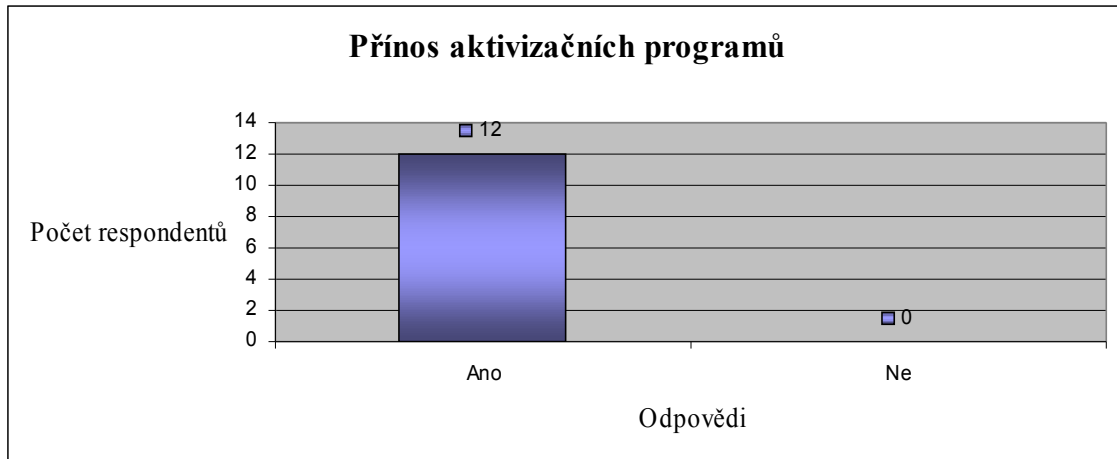
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že v 10 domovech pro seniory mají rodinní příslušníci možnost zapojit se do aktivizačních programů. V 1 domově se rodinní příslušníci zapojují do arteterapie, v 1 domově do canisterapie, v 1 do ergoterapie a v 1 též do pohybové terapie. 6 ředitelů udává, že se rodinní příslušníci zapojují do jiných aktivizačních programů a ve 2 domovech se mohou zapojit do všech aktivizačních programů.

Ředitelé 2 domovů uvádí, že rodinní příslušníci se v jejich zařízení do aktivizačních programů nezapojují. 1 ředitel uvádí, že rodinní příslušníci nemají zájem zapojit se do aktivit, další 1 ředitel uvádí, že většina aktivit probíhá dopoledne.

Otázka č. 13: „Domníváte se, že aktivizační programy jsou pro klienty přínosem?“

Graf 2.16.: Přínos aktivizačních programů



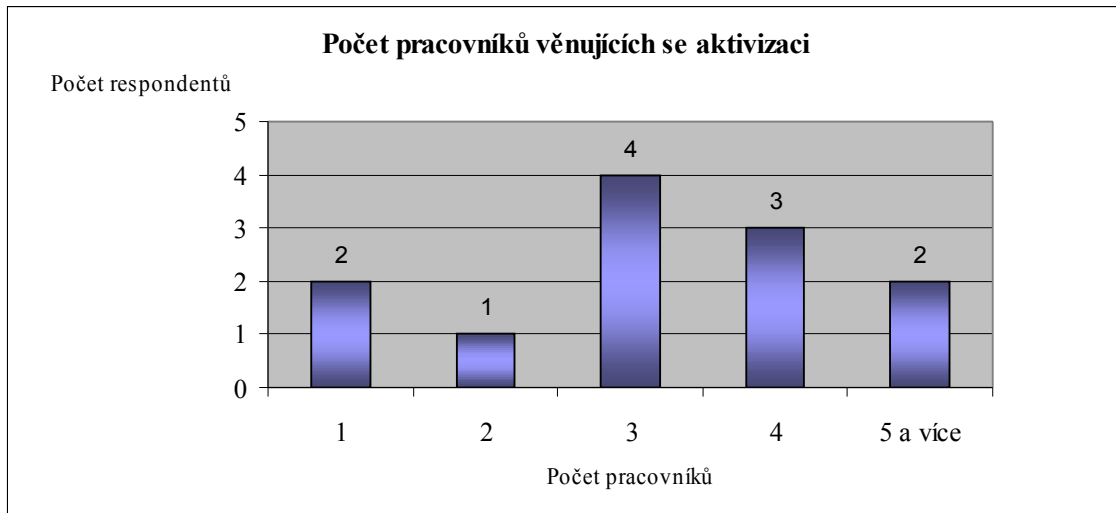
Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 12 ředitelů se domnívá, že aktivizační programy jsou pro klienty přínosem. Přínos aktivizačních programů spatřují 2 ředitelé v sociálním kontaktu, 7 ředitelů v udržení fyzického stavu klientů, 2 ředitelé v motivaci a 3 ředitelé v náplni dne. 7 ředitelů vidí přínos v psychické pohodě klientů, 1 ředitel v udržení schopností a dovedností, 1 v kratší adaptaci v zařízení, 1 v aktivním prožívání stáří a 1 ředitel pak v rozvoji osobnosti klienta.

Žádný z ředitelů se naopak nedomnívá, že by aktivizační programy přínosné nebyly.

Otázka č. 14: „Kolik pracovníků se věnuje aktivizaci?“

Graf 2.17.: Počet pracovníků věnujících se aktivizaci

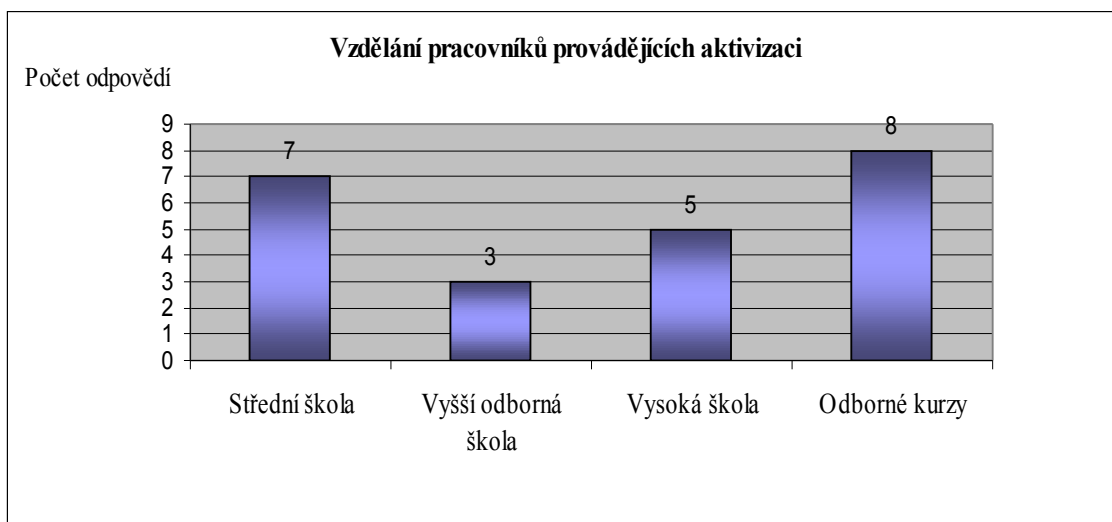


Zdroj: vlastní výzkum

U grafu vyplývá, že ve 2 domovech pro seniory se věnuje aktivizaci 1 pracovník, v 1 domově 2 pracovníci, ve 4 domovech 3 pracovníci, ve 3 domovech pak 4 pracovníci a ve 2 domovech se aktivizaci věnuje 5 a více pracovníků.

Otázka č. 15: „Jaké mají pracovníci provádějící aktivizaci vzdělání?“

Graf 2.18.: Vzdělání pracovníků provádějících aktivizaci

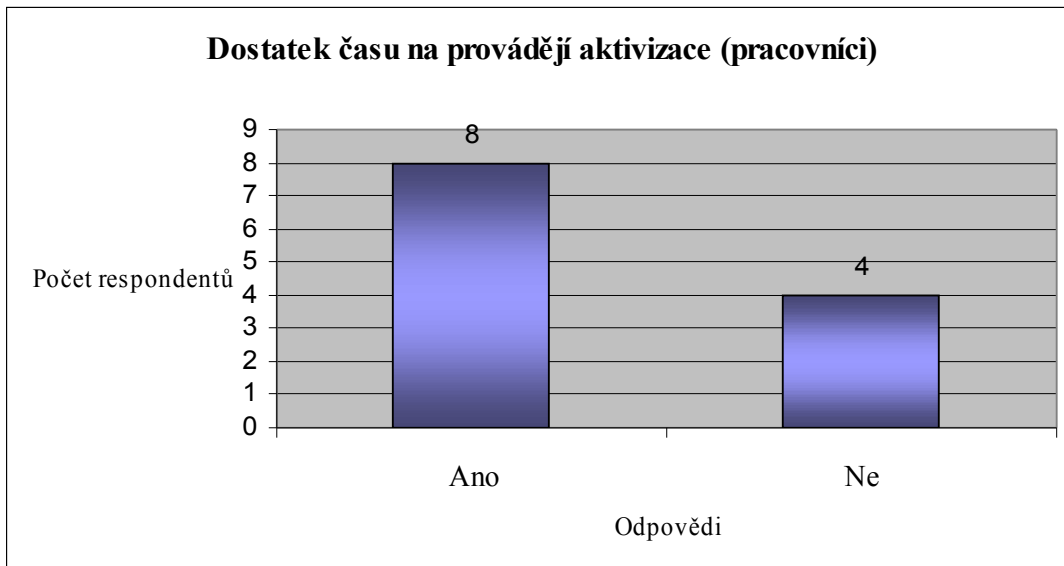


Zdroj: vlastní výzkum

Jak ukazuje graf, 7 ředitelů uvádí, že vzdělání pracovníků provádějících v zařízení aktivizaci je úplné středoškolské, 3 ředitelé uvádí vyšší odbornou školu, 5 ředitelů vysokoškolské a 8 ředitelů udává odborné kurzy.

Otázka č. 16: „Domníváte se, že mají pracovníci dostatek času na provádění aktivizace?“

Graf 2.19.: Dostatek času na provádění aktivizace (pracovníci)



Zdroj: vlastní výzkum

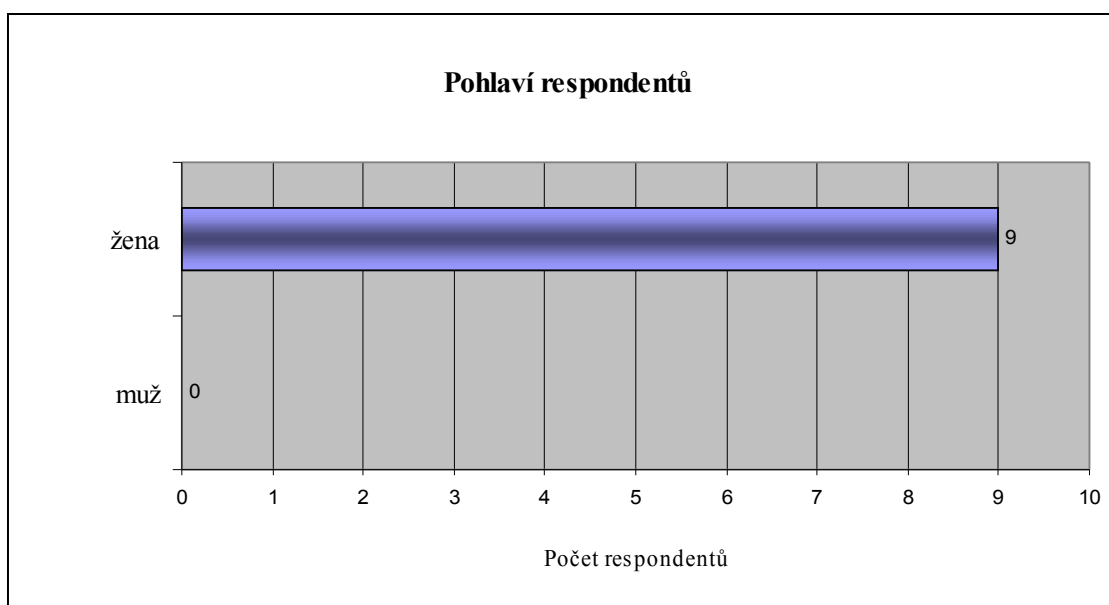
Graf ukazuje, že 8 respondentů se domnívá, že pracovníci provádějící aktivizaci mají pro výkon aktivizace dostatek času. Z toho 3 ředitelé uvádí časovou dotaci na provádění aktivizace u svých pracovníků 8 hodin denně. 5 respondentů pak uvádí časovou dotaci na provádění aktivizace v délce 4 hodin za den.

4 ředitelé se naopak domnívají, že pracovníci mají času nedostatek, a to kvůli nedostatku odborného personálu, který by se mohl aktivizaci plně věnovat.

4.3. Vyhodnocení dotazníku – pracovníci provádějící v domovech pro seniory aktivizaci

Otázka č. 1: „Pohlaví respondenta.“

Graf 3.1.: Pohlaví respondentů

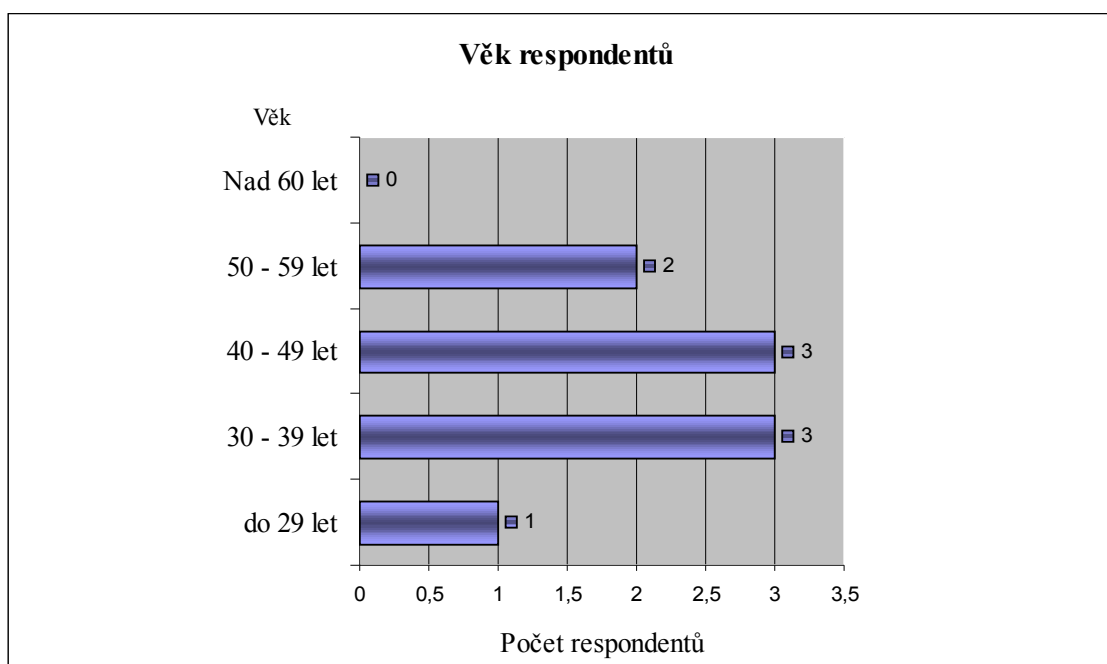


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 9 respondentů je ženského pohlaví a žádný z respondentů není mužského pohlaví.

Otázka č. 2: „Věk respondenta.“

Graf 3.2.: Věk respondentů

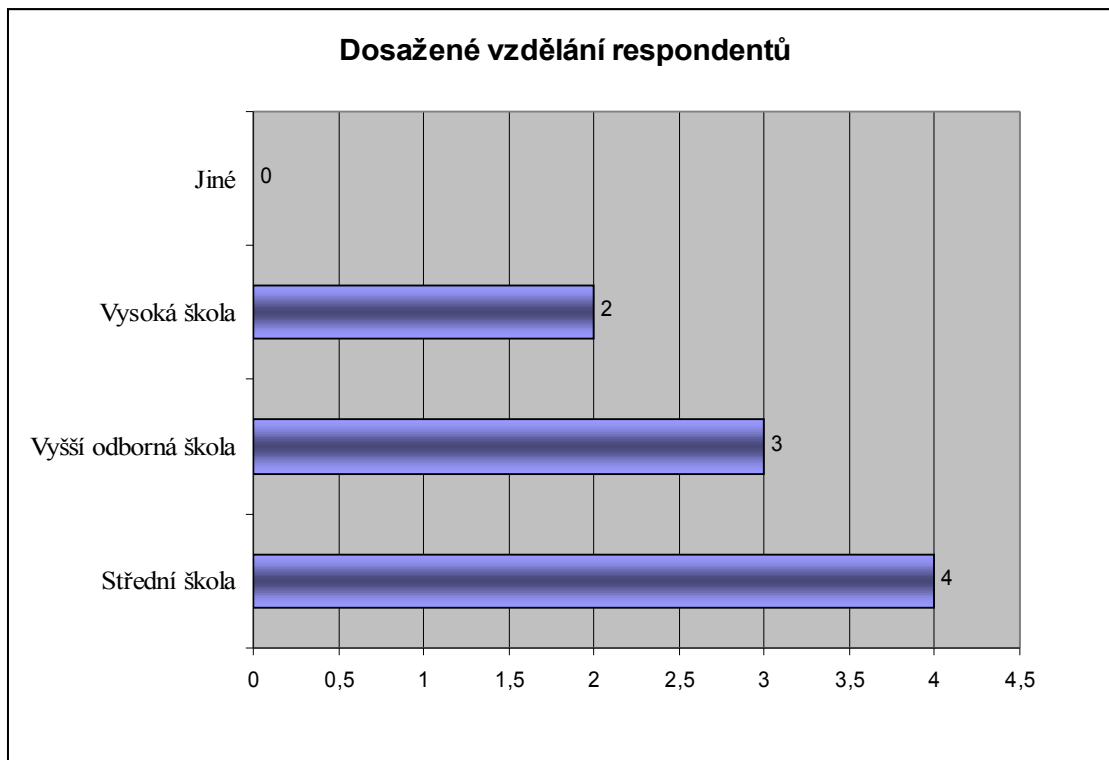


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 1 respondent je ve věku do 29 let, 3 respondenti jsou ve věku 30 – 39 let, 3 respondenti se nachází ve věkové hranici 40 – 49 let a 2 respondenti pak ve věkovém rozmezí 50 – 59 let.

Otázka č. 3: „Dosažené vzdělání respondenta.“

Graf 3.3.: Dosažené vzdělání respondentů

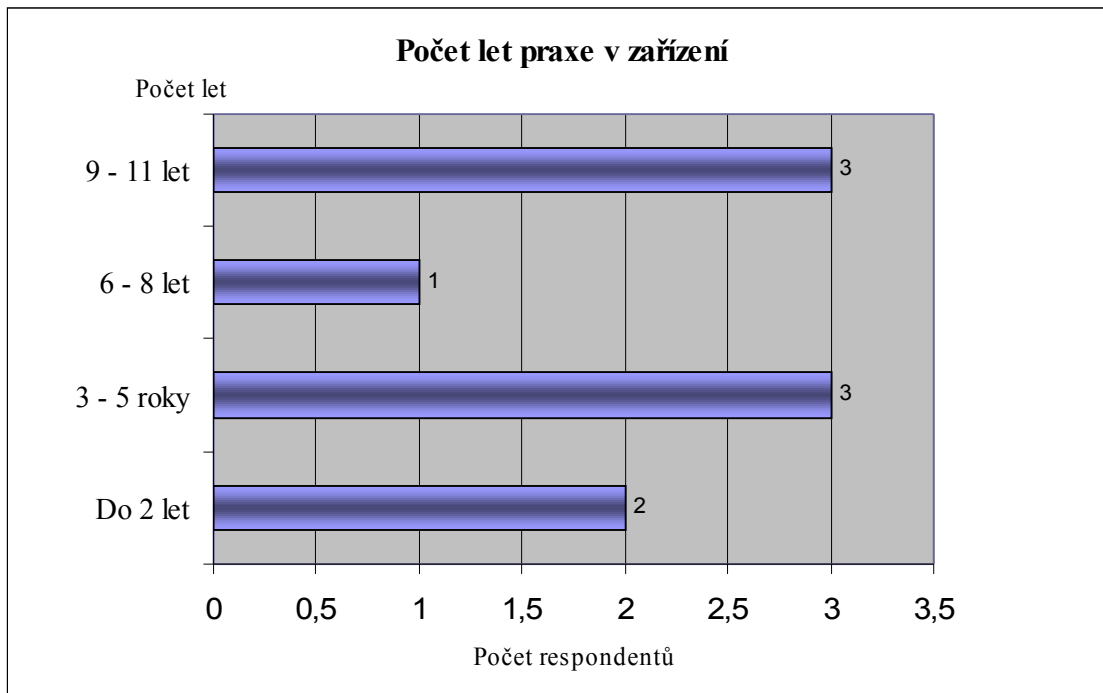


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 4 respondenti mají úplné středoškolské vzdělání, 3 respondenti jsou absolventi vyšší odborné školy a 2 respondenti mají vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 4: „Jak dlouho v zařízení pracujete?“

Graf 3.4.: Počet let praxe v zařízení

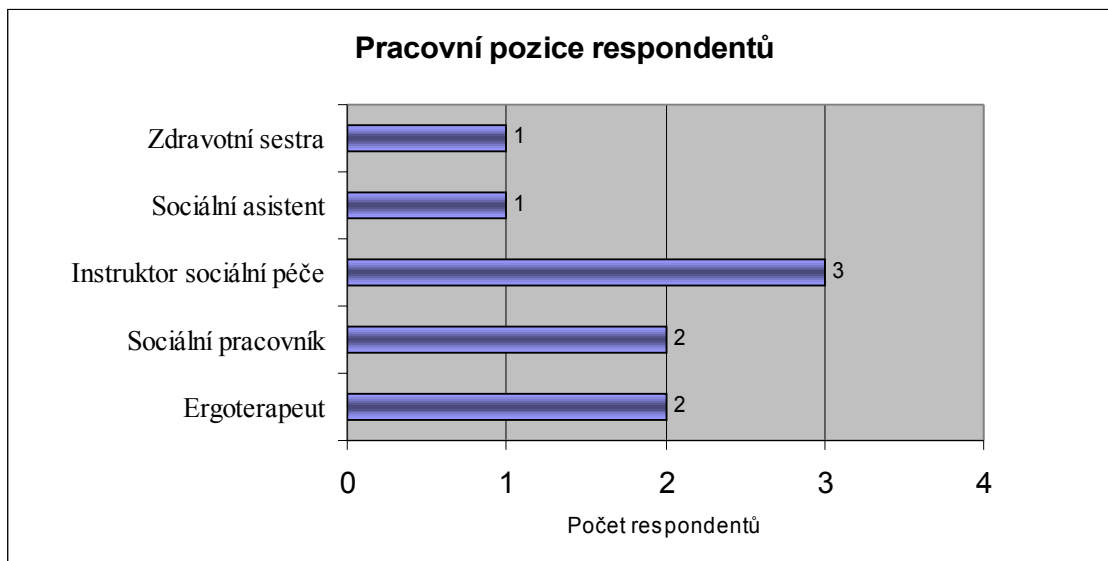


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 2 respondenti pracují v daném zařízení 2 roky, 3 respondenti uvádí dobu praxe v zařízení v časovém rozmezí od 3 do 5 let, 1 respondent pak časové rozmezí 6 – 8 let. 3 respondenti udávají dobu praxe od 9 do 11 let.

Otázka č. 5: „Na jaké pozici pracujete?“

Graf 3.5.: Pracovní pozice respondentů

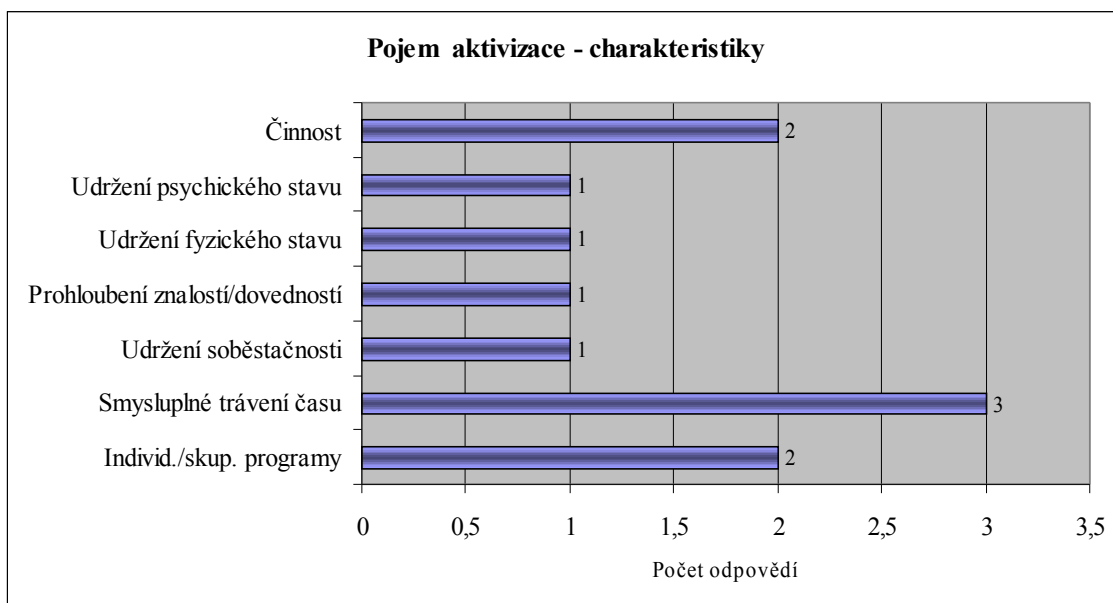


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 2 respondenti pracují na pozici ergoterapeut, 2 respondenti jako sociální pracovníci, 3 jako instruktoři sociální péče, 1 respondent na pozici sociálního asistenta a další 1 respondent jako zdravotní sestra.

Otázka č. 6: „Co si představujete pod pojmem „aktivizace?“

Graf 3.6.: Pojem aktivizace – charakteristiky

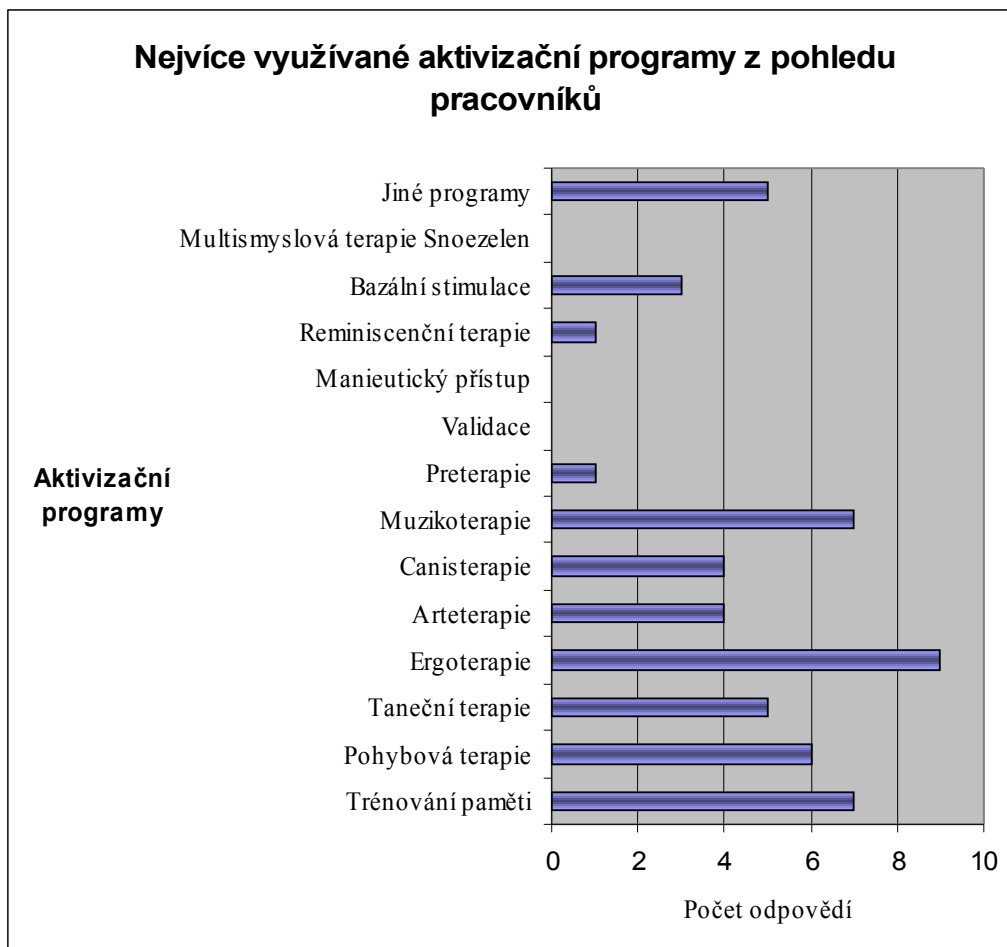


Zdroj: vlastní výzkum

Graf uvádí některé charakteristiky pojmu aktivizace tak, jak je uvedli pracovníci provádějící aktivizaci. 2 respondenti si představují pod pojmem aktivizace nějaký druh činnosti, 3 respondenti smysluplné trávení času a 2 respondenti individuální či skupinové programy. 4 respondenti k pojmu aktivizace shodně uvádí udržení fyzického a psychického stavu, prohloubení znalostí či dovedností a dále udržení soběstačnosti.

Otázka č. 7: „Jakých aktivizačních programů využívají dle Vašeho názoru klienti nejvíce a proč?“

Graf 3.7.: Nejvíce využívané aktivizační programy z pohledu pracovníků



Zdroj: vlastní výzkum

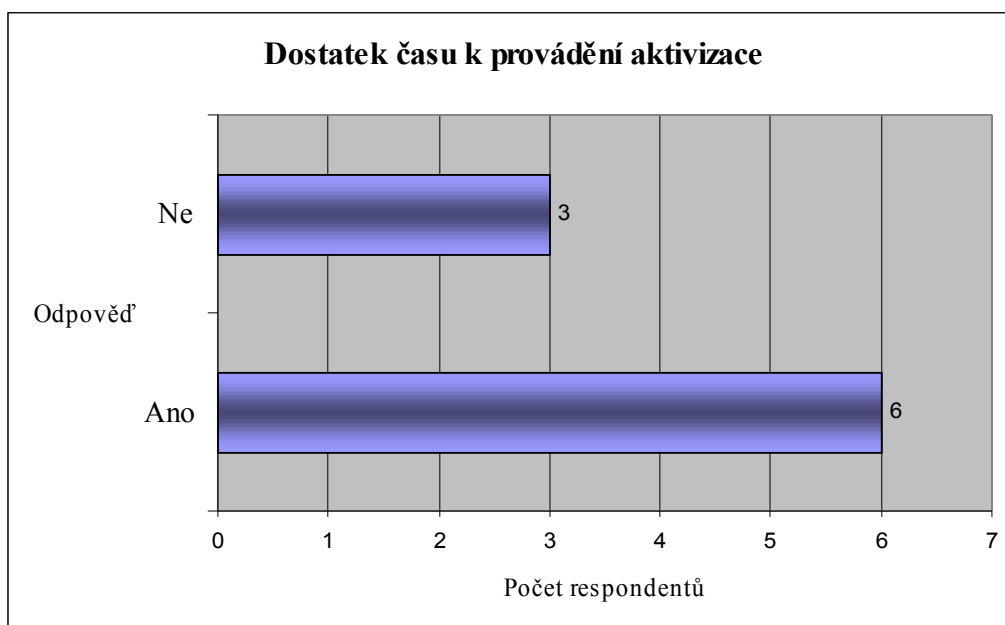
Graf ukazuje, jaké aktivizační programy klienti nejvíce využívají. 9 pracovníků uvádí jako nejvíce využívaný program ergoterapii, 7 respondentů trénování paměti, dalších 7 respondentů muzikoterapii a 6 respondentů pohybovou terapii, 5 respondentů taneční terapii a dalších 5 respondentů jiné programy. Mezi jiné programy uvádí 4 pracovníci společenské akce a 1 pracovník různé kroužky. 4 pracovníci zmiňují canisterapii, 4 respondenti arteterapii, 3 respondenti bazální stimulaci, 1 respondent reminiscenční terapii a 1 respondent preterapii.

Důvody využívání právě těchto aktivizačních programů je u 5 pracovníků zlepšení paměti, v 1 případě posílení sebevědomí, u 13 respondentů psychická pohoda,

u 10 respondentů zábava a v 3 případech sociální kontakt. 2 respondenti uvádí udržení soběstačnosti, 8 pracovníků podporu zdravotního stavu, 2 respondenti náplň dne, 2 respondenti zajímavou činnost, 4 respondenti oblibu zvířat, další 2 respondenti relaxaci a 5 pracovníků oblibu hudby.

Otázka č. 8: „Domníváte se, že máte dostatek času k provádění aktivizace?“

Graf 3.8.: Dostatek času na provádění aktivizace

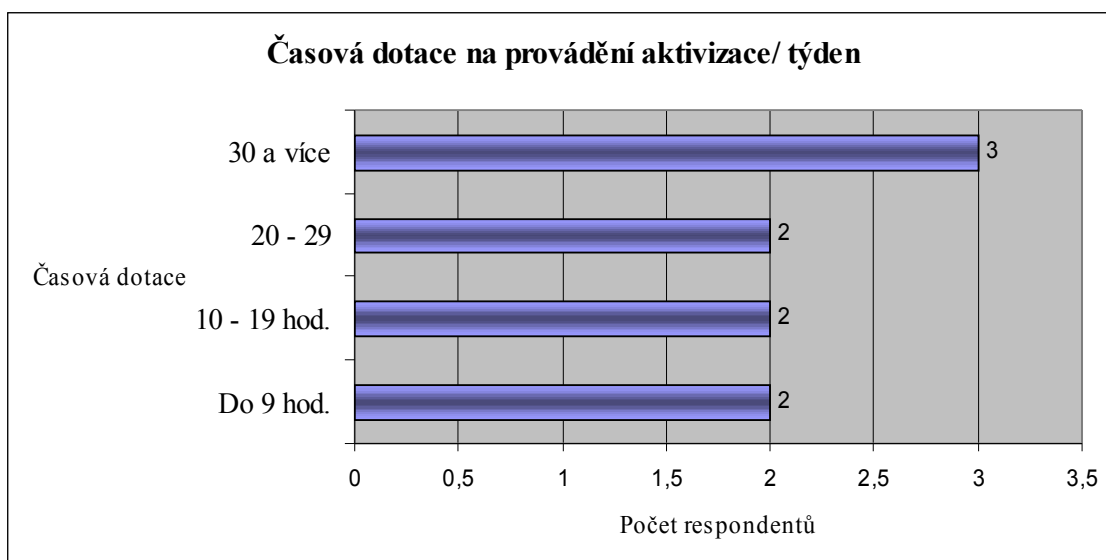


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 6 pracovníků má dostatek času k provádění aktivizace. 3 respondenti mají naopak času nedostatek, a to z důvodu přílišné pracovní vytíženosti.

Otázka č. 9: „Kolik času věnujete aktivizaci?“

Graf 3.9.: Časová dotace na provádění aktivizace za týden

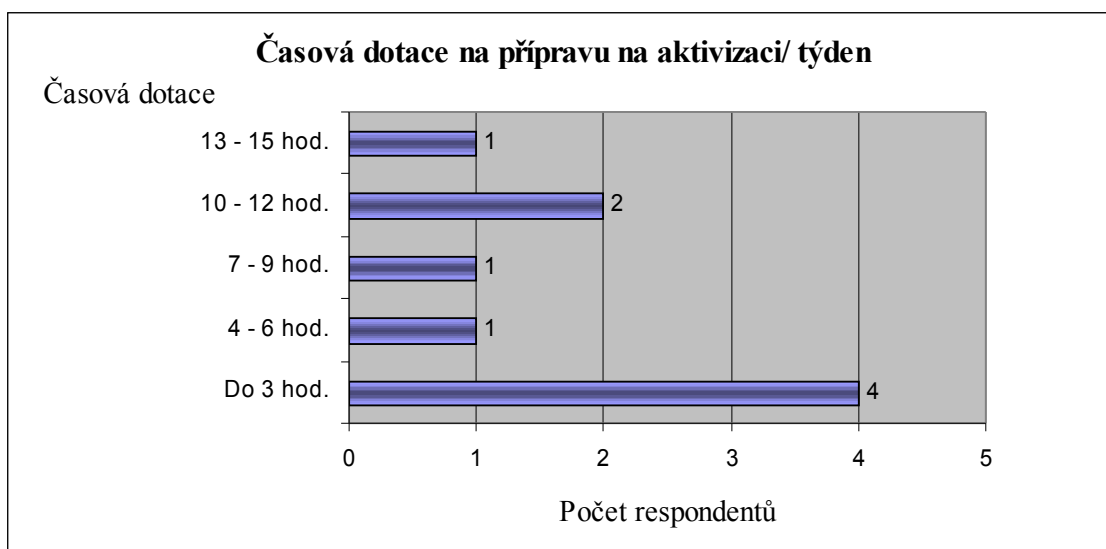


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 2 respondenti mají na provádění aktivizace čas v rozsahu do 9 hodin týdně, 2 respondenti v rozsahu do 10 do 19 hodin týdně, další 2 respondenti uvádí časovou dotaci 20 – 29 hodin týdně a 3 respondenti pak 30 a více hodin týdně.

Otázka č. 10: „Kolik času věnujete přípravě na aktivizaci?“

Graf 3.10.: Časová dotace na přípravu aktivizace za týden

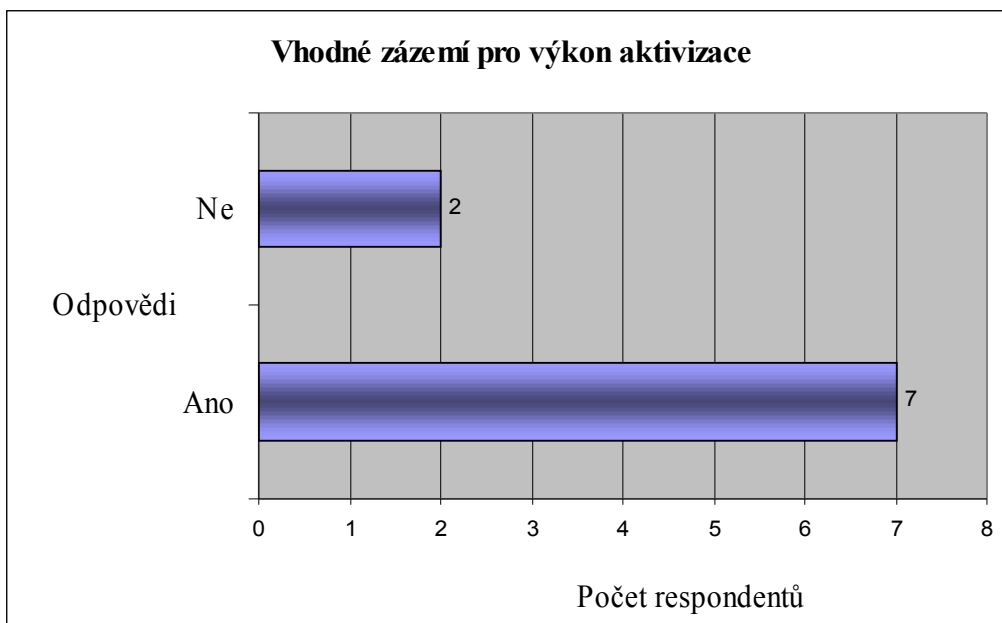


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že časová dotace na přípravu na aktivizaci je u 4 pracovníků do 3 hodin týdně, u 1 respondenta od 4 do 6 hodin týdně a u dalšího 1 respondenta 7 – 9 hodin. 2 respondenti uvádí časovou dotaci v rozsahu 10 – 12 hodin týdně a 1 respondent pak rozmezí 13 – 15 hodin týdně.

Otázka č. 11: „Máte pro výkon aktivit vhodné zázemí?“

Graf 3.11.: Vhodné zázemí pro výkon aktivizace

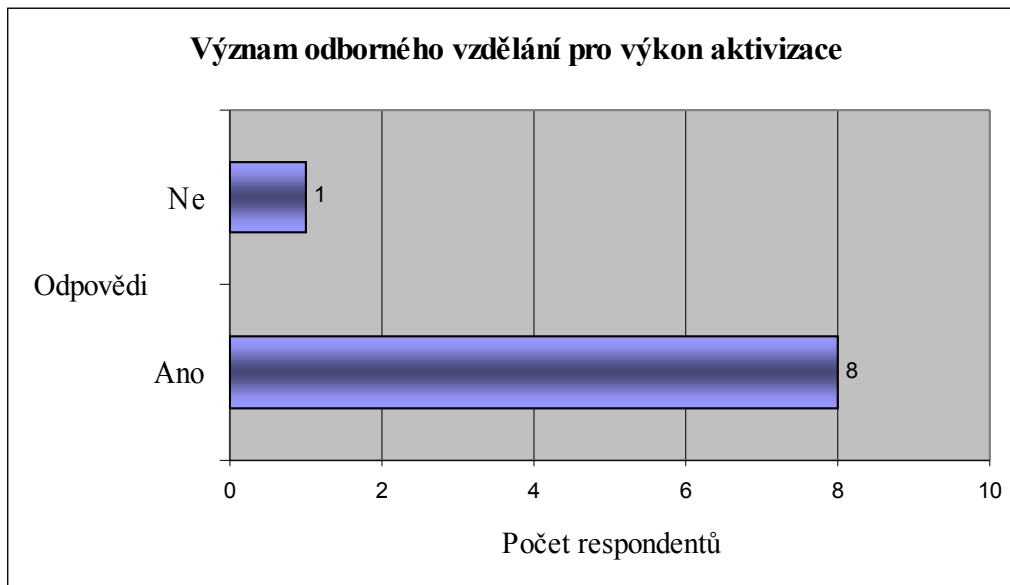


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 7 pracovníků má pro výkon aktivizace vhodné zázemí. Jako vhodné zázemí uvádí vhodnou místnost, materiální podmínky či podporu ze strany vedení. 2 respondenti uvádí, že nemají pro výkon aktivizace vhodné zázemí. Chybí jim k tomu vhodná místnost či mají nedostatek materiálního vybavení.

Otázka č. 12: „Je, dle Vašeho názoru, důležité při poskytování aktivizace odborné vzdělání pro tuto činnost?“

Graf 3.12.: Význam odborného vzdělání pro výkon aktivit

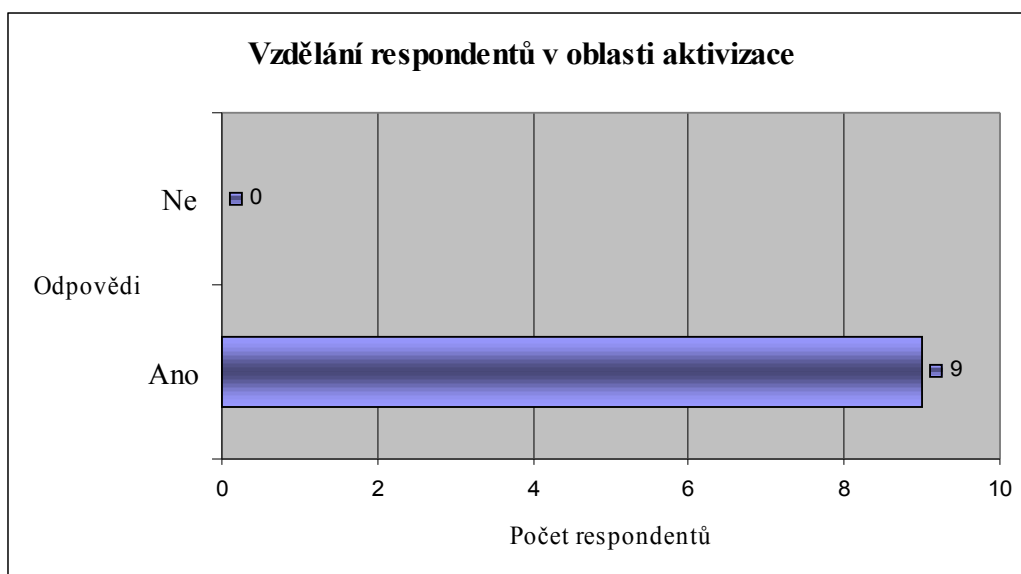


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 8 respondentů považuje za důležité odborné vzdělání pro výkon aktivizace. Mezi důvody uvádí kvalitnější poskytování služeb, více vědomostí o cílech a metodách práce se seniory, více nápadů. 1 respondent nepovažuje odborné vzdělání pro výkon aktivizace za důležité, protože důležitější je chuť do práce a zkušenost.

Otázka č. 13: „Máte nějaké vzdělání v oblasti aktivizace?“

Graf 3.13.: Vzdělání respondentů v oblasti aktivizace

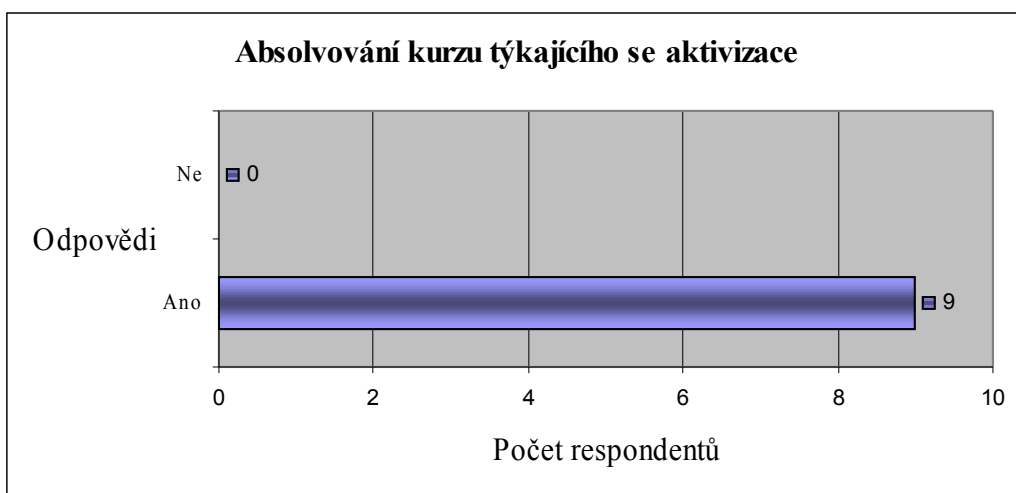


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 9 respondentů má vzdělání v oblasti aktivizace. Jde o různé kurzy či školení. Žádný respondent neuvádí, že by neměl vzdělání v oblasti aktivizace.

Otázka č. 14: „Absolvoval/a jste nějaký kurz, seminář apod. týkající se aktivizace?“

Graf 3.14.: Absolvování kurzu týkajícího se aktivizace

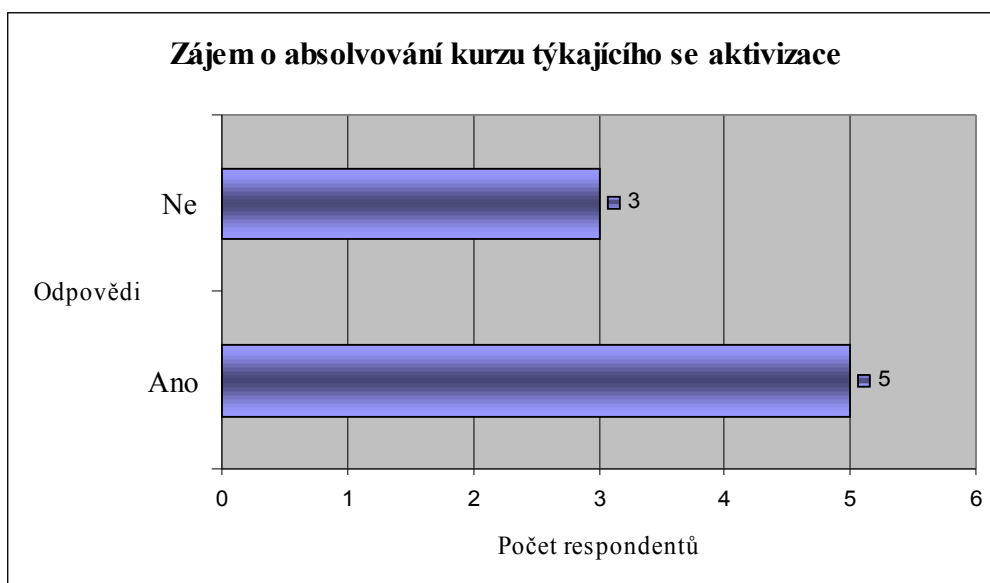


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že všech 9 respondentů absolvovalo odborný kurz či školení, týkající se aktivizace. Uvádí kurzy ergoterapie, arteterapie, trénování paměti, kurz aktivizační činnosti či jiné kurzy.

Otázka č. 15: „Máte zájem absolvovat nějaký kurz/ seminář týkající se aktivizace?“

Graf 3.15.: Zájem o absolvování kurzu týkajícího se aktivizace

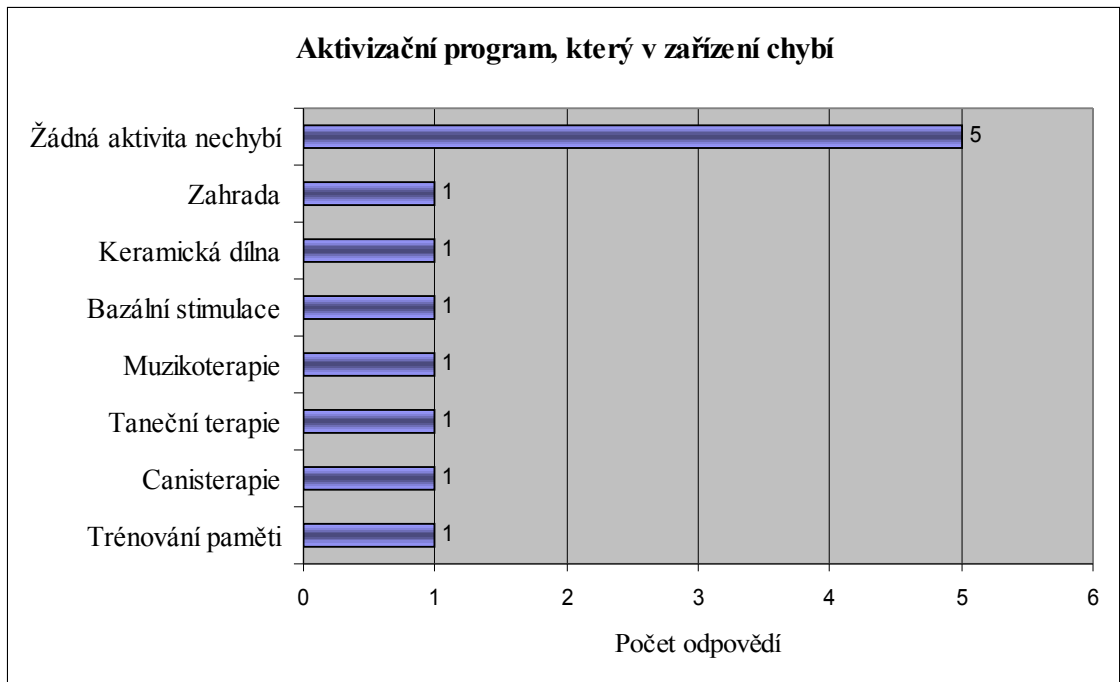


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 5 respondentů má zájem o absolvování kurzu týkajícího se aktivizace. 2 respondenti mají zájem o kurz trénování paměti, 1 respondent o kurz týkající se motivace seniorů k činnosti a zbývající respondenti mají zájem o jakýkoli kurz týkající se seniorské problematiky. 3 respondenti nemají zájem o absolvování kurzu, a to kvůli tomu, že se nabídka kurzů stále opakuje. 1 respondent též uvedl, že si aktuální informace týkající se aktivizace hledá na internetu.

Otázka č. 16: „Jaký druh aktivity či aktivizačního programu dle Vašeho názoru v zařízení postrádáte?“

Graf 3.16.: Aktivizační program, který v zařízení chybí

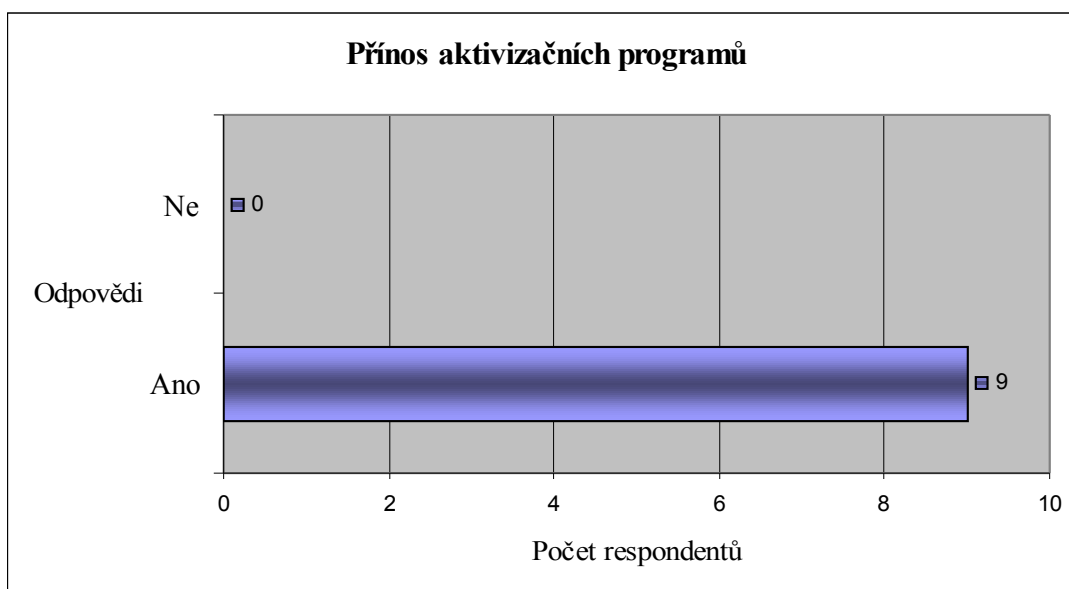


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že 5 respondentů nepostrádá v zařízení žádný druh aktivizačního programu. Vždy 1 pracovník pak uvedl, že v zařízení postrádá trénování paměti, canisterapii, taneční terapii, muzikoterapii, bazální stimulaci, keramickou dílnu a zahradu. Respondenti uvádí, že program v zařízení chybí z důvodu nevhodných podmínek, nedostatku personálu, nedostatku financí či z důvodu nezájmu ze strany klientů o tento program.

Otázka č. 17: „Domníváte se, že aktivizační programy jsou pro klienty přínosem?“

Graf 3.17.: Přínos aktivizačních programů



Zdroj: vlastní výzkum

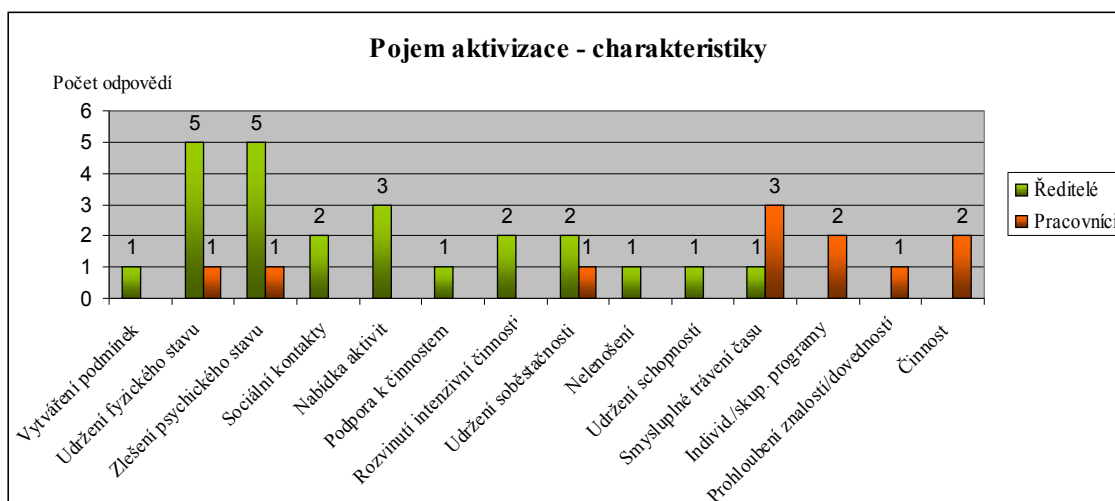
Z grafu je patrné, že všech 9 respondentů považuje aktivizační programy za přínosné. 2 respondenti uvádí jako přínos sociální kontakt, 3 respondenti udržení fyzického stavu, 2 respondenti seberealizaci, 3 respondenti náplň dne a 2 respondenti psychickou pohodu. 1 respondenti považuje za přínos udržení schopností a dovedností, 2 respondenti posílení sebevědomí, 3 respondenti pocit užitečnosti a 1 respondent smysl života.

4.4. *Vyhodnocení komparativní analýzy*

Porovnání otázky č. 7 z dotazníku pro ředitele domovů pro seniory a otázky č. 6 z dotazníku pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci:

Otázka: „ Co si představujete pod pojmem aktivizace?“

Graf 4.1.: Pojem aktivizace – charakteristiky



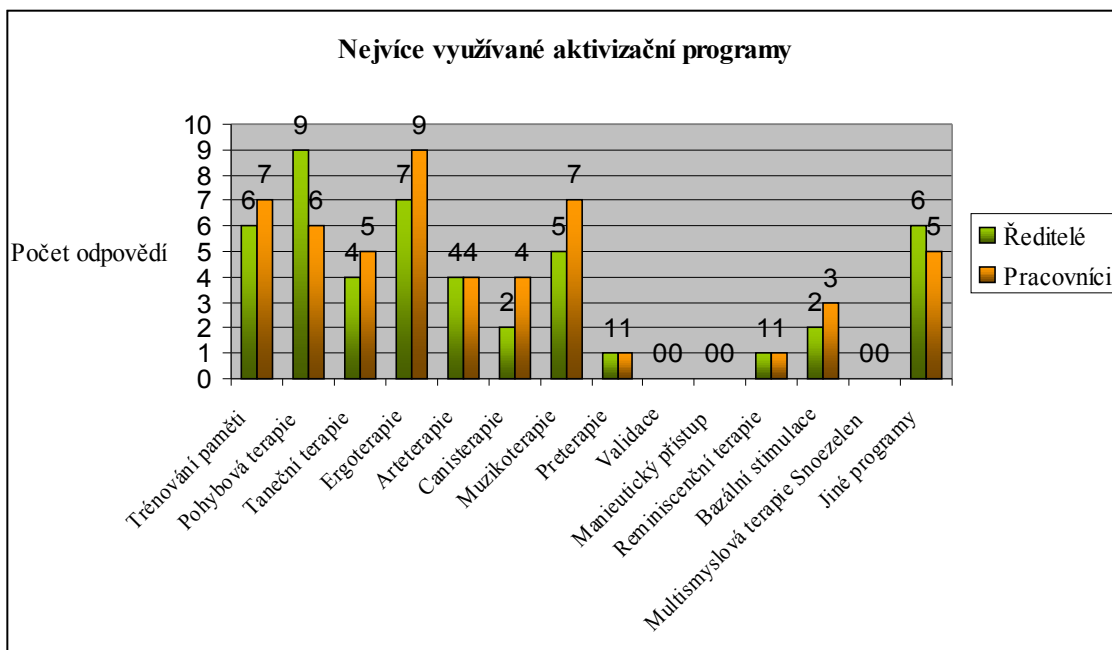
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 1 ředitel uvádí mezi charakteristiky pojmu aktivizace vytváření podmínek, 5 ředitelů a 1 pracovník udržení fyzického stavu, 5 ředitelů a 1 pracovník pak zlepšení psychického stavu a 2 ředitelé sociální kontakty. 3 ředitelé by charakterizovali pojem aktivizace jako nabídku aktivit, 1 ředitel jako podporu k činnostem a 2 ředitelé jako rozvinutí intenzivní činnosti. 2 ředitelé a 1 pracovník pod pojem aktivizace zařazují udržení soběstačnosti, 1 ředitel nelenošení a další ředitel udržení schopností. 1 řediteli a 3 pracovníkům se vybaví pod pojmem aktivizace smysluplné trávení času, 2 pracovníkům individuální či skupinové programy, 1 pracovníkovi prohloubení znalostí či dovedností a 2 pracovníkům činnost.

Porovnání otázky č. 9 z dotazníku pro ředitele domovů pro seniory a otázky č. 7 z dotazníku pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci:

„ Jakých aktivizačních programů využívají dle vašeho názoru klienti nejvíce a proč?“

Graf 4.2.: Nejvíce využívané programy



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 ředitelů a 7 pracovníků uvádí jako jeden z nejvíce využívaných programů trénování paměti. 9 ředitelů a 6 pracovníků pohybovou terapii, 4 ředitelů a 5 pracovníků taneční terapii. 7 ředitelů a 9 pracovníků považuje za nejvíce využívaný program ergoterapii, 4 ředitelé a 4 pracovníci uvádí shodně arteterapii, 2 ředitelé a 4 pracovníci canisterapii. 5 ředitelů a 7 pracovníků považuje za nejvíce využívaný program muzikoterapii, 1 ředitel a shodně 1 pracovník preterapii, další 1 ředitel a 1 pracovník reminiscenční terapii. 2 ředitelé a 3 pracovníci udávají bazální stimulaci, 6 ředitelů a 5 pracovníků jiné aktivizační programy. Mezi jinými aktivizačními programy zmiňují 4 ředitelé různé společenské akce, 1 ředitel felinoterapii a 1 ředitel náboženské programy; 4 pracovníci společenské akce a 1 pracovník různé kroužky.

Jako důvod využívání programů (názor ředitelů) uvádí 2 respondenti posílení sebevědomí, 5 ředitelů zlepšení paměti, 6 respondentů psychickou pohodu, 2 respondenti duševní povzbuzení a 9 respondentů zábavu. 2 respondenti udávají udržení soběstačnosti, 8 respondentů podporu zdravotního stavu, 1 respondent snahu vést

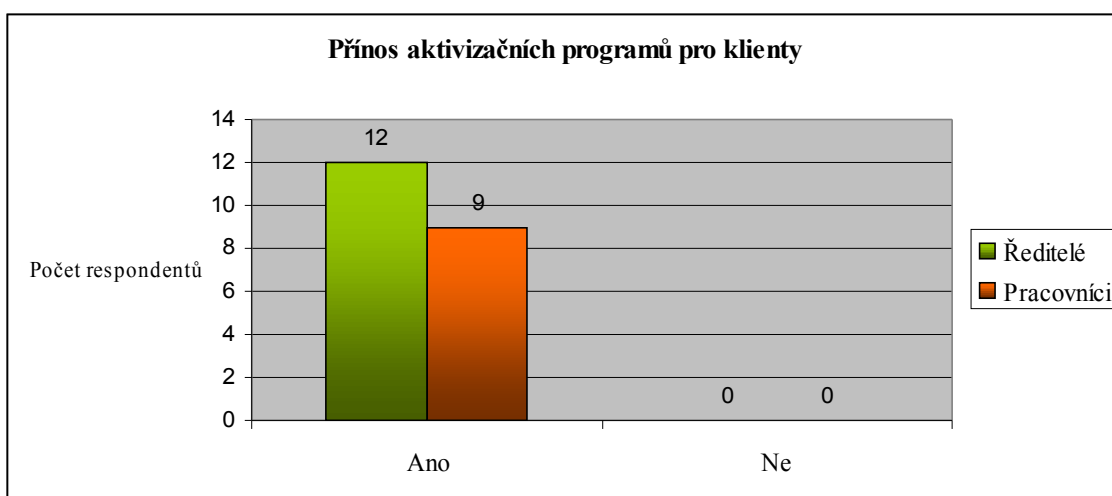
aktivní život, 3 respondenti zajímavou činnost, 4 respondenti oblibu zvířat, 2 ředitelé relaxaci a 3 respondenti oblibu hudby.

Pracovníci uvádí následující důvody využívání aktivizačních programů: 5 pracovníků zlepšení paměti, 1 respondent posílení sebevědomí, 13 respondentů psychickou pohodu, 10 respondentů zábavu a 3 pracovníci sociální kontakt. 2 respondenti uvádí udržení soběstačnosti, 8 pracovníků podporu zdravotního stavu, 2 respondenti náplň dne, 2 respondenti zajímavou činnost, 4 respondenti oblibu zvířat, další 2 respondenti relaxaci a 5 pracovníků oblibu hudby.

Porovnání otázky č. 13 z dotazníku pro ředitele domovů pro seniory a otázky č. 17 z dotazníku pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci:

„Domníváte se, že aktivizační programy jsou pro klienty přínosem?“

Graf 4.3.: Přínos aktivizačních programů pro klienty



Zdroj: vlastní výzkum

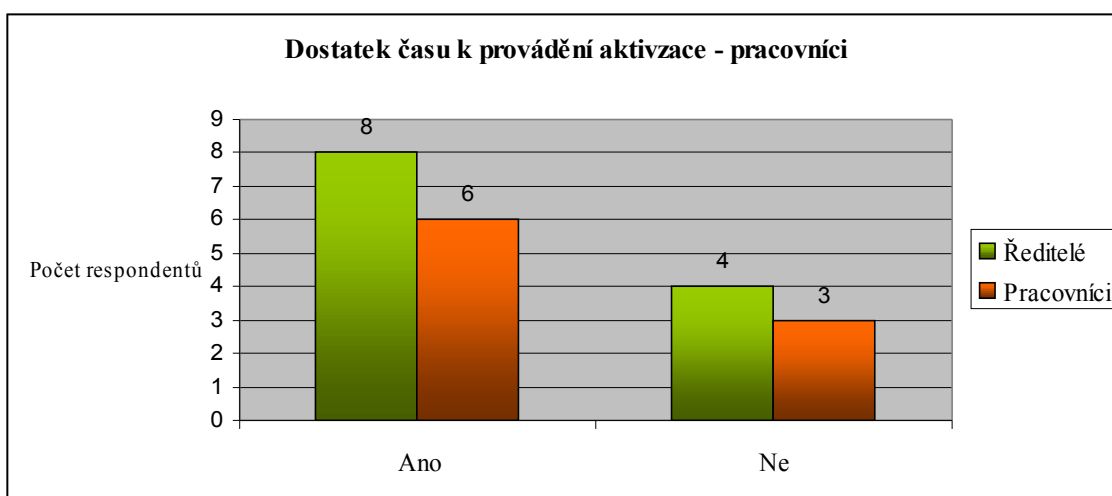
Graf ukazuje, že 12 ředitelů domovů pro seniory a 9 pracovníků provádějících aktivizaci považují aktivizační programy za přínosné pro klienty.

Přínos aktivizačních programů spatřují 2 ředitelé v sociálním kontaktu, 7 ředitelů v udržení fyzického stavu klientů, 2 ředitelé v motivaci a 3 ředitelé v náplni dne. 7 ředitelů vidí přínos v psychické pohodě klientů, 1 ředitel v udržení schopností a dovedností, 1 v kratší adaptaci v zařízení, 1 v aktivním prožívání stáří a 1 ředitel pak v rozvoji osobnosti klienta.

V případě pracovníků uvádí 2 respondenti jako přínos aktivizačních programů sociální kontakt, 3 respondenti udržení fyzického stavu, 2 respondenti seberealizaci, 3 respondenti náplň dne a 2 respondenti psychickou pohodu. 1 respondenti považuje za přínos udržení schopností a dovedností, 2 respondenti posílení sebevědomí, 3 respondenti pocit užitečnosti a 1 respondent smysl života.

Porovnání otázky č. 16 z dotazníku pro ředitele domovů pro seniory a otázky č. 8 (s doplněním z otázky č. 9) z dotazníku pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci:

Graf 4.4.: Dostatek času k provádění aktivizace



Zdroj: vlastní výzkum

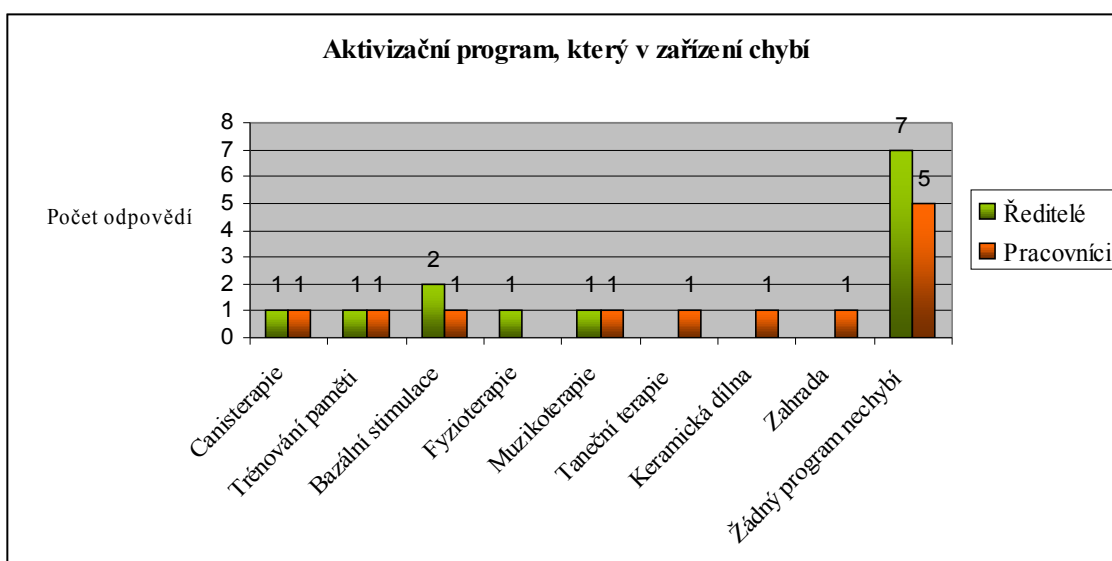
Z grafu vyplývá, že 8 ředitelů se domnívá, že pracovníci mají na provádění aktivizace dostatek času. Z toho 3 ředitelé uvádí časovou dotaci na provádění aktivizace u svých pracovníků 8 hodin denně. 5 ředitelů pak uvádí časovou dotaci na provádění aktivizace v délce 4 hodin za den. Co se týče mínění pracovníků, 6 pracovníků uvádí, že mají dostatek času na provádění aktivizace. Z toho 2 respondenti mají na provádění aktivizace čas v rozsahu do 9 hodin týdně, 2 respondenti v rozsahu do 10 do 19 hodin týdně, další 2 respondenti uvádí časovou dotaci 20 – 29 hodin týdně a 3 respondenti pak 30 a více hodin týdně.

4 ředitelé udávají, že pracovníci mají nedostatek času k provádění aktivizace, a to kvůli nedostatku odborného personálu, který by se mohl aktivizaci plně věnovat. 3 pracovníci uvádí, že mají nedostatek času na provádění aktivizace, a to z důvodu přílišné pracovní vytíženosti.

Porovnání otázky č. 10 z dotazníku pro ředitele domovů pro seniory a otázky č. 16 z dotazníku pro pracovníky provádějící v domovech aktivizaci:

„Jaký druh aktivizačního programu v zařízení postrádáte?“

Graf 4.5.: Aktivizační program, který v zařízení chybí



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že shodně postrádají 1 ředitel a 1 pracovník canisterapii a obdobně 1 ředitel a 1 pracovník muzikoterapii a trénování paměti. Fyzioterapii by uvítal 1 ředitel. 2 ředitelé a 1 pracovník postrádají v zařízení bazální stimulaci. Taneční terapii, keramickou dílnu a zahradu by uvítal vždy 1 pracovník. 7 ředitelů a 5 pracovníků uvádí, že v zařízení nepostrádají žádný další aktivizační program.

5. Diskuse

Celkem jsem oslovila 27 zařízení, výzkumu se pak účastnilo 12 zařízení. Zbývajících 15 zařízení se výzkumu neúčastnilo (13 ředitelů zařízení neposlalo vyplněný dotazník a 2 ředitelé spolupráci odmítli).

Celkem bylo provedeno (osobně nebo s pomocí pracovníků v domovech) 34 rozhovorů s klienty. Dotazníkového šetření se účastnilo 12 ředitelů domovů pro seniory a 9 pracovníků provádějících aktivizaci.

Z výzkumu vyplývá, že v domovech pro seniory převažují klientky - **ženy** (Graf 1.1.), což souvisí s tím, co uvádí Gruberová: ve stáří vzniká velký rozdíl mezi počtem mužů a žen, protože ženy se dožívají vyššího věku a jsou ve stáří zdravější než muži **(15)**. Věková skupina seniorů, která je nejvíce zastoupena v domovech pro seniory, je od 80 do 89 let (Graf 1.2.).

Nejvíce se mezi obyvateli domovů vyskytuje základní vzdělání, a to u 12 dotázaných (Graf 1.3.). Hned za tím se shodně umístilo úplné a neúplné středoškolské vzdělání, a to vždy u 11 seniorů (Graf 1.3.). Mezi klienty převažují **vdovci či vdovy**, a to ve 22 případech (Graf 1.4.). Nejvíce klientů v domovech pro seniory tedy žije osaměle, bez partnera. Doba pobytu v zařízení je pak u 15 seniorů v rozmezí 3 až 5 let, následuje 13 klientů s délkou pobytu do 2 let (Graf 1.5.).

Ze současných zájmů preferují 23 seniorů četbu, 20 klientů procházky a 16 seniorů jiné zájmy. Mezi jinými zájmy klienti uvádí sledování televize, poslech rádia, ruční práce, vnoučata, filmy, karty či různé kulturní pořady. 12 seniorů pak uvádí mezi své zájmy také přátele. 10 seniorů pak řadí do svých zájmů zvířata, dalších 10 seniorů výlety a 2 senioři zahradu (Graf 1.6.).

Mezi zájmy, které měli senioři před tím, než se přestěhovali do domova pro seniory, se vyskytuje u 19 seniorů zahrada a u dalších 19 klientů jiné zájmy. Mezi jinými zájmy se objevují různé rukodělné práce, sledování televize a poslech rádia, vnoučata, rybaření, myslivost, ale též domácí práce či politika. 18 seniorů pak uvádí mezi své zájmy četbu, 16 klientů procházky a 14 seniorů přátele. 12 klientů řadí mezi dřívější zájmy zvířata, 8 seniorů výlety (Graf 1.7.). Skladba zájmů se po přestěhování do domova pro seniory sice poněkud liší, což lze mimo jiné připsat na vrub odlišným podmínkám pro provádění nejrůznějších zájmů. Přesto se senioři mnohým z uvedených zájmů (četba, procházky, přátelé) věnují i v domovech pro seniory. Dle Charty práv starších občanů **(21)** je třeba umožnit všem seniorům, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní zájmy. Jak dodává Janečková **(22)**, aktivita seniorů má přirozeným způsobem

navazovat na to, co bylo přerušeno institucionalizací. Aktivity pro seniory v institucích by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života seniora v domácím prostředí.

Co se týče důležitosti aktivity ve stáří, považuje 29 seniorů aktivitu ve stáří za důležitou. Mezi důvody pak uvádí udržení dobrého fyzického a duševního zdraví, potřebu něco dělat či se o něco zajímat. Dále klienti hodnotí význam aktivit ve stáří v oblasti společenské interakce, odpoutání se od starostí, vyrovnání se se změnou, udržení samostatnosti či kvůli pocitu spokojenosti. Jak uvádí Seel (50), aktivita je důležitá pro udržení tělesného, duševního i duchovního života. Domnívám se, že to souvisí s uspokojováním základních potřeb, které má každý z nás. Zároveň však platí, že nejprve musíme uspokojit fyziologické potřeby, aby mohly být uspokojovány potřeby vyšší. Aktivita přispívá též k seberealizaci a rozvoji osobnosti, napomáhá k sebepoznání (50) a přináší člověku sociální kontakty, komunikaci a možnost sdílení (22). Nečinnost ve stáří pak bývá často spojena s prázdnotou a nízkou kvalitou života (68).

5 seniorů se naopak domnívá, že aktivita ve stáří důležitá není, a to proto, že aktivita ničemu nepomáhá nebo proto, že nemá žádný smysl. (Graf 1.8.). Dle mého názoru považují tito senioři aktivitu za nedůležitou proto, že nejsou dostatečně motivováni k nějaké činnosti.. Myslím si, že kdyby viděli výsledky své činnosti, pomohlo by jim to třeba změnit názor. Navíc by si mohli najít činnost, ze které by měli radost a kterou by považovali za uspokojivější, než „nicnedělání“ na pokoji.

V nabídce aktivizačních programů v domovech pro seniory se orientuje 30 ze 34 dotázaných seniorů. Informace získávají nejvíce z týdenního rozpisu programů, který visí na nástěnkách v domovech. Dalším významným informačním zdrojem jsou zdravotní sestry, aktivizační pracovníci, sociálních pracovníků, ale též rozhlas. 4 respondenti se v nabídce programů neorientují, a to proto, že nemají o aktivizační programy zájem (Graf 1.9.).

Aktivizační programy využívá 30 z oslovených klientů, 4 oslovení senioři pak žádný z aktivizačních programů nevyužívají. 17 klientů využívá z nabídky aktivizačních programů ergoterapii, 16 seniorů muzikoterapii a 14 seniorů trénování paměti. Dalších

14 klientů navštěvuje pohybovou terapii, 10 klientů arteterapii a 9 seniorů jiné programy, mezi které uvádí společenské akce, promítání filmů, zooterapii či náboženské programy. 4 klienti pak využívají taneční terapii a 2 též canisterapii (Graf 1.10.).

Důvody pro využívání programů jsou potřeba něco dělat, zábava, zvědavost, zlepšení paměti, podpora zdravotního stavu, zajímavá činnost, zpěv, uklidnění a obliba hudby či zvířat (Graf 1.11.) Naopak důvodem pro nevyužívání programu je nezájem ze strany klientů. Jak uvádí Janečková (22), senioři se odmítají programů účastnit z různých důvodů: nevidí v nich smysl, stydí se nebo mají strach ze selhání, zejména jde-li o seniora s různým stupněm limitace psychomotorických schopností. Způsob aktivizace v domově také nemusí všem seniorům vyhovovat a problémy může být též obtížná orientace v nabídce programů. Rheinwaldová (47) navíc uvádí, že je důležitý také čas, ve kterém jsou aktivity nabízeny, zvláště je-li program utvářen podle potřeb pracovníků, místo potřeb seniorů. Také se může stát, že se klienti nechtějí účastnit kvůli přítomnosti lidí, které neznají či kvůli účasti někoho, koho nemají rádi. Nově příchozí klienti se zase odmítají opustit svůj pokoj, kde mají své věci, své pohodlí a mají zde pocit jistoty, který přestěhováním ztratili.

Z výsledků je patrné, že ergoterapie je nejvíce využívána denně, a to 7 seniory. Muzikoterapii navštěvuje 6 seniorů 1x týdně či vícekrát do týdne, a to také 6 seniorů. Trénování paměti je respondenty využíváno nejvíce 1x týdně, a to 5 klienty. Pohybovou terapii využívá 10 seniorů denně, arteterapii pak 4 senioři 1x týdně. Jiných programů se účastní 7 seniorů nepravidelně a 2 senioři 1x týdně. Taneční terapii využívají senioři nejčastěji 1x týdně, a to ve 3 případech, canisterapii pak využívá 1 senior denně a 1 nepravidelně (Graf 1.12). Jak upozorňuje Rheinwaldová (47), v domovech často chybí večerní a víkendové aktivity, a ani denní činnosti nebývají pravidelné. To potvrzuje také Graf 2.10., kdy denně je v 8 domovech nabízena ergoterapie, v 6 domovech je denně nabízena pohybová terapie, shodně ve 2 domovech je pak denně na programu trénování paměti, arteterapie, canisterapie a jiné programy. Vždy pouze v 1 domově je denně nabízena muzikoterapie, preterapie, validace a bazální stimulace (Graf 2.10.).

Nejvíce seniorů využívá skupinovou formu programů, a to u trénování paměti, pohybové terapie, taneční terapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie a jiné

programy. V individuální formě jsou též využívány některé programy jako jsou trénování paměti, pohybová terapie, ergoterapie, arteterapie a canisterapie, avšak v daleko menší míře (Graf 1.13.). 21 seniorů preferují skupinové aktivity, a to z důvodu společenské interakce a zábavy. Jak uvádí Seel **(50)**, skupinové aktivity představují příležitost pro rozhovory a vytváří kontakty. Naopak 9 seniorům vyhovují více individuální aktivity, kdy jako důvod uvádí samotářství či špatnou zkušenost s lidmi (Graf 1.15). Tyto rozdíly jsou dány osobností člověka, což zmiňuje Janečková **(22)**. Jsou rozdíly v aktivitě u extrovertů a introvertů, u lidí racionálních či citově založených, ale též u lidí aktivních a pasivních. Činnost musí odpovídat individuálnímu tempu, které je u někoho pomalé, u někoho rychlé **(22)**.

K hypotéze se vztahují grafy 1.11., 2.12., 3.7. a 4.2. Z grafu 1.11. je patrné, že nejvíce seniorů, a to 17, využívá z nabízených programů ergoterapii. Trénování paměti pak uvádí 14 klientů. Graf 2.12. a 4.2. ukazuje, že dle názoru 9 ředitelů využívají klienti pohybovou terapii, namísto trénování paměti, které uvádí 6 ředitelů. 9 pracovníků, provádějících v domovech aktivizaci, pak shodně uvádí jako nejvíce využívaný program ergoterapii (Graf 3.7. a 4.2.) Trénování paměti zmiňuje 7 pracovníků (Graf 3.7. a 4.2.). Na základě těchto výsledků byla hypotéza vyvrácena. Důvody pro využívání ergoterapie, tak jak je uvádí senioři, jsou zábava, zvědavost a potřeba něco dělat (Graf 1.11.). Ředitelé se domnívají, že klienti navštěvují nejvíce ergoterapii z důvodu posílení sebevědomí, psychické pohody, zábavy, podpory zdravotního stavu, snahy vést aktivní život a kvůli zajímavé činnosti (Graf 2.12. a 4.2.). Pracovníci uvádí jako důvod využívání ergoterapie psychickou pohodu, zábavu, sociální kontakt, podporu zdravotního stavu a náplň dne (Graf 3.7. a 4.2.). Ergoterapie patří u 14 seniorů též mezi nejoblíbenější programy, které senioři využívají, a to z důvodu zábavy, povídání, potřeby něco dělat a zajímavé činnosti (Graf 1.14.). Rheinwaldová **(47)** však uvádí, že většina domovů omezuje své aktivity pouze na rukodělné práce a další kategorie činnosti chybí. Výzkum ukazuje, že v 10 domovech pro seniory je nabízena ergoterapie, zatímco trénování paměti či pohybová terapie je nabízena v 9 domovech (Graf 2.9.). Trénování paměti je sice v domovech pro seniory celkem rozšířeno, přesto se domnívám, že kurzy trénování paměti by měly být dostupné pro všechny seniory, ať

individuální či skupinovou formou, protože mohou výrazně přispět nejen ke zlepšení paměti, ale též ke zvýšení sebevědomí a zlepšení kvality života. Jak uvádí Steinová (54), snahou České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging je dostat kurzy trénování paměti do všech ústavních zařízení v České republice.

Náplň aktivizačních programů hodnotí klienti, kteří je navštěvují, na výbornou (67 odpovědí), pouze 7 odpovědí je pro známku 2, 3 odpovědi pak pro známku 3 (Graf 1.16.). Obdobně dopadlo též hodnocení lektorů jednotlivých programů, které je podpořeno 73 odpověďmi; o stupeň nižší známku dávají 4 dotazovaní (Graf 1.17.). Obojí hodnocení může být na jedné straně potěšující, na druhé straně však může dokumentovat fakt, že senioři jsou obvykle spokojeni s tím, co pro ně pracovníci připraví a neusilují o nějakou změnu, například v programu. S tím souvisí také to, že 25 z oslovených seniorů nepostrádá v zařízení žádnou činnost. Naopak 3 senioři by v domově uvítali zvířata, 1 senior zahradu, 2 senioři postrádají v zařízení hry na patře a 1 senior přednášky (Graf 1.19.). Z výzkumu je tedy patrné, že 25 seniorů se spokojí s tím, co jim domovy nabízí.

Z výsledků je patrné, že 4 domovy pro seniory mají celkový počet klientů od 100 do 149 klientů. 3 domovy pro seniory mají celkový počet klientů do 49, další 3 domovy pak od 50 do 99 klientů. V 1 domově je počet klientů v rozmezí od 150 do 199 klientů a v dalším 1 zařízení pak 300 klientů (Graf 2.4.). Celkový počet pracovníků se pak v 6 domovech pohybuje do 49 pracovníků, ve 4 domovech v rozmezí od 50 do 99. V 1 zařízení je celkový počet pracovníků v rozmezí od 100 do 149, v dalším 1 domově pak 150 a více pracovníků (Graf 2.5.). Z toho aktivizaci se věnují ve 4 domovech 3 pracovníci, ve 3 domovech 4 pracovníci a ve 2 domovech 1 pracovník. V dalších 2 domovech v aktivizaci působí 5 a více pracovníků a v 1 domově jsou to 2 pracovníci (Graf 2.17.). Domnívám se, že v domovech pro seniory bývá málo pracovníků, kteří se věnují aktivizaci.

Zřizovatelem 6 domovů pro seniory je město, 5 zařízení zřizuje krajský úřad a 1 domov oblastní charita (Graf 2.6.).

Z výzkumu vyplývá, že mezi řediteli domovů se obojí pohlaví uplatňuje stejně (Graf 2.1.). Odlišná situace je u pracovníků provádějících aktivizaci, kde je všech 9 dotázaných ženského pohlaví (Graf 3.1.). Mezi řediteli domovů pro seniory převládá věkové rozmezí 50 – 59 let (u 5 ředitelů), následuje věk v rozmezí 40 – 49 let, a to u 4 ředitelů (Graf 2.2.). Mezi pracovníky je nejvíce dotazovaných ve věku 30 – 39 let a shodně též ve věkové hranici 40 – 49 let (vždy 3 pracovníci) (Graf 3.2.).

U ředitelů domovů pro seniory převládá vysokoškolské vzdělání (7 ředitelů). Překvapující je, že 4 ředitelé jsou absolventi Zdravotně sociální fakulty JU (Graf 2.3.). 4 pracovníci provádějící aktivizaci mají úplné středoškolské vzdělání a 3 dotázaní jsou absolventi vyšší odborné školy (Graf 3.3.). Všech 9 pracovníků však uvádí, že mají vzdělání týkající se aktivizace, a to ve formě různých kurzů či školení (Graf 3.13. a 3.14.)). Jde o kurzy jako ergoterapie, kurz aktivizační činnosti, arteterapie, trénování paměti či jiné kurzy (Graf 3.14.). Také ředitelé uvádí u vzdělání svých pracovníků provádějících aktivizaci nejvíce právě odborné kurzy (Graf 2.18.).

8 pracovníků provádějících aktivizaci pak považuje za důležité odborné vzdělání pro výkon aktivizace (Graf 3.12.). Mezi důvody uvádí kvalitnější poskytování služeb, více vědomostí o cílech a metodách práce se seniory, více nápadů pro činnost. 1 pracovník naopak odborné vzdělání pro výkon aktivizace za důležité nepovažuje. Jako důležitější než vzdělání hodnotí chuť do práce a zkušenost (Graf 3.12.). Zájem o absolvování nějakého kurzu či semináře má 5 pracovníků. Mají zájem zejména o kurz trénování paměti, kurz týkající se motivace seniorů k činnosti či o jakýkoli kurz týkající se seniorské problematiky. 3 respondenti pak nemají zájem o absolvování kurzu, a to kvůli tomu, že se nabídka kurzů stále opakuje. 1 pracovník též uvedl, že si aktuální informace hledá na internetu (Graf 3.15.).

Počet let praxe v zařízení je nejvíce v rozmezí 3 – 5 let (u 3 pracovníků) a obdobně též v rozmezí 9 – 11 let, taktéž u 3 pracovníků (Graf 3.4.). Z pracovních pozic jsou 3 pracovníci na pozici instruktor sociální péče, 2 pracovníci jsou sociální pracovníci a 2 ergoterapeuti (Graf 3.5.). Rheinwaldová (47) uvádí, že v České republice většinou vedou programy sestry a sociální pracovníce, ev. ergoterapeuti. Problémem bývá také pracovní vyčerpání těchto pracovníků, takže jim zbývá málo času na vedení

programů. Z výzkumu však vyplývá, že 6 pracovníků má dostatek času na provádění aktivizace. 3 pracovníci mají naopak času nedostatek, a to z důvodu přílišné pracovní vytiženosti (Graf 3.8. a 4.4.). 3 pracovníci mají na aktivizaci vyčleněno 30 a více hodin týdně. Časová dotace zbývajících dotazovaných je pak v rozmezí do 9h týdně, dále 19 – 29 h týdně a 20 – 29 h týdně (vždy u 2 pracovníků) (Graf 3.9.). Přípravě na aktivizaci se pak věnuje nejvíce pracovníků, a to 4, maximálně 3 hodiny týdně. 2 pracovníci pak 10 – 12 hodin týdně a zbývajících pracovníci v rozmezí 4 - 6 h týdně, 7 – 9 h a 13 – 15 h týdně (Graf 3.10.). Také 8 ředitelů se domnívá, že pracovníci mají na provádění aktivizace dostatek času (Graf 2.19. a 4.4.). Z toho 3 ředitelé uvádí časovou dotaci na provádění aktivizace u svých pracovníků 8 hodin denně, 5 ředitelů pak uvádí časovou dotaci na provádění aktivizace v délce 4 hodin za den. 4 ředitelé se naopak domnívají, že pracovníci mají času nedostatek, a to kvůli nedostatku odborného personálu, který by se mohl aktivizaci plně věnovat (Graf 2.19. a 4.4.) Rheinwaldová (47) upozorňuje, že v domově by měl být přítomen ergoterapeut či pracovník speciálně vyškolený v zavádění a vedení rekreačně-terapeutických programů, který by měl na starosti programovou náplň domova.

Základem pro provádění aktivizačních programů jsou též vhodné prostory. Dle Rheinwaldové (47) to znamená snadno přístupné a bezpečné prostory, s možností přizpůsobení specifickým potřebám. Obvykle jsou využívány klubovny, jídelna, televizní pokoje, haly a větší pokoje obyvatel. Z výsledků vyplývá, že 7 pracovníků má pro výkon aktivizace vhodné zázemí. Pod pojmem vhodné zázemí si lze představit zejména materiální vybavení a prostory pro aktivizaci. Pracovníci uvádí existenci vhodné místnosti či vhodné materiální podmínky. Překvapivý je však názor pracovníka 1 zařízení, který uvádí k „vhodnému zázemí“ též podporu a pochopení ze strany vedení (Graf 3.11.), což považují za velmi důležité pro výkon aktivizace. Názor tohoto pracovníka dokumentuje fakt, že vhodné zázemí se neomezuje pouze na prostory či vybavení, ale též na lidský faktor.

2 pracovníci dále uvádí, že nemají pro výkon aktivizace vhodné zázemí. Chybí jim k tomu vhodná místnost či mají nedostatek materiálního vybavení (Graf 3.11.). Rheinwaldová (47) však upozorňuje, že kvalitní program lze vytvořit i ve skromných

podmínkách, když je k tomu vůle a chuť. Jsou-li ředitelé a personál tvořiví, dokáží společně zvládnout všechny úkoly, i přes překážky a těžkosti.

Pojem aktivizace formuluje každý z oslovených jiným způsobem. Z odpovědí ředitelů i pracovníků jsem tedy vybrala několik zásadních charakteristik, které nejlépe vystihují tento pojem. Zároveň jsem porovnála mezi s sebou odpovědi ředitelů a pracovníků provádějících aktivizaci. Z výsledků je patrné, že 1 ředitel uvádí mezi charakteristiky pojmu aktivizace vytváření podmínek, 5 ředitelů a 1 pracovník udržení fyzického stavu, 5 ředitelů a 1 pracovník pak zlepšení psychického stavu a 2 ředitelé sociální kontakty. 3 ředitelé by charakterizovali pojem aktivizace jako nabídku aktivit, 1 ředitel jako podporu k činnostem a 2 ředitelé jako rozvinutí intenzivní činnosti. 2 ředitelé a 1 pracovník pod pojem aktivizace zařazují udržení soběstačnosti, 1 ředitel nelenošeni a další ředitel udržení schopností. 1 řediteli a 3 pracovníkům se vybaví pod pojmem aktivizace smysluplné trávení času, 2 pracovníkům individuální či skupinové programy, 1 pracovníkovi prohloubení znalostí či dovedností a 2 pracovníkům činnost (Graf 2.7., 3.6. a 4.1.). Zatím nemáme jednotnou definici pro pojem aktivizace. Například podle Vodákové (61) se aktivizací rozumí podněcování, stimulace k činnosti. Aktivizaci lze také charakterizovat jako rozvinutí nejintenzivnější činnosti či působení ve směru vyvolat aktivitu, tj. na základě aktivace vhodnými prostředky dosáhnout činnosti (8). Aktivizace seniorů však vyvolává představu pasivního konzumenta předem připravených aktivizačních programů, na což upozorňuje Janečková. Proto je pojem aktivizace nahrazován nenásilným vytvářením podmínek a nabízením možností v rámci programování aktivit. Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí, a to jak v materiálním, tak psychologickém slova smyslu; prostředí by mělo být co nejpříjemnější a má vzbuzovat potřebu aktivity, a to přirozeným způsobem. Skutečná podpora aktivity seniora znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí a dává mu smysl (22). Domnívám se, že výše uvedené charakteristiky pojmu aktivizace, tak jak je uvádí ředitelé a pracovníci, vcelku korespondují s tím, co uvádí literatura. Myslím si, že lze usuzovat na to, že ředitelé i pracovníci se dobře orientují v tom, co má aktivizace obnášet. Mezi řediteli se v porovnání s pracovníky vyskytují navíc charakteristiky jako vytváření podmínek a podpora k činnostem, což se více přibližuje k modernímu pojetí

aktivizace, resp. programování aktivit. Charakteristiky uváděné pracovníky se zaměřují spíše na určitou činnost, programy, ale též na prohloubení znalostí či dovedností.

Z výzkumu vyplývá, že všechny oslovené domovy pro seniory nabízí svým klientům aktivizační programy (Graf 2.8.). Jak je uvedeno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **(64)**, mají domovy pro seniory v rámci pobytových služeb poskytovat mimo jiné právě aktivizační činnosti. 16 domovů nabízí tyto aktivizační programy: 5 domovů společenské akce, 2 domovy animoterapii a další 2 promítání filmů. 2 zařízení uvádí výlety, další 2 náboženské programy; aromaterapii, přednášky a čtení nabízí v 1 zařízení. Tyto aktivizační programy jsou pro účely výzkumu zařazeny do kategorie „jiné programy“ (Graf 2.9.). Dalším druhem aktivizačních programů, který je v domovech nejvíce nabízen, je ergoterapie. Dále následují v 9 domovech trénování paměti, pohybová terapie a arteterapie. 7 zařízení má ve své nabídce muzikoterapii, 5 taneční terapii a dalších 5 bazální stimulaci. Méně se pak uplatňuje canisterapie, reminiscenční terapie, preterapie a validace (Graf 2.9.). Domovy pro seniory by měly poskytovat jak činnosti pro vhodné pro většinu seniorů, tak činnosti pro seniory se zdravotním omezením (zejména pro osoby trpící demencí). Mezi aktivity vhodné převážně pro osoby upoutané na lůžku, nepohyblivé, těžce tělesně nebo mentálně postižené či s vážnými komunikačními problémy řadí Janečková validaci, preterapii, reminiscenční terapii, bazální stimulaci a maieutický přístup – empatické ošetřovatelství **(22)**.

Co se týče četnosti jednotlivých aktivizačních programů v domovech, probíhá ergoterapie v 8 a pohybová terapie v 6 domovech denně. Trénování paměti je nejčastěji nabízeno 1x týdně či vícekrát do týdne, a to ve 3 domovech. Arteterapie a muzikoterapie jsou nejvíce nabízeny v časové frekvenci 1x týdně. Taneční terapie probíhá vícekrát do měsíce. Preterapie a validace jsou shodně nejvíce nabízeny denně či nepravidelně. Reminiscenční terapie, bazální stimulace a jiné programy probíhají nepravidelně (Graf 2.10.).

Z forem aktivizačních programů převažuje skupinová forma, a to u trénování paměti, pohybové terapie, taneční terapie, ergoterapie, arteterapie, canisterapie, muzikoterapie, validace, reminiscenční terapie a u jiných programů. Některé programy

probíhají též v individuální formě. Ta je aplikována u trénování paměti, pohybové terapie, ergoterapie, arteterapie, canisterapie, preterapie, validace, reminiscenční terapie, bazální stimulace a též u jiných programů (Graf 2.11.).

Ve svém zařízení postrádá 5 ředitelů nějaký další druh aktivizačního programu. Mezi chybějícími programy zaznívá trénování paměti, canisterapie, bazální stimulace, fyzioterapie a muzikoterapie. 7 ředitelů pak uvádí, že v zařízení žádný další druh aktivizačního programu nechybí (Graf 2.13. a 4.5.). Ve srovnání s tím nepostrádá žádný další aktivizační program 5 pracovníků. Zbývající pracovníci uvádí, že by v zařízení uvítali taneční terapii, keramickou dílnu a zahradu, shodně s řediteli pak trénování paměti, canisterapii, muzikoterapii a bazální stimulaci (Graf 3.16. a 4.5.).

Mezi důvody, kvůli kterým v zařízení postrádaný aktivizační program neprobíhá, uvádí 4 ředitelé nedostatek personálu; nedostatek času a finanční důvody zmiňuje 1 ředitel. V 1 domově se pak program teprve připravuje (Graf 2.14.)

Domnívám se, že pro aktivity probíhajících v institucích, je přínosná také účast rodinných příslušníků. V 10 z oslovených domovů mají rodinní příslušníci možnost zapojit se do aktivizačních programů, a to nejčastěji do ergoterapie, arteterapie, canisterapie, jiných programů a pohybové terapie; ve 2 domovech pak mají možnost zapojit se do všech aktivit (Graf 2.15).

Graf ukazuje, že všech 12 oslovených ředitelů domovů pro seniory a všech 9 dotazovaných pracovníků provádějících aktivizaci považují aktivizační programy za přínosné pro klienty (Graf 2.16., 3.17. a 4.3.). Z oslovených klientů pak považuje aktivizační programy za přínosné 27 klientů. Naopak 3 klienti považují aktivizační programy za nepřínosné (Graf 1.18.). Jako přínos uvádí klienti smysluplné vyplnění dne, změna, pocit spokojenosti, společenská interakce, udržení tělesného a duševního zdraví, zábava, pocit užitečnosti, odreagování se od starostí či naplňování zájmů. Ti klienti, kteří se domnívají, že aktivizační programy přínosné nejsou uvádí, že programy nic nepřinášejí či jsou beze smyslu (Graf 1.18.). Ředitelé zařízení pak spatřují přínos programů v sociálním kontaktu, v udržení dobrého fyzického stavu klientů, v naplnění dne, v psychické pohodě klientů, v udržení schopností a dovedností, v motivaci, v kratší adaptaci v zařízení, v aktivním prožívání stáří a v rozvoji osobnosti klienta (Graf 2.16. a

4.3.). Pracovníci provádějící aktivizaci uvádí shodně s řediteli jako přínos aktivizačních programů sociální kontakt, udržení dobrého fyzického stavu, náplň dne, psychickou pohodu, udržení schopností a dovedností; navíc pak pracovníci zmiňují seberealizaci, posílení sebevědomí, pocit užitečnosti a smysl života (Graf 3.17. a 4.3.). Domnívám se, že seberealizace a posílení sebevědomí, stejně jako pocit užitečnosti, jsou pro seniory, účastnících se aktivizačních programů, velmi přínosné, neboť pozitivně ovlivňují kvalitu jejich života. Celkově je aktivizace přínosná pro upevnění fyzických i psychických sil, pro zachování či zlepšení soběstačnosti, uvědomění si vlastní ceny a potřebnosti pro společnost, upevnění schopnosti vyjádřit vlastní názor. Aktivizace též přispívá k překonání nepříjemných pocitů zažívaných při umístění seniora v instituci (domov pro seniory atp.). Aktivizace pomáhá zbavit se strachu z těchto zařízení, nalézt nové známé a přátele (38). Základem stále zůstává kvalitní program, který je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro duševní i fyzický stav seniorů. Poskytuje klientů nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nezbytný (47).

6. Závěr

V současné době se péče o seniory stále zlepšuje, dochází k rozvoji nejen péče zdravotní, ale též sociální. Také nabídka aktivizačních programů se neustále vyvíjí a zkvalitňuje. Důraz je kladen na klienta, na jeho individuální potřeby a zájmy, ze kterých

se vychází při výběru vhodného programu. Problémem však stále zůstává, jak klienty k činnosti vhodně motivovat, protože mnozí senioři raději zůstávají ve svém pokoji a odmítají se programů účastnit. Základem je pestrost programů a činností, prováděných v jejich rámci. Pro seniora je také důležité vidět výsledek své činnosti. Program pak posiluje sebevědomí klienta, pocit užitečnosti a blahodárně působí na jeho tělesné a duševní zdraví.

První cílem diplomové práce je zmapovat aktivizační programy, které jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory. Domnívám se, že tento cíl byl splněn. V teoretické části jsou popsány jednotlivé druhy aktivizačních programů, ve výzkumu je pak uvedeno, jaké aktivizační programy nabízí domovy pro seniory na území Jihočeského kraje. V nabídce domovů pro seniory jsou nabízeny aktivizační programy jako ergoterapie, trénování paměti, pohybová terapie, arteterapie, taneční terapie a jiné. Formy aktivizačních programů jsou skupinová a individuální.

Druhým cílem je zjistit, zda klienti senioři nabízené aktivizační programy využívají. Domnívám se, že také tento cíl se podařilo splnit. Výzkumem jsem zjistila, že dotázaní senioři v domovech pro seniory využívají aktivizačních programů.

Hypotéza H: „Nejvíce seniorů v domovech pro seniory v Jihočeském kraji využívá aktivizační program trénování paměti.“ byla výzkumem vyvrácena. Z výsledků je patrné, že klienty je nejvíce využívána ergoterapie.

Diplomová práce přispěje ke zpřehlednění nabídky a obsahu jednotlivých aktivizačních programů, jejich formám, přínosu i jejich praktickému využití v péči o seniory. Tyto informace lze využít nejen v domovech pro seniory, ale též jako zdroj informací pro seniory žijící v domácím prostředí, protože mnohé programy jsou určeny také pro tuto skupinu obyvatel. Výsledky je možné využít též jako zpětnou vazbu ředitelům a pracovníkům jednotlivých zařízení.

7. Seznam použité literatury

1. *Arteterapie v České republice*. [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <http://www.arteterapie.cz/>.

2. *Autor Preterapie Dr. Garry Prouty v QUIPu.* [online]. Poslední revize 31.10.2007 [citováno 2008-02-08]. Dostupné z <<http://www.kvalitavpraxi.cz/co-je-noveho/autor-preterapie-dr-garry-prouty-v-quipu.html>>.
3. BOČKOVÁ, V. – PETŘKOVÁ, A. Univerzita 3. věku jako specifická forma vzdělávání dospělých. In: *Deset let vzdělávacích aktivit pro seniory: sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí.* Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 89 s. 80-7067-824-0.
4. BRAGDON, A. - GAMON, D. *Nedovolte mozku stárnout.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 112 s. ISBN 80-7178-567-9.
5. CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti a dospělé.* 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.
6. *Canisterapie.* [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <<http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=7>>.
7. CARTER, P.- RUSSEL, K. *Trénink paměti a kreativity 2.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 188 s. ISBN 80-251-0327-7.
8. *Co je aktivizace.* [online]. [citováno 2008-04-14]. Dostupné z <<http://www.sestra.webgarden.cz/co-je-aktivizace>>.
9. DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout: jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně.* 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6. 232 s. ISBN 80-7178-255-6.
10. ĎOUBAL, S. - KLEMERA, P. - FILIPOVÁ, M. - *Teoretická gerontologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 103 s. ISBN 80-7184-481-0.
11. *Edukační muzikoterapie.* [online]. [citováno 2008-02-09]. Dostupné z <<http://www.muzikoterapie.eu/?p=edukacni-muzikoterapie>>.
12. FLANDERKOVÁ, T. *Canisterapie.* [online]. Poslední revize 30.7.2007 [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <<http://terapie.az4u.info/cs/alternativni-terapie/zooterapie/canisterapie/>>.

13. *Formy canisterapie*. [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <<http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=58>>.
14. FRIEDLOVÁ, K. *Co je bazální stimulace*. [online]. [citováno 2008-03-05]. Dostupné z <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.
15. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
16. HAVLÍČKOVÁ, L. *Sportování a fyzická aktivita ve stáří*. [online]. Poslední revize 6.3.2005 [citováno 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.zdravi4u.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2005030601>>.
17. HOLMEROVÁ, I. - JURAŠKOVÁ, B. - ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
18. HOLMEROVÁ, I. – ROKOSOVÁ, M. – SUCHÁ, J. a kol. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí - reminiscenční terapie. *Gerontologické aktuality: časopis České alzheimerovské společnosti*. 2003, č. 2, s. 26 – 35. ISSN 1213-4074.
19. HOLMEROVÁ, I. – ROKOSOVÁ, M. – VAŇKOVÁ, H. a kol. Problematika pečujících v ČR. In: *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 110 s. ISBN 80-02-01670-X. s. 24 - 31.
20. HYCL, J. Oční problematika senia. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. s. 783 - 792.
21. Charta práv starších občanů. [online]. [citováno 2008-02-10]. Dostupné z <<http://www.seniori.org/DesktopDefault.aspx?tabid=50&ItemID=224&mod=282>>.
22. JANEČKOVÁ, H. – KALVACH, Z. – HOLMEROVÁ, I. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 4.8.1.- 4.8.4., s. 436 - 451.

23. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 151 s. ISBN: 80-7254-192-7.
24. KALVACH, Z. Involuční změny a vybrané geriatrické choroby kosterních svalů. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. s. 621 – 626.
25. KALVACH, Z. – MIKEŠ, Z. Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatric. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 1.1, s. 47 - 49.
26. KANTOR, J. *Muzikoterapie - popis některých muzikoterapeutických technik*. [online]. [citováno 2008-02-09]. Dostupné z <<http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie>>.
27. KOTKOVÁ, A. *Uherskohradištská Diakonie otevřela novou relaxační místnost*. [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <<http://www.praksice.cz/cms/index.php?page=diakonie-uh-hradiste>>.
28. KOUDELKOVÁ, I. – KALVACH, Z. Geriatrická léčebná rehabilitace. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 4.5.1, s. 413 - 417.
29. KRAJČÍK, Š. Starnutie respiračného systému. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. s. 701.
30. KRAMÁŘOVÁ, N. - TUČEK, J. *Gerontopsychiatric*. 2. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 57 s. ISBN 80-7040-829-4.
31. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

33. KŘÍŽOVÁ, A. - KUBÍNKOVÁ, D. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1.
34. LANGMEIER, J.- KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
35. LAVIČKA, F. – ZAVÁZALOVÁ, H. – ZIKMUNDOVÁ, K. Problematika mezigeneračního soužití a vztahů. In: *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 110 s. ISBN 80-02-01670-X. s. 82 - 87.
36. MATOUŠ, M. Rekondiční programy u geriatrických pacientů a seniorů. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 4.5.2., s. 417 - 421.
37. MATOUŠ, M. - MATOUŠOVÁ, M. - KALVACH, Z. M. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
38. MICHALCOVÁ, PAVLÍNA. *Co je přínosem aktivizace?* [online]. [citováno 2008-01-25]. Dostupné z <<http://www.sestra.webgarden.cz/prinos-aktivizace>>.
39. MÜHLPACHR, P. – STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7.
40. NOVOSAD, L. - NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.
41. OTOVÁ, B. – KALVACH, Z. Pozitivní ovlivnitelnost funkčního a zdravotního stavu ve stáří. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 1.9, s. 138 - 144.
42. PAYNEOVÁ, H. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 240 s. ISBN 80-7178-213-0.
43. *Pojem animoterapie*. [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/animoterapie>>.

44. POLÁKOVÁ, Š. – TICOVÁ, L. Aktivity a dobrovolnictví v domovech důchodců. In: *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 110 s. ISBN 80-02-01670-X. s. 69-70.
45. PROUTY, G.- WERDE, D.- PÖRTNER, M. *Preterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-949-6.
46. *Příprava na stárnutí*. [online]. [citováno 2008-02-24]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.
47. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
48. RŮŽIČKOVÁ, M. *Arteterapie a senioři*. [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <<http://casopiscaa.wz.cz/clanky/c06%20seniori.doc>>.
49. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
50. SEEL, M.- HURLING, E.- MEYER, M. *Die Pflege des Menschen im Alter*. 2. vyd. Hagen : Britigge Kunz Verlag, 2001. 970 s. ISBN 3-87706-982-7.
51. SCHMIDT, H. Proč starší lidé studují? In: *Deset let vzdělávacích aktivit pro seniory: sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 89 s. 80-7067-824-0.
52. STACHOVÁ, H. Možnosti využití multismyslové terapie Snoezelen ve volnočasových aktivitách seniorů. In: *Sborník kongresu: VIII. gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 110 s. ISBN 80-02-01670-X. s. 91-95.
53. STÁRKA, L. Endokrinologie stárnutí u muže v kontextu involuce endokrinního systému. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. s. 669 - 677.
54. STEINOVÁ, D. Psychická, fyzická a sociální stimulace v životě seniorské populace. In: *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 110 s. ISBN 80-02-01670-X. s. 69 - 70.

55. SÝKOROVÁ, H. *Snoezelen*. [online]. [citováno 2008-02-26]. Dostupné z <<http://www.deaf-ostrava.cz/Snoezelen.htm>>.
56. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.
57. ŠVESTKOVÁ, O. – KALVACH, Z. Geriatrická ergoterapie. In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. Kapitola 4.6, s. 423-433.
58. *Taneční pohybová terapie*. [online]. Poslední revize 20.11.2005 [citováno 2008-02-08]. Dostupné z <<http://alternativni-terapie.doktorka.cz/tanecni-pohybova-terapie/>>.
59. VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
60. VELETA, P.- HOLMEROVÁ, I. *Úvod do taneční terapie pro seniory*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2002. 66 s. ISBN 80-86541-07-X.
61. VODÁKOVÁ, J.- DYTRTOVÁ, R.- CETLOVÁ, M. a kol. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2003. 90 s. ISBN 80-7290-113-3.
62. VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav v agentuře Lenka Vintrová - České centrum zdraví, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.
63. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
64. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*
65. *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR*. [online]. [citováno 2008-03-4]. Dostupné z <<http://trenovanipameti.cz/>>.
66. *Zásady OSN pro seniory*. [online]. Poslední revize 11.5.2005 [citováno 2008-02-19]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>.
67. ZIMMELOVÁ, P. *Definice stáří a stárnutí*. [online]. [citováno 2008-01-24]. Dostupné z

z

http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/kko/ucebni_texty/prednasky-z-gerontologie-a-thanatologie/.

68. ZIMMELOVÁ, P. *Socializace seniora, rodina a vztahy*. [online]. [citováno 2008-01-24]. Dostupné z

http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/kko/ucebni_texty/prednasky-z-gerontologie-a-thanatologie/.

69. *Zooterapie – canisterapie*. [online]. [citováno 2008-02-25]. Dostupné z <http://terapie.az4u.info/cs/alternativni-terapie/zooterapie/canisterapie/>.

70. *Zvířata v domovech nejen pro seniory: příručka pro návštěvní programy, držení a chování zvířat*. 2. české vyd. Praha: Hestia, 1999. 39 s.

8. Klíčová slova

Stáří a stárnutí

Aktivizace

Adaptace v domovech pro seniory

Motivace k činnostem

Aktivizační programy

9. Přílohy

