

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Fakulta teologická

Studijní program: Sociální péče  
Obor: CHK  
Akademický rok: 2009/2010

## PODKLAD PRO ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA:	OSOBNÍ ČÍSLO:
CANDROVÁ Štěpánka	Kubova Hut' 11; Kubova Hut'	T07250

### NÁZEV TÉMATU ČESKY:

Aktivizační činnosti v domově pro seniory

### NÁZEV TÉMATU ANGLICKY:

Activation activities in the nursing home

### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Lenka Motlová - KSU

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Bakalářská práce je teoretického charakteru. Cílem je popsat stárnutí, stáří, adaptaci na pobyt v domově pro seniory, vybrané aktivizační činnosti (metody, formy) a možnosti jejich využití při práci se seniory (trpící syndromem demence a bez syndromu demence) v domově pro seniory.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Kalvach, Z., Zavázalová, H. et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004.  
Tošnerová, T. Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Press, 2009.  
Vágnerová, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007.  
Walsch, D. Skupinové hry a činnosti pro seniory. Praha: Portál, 2005.  
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

PODPIS STUDENTA:



DATUM:

12. 10. 2009

PODPIS VEDOUCÍHO PRÁCE:



DATUM:

12. 10. 2009

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

## **AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI V DOMOVĚ PRO SENIORY**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Matřhová

Autor práce: Štěpánka Kroupová

Studijní obor: sociální a charitativní práce, kombinované

Ročník: 5.

2013

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 11/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nekrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.11/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

1. dubna 2013

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Lence Mařhové za laskavé vedení bakalářské práce a své rodině za podporu při studiu.

## Obsah

Úvod.....	6
<b>Abstrakt.....</b>	<b>8</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Stárnutí, stáří, změny a potřeby ve stáří.....</b>	<b>9</b>
1.1. Stárnutí a stáří .....	9
1.2. Změny ve stáří.....	11
1.2.1 Fyziologické změny .....	11
1.2.2 Psychické změny .....	11
1.2.3. Změny v sociální oblasti .....	13
1.3 Potřeby ve stáří.....	14
1.3.1 Fyziologické potřeby.....	14
1.3.2 Vyšší potřeby .....	14
1.3.3 Duchovní potřeby.....	14
<b>2. Pobytová zařízení pro seniory .....</b>	<b>15</b>
2.1 Přijetí do domova pro seniory .....	16
2.2 Adaptace na pobyt v pobytovém zařízení pro seniory .....	17
2.2.1 Adaptace na dobrovolný odchod do pobytového zařízení pro seniory .....	17
2.2.2 Adaptace na nedobrovolný odchod do pobytového zařízení pro seniory .....	18
2.3 Sociální práce v pobytovém zařízení pro seniory .....	18
2.4 Role sociálního pracovníka v pobytovém zařízení pro seniory .....	19
2.5 Role sociálního pracovníka při aktivizačních činnostech .....	21
2.6. Aktivizační činnosti v pobytových zařízeních pro seniory .....	21
2.6.1 Rozdělení činností.....	23
2.6.1.1 Motivace k činnostem .....	23
<b>3. Aktivizační činnosti pro seniory se syndromem demence .....</b>	<b>24</b>
3.1 Reminiscence, reminiscenční terapie .....	24
3.2 Validace.....	26
3.3 Preterapie.....	28
3.4 Bazální stimulace .....	30
3.5 Smyslová aktivizace.....	33
<b>4. Aktivizační činnosti pro seniory bez syndromu demence .....</b>	<b>34</b>
4.1 Kognitivní trénink .....	34
4.2 Zooterapie.....	36

4.2.1 Canisterapie.....	38
4.2.2 Felinoterapie.....	39
4.3 Muzikoterapie .....	40
4.4 Arteterapie.....	42
<b>Závěr</b> .....	<b>44</b>
<b>Použitá literatura</b> .....	<b>47</b>

## Úvod

V současné době se stáří stává velmi aktuálním tématem. Vlivem nízké porodnosti a prodlužováním průměrného věku dochází ke stárnutí populace. Díky ekonomické krizi se senioři často dostávají do tíživé životní situace a není výjimkou, že svůj život končí v azylových domech. Vzhledem k tomu, že seniorů v populaci přibývá, setkáváme se čím dál častěji se syndromem demence. V minulých letech byla cílem dlouhověkost, dnes se snažíme žít nejen dlouho, ale také kvalitně. Právě aktivní trávení volného času může kvalitu života výrazně zvýšit. Vhodně zvolená aktivita má kladný vliv nejen na fyzickou stránku zdraví, ale i na psychickou a sociální. U seniorů vhodně zvolená aktivita snižuje riziko vypěstované závislosti, posiluje soběstačnost, sebevědomí a autonomii.

Bakalářská práce je teoretického charakteru a má čtyři části. V první kapitole se budu snažit zmapovat stáří, stárnutí, změny a potřeby ve stáří. Tato kapitola se bude zabývat jednak stářím a stárnutí obecně, jednak jednotlivými změnami a potřebami, které jsou pro stáří typické. Ve druhé kapitole se budu zabývat pobytoým zařízením pro seniory, sociální prací a rolí sociálního pracovníka v pobytoých zařízeních pro seniory, úlohou sociálního pracovníka v aktivizačních činnostech, adaptací seniorů na pobyt v rezidenčních zařízeních a obecně aktivizačními činnostmi. Ve třetí a čtvrté kapitole bakalářské práce budu popisovat vybrané aktivizační činnosti, a to jak pro seniory se syndromem demence, tak pro seniory bez syndromu demence.

Cílem bakalářské práce bude popsat aktivizační činnosti v domově pro seniory, a to jak u seniorů se syndromem demence, tak u seniorů bez syndromu demence. V bakalářské práci se budu zabývat aktivizačními činnostmi, které může vykonávat sociální pracovník, popřípadě pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra nebo proškolení dobrovolníci. K jejich vykonávání je zapotřebí absolvovat akreditovaný kurz nebo speciální výcvik; výjimkou je arteterapie, kterou je možné mimo jiné studovat i jako samostatný obor na některých vysokých školách.

V aktivizačních činnostech má sociální pracovník nezastupitelnou úlohu. Již při prvním kontaktu s klientem ho informuje o možnosti a druhu aktivizačních činností daného zařízení, pomáhá mu s jejich výběrem, motivuje ho k aktivitám. Některé aktivizační činnosti sociální pracovník přímo provádí, na některých se podílí nepřímo jako koordinátor nebo zajišťuje vzdělávání pro ostatní pracovníky. Nezastupitelnou úlohu má při tvorbě klientovi biografie – „životního příběhu“, kdy získává informace nejen od klienta, ale spolupracuje i s jeho rodinnou, přáteli a motivuje je ke spolupráci na péči o klienta. Aktivizační programy probíhají většinou skupinovou formou, u imobilních klientů pak formou individuální.

Některé aktivizační činnosti se v praxi používají delší dobu a mají svou tradici; mezi nejoblíbenější se řadí kognitivní trénink. K těm méně oblíbeným patří výtvarné práce. Některé aktivizační činnosti se v současné době teprve uvádí do praxe, jedná se například o koncept smyslové aktivizace Lory Wehner, se kterou úzce spolupracuje Domov seniorů Mistra Křišťána v Prachaticích. V současné době zde probíhá ucelený

program vzdělávání v oblasti smyslové aktivizace; tento projekt podpořila Evropská unie. Jako novinku pro své klienty zde uvádí do praxe zahradní terapii.

Aby mohl sociální pracovník dobře vykonávat svou práci, musí být dostatečně obeznámen s potřebami seniorů, které se mnohdy liší od potřeb mladší generace. Některé potřeby jsou podmíněny změnami, které s sebou stáří přináší, proto by měl sociální pracovník znát i tyto potřeby. Z tohoto důvodu se budu ve své bakalářské práci snažit zmapovat stáří, stárnutí, a to i s jeho změnami a potřebami. S péčí o seniory v pobytových zařízeních také souvisí proces adaptace na pobyt. Aktivizační programy a kvalitní práce sociálního pracovníka mají kladný vliv na zdárný průběh adaptace na pobyt v rezidenčním zařízení.

Motivem pro zvolení daného tématu bakalářské práce byla má zkušenost s prací se seniory, a to jak z terénních služeb, jmenovitě z domácí péče, kde jsem se převážně zabývala ošetrovatelskou rehabilitací, tak i z domovů pro seniory, kde jsem pracovala na pozici zdravotní sestry. Dalším motivem byl můj zájem o aktivizaci seniorů a o jednotlivé aktivizační činnosti, kterým bych se ráda v budoucnu věnovala.

Domnívám se, že současné době by se domovy pro seniory měly zaměřit především na aktivizaci imobilních klientů a klientů se syndromem demence, protože jich v těchto zařízeních přibývá. Zdravotní stav stávajících klientů se zhoršuje a také jsou do domovů pro seniory přijímáni převážně imobilní klienti. Není výjimkou, že se v současné době v domovech pro seniory setkáváme s větším procentem seniorů trpících demencí. Do domovů se zvláštním režimem jsou tito klienti přijímáni, až když v klasickém zařízení už péče o ně není možná., když tito klienti začínají ohrožovat sami sebe (např. toulání), popřípadě personál či jiné klienty, nebo když neúnosně omezují život v instituci (obtěžování ostatních klientů, noční křik aj.). Proto se domnívám, že aktivizaci mobilních klientů by měly z větší části převzít terénní služby, denní centra, popřípadě by měli být senioři motivováni k zakládání svépomocných skupin.

Primární literaturou pro vypracování bakalářské práce byly v části zabývající se stářím a stárnutím publikace: „Geriatric a gerontologie“, od autorů Z. Kalvacha, Z. Zadáka, R. Jiráka, H. Zavázalové, P. Suchardy a kol., „Vývojová psychologie II.“ od M. Vágnerové, dále budu využívat učebnici pro obor sociální činnost „Péče o staré občany“ od J. Mlýnkové. V kapitole zabývající se pobytovými zařízeními pro seniory budu vycházet ze zdrojů týkajících se převážně sociální práce, např. z knihy „Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních“ od E. Malíkové, z knihy „Sociální práce v praxi“ od autorů O. Matouška, J. Koláčkové a P. Kodymové, a to z oddílu „Sociální práce se starými lidmi“ od autorky H. Janečkové. Ve třetí a čtvrté kapitole věnované aktivizačním činnostem u seniorů s demencí a bez demence budu využívat zdroje zabývající se jednotlivými aktivizačními činnostmi. Dále budu využívat časopisy jako např. „Geriatric“, „Sociální práce“ a internetové zdroje.



## **Abstrakt**

### **Název práce: Aktivizační činnosti v domově pro seniory**

Tématem mé bakalářské práce jsou především aktivizační činnosti seniorů v pobytových zařízeních, a to jak aktivizačními činnostmi seniorů se syndromem demence, tak aktivizační činnosti seniorů bez syndromu demence. Práce je teoretického charakteru a má čtyři části. V první části se zabývám stářím, stárnutím, změnami a potřebami ve stáří, tématem druhé části jsou pobytová zařízení pro seniory, sociální práce a role sociálního pracovníka v pobytových zařízeních pro seniory, adaptace seniorů na pobyt a aktivizační činnosti obecně. V posledních dvou částech popisují vybrané aktivizační činnosti. Cílem bakalářské práce je popsat vybrané aktivizační činnosti v pobytových zařízeních pro seniory, a to jak u seniorů se syndromem demence, tak u seniorů bez syndromu demence. Jedná se o aktivizační činnosti, které může vykonávat sociální pracovník, popřípadě pracovník v sociálních službách či aktivizační nebo zdravotní sestra.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, sociální práce, sociální pracovník, pobytové zařízení pro seniory, adaptace, aktivizační činnosti, demence.

## **Abstract**

### **Title: Special Activation Programs In Nursing Homes Residents**

The aim of this bachelor thesis is to specify activation programs for nursing homes residents. The activation programs are focused on the nursing home residents with or without moderate or severe disorientation (dementia). The thesis is mainly theoretical and it consists of four parts. The first part describes the basic concepts concerning aging, old age and special needs of nursing home residents. The second part of the thesis deals with the nursing homes in general and with the role of a social worker. Basic ideas about the process of adaptation of nursing home residents and special activation programs are defined in the second part of the thesis. The third and the fourth part of the thesis are dedicated to the particular activation programs which are lead by a social worker or by an activation nurse.

Key words: old age, aging, social works, a social worker, adaptation, special activation programs, dementia

# 1. Stárnutí, stáří, změny a potřeby ve stáří

## 1.1. Stárnutí a stáří

Stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti<sup>1</sup> Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Je to tedy součet změn, kterým podléhá organismus v průběhu času, tyto změny jsou individuální a asynchronní<sup>2</sup>. Stárnutí je proces, kdy v buňkách (tkáních, orgánech) vznikají degenerativní změny ve tvaru buňky a její funkce. Tyto změny nastupují v různou dobu během života jedince a postupují individuální rychlostí. Vyvrcholením stárnutí je stáří.<sup>3</sup> Existuje několik teorií, které by mohly vysvětlit, proč ke stárnutí dochází. Jedná se o následující teorie: o působení vnějších vlivů (např. působení chemických látek, životní styl, působení stresových faktorů), teorii volných radikálů (škodliviny vznikající v organismu), genetickou teorii (délka života je předem geneticky naprogramovaná) a imunologickou teorii, kdy při dělení buněk nastávají chyby, které organismus není schopen s narůstajícím věkem rozpoznat<sup>4</sup> Teorie stárnutí lze rozdělit do dvou základních skupin:

- A. Teorie stochastické (epidemiologický přístup), které předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou převážně náhodné, vykazují výraznou variabilitu a jsou podmíněny především vnějšími a chorobnými vlivy. Říkají, že smrt stářím zřejmě neexistuje, pouze smrt jako nehoda, v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.
- B. Teorie nestochastické (gerontologický přístup), které předpokládají, že stárnutí je předem geneticky předurčeno, programováno. Říkají, že stárnutí a umírání jsou procesy zákonité, přirozená smrt stářím existuje a ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici<sup>5</sup>.

Stáří je možné charakterizovat jako projev involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucí k typickému obrazu označovanému jako „stařecký fenotyp“. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role.<sup>6</sup> Stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života. Změny

---

<sup>1</sup> srov. OTOVÁ, KALVACH, *Geriatric a gerontologie*, s. 67

<sup>2</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, *Kvalita života seniorů*, s. 9- 10

<sup>3</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 13

<sup>4</sup> Tamtéž, s. 13-14

<sup>5</sup> Srov. ČEVELA, KALVACH, ČELEDVÁ, *Sociální gerontologie*, s. 21

<sup>6</sup> Srov. KALVACH, MIKEŠ, *Geriatric a gerontologie*, s. 47

jsou většinou z nás vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi.<sup>7</sup> Dle představitele analytické psychologie C. G. Junga, je třeba stáří chápat jako výsledek procesu individualizace. Individualizace je procesem diferenciací a rozvoje jednotlivých aspektů osobnosti, v jehož průběhu by mělo dojít k harmonizaci a integraci všech složek osobnosti, vědomých i nevědomých. Starší člověk by měl přijmout i odvrácenou část své osobnosti, kterou představuje archetyp „Stínu“, tj. naučit se žít se svými méně žádanými vlastnostmi. Měl by harmonizovat mužský a ženský princip, tj. vyrovnat rozum s citem, a na konec by měl dosáhnout spojení duchovního a materiálního principu představovaného archetypem „Moudrého starce“ a „Velké matky“, které představují moudrost a sílu, jež může ve stáří dosáhnout.<sup>8</sup> Podle E. H. Eriksona, též představitele analytické psychologie, jde v poslední fázi ontogenetického vývoje, tedy ve stáří, o integritu „já“, vyrovnání se s bilancí vlastního života i s faktem smrti. Podle Eriksona se jedná o pochopení řádu věcí, o jakousi moudrost, i o shrnutí všech předchozích stádií. K základním rysům tohoto životního období patří strach ze smrti, je však prožíván v menší míře, pokud člověk cítí kontinuitu vlastního života, jeho smysluplnost, účelnost, duchovně a společensky užitečné prožití života. Desintegrace „já“ a chorobný strach ze smrti vede v tomto období života k zoufalství.<sup>9</sup> Ze sociologického hlediska je stáří obdobím, kdy se jedinec vzpomínkami ve své mysli vrací do svého dětství, ke kořenům a konfrontuje prožitý život, a to jak s hodnotami, které mu byly v dětství předávány, tak s představami, které měl o životě. Je to životní fáze ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice je ostře vymezená smrtí. Spodní věková hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří. Současné stáří je modelováno společností, která adoruje mládí a jeho atributy.<sup>10</sup> Podle Eriksona naši společnosti chybí „životaschopný ideál stáří“, následkem toho nevíme, jak začlenit seniory do struktury společnosti.<sup>11</sup>

Stáří můžeme rozdělit:

A. Podle kalendářního věku:

- a) 65-75 let: mladí senioři, rané stáří, young old
- b) 75-84 let: staří senioři, pravé stáří, old old
- c) 85 a více let: velmi staří senioři, dlouhověkost, very old old

Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela individuální rozdíly.<sup>12</sup> Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, který vychází z empirie obvyklého průměrného průběhu života a biologického stárnutí. Kalendářní

<sup>7</sup> Srov. TOŠNEROVÁ, *Jak si vychutnat seniorská léta*, s. 14-15

<sup>8</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie*, s. 301

<sup>9</sup> Srov. KOHOUTEK, *Vývojově psychologická teorie E. H. Eriksona*, online[cit. 2013-02-20]. Dostupné na [www.rudolfkohoutekblog.cz](http://www.rudolfkohoutekblog.cz)

<sup>10</sup> Srov. SAK, KOLESÁROVÁ, *Sociologie stáří a seniorů*, s. 13-14

<sup>11</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, *Kvalita života seniorů*, s. 15

<sup>12</sup> Srov. KALVACH, ZAVÁZALOVÁ, *Gerontologie a geriatric*, s. 47;

stáří je snadno a jednoznačně stanovitelné, neříká však nic o individuálních involučních změnách ani o sociálních rolích a jeho parametry se historicky mění.<sup>13</sup> Kalendářní stáří je sice praktickým údajem, ale nemusí vypovídat o skutečném mládí či stáří jedince, ale váže se k němu řada praktických činností a sociálních opatření.<sup>14</sup>

B. Z hlediska vývojové psychologie rozlišujeme:

- a) období raného stáří: 60-75 let.
- b) období pravého stáří: 75 a více let.<sup>15</sup>

Dále rozlišujeme: sociální a biologické stáří.

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. 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 (tzv. „ageismus“). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.<sup>16</sup>

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho exaktní vymezení se však nedaří a není shoda ani v tom, co by mělo vyjadřovat.<sup>17</sup> Biologické stáří lidí u nás je většinou daleko vyšší než jejich kalendářní věk.<sup>18</sup>

## 1.2. Změny ve stáří

Změny ve stáří můžeme rozdělit na změny: fyziologické, psychické a změny v sociální oblasti.

### 1.2.1 Fyziologické změny

Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce nápadné jsou na kůži nebo pohybovém ústrojí, ty zřetelně vidíme. Dále probíhají v kardiovaskulárním systému, kdy klesá pracovní kapacita srdce a elasticita cév, v respiračním systému - mj. klesá vitální kapacita plic, v trávicím, pohlavním a vylučovacím systému. Změny v nervovém systému se týkají především prodloužení reakčního času. Snižuje se výkonnost smyslových orgánů, to se týká především zraku a sluchu, ale dochází i k vjemovému poklesu chuti a čichu, proto je důležité zelené koření při přípravě stravy pro seniory.<sup>19</sup> Změny smyslových funkcí mají vliv na poznávací schopnosti člověka, na schopnost být informován a orientován v situaci a místě. Snížené

<sup>13</sup> Srov. ČVELA, KALVACH, ČELEDVÁ, *Sociální gerontologie*, s. 25

<sup>14</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, *Fenomén stáří*, s. 24-25

<sup>15</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie*, s. 299 a 398

<sup>16</sup> Srov. KALVACH, ZAVÁZALOVÁ, *Gerontologie a geriatric*, s. 48

<sup>17</sup> Tamtéž, s. 50

<sup>18</sup> Srov. TOŠNEROVÁ, *Jak si vychutnat seniorská léta*, s. 13

<sup>19</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 21-23

smyslové vnímání může tedy vést ke strachu, úzkosti, nejistotě, změně nálad a konečným důsledkem je pak zhoršená adaptace na nové životní situace a podmínky.<sup>20</sup>

### **1.2.2 Psychické změny**

Říčan mluví o psychické involuci - zjednodušování, demontáži osobnosti. Dochází k vyklízení pozic. Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, nadosobním i osobním cílům. S novými problémy a stresy se vyrovnává primitivnějším způsobem.<sup>21</sup>

Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují individuální rozdíly, obecně lze říct, že dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, jako je vnímání, pozornost, paměť, myšlení. Některé psychické pochody naopak zaznamenávají zlepšení, jedná se o: vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku a rozvahu.<sup>22</sup> Dále může dojít k zintenzivnění některých povahových rysů, do popředí se mohou dostávat negativní rysy osobnosti. Obecně lze říci, že psychické změny v kombinaci se sociálními stěžují adaptaci seniorů na nové prostředí.<sup>23</sup>

Dle M. Vágnerové probíhají psychické změny na několika úrovních: proměna kognitivních, poznávacích funkcí, proměna emocionality, proměna motivace a regulačních funkcí a změny osobnostních vlastností.<sup>24</sup>

#### **A. Proměna kognitivních, poznávacích funkcí**

Významnou změnou je celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčního času. Celkové zpomalení má za následek až dvojnásobné prodloužení časového limitu potřebného ke zvládnutí určitého úkolu. Poškozená je především epizodická a krátkodobá paměť. Starší lidé si své zážitky nebo zkušenosti vybavují pomaleji a jejich vzpomínky jsou méně přesné. Senioři mívají problém s uchováním nových informací, které nedokážou zpracovat dostatečně rychle a zároveň natolik kvalitně, aby je bylo možné přesunout do registru dlouhodobé paměti. Starší lidé mají dále problémy s vybavením informací uložených do dlouhodobé paměti.<sup>25</sup> Říčan mluví dále o zhoršeném bezděčném zapamatování. Mimoto dochází ke zhoršení postřehu a ke zvýšení duševní unavitelnosti.<sup>26</sup>

#### **B. Proměna emocionality**

V rámci stárnutí dochází ke dvěma změnám: na jedné straně jde o celkové zklidnění, zmírnění a zpomalení. Na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citlivost na určité podněty nebo na jejich kumulaci, narůstá citová labilita a snižuje se odolnost k zátěži.<sup>27</sup>

<sup>20</sup> Srov. KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 61

<sup>21</sup> Srov. ŘÍČAN, *Cesta života*, s. 339

<sup>22</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 24

<sup>23</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, *Problematické situace v péči o seniory*, s. 16

<sup>24</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 318

<sup>25</sup> Tamtéž, s. 324-325

<sup>26</sup> Srov. ŘÍČAN, *Cesta životem*, s. 320-321

<sup>27</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 335

„S postupujícím věkem dochází k oploštění emotivity, ke snížení sociálního citění a mohou být oslabeny vyšší city, jako je např. láska k vlasti.“<sup>28</sup>

### C. Proměna motivace a regulačních funkcí

Jde o jeden z faktorů přispívající ke snížení adaptability a odolnosti k zátěžím, resp. schopnosti je zvládat. Stárnoucí a starý člověk se hůře přizpůsobuje novým situacím. Je více konzervativní, lpí na zaběhlém stereotypu. Většinou nerad řeší komplikované události, také se nerad přizpůsobuje novému prostředí. Vystupňovaná porucha adaptace je u lidí dementních, kdy náhlá změna prostředí vede často k psychické deterioraci – k deliriu.<sup>29</sup>

### D. Změny osobnostních vlastností

Dochází k nim pod vlivem biologicky podmíněných změn i sociálních faktorů. Starší lidé se mohou stát např. introvertnějšími jen díky tomu, že není dostatečně uspokojen jejich sociální kontakt. Pokud dochází k nápadným osobnostním změnám, jde obvykle o symptomy chorobného procesu.<sup>30</sup> Mlýnková k tomu dodává: „Starší lidé mohou být více plačtiví, u patologických typů osobnosti se objevuje střídání nálad – emoční labilita. U některých jedinců je výrazná úzkost, strach až deprese“<sup>31</sup>

Velkou psychickou a traumatizující změnou je také ztráta životního partnera. Někteří lidé se s touto emocionálně náročnou situací nesmíří, což může urychlit jejich vlastní smrt.<sup>32</sup> Obecně se osobnostní rysy v seniorském věku podstatně zvyrazňují, umocňují, to znamená, že například nedůvěřivost může přerůst v podezíravost, šetrivost v lakotu, uzavřenost v samotářství, úzkostnost v hypochondrii.<sup>33</sup>

#### 1.2.3. Změny v sociální oblasti

Sociální role seniora se začíná měnit odchodem do starobního důchodu. Důchodce již nepřispívá svou prací našemu společenství, tím může dojít ke snížení společenské prestiže a autority.<sup>34</sup> Na intenzitě obvykle sílí sociální vztahy, a to především vztahy manželské, proto je ztráta partnera závažnou životní událostí.<sup>35</sup> V období stáří dále dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat jako proces desocializace. Toto vyplývá ze zákonitých změn života seniorů. Starší lidé jsou po odchodu do důchodu mnohem více izolováni od společenského dění, v průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny. Vzhledem k tomu se snižují požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování, některé sociální dovednosti a návyky nepotřebují, a proto může dojít k jejich stagnaci či dokonce úpadku. Změna životní situace, např.

<sup>28</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Fenomén stáří*, s. 154

<sup>29</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 343

<sup>30</sup> Tamtéž, s. 347-349

<sup>31</sup> MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 25,

<sup>32</sup> Tamtéž, s. 25

<sup>33</sup> *Stáří a psychika*, online. [cit. 2013-02-05]. Dostupné z [kr-kralovehradecky.cz](http://kr-kralovehradecky.cz)

<sup>34</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 25

<sup>35</sup> Srov. *Stáří a psychika*. Online [cit. 2013-02-05]. Dostupné na [www.kr-kralovehradecky.cz](http://www.kr-kralovehradecky.cz)

odchod do instituce pro seniory, od nich naopak vyžaduje osvojení nových způsobů chování. Dost často jde o přijetí pasivní a submisivní role člověka závislého na ostatních, od kterého se vlastní názor či jednání neočekává nebo je dokonce považováno za nežádoucí.<sup>36</sup>

### **1.3 Potřeby ve stáří**

Potřeby starších seniorů odrážejí proměnu jejich fyzického i psychického stavu, úbytek soběstačnosti i sociálních kontaktů. Tito lidé obvykle usilují o udržení stávajících fyzických i psychických funkcí, na další rozvoj už v naprosté většině rezignují.<sup>37</sup> Do popředí se tedy dostávají fyziologické a psychosociální potřeby, jako je potřeba zdraví, klidu, bezpečí, lásky, jistoty, sounáležitosti. Senioři jakoby se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům.<sup>38</sup>

#### **1.3.1 Fyziologické potřeby**

Ze studií o klientech v ústavní péči vyplývá, že senioři z fyziologických potřeb preferují chutně připravené jídlo, dále je zvýrazněna potřeba vyprazdňování. Senioři potřebují i více spánku a odpočinku, senioři spí nebo podřimují i během dne. Výraznou potřebou je také být bez bolesti. Je třeba mít na paměti, že některé fyziologické potřeby ustupují, jedná se hlavně o potřebu příjmu tekutin.<sup>39</sup>

#### **1.3.2 Vyšší potřeby**

U seniorů dominuje potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Hůře může být uspokojena potřeba komunikace, protože ubývá známých, přátel nebo zemřel životní partner. Mlýnková uvádí, že tato potřeba není dostatečně zajištěna ani v institucionální péči.<sup>40</sup> Senior potřebuje jistotu, že se o něj někdo postará a bude ho přijímat bez hodnocení jeho nedostatků, bude chápat jeho možnosti. Bezpečné prostředí seniorovi umožňuje být sám sebou.<sup>41</sup> Senioři dále potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace. Protože se senioři mnohdy těžce vyrovnávají se zhoršováním vlastních kompetencí, potřebují uznání a ocenění od ostatních lidí. Přispívá to k uchování sebeúcty a saturuje také potřebu seberealizace.<sup>42</sup>

#### **1.3.3 Duchovní potřeby**

Senioři v závěrečné fázi svého života bilancují, hodnotí svůj dosavadní život a kladou si otázky o smyslu svého života.<sup>43</sup> Ve stáří potřeba spirituálního směřování velmi často narůstá. Starým lidem poskytuje návod, jak zvládat různé zátěže, je jim oporou a rámcem pro interpretaci významu jejich životních zkušeností i základem

---

<sup>36</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie*, s. 350

<sup>37</sup> Tamtéž, s. 344

<sup>38</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 48

<sup>39</sup> Tamtéž, s. 48

<sup>40</sup> Tamtéž, s. 49

<sup>41</sup> Srov. KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 73

<sup>42</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie*, s. 345 -347

<sup>43</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, *Péče o staré občany*, s. 50

sebehodnocení. Může přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří.<sup>44</sup> Náboženská víra může tedy přispět při hledání integrity a dále může harmonizovat vztahy seniora k jeho nejbližším.<sup>45</sup> Vaněčková uvádí, že: „*Dosavadní zahraniční výzkumy dokazují, že potřeba spirituality se v období nemoci a stáří zvyšuje. Výzkumy dokazují, že nábožensky aktivní jedinci vykazují nižší výskyt depresí, úzkostí, závislostí a sebevražd a vyšší zájem o své zdraví*“<sup>46</sup> M. Svatošová k problému duchovních potřeb dodává: „*Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl smysl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, někdy si i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.*“<sup>47</sup>

## 2. Pobytová zařízení pro seniory

„*Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající.*“<sup>48</sup> Domovy pro seniory, respektive domovy důchodců, začaly vznikat po 2. světové válce. V současné době jejich působení vymezuje zákon č. 108/2006 Sb.<sup>49</sup> V posledních dvaceti letech byla otevřena řada soukromých domovů pro seniory, dle H. Haškovcové tvoří cca 15% z celkového počtu domovů. V současné době se dlouhodobě stávají klienty domova pro seniory pouze 3-4% seniorů starších 70let.<sup>50</sup>

Další, obdobnou formou institucionální péče pro seniory, jsou domovy se zvláštním režimem. Odlišnost těchto zařízení spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňující životní potřeby osob s duševním onemocněním a osob závislých na návykových látkách. Řada pobytových sociálních zařízení má část vyčleněnou pro domov pro seniory a část uzpůsobenou pro domov se zvláštním režimem.<sup>51</sup>

V současné době patří k důležitým úkolům pobytových zařízení pro seniory snaha o vyváženost zdravotní a sociální péče. Klient nesmí být tlačěn do role nemocného, protože život člověka, ani dlouhodobě nemocného, nelze redukovat pouze na roli pacienta.<sup>52</sup>

---

<sup>44</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 428

<sup>45</sup> Srov. ŘÍČAN, *Cesta životem*, s. 358

<sup>46</sup> Srov. VANÍČKOVÁ, *Spirituální potřeby seniorské populace*, online [cit. 2013-02-2828.]. Dostupné na [www.granosalis.cz](http://www.granosalis.cz)

<sup>47</sup> SVATOŠOVÁ, *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*, s. 23

<sup>48</sup> JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 179

<sup>49</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, *Sociální gerontologie*, s. 73

<sup>50</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, *Fenomén stáří*, s. 236-237

<sup>51</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 46

<sup>52</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 180-181



## 2.1 Přijetí do domova pro seniory

„Malá část seniorů, asi 3-5% lidí starších 60 let, vyžaduje z důvodu závažného zdravotního postižení s nesoběstačností anebo velmi náročného či nevstřícného domácího prostředí, trvalou institucionální péči.“<sup>53</sup> Klient je do domova pro seniory přijat na základě sociálního šetření, které obvykle provádí vrchní sestra spolu se sociálním pracovníkem. Klient musí splňovat podmínky stanovené v §49 anebo v §50 (v případě domova se zvláštním režimem) zákona o sociálních službách.<sup>54</sup> Všechny služby jsou poskytovány na smluvním principu podle výše zmíněného zákona.<sup>55</sup> Ještě před přijetím je důležité, aby měl klient dostatek informací o chodu dané instituce a mohl tak konkrétně projednat své požadavky. Na základě těchto požadavků je za pomoci sociálního pracovníka stanoven osobní cíl klienta do klientova individuálního plánu. Dále sociální pracovník přidělí klientovi klíčového pracovníka a seznámí jej s možnostmi vlastního výběru klíčového pracovníka po ukončení adaptačního období.<sup>56</sup> Sociální pracovník dohlíží na průběh adaptačního období a po celou dobu pobytu klienta v zařízení se podílí na individuálním plánování jako koordinátor, spolupracuje s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a aktivizační sestrou.<sup>57</sup> Janečková upozorňuje, že jsou klienti do státních Domovů (krajských, městských) přijímáni na základě rozhodnutí krajského (magistrátního, městského) odboru sociální péče, který vede pořadníky žadatelů. Toto považuje za nesprávnou praxi vzhledem k dobré adaptaci klienta. Na druhou stranu uvádí, že sociální pracovníci některých Domovů se sociálním odborem úspěšně spolupracují, vstupují do včasného kontaktu se žadateli, provádí sociální šetření v místě bydliště, umožňují klientům návštěvu Domova a zkušební pobyt, zajímají se o způsob života klienta. Toto vše přispívá k lepší adaptaci na pobyt, protože jak Janečková upozorňuje, je přijetí do Domova proces velice rizikový a přináší řadu problémů, včetně předčasného úmrtí seniorů.<sup>58</sup>

## 2.2 Adaptace na pobyt v pobytovém zařízení pro seniory

Adaptací rozumíme funkční přizpůsobení se změněným životním podmínkám. Pro seniora je přestěhování do domova pro seniory nemalou psychickou zátěží. Někteří tuto situaci zvládnou bez pomoci, jiní potřebují podporu členů rodiny či přátel nebo dokonce odborníků. Adaptace na život v domově pro seniory je minimálně půl roku. Pokud senior není adaptace schopen, dochází k tzv. „maladaptaci“.<sup>59</sup>

Zátěž a rizika institucionalizace jsou dána především: změnou prostředí a neznalostí nových prostor a lidí, porušením mezilidských vazeb a dosavadní seberealizace, ztrátou či ohrožením autonomie a soukromí, změnou sebehodnocení a životní perspektivy, ztrátou či omezením kontaktů s vnějším světem a různými formami deprivace,

<sup>53</sup> ČEVELA, KALVACH, ČELEDVÁ, *Sociální gerontologie*, s. 104

<sup>54</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>55</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 66

<sup>56</sup> Tamtéž, s. 79-80

<sup>57</sup> Tamtéž, s. 124

<sup>58</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 18

<sup>59</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, *Sociální gerontologie*, s. 47

nevhodným chováním personálu nebo spolubydlicími, špatnou komunikací mezi klientem a poskytovatelem služeb, ztrátou plnoprávné občanské pozice, ztrátou motivace a vůle k zachování nezávislosti.<sup>60</sup> Z toho vyplývá, že adaptace může být mimo jiné pozitivně ovlivněna podporou orientace, bezbariérovou úpravou, cílevědomě vedeným přijímacím procesem a psychoterapeutickou podporou.<sup>61</sup> Vágnerová k tomu dodává: „*Umístění do domova pro seniory je významným mezníkem v životě starého člověka. Představuje zásadnější změnu životního stylu, a proto je obtížnější a déledobější i adaptace.*“<sup>62</sup> Hlavní zátěž vidí v následujícím: ve ztrátě osobního zázemí. Umístění do domova symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie, přesun do ústavního zařízení je chápán jako signál blížícího se konce života. Reakcí na pobyt, proto často bývá zhoršení emočního ladění: deprese, apatie a vyhasnutí jakéhokoli pozitivního očekávání, popřípadě ztráta smyslu existence. Starý člověk může pod tlakem okolností rezignovat a obranou reakcí mohou být i nerealistické představy. Umístění do instituce automaticky posiluje úzkost a pocit nejistoty. Člověk na jedné straně ztrácí kontakt s okolním světem, na straně druhé bývá přesycen kontakty s mnoha doposud cizími lidmi, leckdy hůře přizpůsobivými. Tito lidé, s nimiž je klient v kontaktu, se stávají jednak jeho referenční skupinou, s níž se srovnává, tak i sociálním zázemím. Dále Vágnerová upozorňuje na to, že v ústavním zařízení mohou senioři snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají využívat. Starý člověk bývá často chápán jako bytost, která má omezené schopnosti, a proto potřebuje, aby o něm někdo rozhodoval a staral se o něj. Tendence personálu se starými lidmi manipulovat a pomáhat jim i tehdy, když to není nutné, vede postupně k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a k syndromu naučené bezmoci.<sup>63</sup>

O adaptačním období informuje klienta sociální pracovník již při přijetí. Někdy dohlíží na průběh adaptačního období klíčový pracovník, v některých zařízeních je určen sociálním pracovníkem jiný pracovník. Během pobytu klienta v zařízení ho sociální pracovník navštěvuje, zjišťuje jeho potřeby a problémy, způsob adaptace, spokojenost s poskytovanou službou, plněním jednotlivých činností a realizací individuálního plánu.<sup>64</sup>

### **2.2.1 Adaptace na dobrovolný odchod do pobytového zařízení pro seniory**

Adaptace na dobrovolný odchod do domova bývá méně problematická a dle Vágnerové probíhá ve dvou fázích:

- A. fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu - starý člověk se nejdříve orientuje, získává informace, srovnává. V této době bývají senioři často přecitlivělí a ve větší míře se jim vynořují myšlenky na minulost
- B. fáze adaptace a přijetí nového životního stylu - starý člověk se smiřuje se ztrátou svého zázemí, se změnou role i s jiným způsobem života. Postupně si vytváří

<sup>60</sup> Srov. MÜHLPACHR, *Gerontopedagogika*, s. 110

<sup>61</sup> Srov. KALVACH, OTOVÁ, *Geriatric a gerontologie* s. 496

<sup>62</sup> VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 419

<sup>63</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 419-424

<sup>64</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 124

nový životní stereotyp a získává nové sociální kontakty. Podle Vágnerové je však velice obtížné, aby se s institucí identifikoval a považoval ji za svůj domov<sup>65</sup>

Nejzávažnějším problémem dobré adaptace na umělé ústavní podmínky je hospitalizmus, kdy dochází ke snížené schopnosti adaptace na neústavní život, pro klienta je jednodušší orientovat se v ústavním redukovaném světě, než v komplexním nepřehledném vnějším světě. Dalším problémem může být „ponorková nemoc“, kdy stereotyp v ústavním zařízení zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní a stávají se introverty.<sup>66</sup>

### **2.2.2 Adaptace na nedobrovolný odchod do pobytového zařízení pro seniory**

Dle Vágnerové rozlišuje tři fáze:

- A. Fáze odporu – staří lidé mohou být negativističtí, agresivní a hostilní vůči komukoli, jedná se o obranou reakci.
- B. Fáze zoufalství a apatie – staří lidé rezignují a ztrácejí o vše zájem, někteří v této fázi setrvávají až do své smrti, tato varianta je označována jako smrt z maladaptace.
- C. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby – jde o navázání pozitivního vztahu např. s někým z personálu, s jiným obyvatelem domova nebo i se zvířetem.<sup>67</sup>

Závažným problémem je rozvoj maladaptálního syndromu, který se projevuje: ztrátou zájmu o sebe a okolí, lhostejností ke zdravotnímu stavu nebo naopak hypochondrií, regresí s infantilními rysy, poklesem sebehodnocení, zhoršenou komunikací, soustředěním na náhradní uspokojování v úrovni základních potřeb, pohybovými automatizmy a stereotypy, apatickým posedáváním, nezájmem o animační a aktivizační programy.<sup>68</sup>

## **2.3 Sociální práce v pobytovém zařízení pro seniory**

Podle zákona o sociálních službách jsou v domovech pro seniory poskytovány služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Žadatelem může být též osoba s demencí. Kromě ubytování, stravy, pomoci při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, obstarávání osobních záležitostí, pobytová zařízení pro seniory také zprostředkovávají kontakt se sociálním prostředím, poskytují sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, zajišťují nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu vedoucí k soběstačnosti a další činnosti vedoucí k sociálnímu začlenění, podporují vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností, pomáhají při uplatňování práv a

<sup>65</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 423

<sup>66</sup> Srov. MÜHLPACHR, *Gerontopedagogika*, s. 103

<sup>67</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, *Vývojová psychologie II*, s. 422-423

<sup>68</sup> Srov. KALVACH, ZADÁK, JIRÁK, *Geriatric a gerontologie*, s. 294,297

oprávněných zájmů seniorů. Dále zajišťují duchovní potřeby klientů. Každé zařízení spolupracuje s duchovním v okolí farnosti, většinou církve římskokatolické, který zařízení pravidelně navštěvuje, vykonává v něm bohoslužby, navštěvuje klienty na pokojích, uděluje jim svátosti. Nejčastěji jsou poskytovány tyto služby: rozhovor, zpověď, svaté přijímání, udílení svátosti nemocných, udílení posledního pomazání. Poskytování duchovní podpory a pomoci však nezahrnuje jen nabídku církevních služeb, na duchovní péči může participovat sociální pracovník či psycholog, eventuálně jiné osoby a zástupci jiných církví.<sup>69</sup> Služby jsou poskytovány na základě „Standardů kvality sociální péče“, které garantují úroveň a kvalitu poskytované péče a jsou v souladu s požadavky Evropské unie, principy Evropského sociálního modelu a s politikou sociálního začleňování. Jednotlivým klientům jsou pak služby poskytovány na základě individuálního plánu. Klientovi je tak zaručeno, že se stává aktivním spoluvůrcem poskytované sociální služby a ne jen jejím pasivním příjemcem. Individuální plánování je proces složený z několika částí: zkoumání situace, plánování, realizace a vyhodnocení plánu. Tyto složky se pak neustále v pravidelném cyklu opakují. Individuální plánování má v neposlední řadě také velký vliv na aktivní zapojování do různých činností.<sup>70</sup> Dle Janečkové vychází individuální plán ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav nebo alespoň zlepšit kvalitu jeho života. Plán též stanoví časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy týmu.<sup>71</sup>

V rámci nových trendů při poskytování sociální péče v domovech pro seniory je snaha vytvářet příjemné rodinné prostředí. Při práci s klientem se v současné době preferuje individuální přístup, který je zaměřený na klientovy potřeby. V individuálním přístupu je třeba, aby sociální pracovník empaticky a citlivě vnímal, co mu chce klient říci. Klient může se sociálním pracovníkem komunikovat i neverbálně, a proto by měl být sociální pracovník citlivý jak k verbálním, tak i k neverbálním projevům komunikace.<sup>72</sup>

Ukazatelem kvalitní péče jsou mimo jiné standardy sociálních služeb (vypracované jak na národní úrovni, tak na interní úrovni) a spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví měřitelné poklesem morbiditativy a mortality, nižší spotřebou léků.<sup>73</sup>

## **2.4 Role sociálního pracovníka v bytovém zařízení pro seniory**

*„Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník bývá v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něhož může vyjádřit svoji vůli, s jeho podporou se může rozhodovat a*

<sup>69</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o staré občany v pobytových sociálních zařízeních*, s. 126-127

<sup>70</sup> Tamtéž, s. 33, 70, 182

<sup>71</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 182

<sup>72</sup> Srov. SCHLOSSEROVÁ, *Seniorov začleňuje do každodenního života aktivizační činnost*, *Sociální práce*, 2/2004, s. 7

<sup>73</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 189

*udržet si kontrolu nad svým životem.*<sup>74</sup> Sociální práce je důležitá především v období adaptace, kdy si klient zvyká na nové prostředí, nové lidi. V tomto období je důležité pomoci mu překonat pocit vyloučení z aktivního života, pocit nepotřebnosti a ztráty smyslu života.<sup>75</sup> Sociální práce se seniory musí být prováděna kvalitně i v případě, že má klient, v důsledku svého zdravotního postižení, problém s komunikací. Proto musí být sociální pracovník vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu a k rozpoznání potřeb těchto lidí.<sup>76</sup> Znalost verbální i neverbální komunikace patří k základním předpokladům sociálního pracovníka. Smysl komunikace v práci sociálního pracovníka je dána nepřetržitou interakcí s klientem, kolegy nebo jinými odborníky. Při komunikaci s klientem sociální pracovník nezapomíná na empatický přístup, komunikuje v jazykové rovině klienta, jedná asertivně a nezaujatě, objektivně hodnotí informace.<sup>77</sup>

Sociální práce se seniory znamená často také práci s jejich rodinami. Rodina musí plnit svůj definovaný účel a musí mít svoji funkci i v individuálním plánování. Proto musí být sociálním pracovníkem dostatečně edukována a měla by přijmout fakt, že ji instituce nezbavuje odpovědnosti za péči o příbuzného. Rodina může pomáhat s úpravou prostředí klienta - může se podílet například na tvorbě krabice vzpomínek, může trávit volný čas s blízkým člověkem, propojuje generace.<sup>78</sup>

Činnosti sociálního pracovníka v pobytovém zařízení se prolínají všemi etapami práce v zařízení. Sociální pracovník má významnou úlohu od okamžiku prvního kontaktu se zájemcem a jeho rodinou až po sociální poradenství příbuzným při úmrtí klienta.<sup>79</sup> Už před nástupem klienta do zařízení sociální pracovník získává a zpracovává informace o jeho sociální situaci, zdravotním stavu, rodinných poměrech a spolu s ostatními zaměstnanci domova pro něho vytváří co nejideálnější program, aktivity, stanovuje individuální plány rozvoje jeho osobnosti.<sup>80</sup>

Mezi další náplň práce sociálního pracovníka patří administrativa (např. dokumentace, dávky, důchodová agenda), plánování příchodu do instituce, informování veřejnosti a žadatelů o dané instituci, mezigenerační a dobrovolnické programy, koordinace respitních pobytů, sociální služby pro obyvatele (korespondence, nákupy, návštěvy klientů v nemocnici), manažerská činnost (má možnost ovlivnit vizi organizace, její hodnoty, podílet se na tvorbě strategického plánu, na projektech změny). Dále sociální pracovník zajišťuje interní supervize a vzdělávání pečovatелů, provádí průzkum spokojenosti klientů i personálu. V neposlední řadě zajišťuje aktivity, kulturní a

---

<sup>74</sup> JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 164

<sup>75</sup> Srov. RŮŽIČKA, *Sociální pracovník v zařízení pro seniory*, online [cit. 2013-03-23]. Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>76</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 164

<sup>77</sup> Srov. RŮŽIČKA, *Sociální pracovník v zařízení pro seniory*, online [cit. 2013-03-23]. Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>78</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 182-183

<sup>79</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o staré občany v pobytových sociálních zařízeních*, s. 122

<sup>80</sup> Srov. RŮŽIČKA, *Sociální pracovník v zařízení pro seniory*, online [cit. 2013-03-2323]. Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

společenské akce a vzdělávací programy. Podílí se také na psychosociální pomoci klientům, socioterapii, validaci, taneční, reminiscenční terapii, trénování paměti a jiných speciálních technikách.<sup>81</sup>

Sociální pracovník v pobytovém zařízení je pracovníkem s vyšší odbornou kvalifikací v oblasti sociálních služeb, musí splňovat kvalifikační požadavky v rozsahu stanoveném v § 110 a 111 zákona o sociálních službách. Dále při výkonu své práce dodržuje etické zásady, dodržuje etický kodex sociálních pracovníků České republiky, zachovává mlčenlivost, respektuje práva klientů a trvale se vzdělává.<sup>82</sup> Jednou ze základních vlastností sociálního pracovníka je humánnost. To znamená, že sociální pracovník má zájem o člověka a jeho problémy, sociální pracovník chce pomáhat, má úctu k životu. Sociální pracovník si je dále vědom toho, že pomoc musí být včasná a adresná, musí odrážet individuální potřeby klienta a musí mít optimální míru, měla by klienta aktivovat, povzbudit k činnosti. Vědomosti sociálního pracovníka vycházejí z interdisciplinárního pojetí sociální práce, z filozofického, psychologického, sociologického, etického, politického, právního, ekonomického přístupu a jiných.<sup>83</sup>

## **2.5 Role sociálního pracovníka při aktivizačních činnostech**

Role sociálního pracovníka spočívá především v podpoře, úctě a pomoci. Sociální pracovník by měl znát úroveň a rozsah kvality života svých klientů, aby je mohl podporovat v aktivizaci a být jim k dispozici vždy, když hrozí její narušení. Sociální pracovník může např. pomáhat ve zdokonalování a procvičování paměti, tedy v kognitivním tréninku, nebo i v jiných aktivizačních činnostech.<sup>84</sup> Spolupracuje s aktivizační sestrou nebo s pracovníkem pro volnočasové aktivity při vypracování programů volnočasových aktivit pro klienta, podílí se na tvorbě klientovy biografie. Dle potřeby provádí cíleně metody socioterapie a psychoterapie, na které úzce navazují aktivizační činnosti. U nekomunikujících klientů používá intuitivní techniky k zajišťování jejich potřeb, proto by měl ovládat techniky jako je např. preterapie či validace.<sup>85</sup>

## **2.6. Aktivizační činnosti v pobytových zařízeních pro seniory**

V současné době se můžeme v praxi setkat i s termínem aktivizační programy nebo programy aktivit. Program aktivit neznámá pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Pečovatelé by měli znát hodnotu a význam programů, měli by být obeznámeni a

---

<sup>81</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 180

<sup>82</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o staré občany v pobytových sociálních zařízeních*, s. 86-88

<sup>83</sup> Srov. RŮŽIČKA, *Sociální pracovník v zařízení pro seniory*, online [cit. 2013-03-23] Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>84</sup> Srov. SCHLOSSEROVÁ, *Seniorov začleňuje do každodenního života aktivizační činnosti*, *Sociální práce* 2/2004, s. 7-8

<sup>85</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o staré občany v pobytových sociálních zařízeních*, s. 89

vyškoleni v technikách aktivace. Špatně vedené nebo nevhodné programování je v lepším případě neúčinné, v nejhorším případě může ublížit.<sup>86</sup>

Cílem programů, které jsou nabízeny seniorům v rezidenčním typu péče, má být posílení pocitu hodnoty jejich života, posílení funkčních schopností, podpoření fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností a podpora nejlepší možné kvality života navzdory různým omezením, jež způsobuje nemoc či zdravotní postižení.<sup>87</sup>

Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí, a to jak v materiálním, tak v psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu. Skutečná podpora aktivit klienta znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl, rozmnožuje jeho příjemné prožitky a pocity. Prostředí, které pomáhá podpořit aktivitu člověka, má být co nejpřirozenější, má vyvolávat příjemné vzpomínky a přirozeným způsobem vzbuzovat potřebu aktivity, která podporuje spokojenost člověka se sebou samým, je spojena s oceněním od druhých, vyvolává pocit sounáležitosti a soudržnosti vůči širšímu společenství. Tím naplňuje člověka pocitem smysluplné existence a sebeúcty.<sup>88</sup>

Aktivita je pro člověka prostor, kde se projevuje jeho osobnost, proto je třeba respektovat osobnost klientů, jejich vůli, aktivitu i pasivitu, pokud odráží osobnostní zaměření a není projevem vynuceným negativními okolnostmi či psychickou poruchou. Včas objevená, vhodná, správně nabídnutá a individuálně chtěná činnost může účinně přispět ke zvládnutí stresové zátěže a k úspěšné adaptaci. Pomáhá zachovávat kontinuitu života, zapojuje rodinu a zabraňuje předčasnému zprerthání kontaktů, je příležitostí k začlenění, přivádí člověka zpět do komunity, nabízí nové příležitosti k poznávání, sebepoznávání a růstu, přináší radost a potěšení pro všechny zúčastněné. Stává se tak důležitým faktorem kvality života seniorů žijících v institucích a z medicínského hlediska prevencí maladaptace a psychosomatických komplikací.<sup>89</sup>

Aktivizační charakter má i vhodně zvolená komunikace a přístup ke klientovi, přiměřená míra poskytované pomoci, správně vedené individuální plánování a uplatňování podpůrných metod, jako je např. „bazální stimulace“.<sup>90</sup>

Při přípravě a podpoře aktivit je důležité respektovat některá specifika:

- A. jedinečná zkušenost ovlivňuje zájem konkrétního seniora o určité druhy činnosti
- B. zvyky a stereotypy
- C. činnost musí mít smysl
- D. hodnocení činnosti a jejích výsledků vyplývá z představ člověka o sobě samém
- E. činnost musí být přiměřená fyzickým i mentálním schopnostem člověka, senior je schopen sám posoudit výsledek své práce<sup>91</sup>

<sup>86</sup> Srov. ZGOLA, *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 148

<sup>87</sup> Srov. JANEČKOVÁ, *Sociální práce v praxi*, s. 184

<sup>88</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 437

<sup>89</sup> Tamtéž, 440-441

<sup>90</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o staré občany v pobytových sociálních zařízeních*, s. 122

## 2.6.1 Rozdělení činností

**A. Podle místa v životě člověka:** činnosti všedního dne, pracovní činnosti, péče o sebe, činnosti volného času, hra, zábava, rozvoj a vzdělávání.

**B. Podle okruhu uspokojování potřeb:** činnosti k zabezpečení základních biologických potřeb, činnosti podporující jistotu, bezpečí, autonomii, orientaci a kontinuitu, činnosti sociální povahy, činnosti podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj, činnosti seberealizační.

**C. Podle počtu zapojených osob:** individuální aktivity vykonávané zcela samostatně, párové činnosti, společenské aktivity ve velkých, heterogenních skupinách a v komunitě, skupinové aktivity v cíleně vytvořených menších skupinách.<sup>92</sup>

### 2.6.1.1 Motivace k činnostem

Podkladem motivace je úsilí organismu dosáhnout rovnováhy mezi sebou a prostředím takovými činnostmi, které vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti.<sup>93</sup> Aktivity pro seniory žijící v institucích by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života staršího člověka v domácím prostředí. Jejich zodpovědné a cílené programování by měl provádět kvalifikovaný pracovník.

Motivaci podporuje:

- A. důraz na praktickou každodennost - důležitá je podpora každodenních, běžných činností a podpora autonomie každého člověka
- B. smysluplnost - člověk musí vědět, proč činnost dělá
- C. dobrovolnost - činnost si mají obyvatelé instituce dobrovolně vybrat
- D. příjemnost - činnosti by se měly odehrávat nerušeně v příjemném prostředí
- E. sociální přiměřenost - činnost musí posilovat důstojnost a sebepojetí toho, kdo ji vykonává
- F. úspěšnost - činnost by měla přinášet konkrétní viditelný výsledek a prožitek úspěchu.
- G. pomoc a podmiňování - v důsledku snižující se soběstačnosti, psychického stresu, demence nebo jiných příčin, je třeba zvyšovat podporu klientových aktivit. Důležitým nástrojem je promyšlené využívání přirozených stimulů, pokynů a náповědí – podmiňování.<sup>94</sup>

**Tři klíče k motivaci:** touha dosáhnout cíle, důvěra ve vlastní schopnosti, vlastní představa dosažené změny.<sup>95</sup>

---

<sup>91</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 438

<sup>92</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 440-441

<sup>93</sup> Srov. KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 35

<sup>94</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 437-440

<sup>95</sup> Srov. KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 36



### 3. Aktivizační činnosti pro seniory se syndromem demence

#### 3.1 Reminiscence, reminiscenční terapie

Reminiscenci, čili využití vzpomínek, v práci se seniory rozšířila v Evropě Angličanka Pam Schwietzerová, původní profesí herečka. Její myšlenka dramaticky ztvárnit příběhy starých lidí se setkala s velkým ohlasem. Schwietzerová vytvořila v Londýně reminiscenční komunitní centrum, které svou atmosférou připomíná dobu před 2. světovou válkou.<sup>96</sup> Cíleně začal využívat vzpomínek v práci se starými lidmi americký gerontolog Robert Butler, svoji metodu označoval jako „life review“. Sociální pracovnice Naomi Failová začala využívat reminiscenci, spolu s dalšími validačními technikami, jako terapeutický nástroj v rámci péče o osoby s demencí.<sup>97</sup> V České republice se reminiscencí zabývá občanské sdružení „JOB“.<sup>98</sup> Reminiscence je hlasité nebo tiché vybavování si událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou osob<sup>99</sup>.

**Reminiscenční terapie** je rozhovor terapeuta se seniorem o jeho dosavadním životě, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek.<sup>100</sup> Je to tedy metoda, která je založená na uznání důležitosti vzpomínek a cílevědomě je využívá ke zkvalitnění života seniorů, popřípadě k udržení stávající kvality. Zahrnuje široké spektrum interaktivních, kreativních a výrazových aktivit.<sup>101</sup>

Vzpomínání je přirozenou duševní činností člověka a umožňuje mu znovuprožívat minulé události, přehodnocovat je a znovu je začleňovat do svého životního příběhu a do obrazu sebe sama. Jde také o subjektivní interpretaci minulé zkušenosti své vlastní i druhých lidí, osobních zážitků i historických událostí. Má důležitou funkci při vytváření duševní rovnováhy v závěrečné životní fázi, kterou psycholog E. H. Erikson označuje jako „stádium životní integrity“. Vzpomínky a jejich přehodnocení mohou tedy přispět k sebedpřijetí, k rozvoji osobní identity a k udržení kontaktu se sebou samým i s okolním světem.<sup>102</sup>

Podle vztahu člověka ke vzpomínání lze rozlišit tři základní typy osobností:

- A. lidé, které reminiscence těší
- B. lidé, kteří mají reminiscenci spojenou s lítostí, smutkem
- C. lidé, kteří jsou nešťastní ve svém současném životě, cítí se vykořenění a odříznuti<sup>103</sup>

<sup>96</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 450

<sup>97</sup> Srov. JANEČKOVÁ, HOLMEROVÁ, VAŇKOVÁ, KAŠÍKOVÁ, *Geriatrica*, 1/2008

<sup>98</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, *Reminiscenční terapie*, s. 20

<sup>99</sup> Srov. JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, *Reminiscence*, s. 21

<sup>100</sup> Tamtéž, str 21-22

<sup>101</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, *Reminiscenční terapie*, s. 9

<sup>102</sup> Srov. JANEČKOVÁ, HOLMEROVÁ, VAŇKOVÁ, KAŠÍKOVÁ, *Geriatrica*, 1/ 2008, s. 288

<sup>103</sup> Tamtéž, s.287

Při reminiscenční terapii se seniory s demencí je nutné dodržovat některé zásady. Např. u skupinové terapie je velmi malá skupina s alespoň dvěma facilitátory, setkání jsou kratší a častější a probíhají ve stejnou dobu, na stejném místě a podobným způsobem. Reminiscenční pomůcky by měly působit na co nejvíce smyslů a úzce se vztahovat k minulým událostem v životě seniorů. Důležité je také snažit se dekodovat signály neverbální komunikace. Je-li to možné, je přínosnější dát přednost individuální reminiscenční terapii.<sup>104</sup>

Z rozsáhlého výzkumu „Gerontocentra Praha“, který proběhl v letech 2005-2007, jasně vyplývá, že z reminiscenční terapie nejvíce těží lidé s demencí a lidé, kteří jsou aktivní. Dále bylo zjištěno, že využití vzpomínek v práci se seniory v institucích napomáhá ke zlepšení jejich celkového psychického, funkčního a zdravotního stavu. Je prostředkem, který může usnadnit přechod z původního bydliště do instituce a stává se tak významnou metodou zvládnání adaptačního procesu.<sup>105</sup>

### **Přístupy k reminiscenční terapii**

**Narativní přístup** pracuje s vyprávěnými vzpomínkami, nejčastěji jde o vyprávění příběhů ze života v uvolněné atmosféře a bezpečném prostředí. Reminiscence probíhá buď ve skupině, ve dvojici, anebo může jít i o tiché individuální rozjímání. Cílem je vyplnění volného času seniorů, sociální začlenění, přirozená kognitivní stimulace, nastolení psychické pohody, posílení sebeúcty a poskytnutí příležitostí pro sebevyjádření. Podstatou narativního přístupu je absence hodnocení, toto by mohlo narušit pocit bezpečí přítomných.<sup>106</sup>

**K reflektujícím přístupům** patří především **životní rekapitulace** R. Butlera, která byla definována jako proces prozkoumávání, organizování a hodnocení celkového obrazu života jednotlivce. Jde o vybavování vzpomínek, jednotlivce nebo malé skupiny, v rozhovoru s terapeutem za účelem celkové reflexe života, hledání jeho smyslu, porozumění vlastnímu životu i s jeho traumaty a konflikty a konečné přijetí vlastního života takového, jaký byl. K reflektujícím přístupům patří i **kognitivně-reminiscenční terapie** P. Cappelieze, která je určena především lidem s depresí a poruchami kognitivity. Jde o strukturovaný postup, kdy se malá skupina schází pravidelně jedenkrát týdně na 60-90 minut, po dobu 6-12 týdnů. Každý účastník má vymezený prostor, v němž mluví o svém životě z určeného zorného úhlu, témata jsou vždy předem dána. Cílem je systematické prozkoumávání vzpomínek a přerámování postojů a myšlenek tak, aby výsledkem bylo pozitivní vnímání sebe sama. Mezi reflektující přístupy můžeme řadit i reminiscenci uplatňovanou jako jednu z technik **validace**.<sup>107</sup>

**Expresivní přístupy** dávají prostor pro expresivní vyjádření emocí, otevření minulosti. Jedná se o práci s těžkými vzpomínkami, o odkrytí složitých témat, které člověk dlouho nosí v sobě, odhalení traumat, způsobených dávnými událostmi. V celé řadě studií bylo

<sup>104</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, *Reminiscenční terapie*, s. 66-68

<sup>105</sup> Srov. JANEČKOVÁ, HOLMEROVÁ, VAŇKOVÁ, KAŠÍKOVÁ, *Geriatrics*, 1/ 2008, s. 288

<sup>106</sup> Tamtéž, s. 287

<sup>107</sup> Tamtéž, s. 288

prokázáno, že zisky, které mají lidé z odhalení těžkých, dlouho skrývaných vzpomínek, jsou významné.<sup>108</sup>

### **Rozdělení aktivit v reminiscenční terapii**

**A. Aktivity podle cíle** - sociální začlenění, rekapitulace života, expresivní vyjádření emocí, otevření se.

**B. Aktivity podle použitých komunikačních prostředků** - verbální a neverbální metody.

**C. Aktivity podle výsledku** - nemateriální a materiální.<sup>109</sup>

### **Zdroje pro reminiscenční terapii**

**A. Reminiscenční pomůcky** - zdroje, které je možné zakoupit, vypůjčit, vyrobit. Jedná se o vizuální pomůcky, jako fotografie, diapozitivy, články z novin, filmy, auditivní pomůcky, jako jsou nahrávky zvuků, nahrávky mluveného slova, hudební nahrávky. Patří sem i senzorické stimulace, jako je vůně, chuť, dotýkání se věcí.<sup>110</sup>

**B. Komunitní zdroje** - knihovny, muzea, galerie, školy.<sup>111</sup>

**C. Lidské zdroje** - jedná se především o spolupráci s dobrovolníky, s rodinnými příslušníky, ale i s umělci.<sup>112</sup>

## **3.2 Validace**

Validace je terapeutická metoda, která se důsledně zabývá individuálními potřebami a originálním pocitovým prožíváním reality u seniorů, kteří trpí ztrátou orientace v důsledku psychického onemocnění, především demence. Pro ně je charakteristická nedostatečná orientace v prostoru a v realitě. Potvrzení prožívání těchto lidí vede k pocitu bezpečí, který je jinak výrazně ohrožen.<sup>113</sup> Naopak Procházková říká, že validace není léčebnou metodou nebo terapií. Validace se snaží poukázat na to, že každé chování, i to pro nás v danou chvíli nepochopitelné, má svůj důvod a že když budeme reagovat jiným způsobem, než jsme běžně zvyklí, tak můžeme předcházet vypjatým situacím.<sup>114</sup> Validační terapie se zaměřuje především na minulost klienta, respektuje jeho opakované prožívání zážitků z dětství či mládí, protože jsou pro něj velmi důležité a prostřednictvím živých vzpomínek se klient může v poslední fázi života snažit vyřešit neuzavřené události z minula. Validační terapii lze provádět pouze při mírných a vratných zmatačných stavech psychologického původu, protože vyžaduje schopnost uvědomovat si minulé životní události.<sup>115</sup>

<sup>108</sup> Srov. JANEČKOVÁ, HOLMEROVÁ, VAŇKOVÁ, KAŠÍKOVÁ, *Geriatría*, 1/ 2008, s. 289

<sup>109</sup> Srov. JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, *Reminiscence*, s. 64-67

<sup>110</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, *Reminiscenční terapie*, s. 31-38

<sup>111</sup> Tamtéž, s. 38

<sup>112</sup> Tamtéž, s. 40-42

<sup>113</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, *Sociální gerontologie*, s. 168-169

<sup>114</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*, online [cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>115</sup> Srov. WALSCH, *Skupinové hry a činnosti pro seniory*, s. 165

Validace vychází z humanistické psychologie a jejím základním východiskem jsou tolerance, vcítění a empatické naslouchání. O rozšíření v geriatrici se zasloužila americká sociální pracovníce Naomi Failová.<sup>116</sup> Naomi Failová, která vyrostla v domově důchodců, kde byli zaměstnáni její rodiče, rozpracovala metodiku přístupu ke starým lidem trpícím demencí.<sup>117</sup> „Validovat znamená potvrzovat, vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé, pomáhá řešit jejich vnitřní problémy tak, aby se jim vrátil pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a aby se cítili spokojenější.“<sup>118</sup> „Cílem validace není zlepšovat zdravotní stav velmi starých dezorientovaných lidí. Jde spíše o to, aby se změnil přístup pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobily tomu své chování a jednání.“<sup>119</sup> Dezorientace je zde chápána jako neschopnost člověka zpracovat narůstající tělesné, sociální a psychologické ztráty. Tato neschopnost vede k izolaci, člověk se stahuje do sebe a do minulosti. Minulost se stává důležitější než přítomnost. Tito lidé chtějí znovu prožívat příjemné události, kdy byli užiteční, kdy měl pro ně život smysl. Někdy se mohou vracet vzpomínky na nepříjemné zážitky, které tito lidé chtějí nebo potřebují vyřešit. Je však pro ně těžké o těchto záležitostech mluvit, vzpomínat na ně. Proto je důležité zvolit správný přístup, kdy klienta vyslechneme, podpoříme, nebudeme na něj vyvíjet nátlak, nebudeme ho kriticky hodnotit naopak, budeme s ním jeho zážitky sdílet.<sup>120</sup>

Validaci lze provádět individuálně nebo v malých skupinách, přičemž validační skupiny jsou vhodné pro lidi s menším stupněm postižení demencí.<sup>121</sup> Při validaci pomáhá terapeut klientovi přijmout jeho uplynulý život jako hodnotný a s tímto životem se vyrovnat. Komunikuje s ním o tématu, které klient sám vyjádří, nekoriguje ho, nekritizuje, nekonfrontuje, nebagatelizuje. Snaží se orientovat v jeho světě a přijímá ho jako realitu, k tomu využívá validační techniky, jako je: blízký oční kontakt, dotek, kladení jednoduchých neohrožujících otázek, opakování, parafrázování a zrcadlení, užívání jasného, ale hlubšího a tichého hlasu, empatie, reminiscence, užívání oblíbeného smyslového vjemu, používání hudby apod.<sup>122</sup>

### **Mezi principy validace patří:**

- A. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé jsou jedineční.
- B. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé by měli být akceptováni takoví, jací jsou: nepokoušíme se je měnit.
- C. Empatické naslouchání vzbuzuje důvěru, zmírňuje strach a navrácí důstojnost.

---

<sup>116</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatrici a gerontologie*, s. 449

<sup>117</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*, online [cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>118</sup> JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatrici a gerontologie*, 2004, s. 449

<sup>119</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*, online [cit. 2013-03-05] Dostupné z [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>120</sup> Tamtéž

<sup>121</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatrici a gerontologie*, s. 449

<sup>122</sup> Srov. JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, *Reminiscence*, s. 26-27

- D. Jsou-li bolestivé pocity vyjádřeny, akceptovány a validovány důvěřivým posluchačem, pak slábnou. Bolestivé pocity, které jsou ignorovány nebo potlačovány, získávají na síle.
- E. Chování velmi starých, anebo dezorientovaných lidí má nějaký důvod.
- F. Důvody k chování nedostatečně orientovaných nebo dezorientovaných velmi starých lidí vychází ze základních lidských potřeb.
- G. Dříve osvojené způsoby chování se vrací, když selhávají verbální schopnosti a krátkodobá paměť.
- H. Osobní symboly, které používají nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní staří lidé, reprezentují osoby, předměty nebo koncepty z jejich minulosti a jsou naplněné emocemi.,
- I. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé žijí na různých úrovních vědomí, často ve stejnou dobu.
- J. Když slábnou smysly, dochází u nedostatečně orientovaných a dezorientovaných starších lidí k autostimulaci. Používají svá „vnitřní slova“, vidí svým vnitřním okem a slyší zvuky z minulosti.
- K. Události, emoce, barvy, zvuky, pachy, chuťové pocity a obrazy odehrávající se tady a teď vzbuzují emoce, které vyvolávají podobné emoce z minulosti.<sup>123</sup>

Dle empirických studií validační terapie snižuje výskyt negativních emocí a poruch chování, klienti projevují více sociální kontroly a méně agrese, dále lze pozorovat pozitivní změny ve vzhledu, jako je vzpřímené držení těla, otevřené a zářící oči, zlepšuje se chůze, ale i verbální a neverbální komunikace. Kromě toho je možné pozorovat i změny, které měřitelné nejsou, jako to, že jedinci jsou schopni řešit některé úlohy ze života, jsou méně úzkostní a stažení, mohou přebírat sociální role ve skupině, pokud jim rozumějí, zvyšuje se u nich sebevědomí a zdokonaluje se vnímání reality a zlepšuje se smysl pro humor.<sup>124</sup>

*„Validace a reminiscence mají mnoho společného. Vycházejí z principu, že člověk se rozvíjí po celý svůj život a svůj život také reflektuje a hodnotí. Oba přístupy jsou také orientovány na člověka a na jeho bezpodmínečné empatické přijetí. Jde o princip, který by měl ve své práci uplatňovat každý pečovatel. Oproti reminiscenci lze některé validační techniky uplatňovat až do pozdních stádií demence.“<sup>125</sup>*

### 3.3 Preterapie

Preterapie patří k metodám, které vychází z humanistické psychologie, jejím autorem je G. Prouty, přímý žák C. Rogerse. Jedná se o specifický postup, který umožňuje navázat kontakt a budovat vztah i u osob, které obtížně komunikují nebo nekomunikují vůbec.<sup>126</sup> Prouty za výchozí bod považuje „psychologický kontakt“ mezi terapeutem a duševně nemocným jedincem; tento kontakt je klientům cizí, nezvládnou ho. Proutyho

<sup>123 123</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, *Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi*, online [cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.prohuman.cz](http://www.prohuman.cz)

<sup>124</sup> Srov. JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, *Reminiscence*, s. 25

<sup>125</sup> JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, *Reminiscence*, s. 29

<sup>126</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 449-450

metoda je založena na principu zrcadlení, což znamená, že terapeut klientovi zrcadlí to, co právě vnímá. Metodu zrcadlení poprvé v psychoterapii použil Otto Rank. Opakoval to, co mu klienti sdělovali, aby lépe pochopil jejich způsob uvažování. Carl Rogers metodu zrcadlení rozšířil na emocionální rovinu, aby přesněji poznal pocity a prožitky svých klientů. Prouty reflektování používá proto, aby pomohl klientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými a s druhými lidmi.<sup>127</sup>

Preterapie se ve snaze porozumět povaze lidské zkušenosti vrací k naturalistickému přirozenému konkrétnímu vědomí, tak jak je jedincem prožíváno. Je to další stupeň ve vývoji myšlení a praxe zaměřené na klienta. Je založen na bezpodmínečném pozitivním přijetí, empatii a kongruenci. Bezpodmínečné pozitivní přijetí znamená vřelý, přijímací, pečující postoj ke klientovi. Empatie je spojena s jasným vyjadřováním porozumění pro klientovu zkušenost. Kongruencí je míněna emoční opravdovost, otevřené propojování citů terapeuta vůči klientovi. Přítomnost a vyjadřování těchto přístupů, včetně nedirektivního zrcadlení klientových pocitů a sdělování významů, představuje základ terapie zaměřené na klienta. Z tohoto vyplývají i doporučení pro terapeuty: reagovat na přímý prožitek toho, co je „zde a nyní“, potvrzení toho, že klientova realita je v pořádku, reagovat na klientův skutečný prožitek, v okamžiku, kdy je přítomen. Dále se terapeut musí dívat stejně intenzivně, jako naslouchá.<sup>128</sup> Terapeut používá validační techniky, jako je zrcadlení, kladení otázek, blízkost a dotek, ale kontakt je mnohem intenzivněji propracován a prohlubován tak, aby člověk mohl co nejvíce projevit svoje pocity a přání a tím i kontrolu nad svým životem.<sup>129</sup> Preterapie je tedy určena osobám se specifickými potřebami, mentálně postižené a pro ty, jež trpí duševní poruchou, při které se dočasně nacházejí v jiném světě a jiné dimenzi prožívání reality. Jde především o uskutečnění empatického kontaktu. Prouty vytvořil pět druhů kontaktních reflexí.<sup>130</sup>

### **Kontaktní reflexe podle Proutyho**

Kontaktní reflexe jsou techniky uskutečňování empatického kontaktu. Kontaktní reflexe jsou velice realistické, konkrétní a duplikované, jsou citlivé ke konkrétně vyjadřovaným zvláštnostem regredovaného chování. Poskytují klientovi komunikační síť na různých úrovních, takže má dostatek příležitostí k tomu, aby vyjádřil, co potřebuje, a mohl s terapeutem navázat vztah.<sup>131</sup>

A. Situační reflexe - terapeut sleduje aktuální klientovu situaci, okolí a prostředí, ve kterém klient žije, reflektuje klientovo chování.<sup>132</sup>

B. Obličejové reflexe - terapeut se dívá klientovi do tváře a pozoruje předexpresní emoce.<sup>133</sup>

---

<sup>127</sup> Preterapie, online [cit. 2013-03-05] Dostupné z [www.spmp.cz](http://www.spmp.cz)

<sup>128</sup> Srov. PROUTY, WERDE, PÖRTNER, *Preterapie*, s. 32-35

<sup>129</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 449

<sup>130</sup> Srov. KLEVETOVÁ, *Technika preterapie*, Sestra 8/2010, s. 23

<sup>131</sup> Srov. PROUTY, WERDE, PÖRTNER, *Preterapie*, s. 36-37

<sup>132</sup> Tamtéž, s. 36

<sup>133</sup> Tamtéž, s. 36

C. Tělové reflexe - terapeut slovně nebo tělesně reflektuje bizarní držení těla, gesta a pohyby.<sup>134</sup>

D. Slovní reproduktivní reflexe - terapeut reflektuje slovo, i když jeho významu nerozumí, klient se tak stává rovnocenným partnerem v komunikaci.<sup>135</sup>

E. Zopakované reflexe - ztělesňují základ opětovného kontaktu, vidí-li terapeut, že předchozí reflexe byla účinná, použije ji znovu.<sup>136</sup>

Preterapie může probíhat jako **individuální terapie**, kdy hlavním záměrem je navodit kontaktní funkce, pomoci pacientům dostat se do kontaktu se svým prožíváním, ale také je vědomě chápat v jejich osobitosti a adekvátně s nimi zacházet. Může probíhat jako individuální sezení nebo individuální rozhovor v rámci skupiny.<sup>137</sup> Nebo může fungovat jako **skupinová terapie**, kdy skupiny nabízejí klientům, aby hovořili o tom, co se jich týká. Terapeuti je co nejvíce podporují v tom, aby si povídali mezi sebou navzájem, nejedná se o propracovanou práci se skupinou, ale pouze o příležitost být spolu.<sup>138</sup>

Preterapie, která byla ověřována a posuzována různými empirickými výzkumnými programy, jasně prokázala, že může být užitečným nástrojem psychoterapie, ale i metodou, kterou lze využívat v běžném provozu na psychiatrických klinikách a v ústavech pro lidi s postižením. Proto je přínosná jak pro psychiatry a psychology, tak i pro sociální pracovníky, zdravotníky, ergoterapeuty a další.<sup>139</sup>

### 3.4 Bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval s dětmi s těžkými somatickými a intelektovými vlastnostmi. Do ošetrovatelské péče přenesla tento koncept zdravotní sestra prof. Christel Bienstein.<sup>140</sup>

A. Fröhlich prokázal, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace.<sup>141</sup>

Koncept bazální stimulace vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Teoretická základna konceptu je založena na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje,

---

<sup>134</sup>Srov. PROUTY, WERDE, PÖRTNER, *Preterapie*, s.37

<sup>135</sup>Tamtéž, s. 37

<sup>136</sup>Tamtéž, s. 37

<sup>137</sup>Tamtéž, s. 147-148

<sup>138</sup>Srov. PROUTY, WERDE, PÖRTNER, *Preterapie*, s. 154-155

<sup>139</sup>*Preterapie*, online [cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.spmp.cz](http://www.spmp.cz)

<sup>140</sup>Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s.13

<sup>141</sup>Srov. FRIEDLOVÁ, *Co je bazální stimulace*, online [cit. 2013-03-05]. Dostupné na [www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)

genetických prvcích vývojové psychologie, poznatků z fyzioterapie, psychologie a pedagogiky.<sup>142</sup>

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Základním prvkem jsou pohyb, komunikace, vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů.<sup>143</sup> Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy klienta. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace klientovy nejbližší osoby do péče. Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý (situaci klienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organismu a také z jeho okolního světa. Koncept respektuje různé vývojové stupně člověka a základem péče jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje. Cílem je podpora rozvoje vlastní identity, umožnit mu orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů.<sup>144</sup>

V geriatrické péči se koncept bazální stimulace uplatňuje především v péči o seniory s demencí. Tento koncept umožňuje porozumět stylu komunikace člověka s demencí a navázat s ním adekvátní komunikaci, dále tento koncept umožňuje ucelené ošetrovatelské a terapeutické nabídky pro aktivizaci těchto seniorů. Prostřednictvím konceptu bazální stimulace lze u neklidných či agresivních seniorů navodit zklidnění, umožnit jim orientovat se v prostoru a denní době a aktivizovat je ke smysluplným činnostem. Filozofií konceptu při péči o lidi s demencí je pochopit jejich potřeby, porozumět jejich vývojové době, periodě, ve které se nachází, a na základě jejich biografie sestavit individuální plán péče.<sup>145</sup> Nezastupitelnou úlohu ve stimulující péči má integrace příbuzných klienta do péče.<sup>146</sup>

Cílem bazální stimulace je tedy podpora a umožnění vnímání tak, aby u klienta docházelo: ke stimulaci vnímání vlastního těla, k podpoře rozvoje vlastní identity, k umožnění vnímání okolního světa, k umožnění navázání komunikace se svým okolím, ke zvládnutí orientace v prostoru a čase, ke zlepšení funkcí organismu.<sup>147</sup>

### **Techniky konceptu bazální stimulace**

Techniky konceptu se člení na prvky základní stimulace (somatická, vestibulární, vibrační) a prvky nástavbové stimulace - optická, auditivní, taktilně-haptická,

---

<sup>142</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Co je bazální stimulace*, online [cit. 2013-03-05]. Dostupné na [www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)

<sup>143</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 19

<sup>144</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Co je bazální stimulace*, online [cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)

<sup>145</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatрії*, *Sestra* 9/2012, s. 33

<sup>146</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 24

<sup>147</sup> Tamtéž, s. 23-24



olfaktorická, orální.<sup>148</sup> U seniorů s demencí se využívají ze základní stimulace somatická a u nástavbové stimulace lze využít všechny okruhy.<sup>149</sup>

**A. Somatická stimulace** - umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa.<sup>150</sup> Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě, lokalitě a intenzitě doteku. Nečekané doteky mohou u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolat pocit nejistoty a strachu. Důležitý je tzv. **iniciální dotek**, kdy je na základě biografické anamnézy zvoleno nejvhodnější místo na klientově těle a pevným, zřetelným dotekem je klient informován o počátku a ukončení činnosti.<sup>151</sup> Z prvků somatické stimulace se u seniorů využívá zklidňující nebo povzbuzující somatická stimulace, která je většinou integrována do toalety klienta. Dále pak polohování v konceptu bazální stimulace, a to polohování „mumie“, „hnízdo“ a „mikropolohování“. Využívá se také masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání. Všechny tyto prvky somatické stimulace se dají využít i ke zklidnění neklidného či agresivního pacienta.<sup>152</sup>

**B. Taktile-haptická stimulace** - poskytuje lidem s demencí smysluplnou stimulaci ve formě jim známých materiálů, věcí, které mohou nejen výrazně stimulovat paměťovou stopu, ale i aktivizovat ruku k činnosti.<sup>153</sup> Např. pokud člověku lehce nadzdvihneme loket, instinktivně se napije, pokud mu namočíme ruku v umyvadle, instinktivně se začne umývat.<sup>154</sup>

**C. Olfaktorická (čichová) stimulace** - přispívá u seniorů s demencí k orientaci v dané situaci a má velmi úzký vztah k emočnímu prožívání.<sup>155</sup>

**D. Auditivní (sluchová) stimulace** - stimuluje komunikaci, vnímání a hybnost.<sup>156</sup>

**E. Optická stimulace** - zrakové a sluchové vjemy jsou nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace. Pokud dojde k přemístění člověka do neznámého prostředí, může neschopnost orientovat se v dané situaci a okolním světě vyvolat úzkost, strach a agresivní chování. Zmateným a dezorientovaným seniorům je nutné vytvořit orientační záchytné body a vizuální mosty pro orientaci v prostoru.<sup>157</sup>

**F. Orální stimulace** - zprostředkovává člověku vjemy ze svých úst a stimuluje tak vnímání.<sup>158</sup>

---

<sup>148</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 24

<sup>149</sup> Srov. S. FRIEDLOVÁ, *Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatrii*, Sestra 9/2012, s. 34

<sup>150</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 64

<sup>151</sup> Tamtéž, s. 71-73

<sup>152</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatrii*, Sestra 9/2012, s. 33

<sup>153</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 129

<sup>154</sup> Srov. *Diagnóza v ošetrovatelství 5/2012*

<sup>155</sup> FRIEDLOVÁ, *Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatrii*, Sestra 9/2012, s. 33

<sup>156</sup> Tamtéž, s. 34

<sup>157</sup> Tamtéž, s.33

<sup>158</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 120

V posledních letech byla provedena řada vědeckých studií, která dokazuje, že koncept bazální stimulace stojí na vědeckých základech.<sup>159</sup>

### **3.5 Smyslová aktivizace**

Smyslová aktivizace, kterou uvedla do praxe Lora Wehner, je cílená, na potřeby orientovaná, biografická aktivizace a podpora seniorů velmi starých a demencí postižených osob. Smyslovou aktivizaci (z německého „Sensorische Aktivierung“) můžeme chápat jako zapojení všech smyslových orgánů, které vnímáme jako zdroje člověka a které můžeme využít a pomoci tak každému jednotlivě v komunikaci, v uvědomění si vlastní osobnosti a podpořit jej při běžných denních činnostech. Umožňuje každému žít v domově seniorů samostatně a aktivně. Smyslová aktivizace je tedy nenásilná, přirozená komunikace prostřednictvím barev, zvuků, dotyků, chutí a vůní mezi pečovaným a pečujícím. Vede k pochopení vlastní hodnoty každého člověka, jeho potřeb a zájmů.<sup>160</sup>

Smyslová aktivizace probíhá individuální nebo skupinovou formou. Individuální forma je zvláště vhodná při adaptaci na pobyt v zařízení a cílem této formy je udělat malý kousek domova v novém prostředí.

Smyslová aktivizace umožňuje klientům: zachovat nebo zlepšit orientaci v místě, čase, prostoru, posílit komunikaci, aktivizaci vlastní osoby a tím spojený pocit radosti ze života, udržet nebo obnovit schopnosti, zdroje a vlastní síly, trénink kompetencí všedního dne, udržet nebo obnovit vlastní, věcné a sociální kompetence, zlepšit jemnou a hrubou motoriku, zlepšit schopnosti koordinace, celoživotní učení, otevírání se novým věcem i ve stáří.<sup>161</sup>

Důležitou součástí smyslové aktivizace je „motogeragogika“ a Montessori pro seniory.

#### **Motogeragogika**

Smyslem „motogeragogiky“ je pomoci starému, nemocnému, na lůžko upoutanému člověku nebo vozíčkáři působením smyslových vjemů a pohybu, přičemž zvlášť významné místo zaujímá povzbuzení k aktivizaci sebe sama. To se děje prostřednictvím podpory tří základních kompetencí: schopnosti vyrovnat se sám se sebou, se svými potřebami, schopnosti zacházet s věcmi a schopnosti sociálního soužití. Hlavními body motogeragogiky jsou mobilizace, aktivizace, popud k pohybu, prevence pádů, trénink paměti a práce se vzpomínkami jako trénink kognitivních funkcí.<sup>162</sup>

#### **Montessori pro seniory**

Montessori pro seniory – zde jde především o vytváření průběhu dne a bezprostředního životního okolí, o emoční sblížení při opatrování, prožívání rituálů různých oslav pořádaných v průběhu roku v duchu pravidla M. Montessori „Pomoz mi, abych to udělal

---

<sup>159</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 17

<sup>160</sup> Srov. *Smyslová aktivizace*, online. [cit. 2013-03-07] Dostupné na [www.smyslovaaktivizace.cz](http://www.smyslovaaktivizace.cz)

<sup>161</sup> Tamtéž

<sup>162</sup> Srov. WEHNER, SCHWINGHAMMER, *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, s. 59-60

sám“.<sup>163</sup> Důraz se klade na použití takových materiálů každodenního života, které povzbuzují a které působí na smyslové vnímání, např. důvěrně známé předměty, kufřík s upomínkovými předměty, krabice bylinek. Tyto předměty, nebo i jinak vyvolané vzpomínky vyvolávají komplexní aktivizaci. Intenzivní stimuly mohou aktivovat paměť, povzbudí se schopnost nacházet slova a slovně se vyjadřovat. Kromě bezprostředního vyvolání manuální a mentální činnosti dávají schopnost vyrovnat se s úkony všedního dne a umožňují její setrvání.<sup>164</sup>

## 4. Aktivizační činnosti pro seniory bez syndromu demence

### 4.1 Kognitivní trénink

Kognitivní neboli poznávací funkce patří mezi základní funkce našeho mozku. Umožňují nám poznávat okolní svět, plánovat naše jednání a vstupovat do interakcí s druhými lidmi. Pokud jsou tyto funkce oslabeny, ztrácí se část naše svébytného já, běžné denní fungování se pro nás stává obtížné, v krajním případě nemožné. Z toho pramení pocit nejistoty a méněcennosti. Mezi kognitivní funkce patří: myšlení, jazyk a řečové schopnosti, zrakově-prostorové schopnosti, pozornost a paměť.<sup>165</sup> Kognitivní funkce je třeba stále udržovat v činnosti; k tomu je třeba nejen dostatek nových vnějších podnětů, ale důležitý je i kontakt s vrstevníky, komunikace s okolním světem, a to jak slovní, tak i písemná. Kognitivní funkce lze také udržovat pomocí kognitivní rehabilitace a mozkového tréninku<sup>166</sup>

#### Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace je obnovování nebo udržování porušených kognitivních funkcí a posilování těch funkcí, které zůstaly zachovány.<sup>167</sup> V geriatrii je určena především lidem po mozkových příhodách nebo se syndromem demence. Rozvoj demence může rehabilitace výrazně zpomalovat. Jádrem kognitivní rehabilitace by měla být podpora komunikace, práce se vzpomínkami, nenásilné orientování v realitě a podpora aktivit. Mezi postupy kognitivní rehabilitace patří: řešení různých skládaček, jednoduchých hlavolamů, křížovek, skládání puzzle, třídění geometrických tvarů, jednoduché konstruktivní úlohy, rozvíjení slovní zásoby formou popisování obrázků, hry typu „země, město“, poznávání vůní, zvuků a předmětů pomocí hmatu.<sup>168</sup>

#### Mozkový trénink, jogging

Pod pojmem mozkový trénink, „jogging“, rozumíme procvičování kognitivních schopností u zdravých osob, které se touto činností aktivizují, a činí tak prevencí kognitivním poruchám ve smyslu involučních změn.<sup>169</sup> Mozkový trénink směřuje k posílení vnímání, koncentrace, nacházení slov, schopnosti postřehu, formulování,

<sup>163</sup> Srov. WEHNER, SCHWINGHAMMER, *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, s. 27-2

<sup>164</sup> Srov. WEHNER, SCHWINGHAMMER, *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, s. 41

<sup>165</sup> Srov. KLUCKÁ, VOLFOVÁ, *Kognitivní trénink v praxi*, s. 13-17

<sup>166</sup> Srov. FORMÁNKOVÁ, MOTLOVÁ, *Kurzi trénování paměti v domovech pro seniory*, Geriatria, 4/2010, str. 166

<sup>167</sup> Tamtéž, s. 165

<sup>168</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatric a gerontologie*, s. 443-444

<sup>169</sup> Srov. KLUCKÁ, VOLFOVÁ, *Kognitivní trénink v praxi*, s. 19

vyjadřování, asociačního myšlení, logického uvažování, fantazie i tvořivosti. Je účinný zvláště tehdy, pokud je zapojeno více kanálů (slyšet, vidět, mluvit, činit) a jsou-li posíleny všechny prožitkové dimenze (motorická, afektivní, sociální a kognitivní). Kognitivní trénink zahrnuje řadu metod od těch zcela neformálních (konverzace v cizím jazyce, řešení křížovek, samostudium, šachy) až po ty cílené, jako jsou kurzy kreativního psaní, řešení matematických úloh, cvičení pozornosti sluchové a zrakové paměti, tělocvičné a taneční aktivity se stimulováním pohybové paměti.<sup>170</sup> Kognitivní trénink je efektivním nástrojem ke zvýšení soběstačnosti a prodloužení nezávislosti seniorů a v současné době patří mezi velmi oblíbenou aktivitu seniorů. Jak ukázal výzkum z roku 2009, v okrese Strakonice, trénování paměti podporuje sociální kontakty, zlepšuje a udržuje dobrou mysl, povzbuzuje sebevědomí.<sup>171</sup>

### **Techniky pro zlepšení a udržení kognitivních funkcí**

- A. Velký význam pro zapamatování má pozornost, soustředění a dostatečná motivace.
- B. Pro dobré fungování paměti je třeba zajistit dostatek nových vnějších podnětů.
- C. Důležitý je kontakt nejen s vrstevníky, ale i s mladší generací, co nejvíce komunikovat se svým okolím, a to i písemnou formou.
- E. Důležitý je pravidelný režim dne, dostatek spánku, vhodná vyvážená strava, příp. užívání různých potravinových doplňků.
- F. Výrazně kladný vliv na kognitivní funkce má pohyb, tělesné cvičení. Kombinace tréninku paměti a psychomotorického tréninku působí jednoznačně proti procesu stárnutí, zlepšuje paměťový výkon, posiluje soběstačnost, zlepšuje a oddaluje proces demence. Nejvýhodnější je pokud trénink paměti následuje po tělesném cvičení, kdy je mozek dostatečně prokrven a cvičení paměti probíhá snadněji.
- G. Vhodné je proces zapamatování spojit s emočním prožitkem. V mozku tak dojde k aktivaci limbického systému, který má pro zapamatování informací velký význam, zejména pro složku výbavnosti.<sup>172</sup>

### **Zásady a cíle trénování paměti**

- A. Cílem je, aby senioři byli schopni využít techniky a strategie pro lepší zapamatování v každodenním životě.
- B. „Terapie příjemného šoku“, kdy si senioři prostřednictvím koncentračního cvičení a používáním kompenzačních 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. To vede ke zvýšení

<sup>170</sup> Srov. JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatry gerontologie*, s. 443

<sup>171</sup> Srov. FORMÁNKOVÁ, MOTLOVÁ, *Kurzy trénování paměti v domovech pro seniory*, Geriatria, 4/2010, s.

166

<sup>172</sup> Srov. SUCHÁ, *Cvičení paměti pro každý věk*, s. 13-15

sebevědomí a sebehodnocení, které se následně odrazí ve zvýšení kvality života seniorů, protože začnou daleko lépe zvládat problémy denního života.

C. Senior musí zažít pocit úspěchu, pokud neuspěl, je to vina trenéra paměti, který nezvládl svůj úkol.

D. Zaměřit se na to, aby se změnil přístup seniorů k jejich vlastním problémům s pamětí v tom smyslu, že je přestanou vnímat jako nevyhnutelné a negativní součást procesu stárnutí, ale naopak si začnou být vědomi toho, že mají osud víceméně ve vlastních rukou.

E. Obsah jednotlivých lekcí musí být připraven tak, aby senioři získali s tréninku dlouhodobý prospěch.<sup>173</sup>

## 4.2 Zooterapie

Využívání zvířat pro nejrůznější druhy pomoci člověku je stejně staré jako domestikace. Historicky zaznamenáno je terapeutické nasazování zvířecích pomocníků v řadě léčebných zařízení, například v Belgii je známo od 8. do 9. století, jako doplňková terapie zdravotně postižených. Za zakladatele zooterapie jako vědní disciplíny je možné považovat amerického psychiatra B. M. Livinsona, který v roce 1982 stanovil metodologické zásady tzv. „pet-facilitated therapy“ - zvířaty podporované terapie.<sup>174</sup>

Zooterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnným termínem pro rehabilitační metody a metody s psychosociální podporou zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.<sup>175</sup> U seniorů zvíře oživuje pozitivní vzpomínky ze života, čímž dochází k zachování časové kontinuity mezi minulostí a přítomností. Zanedbatelný není ani význam taktilní stimulace při kontaktu s živým zvířetem. I pouhý pohled na hrající si či klidně odpočívající zvíře působí na jedné straně celkově uklidňujícím dojmem, na druhé straně probouzí v člověku zájem o jeho okolí a vytrhuje ho z apatie a nezájmu. Dále bylo zjištěno, že v přítomnosti člověku milých zvířat dochází ke snížení krevního tlaku a ke zvolnění srdeční činnosti. Kontakt se zvířaty napomáhá regeneraci sil, psychickému uvolnění, projevení citů a navozuje kladné emoce.<sup>176</sup> Podle některých výzkumů dochází po interakci se zvířetem ke zvýšení hladiny serotoninu v krvi, což lze využít např. při léčbě deprese, dále se zvyšuje hladina prolaktinu („rodičovského“ hormonu), oxytocinu („konejšivého“ hormonu), zvyšuje se schopnost empatie, podporuje pocit bezpečí a jistoty. Při kontaktu se zvířetem dochází také ke zvýšení hladiny endorfinů, které dávají pocit pokojné, euforické blaženosti a pomáhají zmírnit bolest.<sup>177</sup> Přítomnost zvířat v domovech pro seniory zmírňuje také potíže s adaptačním stresem nově příchozích klientů, polidšťuje a upevňuje vztahy mezi ošetřujícím personálem a klientem. To vede

<sup>173</sup> Srov. *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR*, online. [cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.trenovanipameti.cz](http://www.trenovanipameti.cz)

<sup>174</sup> Srov. LACINOVÁ, *Zooterapie*, s. 27-28

<sup>175</sup> Srov. FREEMAN, *Zooterapie*, s. 31

<sup>176</sup> Srov. HYBŠOVÁ, *Mezinárodní seminář o zooterapii k tvorbě metodiky*, s. 51

<sup>177</sup> Srov. KADLECOVÁ, *Vliv zooterapie ve zdravotnických zařízeních*, s. 37

ke zvýšené odpovědnosti klientů a odvádí je od závislosti na druhých osobách, klesají nároky klientů na pozornost ošetřujícího personálu. Současně se tak tedy chrání duševní zdraví ošetřujícího personálu a zmírňují se příznaky syndromu vyhoření. Zvířata brání frustračnímu stresu a pocitu marnosti při práci. Velmi pozitivní je i skutečnost, že zvířata jsou využívána jako téma i v arteterapii.<sup>178</sup>

Ke kladům zooterapie je však nutné připočíst i její zápory jako jsou: vysoké finanční náklady, konflikty s úřady a hygienickou službou, technické problémy, odborné a personální problémy, alergie a strach ze zvířat.<sup>179</sup>

Zooterapii lze rozdělit podle několika kritérií:

**A. Typ zooterapie dle zvířecího druhu** - v domovech seniorů nalézá využití především „canisterapie“ (terapie za pomoci psa), „felinoterapie“ (terapie za pomoci kočky), dále je možné využít i drobná domácí zvířata.<sup>180</sup>

**B. Typ zooterapie dle metody** - v domovech pro seniory se využívá především typ **AAA** („Animal Assisted Activities“, aktivity za pomoci zvířat). Jedná se o přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta. Dále je možné využít typ **AAT** („Animal Assisted Therapy“, terapie za pomoci zvířat). Jedná se o cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta.<sup>181</sup>

**C. Typ zooterapie dle formy** - využívá se především **návštěvní program**, tedy pravidelné návštěvy zooterapeutického týmu v zařízení. Nebo **rezidentní program**, čímž rozumíme trvalé držení zooterapeutického zvířete zařízením. Souběžně s touto formou lze využít i **program péče o zvíře**.<sup>182</sup>

Dále můžeme zooterapii rozdělit podle způsobu práce, složení pracovní jednotky, počtu zvířat, počtu klientů, cílové skupiny, zdravotního stavu, sociálních vazeb a dynamiky prostředí.<sup>183</sup>

V roce 2010 byla formulována doporučení pro zooterapeuty: mít vždy svůj etický kompas (jedná se především o zajištění fyzických, psychických, sociálních a emočních potřeb zvířete), znát svou cílovou skupinu a své zvíře, znát dané prostředí, naplánovat program s průběžným vyhodnocováním.<sup>184</sup>

Co se týče legislativy, v ČR není zooterapie samostatně legislativně řešena. Lze však využít některé zákony, které upravují např. chování lidí ke zvířatům, vstup zvířat do prostor, nároky na hygienu a zákony zaměřené na zdraví zvířat, veterinární péči, chov

---

<sup>178</sup> Srov. NERANDŽIČ, *Animoterapie*, s. 21

<sup>179</sup> Srov. NERANDŽIČ, *Mezinárodní seminář o zooterapii k tvorbě metodiky*, s. 13

<sup>180</sup> Srov. FREEMAN, *Zooterapie*, s. 30

<sup>181</sup> Srov. FREEMAN, *Zooterapie*, s. 32-33

<sup>182</sup> Tamtéž, s. 36-37

<sup>183</sup> Tamtéž, s. 30-31

<sup>184</sup> Srov. GALAJDOVÁ L., GALAJDOVÁ Z., *Canisterapie, pes lékařem lidské duše*, s. 151-152

zvířat apod.<sup>185</sup> Návštěvní program je zpravidla organizován sdruženími (nebo výjimečně jedinci), která se touto problematikou zabývají. Jde o smluvní vztah mezi organizací a sdružením s jasně stanovenými pravidly, která především říkají, že zvíře nesmí nikomu ublížit nebo nijak škodit. V písemné smlouvě musí být také zakotveno, že za zvíře vždy odpovídá jeho majitel a že nesmí docházet k týrání zvířete ze strany klientů ani personálu zařízení.<sup>186</sup>

V roce 2007- 2008 proběhl rozsáhlý výzkum oblíbených aktivit u seniorů ve věku 80 let a více, k nejoblíbenějším činnostem patřila právě péče o zvířata.<sup>187</sup>

### 4.2.1 Canisterapie

Canisterapie je podpůrná forma psychoterapie, která je založena na kontaktu člověka se psem a vzájemné pozitivní interakci. Canisterapie se využívá při řešení psychologických, citových a sociálně integračních problémů, přispívá k rozvoji jemné motoriky, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty.<sup>188</sup> Canisterapie navíc u seniorů zlepšuje adaptaci, zvyšuje sebevědomí, zmírňuje stres, zbavuje pocitu osamělosti, jednoznačně příznivě ovlivňuje zdravotní stav.<sup>189</sup>

Je prováděná formou skupinovou nebo individuální. Pes je využíván jako koterapeut a spolu s psovodem vytváří canisterapeutický tým. Pes musí být cíleně speciálně připraven, musí uspět u zkoušek canisterapeutického týmu. Pro canisterapii jsou využívána především tato plemena: pracovní, pastevečtí, lovečtí a sportovní psi. Kromě toho má na účinnost psa pro canisterapii velký vliv výchova, socializace, prostředí ve kterém žije, pozitivní nebo negativní zkušenosti s lidmi a psy a osobnost majitele.<sup>190</sup>

V domovech pro seniory je využíván návštěvní a rezidentní model canisterapie. U návštěvního modelu má canisterapeutický tým naplánován rozvrh návštěv (zpravidla jednu až dvě hodiny jednou za týden nebo za čtrnáct dní) a pracuje buď samostatně podle řádu a pravidel zařízení, nebo společně s pracovníky instituce s vybranými vhodnými klienty. Zaměstnanci domova musí být vždy přítomni. U rezidentního modelu je speciálně vycvičený terapeutický pes majetkem jednoho ze zaměstnanců zařízení, který je za něj zodpovědný. Pes provází svého pána po delší časový úsek dne a je považován za člena personálu, jako koterapeut pracuje zpravidla jeden až dva dny v týdnu.<sup>191</sup>

<sup>185</sup> Srov. TICHÁ, *Zooterapie*, s. 47

<sup>186</sup> Srov. NERANDŽIČ, *Animoterapie*, s. 22

<sup>187</sup> Srov. ZAREMBA, ZAVÁZALOVÁ, KOTRBA, *Oblíbené činnosti, radosti a starosti nejstarších seniorů*, Geriatria, 2/2009, s. 4

<sup>188</sup> Srov. EISERTOVÁ, *Zooterapie*, s. 60

<sup>189</sup> Srov. HANČLOVÁ, *Zooterapie*, s. 137

<sup>190</sup> Srov. EISERTOVÁ, *Zooterapie*, s. 61, 65-66

<sup>191</sup> Srov. GALAJDOVÁ L., GALAJDOVÁ Z., *Canisterapie aneb pes lékařem lidské duše*, s. 105

## 4.2.2 Felinoterapie

Pod pojmem felinoterapie rozumíme léčebný kontakt mezi člověkem a kočkou, neboli psychosociální a rehabilitační metodu podpory zdraví využívající pozitivního působení kontaktu člověka s kočkou, poskytující motivační podněty k uzdravení, odpočinku či stabilizaci organismu. Probíhá jako cílená terapie, jejíž výsledky lze objektivně posoudit, nebo jako relaxační terapie. Forma felinoterapie může být pasivní, kdy již pouhá přítomnost kočky působí při odbourávání pocitu samoty nebo interaktivní, kdy je o zvíře konkrétně pečováno a vztah je posunut do roviny vzájemného obohacení a sounáležitosti. Principem felinoterapie je soustavné pozitivní působení na cílovou skupinu osob v souladu s rozvíjením harmonie především v duševní oblasti, čímž dochází k současnému zlepšení zdravotního stavu. Základem felinoterapie je využití vrozeného daru empatie, intuice a léčivé energie kočky, schopné odnímat bolest a utrpení, schopnost navozovat duševní harmonii a napomáhat najít ztracenou životní rovnováhu, vytvářet nový smysl života potřebným, odnímat pocit osamění, vytvářet pocit jistoty a bezpečí. Mnohdy právě zodpovědnost za blízkost milovaného tvora drží seniory při životě. Výhodou felinoterapie je, že může probíhat v omezeném prostoru.<sup>192</sup> Mezi další výhody patří finanční, pohybová a časová nenáročnost kočky. Dle Mgr. Kadlecové se felinoterapie nejčastěji využívá ve formě aktivit za asistence zvířat, a to nejčastěji právě v domovech pro seniory.<sup>193</sup>

Pokud se kočky využívají pro návštěvní službu, musí projít „Zkušebním řádem pro návštěvní službu“. Smyslem tohoto řádu je testovat povahové vlastnosti kočky a souhru týmu chovatel-kočka.<sup>194</sup> Pro felinoterapii se preferují kočky s mírnou, vyrovnanou povahou, přátelské k lidem, vyhledávající kontakt s nimi, musí jít o zvířata plně socializovaná. Za nejvhodnější plemena koček pro felinoterapii jsou považována: kočka domácí, siamská a javanská kočka, mainská mývalí, perská kočka, sibiřská kočka a její varianta „Něvskaja maskartadnaja“.<sup>195</sup> Za vůbec nevhodnější je považováno plemeno ragdoll známé též jako „hadrová panenka“. Jsou to kočky proslulé svou vyrovnanou, lidem naprosto oddanou povahou, jsou označovány za klauny kočičího světa.<sup>196</sup>

Seniorům kočky často prohřívají ruce a dotyk se srstí přináší hmatové stimuly. Provedené výzkumy dokazují také snížení napětí a krevního tlaku. Přítomná zvířata evokují u seniorů vzpomínky na vlastní zvířata. Zejména senioři navazují těmito vzpomínkami kontinuitu se svou minulostí a dochází ke stimulaci paměťových funkcí.<sup>197</sup> Některé švýcarské výzkumy prokázaly, že vrnění a předení kočky má na

---

<sup>192</sup> Srov. AGA GREY, *Nikoli chcipla nám kočka, pošel nám pes*, online.[cit. 2013-03-05] Dostupné na [www.felinogrey.cz](http://www.felinogrey.cz)

<sup>193</sup> Srov. KADLECOVÁ, *Vliv zooterapie ve zdravotnických zařízeních*, s. 37-38

<sup>194</sup> Srov. MAHELKA, *Zooterapie*, s. 264

<sup>195</sup> Srov. HYBŠOVÁ, *Mezinárodní seminář o zooterapii k tvorbě metodiky*, s. 52-53

<sup>196</sup> Srov. MAHELKA, *Zooterapie*, s. 266

<sup>197</sup> Tamtéž, s. 276



člověka vždy uklidňující vliv s mnohem větším efektem, než jakého lze dosáhnout spánkem nebo příjemnou četbou.<sup>198</sup>

### 4.3 Muzikoterapie

Podle „Světové federace muzikoterapie“ je muzikoterapie použití hudby anebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál anebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.<sup>199</sup> Muzikoterapie je cílené využití zvuků a hudby k terapeutickým účelům. Hudba provází člověka od počátku života, kdy slyšíme tlukot srdce matky, šumění krve a další zvuky, které k nám doléhají a vytvářejí velmi zvláštní hudební skladbu. Šamani po celá tisíciletí provozovali umění spojení hudby a rituálů k léčení. Velmi silně se muzikoterapie rozvíjela v předoasijských kulturách, v Egyptě a v Řecku. V 19. století byla muzikoterapie považována spíše za šarlatánství. O systematickém rozpracování lze hovořit od poloviny 20. století, kdy se již přiřazuje k léčebným metodám.<sup>200</sup>

#### Formy muzikoterapie

**A. Podle zapojení klienta** dělíme muzikoterapii na receptivní a aktivní. Receptivní muzikoterapie využívá hlavně reprodukovanou, umělou hudbu a různá zvuková média. Skládá se ze strukturovaného poslechu a vnímání této hudby, využívá zvukovou představivost, vizualizaci, imaginaci, pohyb a tanec. Aktivní muzikoterapie se zaměřuje na práci se zvukem, který vyprodukuje sám klient, a to buď vokálně, nebo instrumentálně. Využívá improvizaci.<sup>201</sup>

**B. Podle počtu klientů** dělíme muzikoterapii na individuální a skupinovou. Při individuální muzikoterapii si klient přináší svá témata, která jsou zpracovávána pomocí zvukové projekce.<sup>202</sup> Při skupinové muzikoterapii se posiluje skupinová spolupráce, sebevyjádření, naslouchání druhým, schopnost adaptace a budování důvěry.<sup>203</sup>

#### Koncepty muzikoterapie

**A. Pedagogický koncept** se zaměřuje na procesy učení, sociální integrace a komunikace. Zlepšuje vnímání, koncentraci, paměť a podporuje pohyb a řeč. Tento

<sup>198</sup> Srov. NERANDŽIČ, *Animoterapie*, s. 69

<sup>199</sup> Srov. *Muzikoterapie*, online. [cit. 2013-03-07]. Dostupné na [www.muzikohrani.cz](http://www.muzikohrani.cz)

<sup>200</sup> Srov. WEBER, *Muzikoterapie*, online. [cit. 2013-03-07]. Dostupné na [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz)

<sup>201</sup> Srov. ZELEIOVÁ, *Muzikoterapie*, s. 47

<sup>202</sup> Tamtéž, s. 40

<sup>203</sup> Srov. *Muzikoterapie*, online. [cit. 2013-03-07] Dostupné na [www.muzikohrani.cz](http://www.muzikohrani.cz)

koncept může mimo jiné plnit i profylaktickou a podpůrnou funkci u zdravé populace.<sup>204</sup>

**B. Medicínský koncept** pracuje převážně s reprodukovanou hudbou. Hudba slouží jako audioanalgetikum nebo sedativum, nebo jiným způsobem ovlivňuje tělesný či psychosociální stav klienta.<sup>205</sup>

**C. Psychoterapeutický koncept** je směřován podobně jako verbální psychoterapie. Jejím cílem je modifikovat ty formy, které klientovi brání ve zdravém vztahu k sobě a okolí.<sup>206</sup>

#### 4.3.3 Muzikoterapeutické metody

V muzikoterapii rozlišujeme následující metody: hudební improvizace, hudební interpretace, kompozice a poslech hudby<sup>207</sup> U seniorů se využívá především metoda hudební interpretace a poslech hudby. Z metody hudební interpretace je to především vokální interpretace, kdy text písně a její hudební organizace vytváří strukturu v čase, prostoru a posloupnosti aktivit během dne, čímž může klientovi usnadnit orientaci. U seniorů připomínají písně významné okamžiky života. Každý klient se může identifikovat s nějakou písní a jejím textem. Vhodná píseň dokáže poskytnout potřebné emocionální zázemí a podporu. Může vyjadřovat určité poselství, vyprávět příběh, který má terapeutické využití, nebo může nabízet alternativy pro chování a myšlení klienta. Společný zpěv přivádí zúčastněné ke společnému kontaktu, zároveň poskytuje anonymitu projevu a možnost odreagování. Zapojuje percepční, motorické, emocionální, kognitivní funkce. V mnoha kulturách má společný zpěv navíc spirituální a sociokulturní hodnotu – stává se prostředkem sdílení tradice, postojů a určitých způsobů myšlení a prožívání.<sup>208</sup> Prostřednictvím rytmu může hudba též pozitivně ovlivňovat srdeční činnost, krevní tlak a dýchání.<sup>209</sup>

Další metodou využívanou u seniorů je poslech hudby, kdy hudba může být hraná nebo reprodukována, instrumentální nebo vokální. Hudba evokuje vzpomínky, asociace klienta a zpřístupňuje nevědomí materiál. Poslech hudby se může využívat ke snížení stresu a napětí, ke snížení úzkosti, navození tělesné relaxace, hudba pomáhá rozjímat nad určitými tématy. Poslech hudby mimo jiné stimuluje smysly, podporuje bdělost, pomáhá se orientovat v realitě a navázat kontakt s prostředím a dokáže pozvednout náladu.<sup>210</sup>

Geriatricie využívá umění muzikoterapie posilovat důvěru ve vlastní síly, s ohledem na překonané deprese, dokáže vést klienty ke ztrátě pocitu osamělosti a neupotřebitelnosti, učí je empatii a porozumění ostatním, upevňuje pocit vlastní hodnoty a seberealizace.

---

<sup>204</sup> Srov. ZELEIOVÁ, *Muzikoterapie*, s. 50

<sup>205</sup> Tamtéž, s. 57

<sup>206</sup> Srov. ZELEIOVÁ, *Muzikoterapie*, s. 60

<sup>207</sup> Srov. KANTOR, LIPSKÝ, WEBER a kol., *Základy muzikoterapie*, s. 183

<sup>208</sup> Srov. KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, *Základy muzikoterapie*, s. 195-196

<sup>209</sup> *Muzikoterapie*, online. [cit. 2013-03-05]. Dostupné z [www.sue-ryder.cz](http://www.sue-ryder.cz)

<sup>210</sup> Srov. KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, *Základy muzikoterapie*, s. 201-203

Muzikoterapie učí klienty čelit nepodařeným výkonům, akceptovat vlastní tělo, cvičit, relaxovat, poslouchat hudbu. Muzikoterapie pomáhá zpracovávat vlastní úzkost, agresi, emoční labilitu, vede k sebedisciplíně a seberegulaci, učí vidět reálně. Pomáhá dosáhnout psychosomatické rovnováhy.<sup>211</sup>

#### 4.4 Arteterapie

Dle České arteterapeutické asociace je arteterapie obor využívající výtvarný projev jako prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným. Kromě toho jsou arteterapeutické aktivity využitelné v primární, sekundární a terciální prevenci i v následné péči v oblasti zdravotnictví, sociální péče, výchovy a vzdělávání.<sup>212</sup> Arteterapie je hraniční disciplínou a k jejímu výkonu jsou potřebné vědomosti jak z psychoterapie a dalších klinických oborů, tak z oblasti věd a umění.<sup>213</sup> Arteterapii můžeme podobně jako muzikoterapii rozdělit na arteterapii receptivní a produktivní. **Arteterapie receptivní** je vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem. K receptivní arteterapii patří např. návštěvy výstav a galerií, projekce diapozitivů. Cílem je lepší pochopení vlastního nitra. **Arteterapie produktivní** znamená především použití konkrétní tvůrčí činnosti.<sup>214</sup>

Za zakladatelku arteterapie je možné považovat Margaret Naumburgovou, která poprvé použila termín „art therapy“. Dle M. Naumburgové je filozofie arteterapie založena na tom, že každý člověk, ať už vzdělaný nebo nevzdělaný v umění, má latentní kapacitu projikovat svůj vnitřní konflikt do vizuálních tvarů.<sup>215</sup>

Cíle arteterapie souvisejí na jedné straně s tím, z jakých pozic arteterapie vychází, na straně druhé ze situací a potřeb klientů, s nimiž pracuje.<sup>216</sup> U seniorů je arteterapie využívána při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty, jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky. Dále arteterapie pomáhá seniorům v přizpůsobení se nové životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví. Hlavní strategie arteterapie se seniory spočívá v práci s klientem v jeho momentálním aktuálním problému, ve využití technik, které odpovídají věku klienta, a hlavně v podpoře smyslu pro důstojnost. Arteterapie se seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility a stimulovat jejich kreativitu.<sup>217</sup> V případě seniorů jsou výtvarná sezení vždy „zaměřená na realitu“ a na takové činnosti, které jim pomohou udržovat pozornost při každodenních úkonech nebo činnosti, které jim pomáhají rozpomínat se na vlastní úspěchy a dodávají jim tak pocit důstojnosti. Výtvarná skupina může seniorům pomoci vzpomínat a hovořit o svých životech, mohou oslavovat své

<sup>211</sup> Srov. KUČEROVÁ, *Využití muzikoterapie v geriatrii*, Sestra, 6/2006, s. 12

<sup>212</sup> Srov. *Česká arteterapeutická asociace*, online. [cit. 2013-03-07]. Dostupné na [www.arteterapie.cz](http://www.arteterapie.cz)

<sup>213</sup> Srov. ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 56

<sup>214</sup> Tamtéž, s. 30

<sup>215</sup> Srov. ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 26

<sup>216</sup> Srov. *Česká arteterapeutická asociace*, online. [cit. 2013-03-07]. Dostupné z [www.arteterapie.cz](http://www.arteterapie.cz)

<sup>217</sup> Srov. ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 65-66

úspěchy, vidět své životy v perspektivě a zachovat si pocit důstojnosti. Skupina může též využívat aktuální vnitřní sílu a zlepšovat sociální interakci.<sup>218</sup> Arteterapii je možné aplikovat formou individuální nebo skupinové terapie, kdy skupinová terapie má velký sociální a integrační náboj.<sup>219</sup>

### **Teoretická východiska arteterapie**

„Arteterapie hledá a nachází svá svébytná východiska nejen v psychoterapii, ale i v teorii umění, filozofii a teologii.“<sup>220</sup> Arteterapie vychází jednak z dynamické psychologie S.Freuda, C.G.Junga a A.Adlera (interpretační směry arteterapie), jednak z fenomenologie, tvarové a humanistické psychologie C.G.Rogerse a z existenciálněanalytického přístupu V.Frankla (neinterpretační směry).<sup>221</sup> Právě logoterapii V.Frankla je možné využít v péči o seniory. Alternativní označení logoterapie je také existenciální analýza. Frankl koncipoval tři hodnotové skupiny, jak dát životu smysl až do posledního okamžiku. Jsou to: čin, který vytyčíme, dílo, jež vytvoříme a zážitek, setkání, láska. V této filozofii je možné lidské utrpení transfigurovat do lidského činu, v případě arteterapie do výtvarného projevu. Umění tu může jedinečnou formou reflektovat i tabuizovaná témata, jakými jsou stárnutí, utrpení, smrt nebo izolace.<sup>222</sup> V existenciálním logoterapeutickém kontextu je vhodným materiálem pro arteterapii hlína. „Hlína od prvopočátku fascinovala člověka. Je to materiál v prapůvodním smyslu slova archaický. Z hlíny byl podle bible stvořen člověk dle obrazu Stvořitele, a právě tímto aktem Bůh vložil do člověka i touhu a potřebu vytvářet v dalším tvořivém řetězci svůj obraz.“<sup>223</sup> Hlína je schopna v arteterapeutickém kontextu eliminovat nebo uzemnit výbuchy agresivity, hněv, zuřivost, ale i žal a smutek. Člověk pak může dospět ke klidu a smíření.<sup>224</sup>

---

<sup>218</sup> Srov. LIEBMANN, *Skupinová arteterapie*, s. 115-117

<sup>219</sup> Srov. ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 43-44

<sup>220</sup> ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 33

<sup>221</sup> Srov. ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 34

<sup>222</sup> Tamtéž, s. 39

<sup>223</sup> ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 135

<sup>224</sup> Srov. ŠICKOVÁ-FABRICE, *Základy arteterapie*, s. 135

## Závěr

Při zpracovávání úvodní části bakalářské práce jsem si uvědomila, jak velice důležité je znát změny, které s sebou stáří přináší a z nich plynoucí potřeby seniorů. Myslím si, že součástí každého individuálního plánu by měla být kvalitně vypracovaná biografie – životní příběh klienta. Usnadňuje práci s klientem, ošetřující personál lépe chápe jeho přání, potřeby a problémy. Práce ošetřujícího personálu se tak stává mnohem kvalitnější a účinnější. Domnívám se, že sociální pracovník by se měl v současné době více zabývat specifiky týkající se práce se seniory se syndromem demence, protože těchto klientů v pobytových zařízeních pro seniory přibývá. Měl by se více zaměřit i na aktivizaci těchto seniorů a zajišťovat proškolení ošetřujícího personálu i v nových aktivizačních činnostech zaměřených na seniory se syndromem demence, jako je např. smyslová aktivizace. Aktivizační činnost seniorů bez syndromu demence by mohli částečně převzít proškolení dobrovolníci.

Myslím si, že reminiscenci je možné využívat ještě před nástupem klienta do instituce. Lze ji využít nejen při tvorbě biografie, ale i při zařizování pokoje pro klienta, aby v souladu s novými trendy co nejvíce připomínal domácí prostředí. Toto má i kladný vliv na průběh adaptace. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že techniky preterapie a validace se používají spíše intuitivně. Vzhledem k přibývajícím klientům seniorů se syndromem demence by se měl sociální pracovník více zaměřit na proškolení v těchto aktivizačních činnostech. S využitím bazální stimulace jsem se setkala převážně při poskytování paliativní péče. Smyslová aktivizace patří mezi nejnovější aktivizační činnosti, v současné době existuje v České republice pouze jedno vzdělávací centrum, a to v Domově pro seniory Mistra Křišťána v Prachaticích. Mezi v praxi nejvyužívanější aktivizační činnosti patří kognitivní trénink, který mimo jiné přispívá ke zpomalení průběhu syndromu demence. U canisterapie se využívá především návštěvní program, felinoterapie je v domovech pro seniory opomíjená, i když chov kočky je méně náročný. Kočky jsou v některých domovech sice chovány, ale dále se s nimi již nepracuje. V současné době se začínají objevovat domovy pro seniory, kam si klient může vzít svého zvířecího společníka. V muzikoterapii se v praxi využívá i jako pasivní forma, jedná se o různá amatérská i profesionální vystoupení, v tomto směru je opomíjená pasivní forma arteterapie. Při návštěvách muzeí a galerií by bylo možné využít práce dobrovolníků.

Ve své práci jsem se věnovala činnosti sociálního pracovníka v pobytových zařízeních pro seniory. Sociální pracovník má již od prvního kontaktu s klientem důležitou úlohu při motivování k aktivitám. Pokud jsou senioři málo motivováni, jsou ohroženi vypěstovanou závislostí, depesemi, demence může mít rychlejší průběh, klienti se stávají apatickými a mnohdy v institucích jen „dožívají“. U dnes málo oblíbených arteterapeutických technik je možné jako motivaci využít i finanční odměnu. Mohly by vznikat nejen obchody pod heslem „Ať koupíte nebo dáte hezké věci, podpoříte“, které provozuje domov pro seniory Sue Ryder, kde se prodávají darované věci na podporu zmiňovaného domova, ale mohly by vznikat obchody přímo s výrobky od seniorů. V tomto ohledu je i motivující činnost nadace Divoké husy, která finanční odměnu za

vykonanou činnost (výrobek) zdvojnásobuje. I filozofii nadace Divoké husy je možné využít při motivaci. Pojem divoké husy pochází z pera teologa a filozofa Sorena Kierkegaarda. Jedna z poznámek v jeho deníku mluví o divokých husách, které porovnává s husami domácími. Husy domácí přestanou létat, sedí na dvorku a stačí jim, že jsou vykrmovány. Divoké husy by se též mohly usadit, ale ví, že už by nikdy nevzlétly. Proto létají z místa na místo, uvědomují si, že setrvat na jednom místě znamená riziko ustrnutí.<sup>225</sup> Stejně tak senior, pokud se snaží být aktivní, zůstává déle soběstačný. I u imobilních klientů dochází správnou aktivizací ke zkvalitnění života. Tito klienti si začnou lépe uvědomovat své tělo, dochází k uvolňování spazmů, manipulace, např. při hygieně, polohování pro ně není nepříjemné nebo dokonce bolestivé.

Cílem mé práce bylo především popsat aktivizační programy v pobytových zařízeních pro seniory, a to jak pro seniory se syndromem demence, tak bez syndromu demence. Domnívám se, že tento svůj záměr jsem splnila. I když jednoznačné rozdělení aktivizačních programů není možné. Všechny uvedené programy lze ve větší či menší míře využít u obou skupin seniorů. Specifika se spíše týkají způsobu aplikace a využití určité činnosti, způsobu práce s jednotlivými klienty a také komunikace. U obou skupin seniorů mají aktivizační činnosti stejné výhody: smysluplné trávení volného času, trávení volného času s lidmi s podobnými problémy a sociální začlenění, zlepšení nebo udržení stávajícího fyzického a psychického stavu. Aktivizační činnosti přispívají i k lepšímu průběhu adaptace na pobyt v rezidenčním zařízení. Tato situace je pro seniory velice náročná, dobře zvolená aktivita může proces adaptace zkrátit a usnadnit. Správně zvolené aktivizační činnosti vedou také k prohloubení vztahu mezi klientem a ošetřujícím personálem. Pečující se dokážou lépe orientovat v životě klienta, v jeho problémech a přijímají ho jako rovnocenného partnera. Vhodně zvolené aktivity činí jejich práci smysluplnou a eliminují tak i vznik syndromu vyhoření.

Při práci s literaturou jsem při zpracovávání první kapitoly, která se zabývá stárnutím a stářím neměla problémy. Toto téma je dobře zpracované v publikacích, které se týkají geriatric a gerontologie. Při práci na druhé kapitole, která se zabývá sociální prací v pobytových zařízeních pro seniory, činností sociálního pracovníka v pobytových zařízeních, adaptací a aktivizačními činnostmi obecně jsem dospěla k názoru, že téma „práce sociálního pracovníka se seniory“ je v literatuře málo zpracované. Při zpracovávání třetí a čtvrté kapitoly jsem často vycházela z publikací od autorů, kteří danou aktivizační činnost uvedli do praxe.

Přínos své bakalářské práce vidím v možnosti využití práce jako uceleného přehledu jednotlivých aktivizačních činností pro seniory se syndromem demence a bez syndromu demence. Tento přehled můžou využít sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a další pracovníci zabývající se aktivizační činností. Dále má bakalářská práce může sloužit jako podklad pro výzkumy zabývající se např. aplikací aktivizačních

---

<sup>225</sup> Srov. *O nadaci*, online [ cit 2013-04-01]. Dostupné na [www.divokehusy.cz](http://www.divokehusy.cz)

programů pro seniory se syndromem demence a bez syndromu demence, vlivem aktivizačních činností na kvalitu života seniorů.

## Použitá literatura

1. ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie*, Grada, 2012, ISBN 878-80-247-3901-4.
2. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*, Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, Grada, 2007.
4. ISBN 978-80-247-1314-4.
5. GALAJDOVÁ, L.; GALAJDOVÁ, Z. *Canisterapie, pes lékařem lidské duše*, Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie*, Galén 2012. ISBN 978-807262-900-8.
8. JANEČKOVÁ, H. *Sociální práce v praxi*, Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
9. JANEČKOVÁ, H.; VACKOVÁ, M. *Reminiscence*, Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
10. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; HOLMEROVÁ, I. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
11. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; SUCHARDA P. a kol. *Geriatry a gerontologie*, Grada 2004. ISBN 80-247-0548-6.
12. KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*, Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
13. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
14. KLUCKÁ, J.; VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*, Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
15. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*, Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.
16. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
17. MLÝNKOVÁ J. *Péče o staré občany*, Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
18. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, Masarykova univerzita, 2004, ISBN 80-210-3345-2.
19. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie*, Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.
20. PREISS, M.; KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*, Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.
21. PROUTY G.; WERDE VAN D.; PÖRTNER M. *Preterapie*, Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.
22. RÍČAN, P. *Cesta životem*, Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
23. SAK, P.; KOLESÁROVÁ K. *Sociologie stáří a seniorů*, Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
24. SUCHÁ, J. *Cvičení paměti pro každý věk, Testy na paměť a logiku*, Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-199-0.



25. SVATOŠOVÁ, M *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*, Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
26. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
27. ŠPATENKOVÁ, N.; BOLOMSKÁ B. *Reminiscenční terapie*, Galén, 2011. ISBN 978- 80- 7262-711-0.
28. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*, Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
30. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory, Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
31. WALSCH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*, Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.
32. WEHNER, L.;SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.
33. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*, Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-137-9.
34. Kolektiv autorů, *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
35. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
36. *Mezinárodní seminář o zoterapii k tvorbě metodiky, 25.-27.6.2004 v Brně, Sborník příspěvků*, Sdružení Filia, 2003, ISBN 80-239-3179-2.
37. *Vliv zooterapie ve zdravotnických zařízeních, Sborník odborné konference, 14.května 2012*, Dobrovolnické centrum Fakultní nemocnice v Motole.
38. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### Internetová zdroje a časopisy

1. FRIEDLOVÁ,K. *Co je Bazální stimulace* [online]. [cit. 013-03-05]. Dostupné na [WWW:<http://bazalni-stimulace.cz/>](http://bazalni-stimulace.cz/).
2. GREY, A. *Nikoli, chtěla nám kočka, posel nám pes. Nám umírají přátelé*, [online]. 2006, 8.11 [cit.2013-03-05]. Dostupné na [WWW:http://felinogrey.cz/>](http://felinogrey.cz/).
3. KOHOUTEK, R. *Vývojově psychologická teorie E.H.Eriksona*, [online]. 2010, 12.2. [cit. 2013-02-28]. Dostupné na [WWW:<http://rudolfkohoutek.cz/>](http://rudolfkohoutek.cz/).
4. PROCHÁZKOVÁ, L., *Metoda validace-podpora práce s dezorientovanými lidmi* [online]. 2012, 18.2. [cit.2013-03-05]. Dostupné na [WWW:<http://prohuman.sk/>](http://prohuman.sk/).
5. RŮŽIČKA, V. *Sociální pracovník v zariadení pre seniorov*, [online]. 2011, 2.1.[cit. 201 -03-23]. Dostupné na [WWW<http://prohuman.sk/>](http://prohuman.sk/).
6. VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR* [online]. 1.5.2002, 08:24. [cit 2013-02-28]. Dostupné na [WWW:<http://granosalis.cz/>](http://granosalis.cz/).
7. WEBER, J. *Muzikoterapie*, [online]. 2007. [cit.2013-03-07], Dostupné na [WWW:<http://muzikoterapie.cz/>](http://muzikoterapie.cz/).
8. *Česká arteterapeutická asociace* [online]. [cit.2013-03-07]. Dostupné na [WWW:<http://arteterapie.cz/>](http://arteterapie.cz/).

9. *Muzikoterapie*, [online]. [cit.2013-03-07]. Dostupné na [WWW:<http://muzikohrani.cz/>](http://muzikohrani.cz/).
10. *O nadaci*, [online]. [cit.2013-04-01]. Dostupné na [WWW:<http://divokehusy.cz/>](http://divokehusy.cz/).
11. *Preterapie*, [online]. [cit. 2013-03-05]
12. *Smyslová aktivizace*, [online]. [cit.2013-03-07]. Dostupné na [WWW:<http://smyslovaaktivizace.cz/>](http://smyslovaaktivizace.cz/).
13. *Stáří a psychika*, [online]. [cit. 2013- 02-05]. Dostupné na [WWW:<http://kr-kralovehradecky.cz/>](http://kr-kralovehradecky.cz/).
14. *Zásady a cíle trénování paměti v ČR*, [cit.2013-03-05]. Dostupné na [WWW:<http://trenovanipameti.cz/>](http://trenovanipameti.cz/).

1. FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L. Kurzy trénování paměti v domovech pro seniory v okrese Strakonice z pohledu trenérů paměti, *GERIATRIA*, 2010, roč. 04.
2. FRIEDLOVÁ, K. Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatрии, *SESTRA*, 2012, roč. 09.
3. JANEČKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H., KAŠÍKOVÁ, E. Reminiscenční terapie, *GERIATRIA*, 2008, roč. 01.
4. KLEVETOVÁ, D. Technika preterapie, *SESTRA*, 2010, roč. 08.
5. KUČEROVÁ, M. Využití muzikoterapie v geriatрии, *SESTRA*, 2006, roč. 06
6. SCHLOSSEROVÁ, I. Seniorov začleňuje do každodenného života aktivizačná činnosť, *SOCIÁLNA PRÁCA*, 2004, roč. 02.
7. ZAREMBA, V., ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., KOTRBA, J. Oblíbené činnosti, radosti a starosti nejstarších seniorů (80 a více let), *GERIATRIA*, 2009, roč. 02.
8. ŽAKAVEC, J., VÍSNEROVÁ, L. Na prvním místě člověk, *DIAGNÓZA V OŠETŘOVATELSTVÍ*, 2012, roč. 05.

