

Využití aktivizačních činností v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory s mentálním postižením

Simona Fibichová

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Fibichová**
Osobní číslo: **H180206**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Využití aktivizačních činností v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti aktivizačních činností v pobytovém sociálním zařízení pro seniory.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

FERTAĽOVÁ, T. a I. ONDRIOVÁ. *Demence – nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada, 2020. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.

JANIŠ, K. a J. SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.

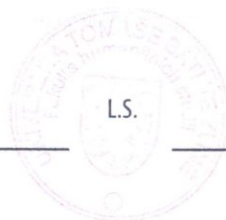
WONDERLIN, R. and G. M. LOTZE. *Creative Engagement. A Handbook of Activities for People with Dementia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2020. 232 p. ISBN 978-1421437293.

ZRUBÁKOVÁ, K. a I. BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada, 2019. 173 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá využitím aktivizačních činností v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory s mentálním postižením. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy spojené s touto problematikou v souladu se zákonem č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách. Praktická část práce je realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu za využití techniky dotazníku u zaměstnanců státní i nestátní sociální instituce pobytového sociálního zařízení pro seniory s mentálním postižením. Cílem práce je zjistit na základě subjektivního posouzení respondentů vliv nabízených aktivizačních činností na seniory s mentálním postižením v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Klíčová slova: stárnutí, aktivní stáří, senior s mentálním poškozením, sociální služby, pobytové zařízení pro seniory, aktivizace

ABSTRACT

The thesis deals with the utilization of activation activities in the residential care facilities for the elderly with mental impairment. In the theoretical part are defined the basic terms connected with the problematics in accordance with Act No. 108/2006 Coll., on social services. The practical part is realized using quantitative research utilizing survey for employees of both state and non-state social institution of the residential social facility for the elderly with mental impairment. The objective of the thesis is to subjectively assess and determine the influence of the offered activation activities on the seniors with mental impairment in residential facilities of social services.

Keywords: aging, active aging, senior with mental impairment, social services, residential social facility for the elderly, activation

Děkuji doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc., za její odborné vedení, vstřícnost, ochotu a cenné rady, které mi v průběhu zpracování bakalářské práce poskytla. Mé poděkování patří také personálu Domova pro seniory Sokolnice a Alzheimercentra Zlín za spolupráci při získávání údajů pro praktickou část bakalářské práce. Velké díky patří i mé rodině a přátelům za podporu při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	12
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	13
1.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ A VLIV NA SPOLEČNOST	15
1.4 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE PRO SENIORY	17
1.5 POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	18
1.6 ZÁKLADNÍ ČINNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SLUŽEB	19
2 DEMENCE	22
2.1 VYMEZENÍ POJMU A KLASIFIKACE DEMENCÍ.....	22
2.1.1 Diagnostika demence	24
2.1.2 Alzheimerova choroba	26
2.1.3 Vaskulární demence	27
2.2 PRŮBĚH A STADIA DEMENCE	28
3 AKTIVIZACE A AKTIVNÍ STÁRNUTÍ	30
3.1 VYMEZENÍ POJMU AKTIVIZACE.....	31
3.2 FORMY AKTIVIZACE	32
3.3 DRUHY AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ.....	33
3.4 METODY AKTIVIZACE VYUŽÍVANÉ PŘI PRÁCI SE SENIORY S DEMENCÍ.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 METODIKA VÝZKUMU	39
4.1 CÍLE VÝZKUMU	40
4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU	41
4.4 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	43
4.5 DISKUZE.....	58
4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
SEZNAM GRAFŮ	72
SEZNAM TABULEK	73
SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá využitím aktivizačních činností v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory s mentálním postižením. Téma bylo zvoleno z důvodu osobního zájmu autorky a zkušenostem získaným při studiu a práci v domově se zvláštním režimem. S narůstajícím věkem odchodu do důchodu roste i počet seniorů, o které se nemá kdo postarat. Buď totiž nemají děti, nebo jsou ještě pracovně aktivní. S touto skutečností narůstá důležitost úlohy státu v dané problematice. Péče o seniory patří mezi aktuální témata české společnosti a s tím i služby, které jsou seniorům poskytovány. Podle tvrzení Böhma, umírá u osob nejdříve duše a následně tělo, přičemž jako důvod uvádí, že péče není zaměřena na psychiku seniora, ale spíše se zaměřuje na tělo. (Böhm, 2004) V dnešní společnosti se lidé dožívají vyššího věku, jsou ale častěji multimorbidní a vyskytuje se u nich častěji také demence, a z tohoto důvodu není vhodné u nich jednat podle dřívějšího vzorce, kdy bylo podstatné poskytnout jídlo, teplo a čistotu. Dnes je potřeba dřívější vzorec posílit o rehabilitační a preventivní opatření. V budoucnosti je zapotřebí počítat s narůstající poptávkou po službách určených seniorům jak v ambulantní, terénní, tak i pobytové formě. Narůstat bude zároveň i zájem o specializované služby určené seniorům s demencí. (Procházková, 2019)

Cílem předložené práce je zjistit prostřednictvím kvantitativního výzkumu za využití techniky dotazníku vliv nabízených aktivizačních činností na seniory s mentálním postižením v pobytových zařízeních sociálních služeb. Bakalářská práce se zaměřuje na seniory s demencí, kteří jsou klienty domova se zvláštním režimem jak ve státní, tak v soukromé sféře.

Předkládaná práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, celkově obsahuje čtyři kapitoly. Teoretická část čerpá z odborné literatury. První kapitola se zabývá stárnutím a stářím; v kapitole je dále pojednáno o sociálních službách pro seniory a o základních činnostech, které podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, musí poskytovat. Druhá kapitola se zabývá vymezením pojmu a klasifikací demence, její diagnostikou, průběhem a stádií nemoci. Třetí kapitola vysvětluje aktivní stárnutí a aktivizaci, její formy, druhy a metody využívané při práci se seniory s demencí.

Poslední kapitolu tvoří praktická část bakalářské práce, v níž je obsažen vlastní výzkum, který je uskutečněn prostřednictvím kvantitativního výzkumu provedeného pomocí techniky dotazníkového šetření. Získaná data jsou prezentována v přehledných tabulkách a grafech. Součástí poslední kapitoly je diskuze na řešené téma a doporučení pro praxi, které vyplývá z výsledků z výzkumného kvantitativního výzkumu. Doporučení by mohla pomoci ke zlepšení poskytování aktivizačních činností v pobytových sociálních službách.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí je proces lidského života, jemuž se nedá vyhnout. Tento celoživotní biologický proces zakončuje stáří. Setkáváme se s mnoha definicemi stárnutí a stáří, a to hlavně v souvislosti se změnami ve společnosti. Žádnou z nich ale nemůžeme označit za dostatečně výstižnou. (Ondrušová a Krahulcová, 2019) Období stárnutí a stáří je všeobecně přijímáno a chápáno negativně, s obavami. „*Obecně jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, kontaktů s okolním prostředím, ztráty možnosti seberealizace. Obavy a očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti*“. (Malíková, 2020, s. 14)

Podle Pidrmana (2007), můžeme rozlišit tři stupně stárnutí:

- Úspěšné stárnutí, kdy jsou zachovány funkční schopnosti, poznávací schopnosti, výkonnost se dá porovnat ke střednímu věku.
- Normální stárnutí, tedy fyziologické změny u poznávacích a ostatních psychických schopností. U běžného stárnutí si člověk stěžuje na drobné zapomínání.
- Patologické stárnutí, zde je mírná porucha poznávacích schopností, jež souvisí s počátečními stadii demencí, do kterých pak přechází. (Pidrman, 2007)

Populace České republiky stárne a s tímto jevem se v současné době setkáváme v každé vyspělé zemi. V současné době se stárnoucími obyvatelům zvyšuje naděje na dožití, jež však nezaručuje dožití člověka v dobrém zdravotním stavu. U každého jedince je individuální to, jak svůj život dožije. Stárnoucí populace pro nás tedy znamená, že bude déle ekonomicky aktivní, ale zároveň se tím prodlužuje také její doba nesoběstačnosti. Pro společnost to znamená zvýšení nákladů ve zdravotnictví a sociálních službách. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

„*Stáří je výsledek stárnutí a představuje poslední etapu lidského života*“. (Mlýnková, 2011, s. 230) Podle Procházkové (2019), je stáří obdobím života, kdy ubývá výkonnosti u sociální, spirituální, fyzické a psychické složky člověka.

1.1 Periodizace stáří

Určit, kdy lze jedince považovat za seniora, není vůbec snadné. Důvodem jsou různé pohledy na stáří. V České republice běžně používáme pro označení seniora také pojmy geront, důchodce, dědeček nebo babička. (Janiš a Skopalová, 2016) Lidský věk dělíme podle různých hledisek. „*Užívané termíny ve vztahu ke stáří jsou kalendářní věk, biologický věk, funkční stav, sociální stáří, třetí a čtvrtý věk a také postproduktivní věk*“. (Ondrušová a Krahulcová, 2019, s. 18)

Lidský věk se v České republice nejčastěji dělí podle kalendářního věku, tzn. je určen datem narození. Kalendářní věk udává věk dohodnutý ve společnosti. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*) rozděluje stáří do tří období:

- 60–74 let – rané stáří (*senecence*),
- 75–89 let – vlastní stáří (*senium*),
- 90 a více let – dlouhověkost (*patriarchium*).

Stále častěji se v české společnosti setkáváme s dlouhověkostí, přičemž oproti dřívější době to již není nic neobvyklého. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

„*Biologický věk je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů.*“ (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 12)

Za vrcholné období života se považuje dosažení třicátého roku života, po tomto roce dochází k úbytku sil. (Příbyl, 2015) Nelze však žádnou definici biologického věku určit za správnou. Důvodem je neexistence přesných kritérií pro stanovení jeho začátku. Biologický věk se projevuje určitými změnami, jako je snížená výkonnost, změny v chování, chůzi, změny na postavě, změny na pokožce (vrásky), šedivění vlasů. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012) Ondrušová a Krahulcová (2019) tvrdí, že biologický věk popisuje celkový stav jedince, pokles zdraví a involuční změny.

Funkční stav oproti kalendářnímu věku ovlivňují vnější faktory. Jedná se tedy o souhrn funkčního potenciálu jedince. Funkční věk popisuje míru soběstačnosti nebo nesoběstačnosti. Dá se hodnotit podle testů k tomu určených. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

Sociální stáří bývá označení pro období, kdy člověku nastává nárok na penzi. U sociálního stáří se setkáváme s určitými změnami. Mezi ně patří sociální změny, změny postojů, potřeb a životní úrovně. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012) Se sociálním stářím souvisí sociální události. (Příbyl, 2015)

Postprodukční věk souvisí s ekonomickou aktivitou, tedy konkrétně s dobou, kdy člověk odchází do penze.

Za třetí věk se označuje období, kdy je člověk soběstačný, aktivní a má možnost rozvíjet svoji osobnost.

Čtvrtý věk je typický obdobím nesoběstačnosti, kdy je člověk závislý na pomoci druhé osoby. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

1.2 Změny ve stáří

Z pohledu medicíny se změnami ve stáří zabývá specializovaný obor Geriatrie. V čele jejího zájmu je funkční a zdravotní stav ve stáří. V České republice vznikl jako samostatný vědní obor v roce 1983. Kromě geriatrie medicínské je dobré zmínit i geriatrii sociální, jež se zaměřuje na sociální souvislosti. (Holmerová a kol., 2014)

U seniorů se setkáváme s častějším výskytem závažnějších chorob, není však nutně pravidlem, že každý starší člověk musí být nemocný. Stáří se pojí s několika fyzickými, sociálními a psychickými změnami, tyto jsou pak zcela individuální. (Janiš a Skopalová, 2016)

U seniorů se nezdá se setkáváme s tzv. řetězením chorob. Znamená to, že původní onemocnění vyvolá další. „*Typickým příkladem z praxe je imobilita (ztráta schopnosti pohybu), která je doprovázena např. vznikem dekubitů či rychlejším snížením svalové síly.*“ (Mlýnková, 2011, s. 15) Seniorská populace je typická vyšší celkovou morbiditou (tzv. polymorbidita), především výskytem degenerativních a chronických nemocí. S vyšším věkem je snášení nemoci náročnější, onemocnění také bývají častěji závažnější, prognóza je spíše nepříznivá, prodlužuje se doba léčby, může následně nastat ztráta soběstačnosti nebo úmrtí. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012)

U seniorské populace se setkáváme s komplikacemi a změnami zdravotního stavu, které spolu souvisí a s jejichž výskytem se setkáváme u většího počtu osob. Pro takové stavy se užívá název tzv. „geriatrický syndrom“. Geriatrické syndromy rozlišujeme na psychické, somatické a sociální.

Mezi geriatrické psychické syndromy, jak uvádí Topinková (2005), patří deprese, poruchy chování, delirium, adaptace a demence. K somatickým geriatrickým syndromům řadí problémy s rovnováhou, které vedou k pádům a úrazům, poruchy chůze a pohyblivosti, poruchy příjmu tekutin a potravy, inkontinenci a dekubity. Sociální geriatrické syndromy jsou, podle výše uvedené autorky, týrání nebo zneužívání, sociální izolace, závislost na pomoci druhé osoby, nesoběstačnost. Mezi další geriatrické syndromy lze řadit syndrom deliria, syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří, syndrom dehydratace, syndrom hypomobility, dehydratace a svalové slabosti, syndrom malnutrice a anorexie, syndrom inkontinence, imobilizační syndrom, syndrom terminální geriatrické deteriorace, syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace, syndrom nestability a pádů, syndrom psychické alterace, syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu. (Kalvach a kol., 2008)

Venglářová (2007) dělí změny ve stáří na tělesné, psychické a sociální.

Tělesné změny

Jako tělesné změny jsou označovány změny vzhledu, termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů, úbytek svalové hmoty, změny vylučování moči a stolice, změny sexuální aktivity, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému. (Venglářová, 2007) Tělesné změny lze označit jako tzv. fenotyp stáří. Jedná se o tělesné projevy, kterými se odlišují starší lidé od dospělých. (Dvořáčková, 2012) Tělesné změny probíhají u každého jedince individuálně, mají jinou rychlost a intenzitu. Tyto změny souvisí s výskytem nemocí obvyklých pro toto životní období. (Malíková, 2020) Změny u seniorů se týkají převážně všech orgánových soustav a jednotlivých orgánů. Nejvíce je možné si povšimnout změn u pohybového systému a na kůži. Dále se vyskytují také v rámci respiračního systému, nervového, pohlavně vylučovacího, trávicího, kardiovaskulárního systému, smyslového vnímání a spánku. (Mlýnková, 2011) Mezi základní projevy stárnutí jistě patří např. šedivění vlasů, snížení elasticity tkání a orgánů, atrofie u orgánů, narůstání tělesného tuku v těle, snížení výkonnosti endokrinních žláz, zmenšení postavy vlivem zmenšení prostoru meziobratlových plotének, poruchy spánku, snížení výkonnosti u smyslových orgánů, zvýšená křehkost a lámavost kostí, snížená vitální kapacita plic. (Malíková, 2020) S tělesnými změnami souvisí tzv. fyzická křehkost. U seniorů je jakýkoliv pád nebezpečný právě ze zmíněného důvodu. Pád může zapříčinit komplikace, načež se z něj může vyvinout až imobilizační syndrom. Z toho důvodu je vždy lepší pádu předcházet. (Mlýnková, 2011)

Psychické změny

Mezi psychické změny patří zhoršení paměti, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, emoční labilita, zhoršení úsudku, změny vnímání, obtížnější osvojování nového, sugestibilita. (Venglářová, 2007) U paměti lze pozorovat zhoršení schopnosti zapamatování si nových informací, zatímco informace z minulosti zůstávají většinou uchovány. S vyšším věkem dochází také k poklesu inteligence. (Langmeier a Krejčířová, 2006) U seniorů se mění oblast zájmů a potřeby k dosažení uspokojení, dochází k přehodnocení životních hodnot, vzniká zároveň tendence bilancovat nad vlastním prožitým životem. (Jarošová, 2006) K závažnějším případům úbytku kognitivních funkcí patří demence. Ta se vyskytuje častěji s vyšším věkem a změny pak nastávají v oblasti chování a také vnímání. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012)

Sociální změny

Mezi sociální změny patří odchod do důchodu, stěhování, ztráta blízkých, finanční potíže, osamělost, změna životního stylu. (Venglářová, 2007) Období odchodu do důchodu je pro seniora náročné, dochází u něj ke změně vnímání, prožívání a chování. (Dvořáčková, 2012) K náročnějším životním situacím patří také osamostatnění dětí. Je potřeba si zvyknout na život v domácnosti bez dětí. Seniori se musí přizpůsobit svým novým finančním možnostem, které bývají výrazně omezené. Je potřeba si uvědomit, že si senior většinou již nemůže dovolit tolik jako v období, kdy pracoval. Období stáří se pojí i s výskytem nemocí, které následně mohou bránit při výkonu běžných činností. S tím souvisí nesoběstačnost a závislost na druhé osobě. (Mlýnková, 2011)

1.3 Sociální aspekty stárnutí a vliv na společnost

Ve 21. století se potýkáme se stárnutím populace, přičemž se jedná o významný celosvětový problém, který je zapotřebí konkrétně v české společnosti řešit. Vzniká nutnost přizpůsobit systém třem podstatným změnám. Zvyšuje se totiž podíl aktivních seniorů. Ti vyhledávají nové společenské příležitosti. Zároveň však narůstá počet seniorů, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby a potřebují zajistit sociální a zdravotní péči, což zvyšuje ekonomickou zátěž pro společnost. Je také třeba zmínit náročnou hospodářskou, ekonomickou, organizační, technologickou a sociální zátěž spojenou se stárnutím obyvatel. (Vaarma a kol., 2007)

Ekonomické důsledky plynoucí ze stárnutí obyvatel se týkají celé společnosti. Ekonomicky aktivní občané musí zajistit uspokojení nejen svých životních potřeb, ale také osob ekonomicky neaktivních. Se stárnutím souvisí tzv. „stříbrná ekonomika“ (*silver economy*), jež se orientuje na produkty, technologie a služby, o které mají zájem senioři. (Ondrušová a Krahulcová, 2020)

„Máme-li se zabývat stárnutím obyvatelstva, musíme si uvědomit, že se zabýváme lidmi, kteří převážně pracovali ve 20. století, ale do důchodu jdou v 21. století. Společenské a ekonomické poměry 21. století se výrazně liší od poměrů a ekonomiky století předchozího.“ (Tomeš, Šámalová a kol., 2017, s. 32) Se změnami společnosti po roce 1989 se mění i role v období stárnutí. Současné trendy jednoho nebo žádného dítěte v rodině, nesezdané páry, osamělí rodiče, to vše bude do budoucna ovlivňovat počet seniorů, kteří budou potřebovat pomoc od státu. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012) Proti počátku 20. století se prodloužila délka života člověka o 30 let a změnila se také kvalita jeho života. Senioři jsou nyní mimo jiné vzdělanější. (Sak a Kolesárová, 2012)

Stáří a stav společnosti spolu souvisí. Způsob, jakým stárneme a jak vnímá naše společnost stáří a stárnutí, tvoří obraz společnosti. (Sak a Kolesárová, 2012) *„Aktuální demografické charakteristiky České republiky jsou nízká porodnost, prodlužující se střední délka života, zvyšování absolutního počtu starých osob (počet obyvatel starších 65 let přesáhl v roce 2017 hranici dvou milionů) a demografické stárnutí populace.“* (Ondrušová a Krahulcová, 2020, s. 20)

Prodlužující se délka života ovlivňuje jak samotné seniory, tak i společnost. (Sak a Kolesárová, 2012) Moderní technologie užívané v medicíně ovlivňují zdravotní stav seniorů a také jejich funkční stav. V moderní společnosti se mění také jejich postavení v rodině a vzniká potřeba jejich zaměstnání. Na zmiňované faktory je třeba nahlížet při řešení otázek seniorské populace. Společnost musí řešit mezigenerační solidaritu, oblast medicíny, penzijní systém a sociální služby pro seniory. Podle demografických předpokladů, by v roce 2050 v české společnosti mohla být 1/3 obyvatelstva zastoupena osobami staršími 65 let. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012)

1.4 Služby sociální péče pro seniory

V České republice jsou poskytovány sociální služby, které se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Se zákonem o sociálních službách se pojí vyhláška č. 505/2006 Sb., která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Pro jednotlivé druhy problémů, se kterými se lidé potýkají, zákon o sociálních službách definuje druhy sociálních služeb určených k jejich řešení. Mezi druhy sociálních služeb patří: sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence. Sociální služby se dělí na tři základní formy, a to na ambulantní, terénní a pobytové služby. (Malíková, 2020) „*Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb. Znamená to, že pokud zabezpečují podporu a pomoc člověku rodinní příslušníci či jiné blízké osoby, nepovažuje se tato činnost za poskytování sociální služby. Stejně tak se nepovažuje za sociální službu činnost, kterou poskytuje osobě subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb*“.

(Arnoldová, 2016, s. 19)

Sociální služby pro seniory jsou určeny těm jedincům, kteří si z důvodu vlastního zdravotního stavu a věku nejsou schopni zajistit odpovídající péči o svoji osobu v oblasti stravování, bydlení, péče o domácnost, hygieny, prosazování svých zájmů a práv. Mezi cíle sociálních služeb řadíme: udržení stávající soběstačnosti, zachování předešlého životního stylu, omezení zdravotních a sociálních rizik, které se odvíjí od způsobu života uživatelů. Při poskytování sociálních služeb je kladen důraz na zachování lidské důstojnosti, individuální potřeby, socializaci a aktivní přístup. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

Ambulantní služby

Tyto služby poskytují specializovaná zařízení, kam se klient musí sám dostavit. Jako příklad lze uvést denní stacionář, který navštěvují klienti se sníženou soběstačností. V denním stacionáři jsou realizovány aktivizační programy a sociálně terapeutické činnosti.

Terénní služby

Terénní služby jsou poskytovány v domácnosti klienta. Nejvíce využívanou službou je pečovatelská služba. Za klientem v takovém případě přichází pečovatel, který pomáhá klientovi v péči o jeho osobu a domácnost. Pečovatel může také zajišťovat stravu a kontakt se společenským prostředím.

Pobytové sociální služby

Pobytové sociální služby poskytují ubytování v zařízeních sociálních služeb. Jako příklad je možné zmínit domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře a sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

1.5 Pobytové zařízení pro seniory

Nejčastějším přáním seniorů je zestárnout a také dožít v domácím prostředí. Bohužel toto přání není vždy možné splnit. V domácím prostředí se senior cítí bezpečně a jistě. Péči o stárnoucí rodiče v domácím prostředí ale nejsou jejich děti často schopné zajistit. Mezi překážky, jež jim brání v péči o své rodiče, patří např. vyčerpání a únava při takové péči, nevyhovující bydlení, jejich zaměstnanost, povinnosti ke své rodině. (Mlýnková, 2011) Kvůli těmto překážkám volí rodina často institucionální péči v pobytovém zařízení. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Zřizovateli pobytových sociálních služeb jsou u nás z 85,0 % kraje a obce. Mezi jejich další zřizovatele patří nestátní neziskové organizace, např. občanská sdružení a církve. (Malíková, 2020)

V pobytových zařízeních, jako jsou domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, je poskytována tzv. dlouhodobá péče. Dlouhodobou péči definujeme jako „*spektrum služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, zpravidla fyzickou anebo kognitivní, kteří jsou v důsledku toho závislí po protrahovanou dobu na pomoc v základních aktivitách denního života*“. (Holmerová a kol., 2014, s. 32)

Dlouhodobá péče zabezpečuje následující oblasti:

- Sociální, kdy zařízení zprostředkovává kontakt se sociálním prostředím.
- Pomoc u běžných denních aktivit, jako jsou osobní hygiena, oblékání a svlékání.
- Zdravotní péče, v jejímž rámci jsou podávány léky, probíhá rehabilitace a jsou prováděny základní zdravotnické úkony. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012)

K typickým pobytovým zařízením pro seniory patří domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ukládá poskytovatelům povinnost dodržovat několik základních podmínek, mezi něž patří zajištění dostupnosti informací o místě, druhu, cílech a okruhu osob, kterým je služba poskytována, informovanost o kapacitě a způsobu poskytování dané služby, a to srozumitelnou formou. Dále mají navázat kontakt se zájemcem o službu a informovat ho o povinnostech vyplývajících z podepsání smlouvy s konkrétním zařízením, o způsobu úhrady a poskytování sociálních služeb. Poskytovatel je také povinen vést evidenci zájemců o sociální službu, umožnit naplnění zájmů a práv klientů, dodržovat standardy a naplánovat služby podle individuálních potřeb uživatelů. Další podmínky jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách. Předpokladem přijetí žadatele o službu je snížená soběstačnost v takovém rozsahu, že takový jedinec potřebuje pravidelnou péči druhé osoby.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Jedná se o typ pobytové sociální služby, v jejímž rámci je poskytována péče celoročně. Klienti této služby mají sníženou soběstačnost a je u nich potřebná pravidelná pomoc s komplexní péčí. Pobyt v jejich přirozeném sociálním prostředí už nadále není možný. V nabídce služeb jsou aktivizační, výchovné a sociálně terapeutické činnosti. (Malíková, 2020)

Domov pro seniory

Tento typ zařízení se řadí mezi pobytové služby s celoročním provozem. Zde je zajištěna péče pro seniory, kteří už nezvládají žít v domácím prostředí a vyžadují celkovou péči od druhé osoby. (Mlýnková, 2011) Péče je realizována dle individuálních potřeb. Klientům jsou poskytovány služby nasmlouvané při sepsání smlouvy se zařízením. (Haškovcová, 2012)

Domov se zvláštním režimem

Jde o typ pobytové sociální služby určené pro klienty, kteří mají závažné duševní onemocnění a potřebují péči druhé osoby. Klienty této služby bývají často nemocní s demencí a Alzheimerovou chorobou. (Haškovcová, 2012) Toto zařízení upravuje režim dne tak, aby odpovídal specifickým potřebám klientů. (Malíková, 2020)

1.6 Základní činnosti při poskytování pobytových služeb

„Každý poskytovatel sociální služby je povinen dodržet rozsah služeb stanovený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro konkrétní druh poskytované služby a odpovídající typu zařízení. Podle § 49, dílu 3, odst. (1) jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové

služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“. (Malíková, 2020, s. 110)

Jako základní činnost u všech druhů sociálních služeb je považováno sociální poradenství. Zákon ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost tuto základní činnost zajistit. Klientovi jsou poskytovány potřebné informace nebo jsou zprostředkovávány navazující služby. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

Mezi základní činnosti, které musí poskytovatel sociální služby nabízet, patří:

Poskytnutí ubytování

Tato služba zahrnuje úklid, trvalé ubytování spojené s praním, žehlením osobního a ložního prádla klienta. Klientům by měl být zajištěn útulný pokoj s potřebným vybavením (noční stolek, polohovací lůžko, jídelní stůl se židlemi, šatní skříň, signalizační zařízení u lůžka klienta, vlastní sociální zařízení).

Poskytnutí stravy

Poskytovatel zajišťuje celodenní stravu, přičemž musí brát ohled na věk, zdravotní stav a onemocnění klienta. Klientovi je poskytována strava pětkrát denně, diabetikovi šestkrát. Součástí poskytování stravy je i péče o pitný režim klienta.

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu

V rámci pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu je klientům poskytnuta pomoc při oblékání a svlékání, dopomoc v oblasti mobility, do níž spadá vstávání a ulehnutí na lůžko, přesun z lůžka na vozík. Imobilní klienti jsou pravidelně polohováni podle polohovacího plánu. Dezorientovaným klientům pomáhá personál s prostorovou orientací.

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Klientům je poskytována celková hygienická péče, do níž patří: péče o tělo, vlasy, vousy, vyprazdňování, nehty, dutinu ústní. Jednoduchá ranní a večerní hygiena je poskytována klientům každý den, velká hygiena celého těla jednou za týden.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Poskytovatel podporuje klienty a poskytuje jim pomoc při udržování sociálních kontaktů s rodinou a přáteli. Snaží se v maximální možné míře podpořit začlenění klienta do sociálního prostředí a pravidelně mu nabízí možnost účastnit se společenských akcí pořádaných zařízením.

Sociálně terapeutické činnosti

Sociálně terapeutické činnosti jsou potřebné pro udržení a k rozvoji sociálních schopností a dovedností. Správně zvolené komunikační techniky pomáhají k dosažení dobrých výsledků u terapeutických činností. Klientovi je nabízena možnost psychoterapie a socioterapie pomáhající klientovi k sociálnímu začlenění.

Aktivizační činnosti

Aktivizační činnosti mají za úkol vyplnit volný čas seniorů. Napomáhají ke zlepšování psychických, sociálních a motorických dovedností klienta. Uplatňuje se zde koncept bazální stimulace.

Pomoc při upevňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Pomoc bývá poskytována podle individuálních potřeb klienta. S klientem je v takovém případě navázána komunikace, která by měla vést k zachování jeho práv. (Malíková, 2020)

2 DEMENCE

V dnešní společnosti narůstá počet osob s demencí žijících jak v domácím prostředí, tak i v institucionálním zařízení. (Hauke a kol., 2017) Demence je v české společnosti rozšířeným jevem a je tak zapotřebí tuto skutečnost řešit. Podle *Alzheimer Europe*, je po celém světě přes 44 miliónů lidí s demencí. V roce 2030 by se tento počet mohl zvýšit dokonce na 76 miliónů. Odhad pro rok 2050 je pak 135 miliónů lidí s demencí. (Česká alzheimerovská společnost, 2015)

„Na jedné straně se lidé dožívají vyššího věku i díky životním podmínkám a moderní medicíně, která si poradí s nemocemi, na něž dříve lidé běžně umírali, na druhé straně s sebou právě vysoký věk nese rizika multimorbidity, zvyšující se závislosti na druhých osobách a nepochybně také riziko vzniku demence.“ (Hauke a kol., 2017, s. 13) Ještě nedávno se demence považovala za nevléčitelnou. Nyní se díky včasnému zahájení léčby daří zpomalit a oddálit její těžká stadia. Demence představuje problém, který se projevuje ve zdravotnictví a také v socioekonomické oblasti. Důsledky demence ovlivňují samotného pacienta a také jeho rodinné příslušníky. K důsledkům vyplývajícím z demence patří předčasné úmrtí a zhoršená kvalita života, na níž se podílí disabilita. (Štěpánková, Höschl, Vidovicová a kol., 2014)

Organizací zabývajících se demencí u nás je Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. Tato organizace vznikla v roce 1997, kdy u jejího počátku byli profesionálové z řad lékařů, gerontologů, sociálních pracovníků a také rodinní příslušníci nemocných. Cílem této organizace je pomoci lidem s demencí a také těm, kteří pečují o osoby s demencí. Česká alzheimerovská společnost nabízí dvě sociální služby. Poskytuje poradenství určené pro osoby trpící demencí a také pro jejich rodinné příslušníky. Kromě poradenství nabízí také odlehčovací službu v domácím prostředí. (Česká alzheimerovská společnost, 2015)

2.1 Vymezení pojmu a klasifikace demencí

Podle Pidrmána (2007), je demence syndrom, přičemž důvodem jeho vzniku je onemocnění mozku. Nejčastěji má chronický či progresivní charakter. Narušeny bývají vyšší korové funkce, paměť, orientace, myšlení, schopnost řeči, úsudek a učení, není přitom narušené vědomí. Vlivem narušení funkcí dochází ke zhoršení kontroly emocí, změně motivace nebo sociálního chování.

Termín demence se skládá ze dvou latinských slov (*de-bez, mens-mysl*), jež lze doslovně přeložit jako bez mysli (Vavrušová, 2012). Vlivem difuzního poškození mozku vzniká

syndrom demence. Dochází k postupnému rozvíjení poruch orientace, paměti, intelektu, myšlení, sociálních funkcí a emocí. Tyto změny doprovází v různé míře ostatní psychopatologické projevy. U syndromu lze pozorovat pozvolné postižení. Vliv má především velikost postižení mozkové hmoty. Při náhlém poškození mozku dochází k rozvoji syndromu demence rychleji. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015)

Mimo postižení kognitivních funkcí bývají postiženy i další funkce, poněvadž jsou mezi sebou navzájem propojeny. Mezi funkce, kterých se postižení týká, podle Jiráka, Holmerové a Borzové (2009) patří:

- Funkce kognitivní.
- Aktivity denního života.
- Poruchy emocí, chování a spánku. Souhrn poruch těchto funkcí nazýváme psychologickými a behaviorálními příznaky demence.

V případě velkého postižení uvedených funkcí a jeho neslučitelnost s běžnými životními aktivitami, ztrácí postižený jedinec soběstačnost a stává se závislým na pomoci druhé osoby. Vyžaduje dále péči od nemocnice, rodiny nebo ústavního zařízení sociální péče. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009)

„Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta“. (Pidrman, 2007, s. 9)

Za příčiny způsobující demenci se považují neurodegenerativní změny, metabolické a výživové faktory, poruchy cévního zásobení mozku, nedostatek vitamínů a poruchy jejich příjmu. K dalším příčinám patří endokrinní poruchy, příkladem je Cushingův syndrom, intoxikace drogami, alkoholem, těžkými kovy, nádory, úrazy hlavy, krvácení a behaviorální poruchy. (Ondriášová, 2005)

Demenci je možno klasifikovat podle příčin do dvou skupin:

- Demence s atroficko-degenerativním podkladem.
- Demence symptomatické (sekundární), podkladem je celkové onemocnění, intoxikace, úrazy, infekce, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a další poruchy postihující mozek (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009).

Klasifikace, podle Mezinárodní klasifikace nemocí (11. revize, 2018), nejčastěji užívaná v klinické praxi, dělí demenci na základě etiologie a klinického obrazu do diagnostické skupiny F00-09 Organické duševní poruchy a symptomatické. Porucha funkce mozku je buď primární, například vlivem nemoci, poranění, poškození, které postihuje přímo mozek, nebo

sekundární, tj. způsobená systémovými nemocemi a poruchami, přičemž mozek je jen jedním z postižených orgánů.

Primární degenerativní demence je dělena dále na:

- Alzheimerovu chorobu, nejčastěji se vyskytující, přibližně 60,0 % demencí.
- Demenci s Lewyho tělísek.
- Demenci fronto-temporální.

Nejčastěji se vyskytující sekundární a smíšené demence:

- Vaskulární demence, přibližně 20,0 % nemocí.
- Demence metabolické.
- Demence při Parkinsonově nemoci.
- Demence toxické.
- Demence při Pickově nemoci.
- Demence při Huntingtonově nemoci. (Kučerová, 2006)

2.1.1 Diagnostika demence

Demenci není vždy snadné určit, dá se totiž zaměnit i s jinými duševními poruchami. Zjistit příčinu demence je proto poměrně náročné. I přes častý výskyt dochází u diagnostiky k mnoha chybám, načež nebývá výjimkou pozdní či špatná diagnóza. (Fertal'ová a Ondriová, 2020)

„Správná a časná diagnostika při určování demence je důležitá. V diagnostice demencí jsou důležité i různé zobrazovací metody a psychologická vyšetření. Velmi důležitá je i osobní anamnéza vyšetřovaného“. (Svobodová, 2016, s. 20) Z anamnézy by mělo být možné zjistit, jak onemocnění vzniklo, jaký byl jeho průběh, jaké příznaky jej doprovázely. Mezi další informace, které by měla obsahovat anamnéza, patří např. informace, do jaké míry nemoc ovlivnila život pacienta, názvy užívaných léků, které další nemoci prodělal a také ty, jež se vyskytují v jeho rodinné anamnéze. Pouhá anamnéza je podstatná v rozpoznání demence od deliria. (Hauke a kol., 2017) *„Špatně stanovená diagnóza může vést k terapeutickému nihilismu a podceňování stávajících možností léčby i u dalších pacientů“.* (Franková, 2016, s. 140)

Mezi možné chyby při diagnostice patří subjektivní faktory ze strany pacienta či chybné stereotypy lékaře:

- Pacient a jeho okolí si nepřipouští poruchu paměti.

- Sociálně přijatelné chování překrývá kognitivní poruchu.
- Vyskytující se poruchy jsou přisuzovány stárnutí.
- Lékař diskriminuje věk pacientů. (Bednařík a kol., 2010)

K diagnostice demence pomáhá orientační vyšetření poznávacích funkcí. U demence se testují neurologicko-psychiatrické funkce, které bývají právě u tohoto onemocnění narušeny:

- Všechny formy paměti;
- Schopnost řeči;
- Poznávací funkce;
- Tzv. vizuospeciální funkce a praxe (schopnost orientace v prostoru, schopnost obsluhovat elektroniku);
- Tzv. výkonné funkce (změny osobnosti a chování, plánování a dokončení činnosti).

Jednotlivé složky poznávacích funkcí u pacientů testuje psycholog, psychiatr nebo neurolog společně s pacientem. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009)

„Důležitou součástí diagnostiky je i testování složek paměti. Lékař se ptá na nedávné události, ale i na události z dřívějšíka. Testuje se porozumění významu slov a vědomosti. Jednoduchými otázkami se zjišťuje časová a prostorová orientace. Zaznamenají se objektivní informace o změnách chování od rodinných příslušníků“. (Ševčíková, 2017, s. 23)

Ke klinicky nejpoužívanějším testům patří tzv. MMSE (*Mini Mental State Examination*). Podle tohoto testu se nastavuje farmakoterapie tzv. kognitiviv (léky, které zlepšují kognitivní funkce. (Hauke a kol., 2017) MMSE (*Mini Mental State Examination*) testuje plnění úkolů, opakování vět, překreslování obrázků, počítání, schopnost zapamatování si tří slov, orientace časem, místem, osobou, poznávání či pojmenování předmětu. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009) U tohoto testu jsou však známy mnohé nevýhody, a proto se čím dál častěji používá tzv. Montrealský kognitivní test MoCA. Dalším testem, který se využívá, je tzv. test hodin neboli *Clock Test*. Jedná se o jednoduchý test, při němž je nakreslen kruh o poloměru přibližně 10 cm, načež je vyšetřovaný požádán, aby do něj zakreslil hodiny. U tohoto testu je pozorováno, jak vyšetřovaný nakreslil kruh, zaznačil ručičky, rozložení čísel. (Hauke a kol., 2017) Mezi další testy využívané pro diagnostiku patří Weslerova škála paměti, která ukazuje, jaké úrovně diagnostikovaný dosahuje v oblasti slovní a zrakové paměti. Stroopův test pak pozoruje míru pozornosti a adaptace na zátěž. U testu řečové plynulosti je hodnocena pružnost, pohotovost a slovní paměť. (Ševčíková, 2017)

2.1.2 Alzheimerova choroba

Prvním člověkem, kdo toto onemocnění popsal, byl Alois Alzheimer, a to v roce 1906. Alzheimerova nemoc je závažné chronické a prohlubující se onemocnění, které se postupně zhoršuje. U této nemoci je typické, že první příznaky pozná nejdříve okolí a teprve potom si je uvědomí sám pacient. (Zvěřinová, 2017) „*Nejdříve se objevují poruchy paměti ve všítipivosti, dochází k narušení novopaměti, poněkud se zvýrazňuje staropaměť. Z poruch paměti vyplývá i porucha orientace, která je nejvíce narušena ve směru alopsychickém, orientace autopsychická je dlouhodobě zachována*“. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 188) Alzheimerova choroba bývá spojována s poruchami řeči, ty jsou podstatné pro stanovení diagnózy, ale i tak se tento příznak často přehlídí pod vlivem výraznějšího postižení paměti. (Žigová, 2011)

Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý, plíživý začátek. U pacienta nastávají rychlé poruchy soudnosti, časoprostorové poruchy orientace, celkově klesají kognitivní funkce a postupně upadá osobnost nemocného. (Jirák, 2008) U Alzheimerovy nemoci postupně dochází také ke zhoršení intelektu. Nemocní nemohou už nadále vykonávat své zaměstnání, v průběhu nemoci ztrácí schopnost zajistit i běžné denní činnosti. (Höschl, Švestka a Libinger, 2004) V terminálním stadiu je nemocný závislý na pomoci druhé osoby. Často se u tohoto onemocnění také vyskytují poruchy nekognitivních funkcí, jako jsou například poruchy emotivity, chování, cyklu spánku a bdění. Poruchy mohou být spojené s agresivitou, avšak není to podmínkou. Často se nemocný bez cíle toulá či bezdůvodně odchází z domu. (Vavrušová, 2012)

„*Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou syndromu demence, v čisté formě či ve formě smíšené (nejčastěji s vaskulárními poruchami) je zodpovědná asi za dvě třetiny všech případů demence*“. (Hauke a kol., 2017, s. 33) Alzheimerova demence patří mezi neurodegenerativní a progresivní nemoci, u nichž se pomocí zobrazovacích metod prokazuje atrofie mozkové kůry a dalších částí mozku. (Vágnerová, 2007)

Ve vyspělých zemích se hojně setkáváme právě se zmiňovanou Alzheimerovou nemocí. Tato skutečnost činí problémy v systému zdravotní péče jak v České republice, tak i ve světě. (Fertařová a Ondriová, 2020)

Mezi rizikové faktory, které zvyšují riziko vzniku Alzheimerovy choroby, patří genetické faktory, věk, trauma, opakované poranění hlavy, nižší vzdělání a pohlaví. Větší výskyt demence pozorujeme u žen. Mezi rizikové jedince patří lidé se srdeční chorobou, vysokou

hladinou cholesterolu, obezitou a kuřáci. Velkou roli hraje i nedostatek spánku, alkohol, diabetes mellitus, pohyb, deprese, stres, pesimismus a vysoká míra úzkosti. (Pidrman, 2007)

Alzheimerova choroba ovlivňuje nejen život nemocného, ale nemálo také život jeho rodiny a pečujících osob. Přináší obrovskou zátěž a ničí kvalitu života. (Vavrušová, 2012) Toto onemocnění patří mezi nevyлéčitelná a může postihnout kohokoli, není tedy limitováno pohlavím, etnickou skupinou, sociální vrstvou nebo místem bydliště. (Svobodová, 2016)

Alzheimerovu chorobu dělíme na dvě formy. První z nich je Alzheimerova choroba s brzkým nástupem, tzv. preseniální forma, ta začíná před 65. rokem života. Druhou formou této nemoci je Alzheimerova choroba s pozdním nástupem, tzv. senilní, jejíž projevy se začínají objevovat po 65. roce života. (Höschl, Švestka a Libinger, 2004)

2.1.3 Vaskulární demence

Vaskulární demence patří mezi druhý nejčastější typ demence. Ze všech demencí tvoří deset až dvacet pět procent právě vaskulární. (Kučerová, 2006) Vaskulární demence vzniká vlivem poškození mozkové tkáně. Jedná se převážně o mozkové infarkty, tedy odumření určité části mozkové tkáně. Část mozku nebyla prokrvena, a to z důvodu uzávěry vyživující tepny. Nejčastějším důvodem vzniku demence jsou drobné mnohočetné mozkové infarkty, občas tzv. mikroinfarkty. Může také vzniknout na podkladě jednoho rozsáhlého mozkového infarktu, a to v oblastech, které jsou důležité pro mozek. (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009) K zabránění mozkových infarktů se využívá antiagregační terapie, která je považována za podstatnou při prevenci. (Šutovský a kol., 2012)

U hospitalizovaných pacientů z důvodu prvního ischemického ataku stoupá možnost diagnostiky vaskulární demence ve stejném roce až pětkrát. (Rusina a Matej, 2007) „Objevuje se po 50. roce věku, ale v některých případech se může vyskytnout i dříve. Porucha vzniká pozvolna, obvykle jí předchází pseudoneurastické stadium, ale je možný vývoj i bez tohoto přechodného období“. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 187) Vaskulární demenci je možné předcházet, a to léčbou rizikových faktorů, mezi něž patří: diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze, ateroskleróza, fibrilace síní, konzumace alkoholu, kouření a nadváha. (Kučerová, 2006)

„Samotný syndrom vaskulární demence často provází emoční labilita, střídání emocí, častá bývá i depresivita, zhoršení motivace, zhoršená je celková duševní kondice (neurastenie)“. (Hauke a kol., 2017, s. 35) Nemocnému vaskulární demencí zůstává relativně zachována osobnost, resp. mimo společenské vystupování a projevy nemoci. Pro vaskulární demenci je

typický náhlý a rychlý vznik, čímž se odlišuje vaskulární demence od Alzheimerovy choroby. (Höschl, Švestka a Libinger, 2004)

Vaskulární demenci dělíme podle místa postižení na multiinfarktovou a podkorovou vaskulární demenci a vaskulární demenci s náhlým začátkem. (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009) Multiinfarktová demence je přitom nejčastější formou vaskulární demence. (Ondriášová, 2005)

2.2 Průběh a stadia demence

Prvotní příznaky nemoci nemusí nejbližší okolí zpozorovat, důvodem je pomalá postupná progresse. Onemocnění se objevuje často ve vyšším věku, a z tohoto důvodu je připisováno přirozenému stárnutí dotyčné osoby. (Bartko a kol., 2008)

Na počátku demence je typické bezpříznakové stádium, to může trvat i několik let, poněvadž příznaky bývají ukryté pro využívání rezerv a kompenzačních mechanismů. Jak nemoc postupuje, dojde k vyčerpání rezerv a vlivem toho se objevují prvotní kognitivní poruchy, snižuje se funkční výkonnost, což si začíná uvědomovat sám pacient i jeho blízké okolí. Začíná tak postupná ztráta soběstačnosti, rozpad základních sociálních vazeb a osobnostních rysů jedince. U jednotlivých stadií nemoci narůstá postižení paměti a míra nesoběstačnosti, z toho plyne nárůst nároků na sociální a zdravotnické zařízení. (Bednařík a kol., 2010)

Demence se dělí podle závažnosti do tří stupňů, na tzv. lehké, střední a těžké stadium.

Lehké stadium demence probíhá většinou po dobu 1–4 let od začátku onemocnění. Projevuje se poruchou krátkodobé paměti a poruchou přijímání nových informací, starší údaje se přitom většinou dobře vybavují. (Nevšimalová a kol., 2005) Schopnost přiměřeného verbálního vyjadřování je zachována, ale nemocný si hůře vybavuje některá slova a má potíže porozumět složitějším příběhům. Nelze se už spolehnout na správnost odpovědi nemocného jedince. Soběstačnost a stereotypy jedince jsou většinou zachovány. Objevuje se tendence k sociální izolaci a postupnému ztracení společenských dovedností, to vede k depresi. Z obav ze selhání se snaží postižený jedinec zodpovědnost přenést na druhé. Pečující osoba si uvědomuje skutečnost, že se něco u nemocného děje. Dotyčný je schopný i nadále žít doma, ale potřebuje kontrolu od druhé osoby. (Hauke a kol., 2017)

Střední stadium demence se objevuje za 2–10 let od začátku onemocnění. Projevuje se významnou poruchou paměti, nové informace se již těžko uchovávají. Pacient má problémy vybavit si své datum narození, místo bydliště, činnosti, které daný den dělal, nepozná ani známé prostředí. Nevybavuje si jména členů rodiny či přátel. Dotyčný má významné

problémy v časové a prostorové orientaci, úsudek je u něj nelogický. (Bednařík a kol., 2010) Nemocný už nadále nemůže vykonávat instrumentální aktivity denního života jako vaření, uklízení, telefonování, zacházení s hotovostí. Postupně se stává nesoběstačným i v základních aktivitách denního života, mezi které patří hygiena, udržení moči a stolice, užívání léků a dodržení léčebného režimu apod. Není schopen si poradit s běžnými problémy. Verbální projev je u nemocného značně narušen, je náročné se s ním dorozumět, má obtíže porozumět druhému, obtížně hledá slova. V druhé fázi se stávají nemocní často inkontinentními a nejsou schopni si zajistit osobní hygienu. Pomoc potřebuje nejenom nemocný jedinec, ale i pečující osoba. Druhé stadium demence je pro obě strany velice psychicky náročné. Právě v této fázi se často stává, že rodina umístí nemocného do sociálního pobytového zařízení, protože už není schopna péči psychicky a fyzicky zvládat. (Hauke a kol., 2017) Vyskytují se poruchy chování, deprese, projevy agresivity, emoční labilita, poruchy spánku, bludy, halucinace, bloudění po bytě bez cíle. (Bednařík a kol., 2010) U druhého stadia je potřeba nepřetržitý dohled a pomoc u samoobslužných činností. Toto období je nejnáročnější pro pečující osoby. U středního stadia demence jsou významné nefarmakologické přístupy a aktivizace nemocných. (Holmerová a kol., 2007)

Těžké stadium demence může vzniknout 7–14 let od začátku nemoci. Poslední stadium je charakteristické úplnou ztrátou paměti a neschopností zapamatovat si nové informace, objevují se neucelené útržky z dříve zapamatovaných informací. Nemocný není schopný rozpoznat ani blízké osoby, je nesoběstačný, zcela odkázaný na 24hodinovou pomoc druhé osoby. Většinou jsou nemocní v posledním stádiu zcela upoutáni na lůžko a jsou inkontinentní. (Bartko a kol., 2008) Dochází také k postupnému zhoršení verbální komunikace, nemocný není schopen porozumět slovům ani je nedokáže použít. Dochází k poruchám příjmu potravy a potížím při polykání. U posledního stadia je typická inkontinence. Vyskytuje se potulování bez cíle či stereotypní pohyby, příkladem jsou pohyby napodobující chování dítěte. V závěru života je osoba zcela odkázaná na pomoc druhé osoby, je uzavřená do svého vnitřního světa. Tato závěrečná fáze života přitom může trvat několik týdnů, měsíců či let. Nemocný tehdy zaujímá na lůžku polohu plodu. (Hauke a kol., 2017) Poslední stadium demence je pro rodinu velice náročné, dochází proto často k umístění nemocného do pobytového sociálního zařízení. Tato skutečnost má negativní důsledky jako omezený kontakt s rodinou či jeho ztráta. Nejčastějším důvodem úmrtí nemocných bývá interkulentní infekce. (Bartko a kol., 2008)

3 AKTIVIZACE A AKTIVNÍ STÁRNUTÍ

Aktivní stárnutí poprvé definovala Světová zdravotnická organizace, a to koncem devadesátých let 20. století. Reagovala tím na celosvětový problém stárnutí populace (Janiš a Skopalová, 2016). Aktivní stárnutí znamená, že jedinec využívá co nejvíce příležitostí pro své vlastní zdraví, bezpečnost a participaci ke zlepšení kvality života v průběhu stárnutí. (Petrová-Kafková, 2013) Organizace spojených národů se také zaměřuje na aktivní stárnutí. Jejím cílem je, aby senioři byli samostatní, účastnili se společenského života, důstojně prožívali stáří a seberealizovali se. (Dvořáčková, 2012) „*Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti*“. (Mühlpachr, 2004, s. 138) Aktivní stárnutí u seniorů ovlivňují následující faktory. Jedná se o předchozí zkušenosti v oblasti mezilidských vztahů, zdravotní stav, pracovní trh, vzdělávání a individuální pohled. (Janiš a Skopalová, 2016) „*Přístup k aktivitě se odvíjí od celoživotního postoje, jako důležité uvádějí senioři samostatné rozhodování o činnosti*“. (Bočková, Hastrmanová a Havrdová, 2011, s. 78) Volný čas seniorů patří v dnešní společnosti mezi aktuální témata. (Holczerová a Dvořáčková, 2013) Senioři by měli navázat na své dosavadní zájmy, které měli před odchodem do důchodu. Ideální pak je, když si v tomto období začnou rozšiřovat oblasti svých zájmů. Najdou se však i senioři, kteří měli koníčky v produktivním věku, avšak ve stáří o ně nejeví zájem. Důvodem často bývá nedostatek finančních prostředků či ztráta zájmu.

Při volbě aktivizačních činností nelze zapomínat na několik důležitých faktů. Každý senior je jedinečný, proto neplatí, že všichni mají rádi luštění křížovek, dechovou muziku či cvičení. Také je třeba brát v úvahu, že seniorům nemusí vyhovovat skupinové aktivity, mohou spíše dávat přednost individuálním aktivitám. Pro správnou volbu aktivizační činnosti je nutné vycházet ze života seniora, z jeho zájmů, životního stylu, hodnotového systému, vzdělání, pracovního uplatnění, zdravotního stavu, psychických a fyzických schopností i rodinných vztahů. (Janiš a Skopalová, 2016)

K nejběžnějším zájmům seniorů patří sledování televize, poslouchání hudby. S vývojem technologií roste v poslední době u seniorů zájem o práci s počítačem. Kontakt udržují senioři s rodinou a přáteli jak fyzicky, tak i pomocí mobilních telefonů. K dalším běžným aktivitám u seniorů patří procházky do přírody či za kulturou. (Sak a Kolesárová, 2012)

3.1 Vymezení pojmu aktivizace

„Každá nemoc by měla být léčená komplexně, proto i při léčbě demencí u seniorů využíváme dvou druhů léčby. Jedná se o léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. Součástí nefarmakologické léčby, nebo můžeme říct terapie, se stává aktivizace“. (Svobodová, 2016 s. 31) Aktivizaci lze definovat jako cílenou činnost, která má zvýšit schopnost fungování organismu a celkový výkon člověka. Pozornost je věnovaná soběstačnosti aktivizované osoby. Aktivizace by měla fungovat jako prevence proti pasivitě. Podstatné je vybrat správnou motivaci. Mezi volnočasové aktivity patří společenské události, sportovní a kulturní akce. (Haškovcová, 2012)

Význam aktivizace spočívá v oddálení stárnutí, snižování, užívání medikamentů a využívání lékařské péče, oddálení závislosti na druhé osobě, snížení nutnosti využít hospitalizaci. (Nemček a kol., 2011) *„Aktivní život v prostředí instituce přispívá k omezování vyčleňování osoby z kolektivních vztahů mezi klienty sociální instituce, směřuje k posílení integrace seniorů do společenského denního zařízení“.* (Zrubáková a kol., 2019, s. 121)

Systematická a cílená aktivizace pomáhá seniorům navodit jejich vnitřní klid, ovlivňuje tedy jejich psychické a emoční prožívání. Pomáhá seniorům také udržet či zlepšit soběstačnost. (Malíková, 2020) Pro smysluplnou aktivizaci platí určitá kritéria. Aktivizační činnosti musí být příjemné, klient je má dělat dobrovolně, ne pod nátlakem, měl by být stanoven i jejich účel. Také musí být společensky přijatelné a neměly by vést k neúspěchu. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

V případě aktivizace by měly být vytvořeny podmínky, které člověka podporují v činnostech, jež vykonává, a pomáhají udržet jeho dosavadní schopnosti. Aktivizací je vyvíjena snaha o zachování soběstačnosti člověka, udržení či zlepšení jeho psychického stavu. Důležité je při aktivizačních činnostech respektovat individuální přání klientů, jejich krátkodobé a dlouhodobé cíle, chválit je za jejich úspěchy a posílit tím jejich sebeúctu. (Langmaier a Krejčířová 2006)

Někdy je náročné najít takovou aktivitu, která by klienta bavila a naplňovala. Senior už je rychleji unavený, nemá už takovou fyzickou podporu a je spíše pohodlnější. (Vágnerová, 2007)

3.2 Formy aktivizace

Aktivizaci seniorů lze dělit dle několika hledisek, která jsou mezi sebou navzájem propojená. Nejčastěji používáme dělení aktivizace podle počtu zúčastněných osob na individuální, párovou, skupinovou a komunitní. (Janečková, Kalvach a Holmerová, 2004)

- Individuální aktivizace

Aktivizační činnosti jsou poskytovány samostatně, není zapotřebí pomoc druhé osoby, nebo je využívána pouze její podpora. (Janečková, Kalvach a Holmerová, 2004) Individuální aktivizace bývá využívána hlavně u handicapovaných či imobilních seniorů. Nejčastěji je prováděna v místnostech k tomu vyhrazených nebo přímo na pokoji jednotlivých seniorů. Na pokoji je možné aktivizační činnost spojit s rehabilitací a relaxačními prvky. K možným nevýhodám této formy patří chybějící kontakt s ostatními lidmi. Naopak za výhodu lze považovat plnou pozornost pracovníka a zabránění rušení při aktivizaci. (Klevetová a Dlabalová, 2008)

- Párová aktivizace

Tyto aktivizační činnosti jsou prováděny s pomocí druhé osoby, například sociálního pracovníka, kamaráda, partnera, terapeuta atd. Aktivizační činnosti by měly přispívat k rozvoji komunikace a mezilidských vztahů. (Janečková, Kalvach a Holmerová, 2004)

- Skupinová aktivizace

Aktivizační činnosti probíhají v menších nebo ve větších skupinách a přispívají k sociálnímu začlenění seniora. U aktivity se klade důraz na zachování identity aktivizovaného. U skupinových aktivizací je důležité, aby se seniori cítili jejich součástí. V průběhu aktivizace by měli nacházet podporu, mít možnost strávit příjemně čas, cítit bezpečí, navazovat nové kontakty. (Klevetová a Dlabalová, 2008)

- Komunitní aktivizace

Tyto aktivizační činnosti jsou realizovány ve velkých skupinách, příkladem jsou sportovní akce. Klientům by měly přinášet pocit společenství a sounáležitosti. (Janečková, Kalvach a Holmerová, 2004)

Dalším možným způsobem rozdělení forem aktivizace je členění na preventivní a léčebnou.

- Preventivní aktivizace
Preventivní aktivizace, zvaná také primární aktivizace, má za cíl snížit involuční změny u seniorské populace. Aktivizace by měla pomoci k udržení soběstačnosti seniora či k oddálení její ztráty. Tato forma je významná pro nové klienty sociálních pobytových služeb, poněvadž jim pomáhá při jejich adaptaci.
- Sekundární aktivizace
Sekundární aktivizaci lze nazvat také léčebnou, zaměřuje se totiž na seniory, kteří vlivem involučních změn trpí určitým omezením či nemocí. Tato forma aktivizace má za cíl zpomalit konkrétní nemoc. Terapii provádí hlavně zdravotní personál ve spolupráci se sociálními pracovníky. (Langmeier a Krejčířová, 2007)

3.3 Druhy aktivizačních činností

Druhy aktivizačních činností lze třídit více způsoby jakožto i výše zmiňované formy aktivizací. K základním patří členění od Jurečkové:

- Sociální aktivizace: napomáhá jedincům s upevnováním jejich sociálních pozic ve skupině.
- Fyzické aktivizace: pomáhají s podporou a udržením pohybových dovedností. Příkladem fyzických aktivizací jsou: pohybové a výtvarné aktivity, vaření, ruční práce.
- Psychické aktivizace se snaží udržet psychické schopnosti. Jako příklad mohou sloužit: vzdělávací činnosti, tréninky paměti, aktivity, které vedou k seberozvoji.
- Duchovní aktivizace: snaží se uspokojit potřeby v duchovní oblasti. (Jurečková, 2003)

Podle klasifikace Kozákové a Müllera (2006), je možné aktivizační činnosti členit v rámci speciální pedagogiky na:

- Expresivní terapie, příkladem je arteterapie.
- Psychomotorické terapie.
- Terapie za účasti zvířete.
- Činnosti a pracovní terapie.

Jako poslední je záhodno uvést nejčastěji používané druhy aktivizační činnosti v ústavních zařízeních:

- Pohybové aktivity.

- Zooterapie.
- Muzikoterapie.
- Kognitivní trénink.
- Reminiscenční terapie.
- Senzorická stimulace.
- Kreativní techniky.
- Soutěže, stolní a společenské hry, turnaje.
- Návčik běžných denních aktivit. (Dučaiová a kol., 2018)

3.4 Metody aktivizace využívané při práci se seniory s demencí

Sociální služby mají ze zákona povinnost poskytovat základní činnosti, které jsou vymezeny v zákoně o sociálních službách č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně v § 35. Aktivizační činnosti jsou řazeny do kategorií: výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti. Domov se zvláštním režimem a popis jeho základních činností, které musí poskytovat, lze nalézt v § 50 (zákon o sociálních službách č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách). V této kapitole jsou dále uvedeny dostupné techniky využívané k aktivizaci seniorů s demencí.

Reminiscenční terapie

Reminiscence pochází z latiny a znamená rozpomenout se, obnovit si paměť. „*Reminiscenci v konceptu práce se seniory můžeme definovat jako hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování si událostí ze života, které se uskutečňuje buď o samotě nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí*“. (Dučaiová a kol., 2018, s. 120) Obvykle za reminiscenční terapii bývá označován rozhovor terapeuta s klientem nebo se skupinou klientů, kdy je hovořeno o jeho dosavadním životě, o dřívějších zájmech, vzpomínkách, zkušenostech. K reminiscenci jsou využívány pomůcky, příkladem jsou fotografie, hudba, filmy, staré předměty. Využití reminiscence je velmi dobré u seniorů s demencí, kdy tak probíhá snaha vyvolat dřívější vzpomínky, a to především ty pozitivní a pro jedince důležité, jako jsou například rodinné události. (Janečková a Vacková, 2010) Reminiscence se ukazuje být výborným pomocníkem v ústavních zařízeních, posiluje totiž vztahy mezi pečovatelem a klientem a pomáhá novým klientům k jejich adaptaci. (Dučaiová a kol., 2018)

Terapeutické panenky

Terapeutické panenky se ukazují jako vhodná pomůcka u seniorů s demencí. Ti jsou často neklidní, potřebují něco držet v rukou, k něčemu se přitulit a k tomu jim právě tyto panenky pomáhají. U seniorů tato pomůcka navíc povzbuzuje komunikaci, pomáhá jim také v jemné motorice. (Wonderlin a Lotze, 2020)

Tyto panenky lze využít i k bazální stimulaci. Terapie za jejich pomoci by měla snížit náklady na léčbu farmakologickou a také zlepšit celkový stav seniora. (Fertařová a Ondřiová, 2020) Tato terapie se doporučuje u seniorů, kteří mají středně těžké až těžké stadium Alzheimerovy nemoci. (Branden a Gaspar, 2014) Terapie s využitím panenek mají řadu výhod, mezi něž patří: navození kladných emocí, kvalitní spánek, zvýšení chuti k jídlu, snížení podrážděnosti, deprese, agresivity, zlepšení komunikace. (Fertařová a Ondřiová, 2020) Pro používání terapeutických panenek platí, že není vhodné používat je dlouhodobě, poněvadž mají sloužit jako terapeutický nástroj, ne dekorace. (Birnbaur, Hanchuk a Nelson, 2015)

Validace

Tuto metodu vytvořila Naomi Feil, která působí jako sociální pracovníce a gerontoložka. Jejím cílem není zlepšit zdravotní stav dementních seniorů, ale zlepšit přístup pečující osoby k němu. Pečující osoba by se díky této metodě měla lépe vcítit do osobní reality dementního seniora a měla by mu přizpůsobit své chování a jednání. (Prohuman, 2019) Validací rozumíme metodu komunikace, díky níž by se mělo stát snazší vcítit se do klienta a pochopit jeho osobnost. Takto je také navozována důvěra a blízkost. S dementním klientem je komunikováno nebo jemu nasloucháno, přičemž mu nejsou vnucována jiná témata než ta, o nichž mluví sám. Prostřednictvím této metody by se pečující osoba měla orientovat ve stejné realitě jako klient, přijmout jeho zážitky, čas i momentální emoce, které projeví. (Dučaiová a kol., 2018)

Bazální stimulace

„Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka“. (Institut Bazální stimulace, 2019) Bazální stimulace se dělí na několik druhů. Somatická stimulace se zaměřuje na vnímání vlastního těla. Vestibulární stimulace se zajímá především o pohyby hlavy a podporuje orientaci. Vibrační stimuluje

kožní receptory a proprioreceptory. Optická stimulace se zaměřuje na zrak, olfaktorická na pachy a vůně, taktně-haptická je orientovaná na doteky rukou, orální se zaměřuje na chuť, auditivní na sluch. (Malíková, 2020)

Kognitivní trénink

Senioři potřebují dostatečně stimulovat, seberealizovat se, potřebují aktivizovat a učit se. K uspokojení těchto potřeb nám pomáhá kognitivní trénink. Kognitivní trénink slouží ke zlepšení jednotlivých složek poznávacích funkcí, příkladem jsou: paměť, myšlení, psaní, čtení apod. Cílem je tyto schopnosti zlepšit či udržet, aby nedocházelo k poruchám. Tato metoda se používá u Alzheimerovy choroby, kdy jedinec má mírný nebo střední stupeň již zmiňované choroby, nebo u osob s mírnou poruchou kognitivních funkcí. Příkladem technik, které je možno používat u kognitivního tréninku, může být pexeso, společenské hry, křížovky, cvičení na krátkodobou a dlouhodobou paměť. (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019)

Muzikoterapie

Muzikoterapie je umělecká terapie využívající zvuky a hudbu k podpoře klienta. „*Hudba si nachází cestu komunikace i beze slov, umožňuje sebevyjádření, rozvoj různých oblastí, např. podporu sebedůvěry, sociálních dovedností, senzomotoriky, relaxace atd.*“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

Při muzikoterapii můžeme poslouchat hudbu, hrát na hudební nástroj nebo zpívat. Muzikoterapie se dá propojit s fyzickou aktivitou, například s cvičením či tancem. Účinky lze pozorovat hlavně u chronických bolestí, onkologických pacientů, neurologických potíží a u Parkinsonovy nemoci. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Senzorická stimulace

Senzorická stimulace neboli smyslová aktivizace se snaží uvést do pohybu smysly klienta. Pozitivním výsledkem této metody je aktivizace motorických, verbálních a kognitivních schopností. „*Právě u klientů s demencí představuje využití smyslové aktivizace novou možnost, jak poznat využitelné zdroje možné obnovy, jak je podchytit a použít. Přitom se posílí i schopnosti ještě přítomné, ale ladem ležící, trénuje se schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními úkoly*“. (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 11) Příkladem multisenzorické stimulace je metoda *Snoezelen*, která se zaměřuje na aktivizace sedmi

smyslových oblastí. Snoezelen probíhá v místnostech k tomu určených, které jsou pro tento účel speciálně upraveny. Místnosti mohou obsahovat: kuličkový bazén, houpací křeslo, polohovací vak, fit míč, masážní míčky, peříčka, hmatové sáčky, apod. (Fertařová a Ondriová, 2020)

Pohybové aktivity

Pohybová aktivizace má za cíl podpořit správné dýchání, obratnost, koordinaci pohybů, rovnováhy a stabilizovat tělo. Samotný pohyb pozitivně ovlivňuje bolest, soběstačnost, pocit pohody, myšlenkové pochody. Pohybové aktivity bývají zaměřeny na cviky horních a dolních končetin, cvičit mohou klienti individuálně i skupinově. (Klevetová a Dlabalová, 2008) K doporučeným aktivitám pro seniory patří: práce na zahrádce, jízda na kole, procházky. Senioři by si měli uvědomit, že fyzická aktivita je nemá unavit, ale naopak osvěžit. K cvičebním aktivitám pro seniory patří: silový trénink, cvičení rovnováhy, aerobní trénink, cvičení vedoucí ke zlepšení stavu páteře. Při pohybových aktivitách je nutné myslet na dodržení bezpečnostních opatření a předcházet tak úrazům. (Dučaiová a kol., 2018)

Zooterapie

Jedná se o techniku, která při snaze o zlepšení stavu klientů pracuje také s různými zvířaty, aby u nich navodila psychickou pohodu a podpořila jejich fyzické zdraví. Zooterapie se člení do čtyř základních skupin: vzdělávání pomocí zvířat, krizová intervence pomocí zvířat, terapie za pomoci zvířete, aktivity se zvířaty. K nejznámějším terapiím patří canisterapie, hippoterapie a felinoterapie. Terapie probíhají jak individuálně na pokojích klientů, tak i skupinově. (Holczerová a Dvořáčková, 2013) Z uvedených metod se nejvíce využívá canisterapie, tedy terapie se psem. Při canisterapii se zlepšuje tělesný a duševní stav klienta, proto se často používá v případě, kdy jiné metody selhaly. „*Tato terapie vyvolává pozitivní změny hlavně v oblasti prožívání, navazování vztahů, motorických funkcí, působí pozitivně na verbální a neverbální komunikační funkce, stimuluje tělesné funkce při polohování, prohřívání těla a uvolňování spasmů*“. (Dučaiová a kol., 2018, s. 86)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Předložená bakalářská práce je věnována získání informací o nejučinnější volnočasové aktivitě při práci se seniory s mentálním postižením v domovech se zvláštním režimem, konkrétně v Alzheimercentru Zlín a Domovu pro seniory Sokolnice.

V práci byla k získání potřebných informací využita metodika kvantitativního výzkumu. „Kvantitativní výzkum využívá standardizované metodické postupy získávání dat od optimálního, pokud možno širokého množství respondentů.“ Na začátku stojí teorie nebo obecně formulovaný problém, který výzkumem ověříme. (Čevela, 2015, s. 92) Společenské vědy používají k získávání potřebných dat techniku dotazníkového šetření. Jeho cílem je zajistit sběr potřebných informací v písemné podobě od velkého množství respondentů v krátkém časovém úseku. Jde tedy o poměrně rychlý a málo nákladný způsob získání potřebných informací. (Fejrenčík, 2010) Dotazník respondenti vyplňují anonymně, což by mělo zajistit, že je nikdo nebude konfrontovat. V případě nevyplnění některé otázky z dotazníku je nutné dotazník z dotazníkového šetření vyřadit, aby nenarušil validitu získaných dat. (Průcha, 2014)

Dotazník (Příloha1) byl sestaven autorkou práce a skládá se z 15 otázek, které byly zaměřeny na řešení cíle práce. Respondenti v dotazníkovém šetření odpovídali na uzavřené otázky, u nichž měli zvolit pouze jednu odpověď, polootevřené otázky opět s volbou jedné odpovědi a také na otevřené otázky, kdy mohli vyjádřit svůj subjektivní názor. Mezi uzavřené patří otázky 1, 4, 6, 13, 14. K polootevřeným řadíme otázky 2, 7, 8, 9. Otevřené otázky jsou poté 3, 5, 10, 12, 15. Do dotazníku jsme zařadili také identifikační položky, pomocí kterých jsme zjišťovali zastoupení žen a mužů a jejich vzdělání. Dále jsme vytvořili otázky, které nám přinesou odpovědi na základě našeho hlavního cíle. Stanovené otázky jsme sepsali srozumitelně a jasně.

Data byla vyhodnocena pomocí aritmetické metody. Veškeré získané informace jsme promítli do přehledných tabulek a grafů, které jsou detailně popsány. Tabulky a grafy byly zpracovány v programu Microsoft Word 2016. Vyhodnoceny byly veškeré otázky z dotazníkového šetření.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit za pomoci kvantitativního výzkumu s využitím techniky dotazníku u zaměstnanců státní i nestátní sociální instituce pobytového sociálního zařízení pro seniory s mentálním postižením nejúčinnější volnočasové aktivity. V dotazníku byla pozornost věnována volnočasovým aktivitám, které poskytují uvedená zařízení (reminiscenční terapie, terapeutické panenky, bazální stimulace, validace, kognitivní trénink, muzikoterapie, senzorická stimulace, pohybové aktivity, zooterapie, aj.). Záměrem bylo zkoumat i postřehy respondentů při práci se seniory s mentálním postižením. Zajímalo nás, jak ovlivňuje dlouhodobá aktivizační činnost mentální stav seniorů s mentálním postižením. Také jsme jim dali prostor k vyjádření, zda je nějaká aktivizační činnost neúčinná, a pokud ano, jak se její vliv na klienta projevuje. Chtěli bychom prostřednictvím zjištěných informací z dotazníkového šetření pomoci ke zkvalitnění poskytování aktivizačních činností. V empirické části bakalářské práce jsme si zvolili kromě hlavního cíle i dílčí cíle, které by nám měly pomoci s objasněním samotné problematiky aktivizace seniorů s mentálním postižením.

Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit nejúčinnější volnočasovou aktivitu na základě analýzy ze získaných odpovědí od respondentů pomocí kvantitativního výzkumu.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké volnočasové aktivity jsou poskytovány seniorům s mentálním postižením v domovech se zvláštním režimem.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jestli je, podle pracovníků domova se zvláštním režimem, věnováno dostatek času a prostoru aktivizaci klientů.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jestli je, podle pracovníků domova se zvláštním režimem, nabídka aktivizačních činností dostačující.

Dílčí cíl 4: Zjistit, kterou volnočasovou aktivizaci pracovníci domova se zvláštním režimem poskytují nejčastěji.

Dílčí cíl 5: Zjistit, se kterými pozitivními změnami se setkávají pracovníci domova se zvláštním režimem při dlouhodobém poskytování volnočasových aktivit u seniorů s mentálním postižením.

Dílčí cíl 6: Zjistit, jestli jsou nějaké volnočasové aktivity, podle pracovníků domova se zvláštním režimem, neúčinné či dokonce bezvýznamné.

Dílčí cíl 7: Zjistit, jaký negativní vliv může mít špatně zvolená volnočasová aktivita na klienta.

Předložený kvantitativní výzkum by mohl pomoci ke zlepšení poskytování aktivizačních činností uživatelům Domova pro seniory Sokolnice a Alzheimercentra Zlín. Zároveň díky získaným údajům můžeme zpracovat případná doporučení pro zlepšení kvality poskytovaných aktivizačních činností.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně. Vzorek tvořili pracovníci z Domova pro seniory Sokolnice a z Alzheimercentra Zlín. Výzkumný vzorek byl zvolen tak, aby obsahoval zástupce státní i nestátní sféry. Jednalo se o ženy i muže pracující se seniory s mentálním postižením v již zmiňovaných zařízeních. Na základě dohody s vedením Domova pro seniory Sokolnice a Alzheimercentra Zlín byly dotazníky předány aktivizačním a sociálním pracovnícům a ty je distribuovaly svým kolegům. Zařízením byly poskytnuty dotazníky pracovníkům, kteří přichází do kontaktu se seniory s mentálním postižením. Vlivem šíření nemoci COVID-19 a s tím spojených opatření, nebylo možné do oslovených domovů osobně zajít a s pracovníky dotazníky vyplnit a zároveň je k vyplnění motivovat. Tento fakt ovlivnil návratnost dotazníků. Celkem se vrátilo 91 dotazníků. Z vyplněných dotazníků byly vyřazeny 2, ty nebyly vyplněny úplně. Z tohoto důvodu bylo nakonec použito 89 dotazníků k vyhodnocení získaných dat.

4.3 Organizace výzkumu

Na základě zjištěných informací z odborné literatury, která se zabývá volnočasovými aktivitami v pobytových službách pro seniory, jsme sestavili dotazník (Příloha 1), jehož cílem bylo získat informace od pracovníků domova pro seniory o subjektivně vnímaném vlivu nabízených aktivizačních činností na mentální stav seniorů s mentálním postižením. Dotazník byl sestaven v únoru 2021. Ve stejném měsíci jsme kontaktovali domovy pro seniory. Oba domovy povolily výzkumné šetření. Výzkum byl uskutečněn v Domově pro

seniory Sokolnice a Alzheimercentru Zlín. Domov pro seniory Sokolnice poskytuje dvě základní služby: domov se zvláštním režimem a domov pro seniory. Alzheimercentrum poskytuje službu domov se zvláštním režimem. Pro účely práce byli k výzkumnému šetření přizváni pracovníci obou zařízení, kteří pracují se seniory s mentálním postižením. Výzkumné šetření probíhalo od března 2021 do prosince 2021, předcházela mu e-mailová domluva. Se zněním dotazníku byly seznámeny aktivizační pracovnice obou domovů a ředitelé, kteří neměli k dotazníkům žádné dotazy ani připomínky. Souhlasili s jeho podobou a rozsahem. Dotazníkové šetření se obešlo bez připomínek a dotazů ze strany pracovníků. Vzhledem ke skutečnosti, že ze zařízení nebyly vzneseny žádné dotazy ani připomínky a vyřazeny byly pouze 2 neúplné dotazníky, předpokládáme, že otázky uvedené v dotazníkovém šetření byly pochopitelné, a proto by měly být odpovědi od respondentů pravdivé. Na základě domluvy s vedením domova byly dotazníky do obou zařízení předány aktivizačním a sociálním pracovnícům a ty je distribuovaly svým kolegům. K tomuto kroku jsme se rozhodli vlivem situace spojené s probíhající pandemií onemocnění COVID-19. Dotazníky byly v zařízeních vyzvednuty začátkem ledna 2022. Analýzu kvantitativního výzkumu jsme provedli v průběhu měsíců únor a březen 2022. Vyhodnocení dotazníkového šetření je uvedeno níže.

4.4 Zpracování a analýza získaných dat

Otázka 1 V jakém zařízení působíte?

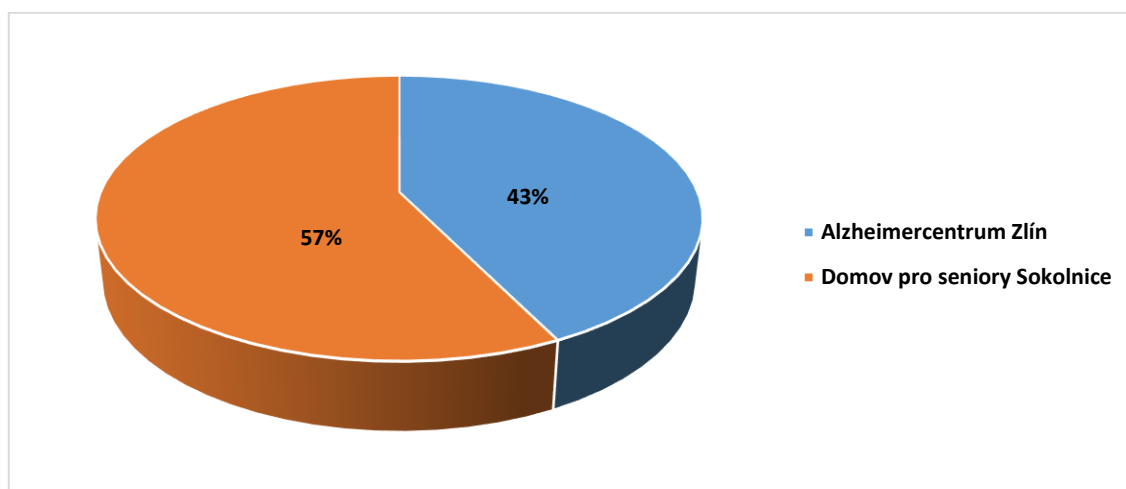
Do dotazníkového šetření se zapojilo 89 (100,0 %) respondentů. Nejvíce dotazníků bylo ze zařízení Domov pro seniory Sokolnice. Jedná se o 51 dotazníků (57,3 %). Z Alzheimercentra bylo dotazníků 38 (42,7 %), viz Tabulka a Graf 1.

Tabulka 1 Zařízení

Zařízení	Počet respondentů	%
Alzheimercentrum Zlín	38	42,7
Domov pro seniory Sokolnice	51	57,3
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 1 Zařízení



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 2 Jakou pozici vykonáváte ve vašem zařízení?

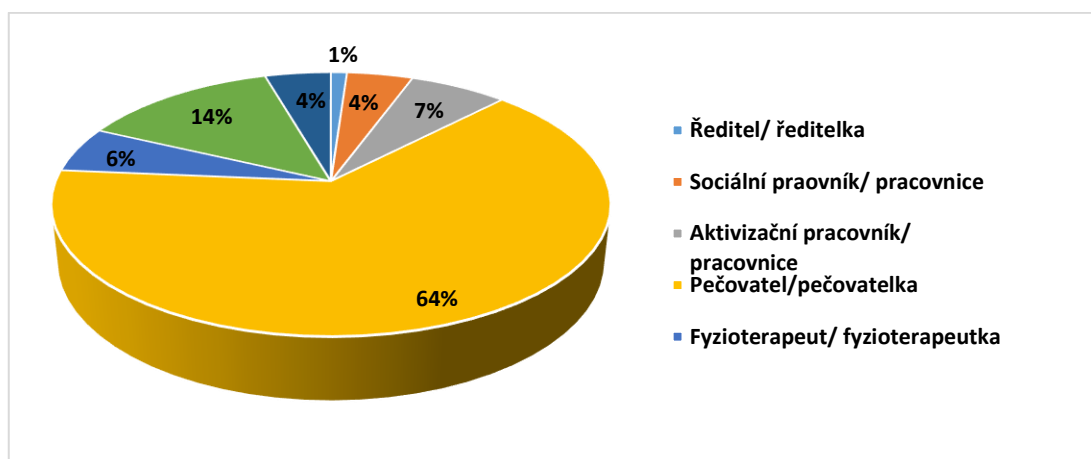
Největší počet respondentů tvoří pečovatelé, a to v počtu 57 (64,0 %). Jako zdravotní sestra pracuje 12 (13,5 %) respondentů. Jako aktivizační pracovník pracuje 6 (6,7 %) respondentů. Pozici fyzioterapeuta zastává 5 (5,6 %) respondentů. Respondentů zaměstnaných jako sociální pracovník jsou 4 (4,5 %) stejně tak jako těch, kteří pracují na jiné pozici. Respondent vykonávající pozici ředitele se do výzkumu zapojil 1 (1,1 %). Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 2.

Tabulka 2 Pozice

Pozice	Počet respondentů	%
Ředitel/ ředitelka	1	1,1
Sociální pracovník/ pracovnice	4	4,5
Aktivizační pracovník/ pracovnice	6	6,7
Pečovatel/ pečovatelka	57	64,0
Fyzioterapeut/ fyzioterapeutka	5	5,6
Zdravotní sestra	12	13,5
Jiná	4	4,5
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 2 Pozice



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 3 Jak dlouho pracujete se seniory s mentálním postižením?

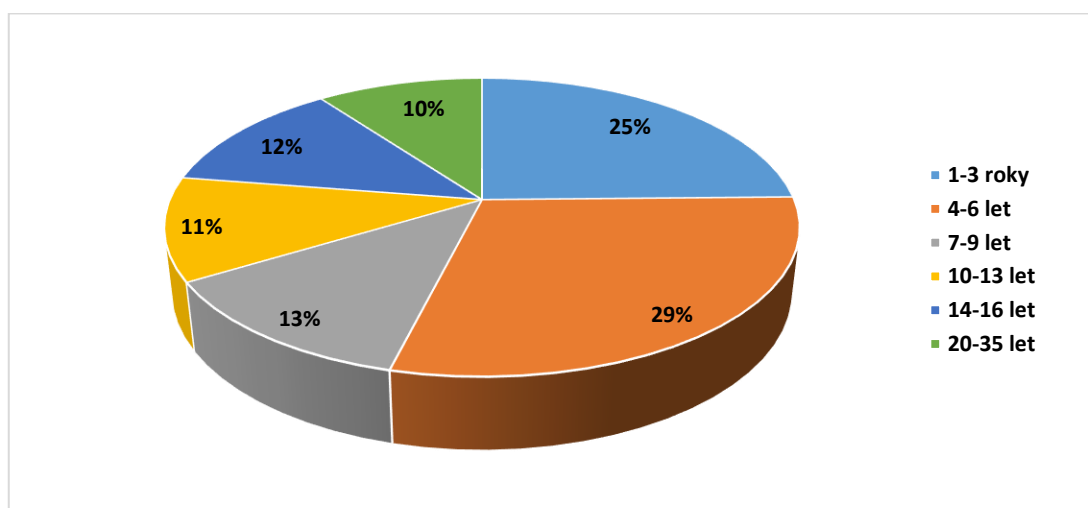
Výše uvedená otázka má za cíl zjistit, jaká je praxe 89 (100,0 %) pracovníků uvedených domovů pro seniory s mentálním postižením. 26 (29,2 %) respondentů uvedlo možnost 4–6 let. Jako druhou nejčastější délku praxe uvedli respondenti 1–3 roky, a to v počtu 22 (24,7 %). Se stejným počtem 11 (12,4 %) respondenti uvedli praxi 7–9 let a 14–16 let. 10 (11,2 %) respondentů pracuje se seniory s mentálním postižením 10–13 let. Nejméně uváděli respondenti 9 (10,1 %) 20–35 let, viz Tabulka a Graf 3.

Tabulka 3 Práce se seniory s mentálním postižením

Práce se seniory s mentálním postižením	Počet respondentů	%
1-3 roky	22	24,7
4-6 let	26	29,2
7-9 let	11	12,4
10-13 let	10	11,2
14-16 let	11	12,4
20-35 let	9	10,1
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 3 Práce se seniory s mentálním postižením



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 4 Přicházíte při výkonu vaší práce do kontaktu se seniory s mentálním postižením v rámci poskytování volnočasových aktivit?

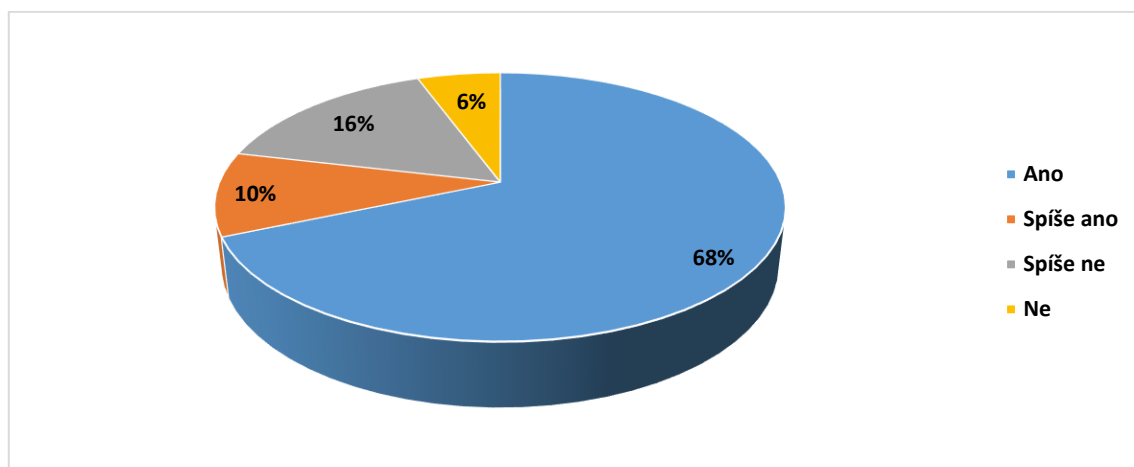
Otázkou jsme chtěli zjistit, jak moc přicházejí respondenti do kontaktu se seniory s mentálním postižením v rámci poskytování volnočasových aktivit. Většina respondentů (61, 68,5 %) z celkového množství 89 (100,0 %) zvolila možnost ano. Možnost spíše ne zvolilo 14 (15,7 %) respondentů. 9 respondentů (10,1 %) vybralo možnost spíše ano. Nejméně volili respondenti možnost ne, a to v počtu 5 (5,6 %) respondentů. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 4.

Tabulka 4 Kontakt se seniory a volnočasové aktivity

Kontakt se seniory a volnočasové aktivity	Počet respondentů	%
Ano	61	68,5
Spíše ano	9	10,1
Spíše ne	14	15,7
Ne	5	5,6
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 4 Kontakt se seniory a volnočasové aktivity



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 5 Jaké volnočasové aktivity jsou poskytovány seniorům s mentálním postižením ve vašem zařízení?

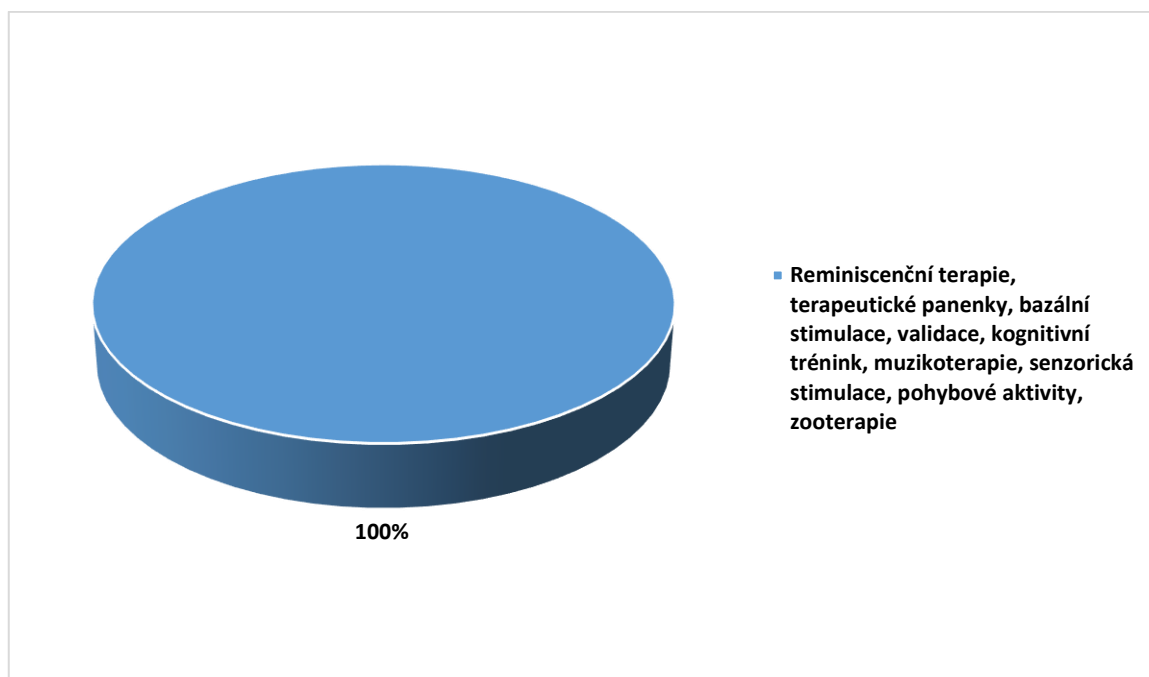
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jaké možnosti aktivizace nabízí zařízení seniorům s mentálním postižením v jednotlivých zařízeních?. Respondenti z obou zařízení 89 (100,0 %) se shodli na poskytování reminiscenční terapie, terapeutických panenek, bazální stimulace, validace, kognitivního tréninku, muzikoterapie, sensorické stimulace, pohybových aktivit a zooterapie, viz Tabulka a Graf 5.

Tabulka 5 Poskytované volnočasové aktivity

Poskytované volnočasové aktivity seniorům s mentálním postižením	Počet respondentů	%
Reminiscenční terapie, terapeutické panenky, bazální stimulace, validace, kognitivní trénink, muzikoterapie, sensorická stimulace, pohybové aktivity, zooterapie	89	100,0
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 5 Poskytované volnočasové aktivity



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

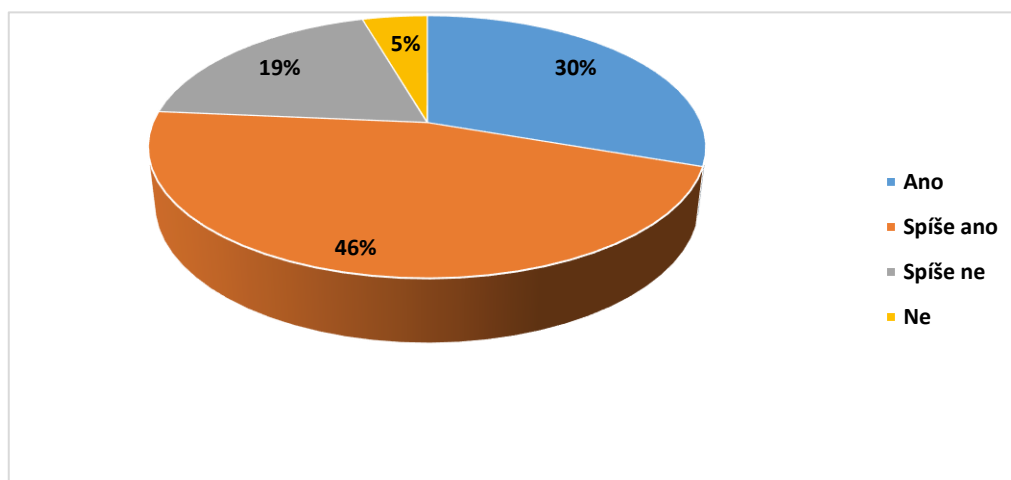
Otázka 6 Myslíte si, že je ve vašem zařízení věnováno dostatek času a prostoru k aktivizaci klientů?

Cílem otázky bylo zjistit, jestli je aktivizaci v oslovených zařízeních věnován dostatek času a prostoru. Možnost ano zvolilo 27 (30,3 %) respondentů. Nejvíce respondenti uvádí možnost spíše ano 41 (46,1 %) respondentů. Nejméně zvolili respondenti možnost ne (4, 4,5 %). Spíše ne uvedlo 17 (19,1 %) respondentů. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 6.

Tabulka 6 Čas a prostor u volnočasových aktivit

Čas a prostor u volnočasových aktivit	Počet respondentů	%
Ano	27	30,3
Spíše ano	41	46,1
Spíše ne	17	19,1
Ne	4	4,5
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 6 Čas a prostor u volnočasových aktivit

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 7 Je podle vašeho mínění nabídka aktivizačních činností dostačující nebo vám zde některá z nich chybí a uvítali byste ji?

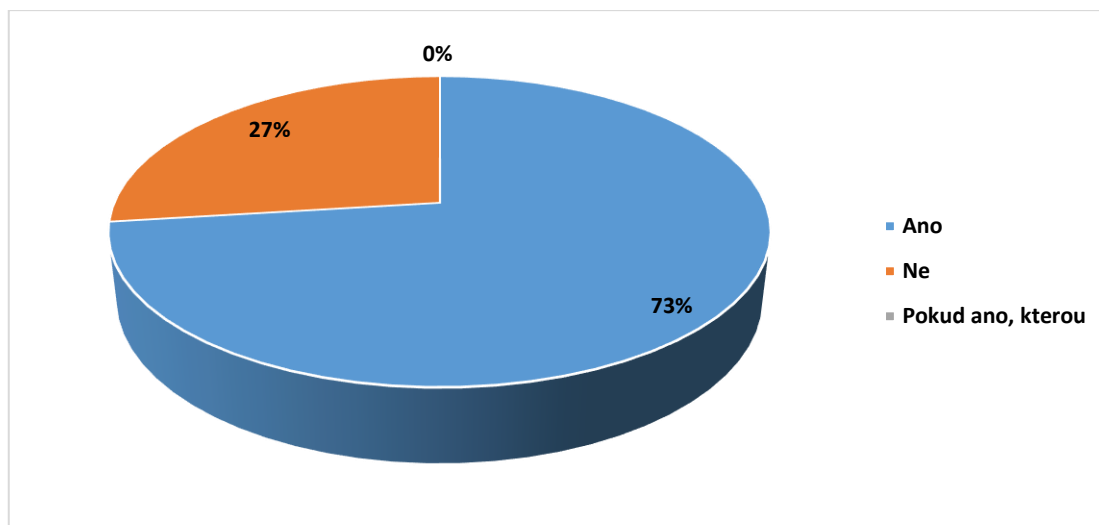
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak pracovníkům vyhovuje nabídka aktivizačních možností v jejich zařízeních. Nejvíce respondentů v počtu 65 (73,0 %) je s nabídkou aktivizačních činností spokojeno. Ostatních 24 (27,0 %) respondentů není spokojeno s nabídkou aktivizačních činností. Nikdo z respondentů však nenavrhl, jakou aktivitu by ve svém zařízení uvítali, viz Tabulka a Graf 7.

Tabulka 7 Dostačující nabídka aktivizačních činností

Dostačující nabídka aktivizačních činností	Počet respondentů	%
Ano	65	73,0
Ne	24	27,0
Pokud ano, kterou	0	0,0
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 7 Nabídka aktivizačních činností



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 8 Kterou z vybraných volnočasových aktivizací při svojí práci se seniory s mentálním postižením poskytuje nejčastěji?

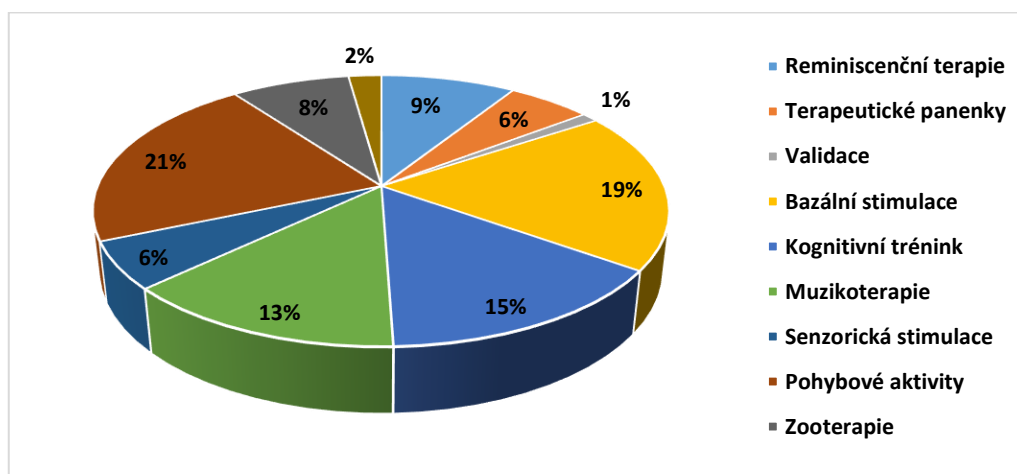
Otázkou zjišťujeme nejvíce poskytovanou aktivitu od pracovníků daných zařízení. K nejčastějším vybraným možnostem patří pohybové aktivity, a to 19 (21,3 %) respondentů a bazální stimulace, což je 17 (19,1 %) respondentů. 13 (14,6 %) respondentů zvolilo kognitivní trénink. Muzikoterapii zvolilo 12 (13,5 %) respondentů. Reminiscenční terapii zvolilo 8 (9,0 %) respondentů. 7 (7,9 %) respondentů si vybralo zooterapii. Po 5 (5,6 %) respondentech si zvolilo možnost terapeutické panenky a sensorickou stimulaci. Jinou možnost zvolili 2 (2,2 %) respondenti. K nejméně časté odpovědi patří validace v počtu 1 (2,4 %) respondent. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 8.

Tabulka 8 Nejčastěji poskytovaná volnočasová aktivita

Nejčastěji poskytovaná volnočasová aktivita	Počet respondentů	%
Reminiscenční terapie	8	9,0
Terapeutické panenky	5	5,6
Validace	1	1,1
Bazální stimulace	17	19,1
Kognitivní trénink	13	14,6
Muzikoterapie	12	13,5
Senzorická stimulace	5	5,6
Pohybové aktivity	19	21,3
Zooterapie	7	7,9
Jiná	2	2,2
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 8 Nejčastěji poskytovaná volnočasová aktivita



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 9 Která z volnočasových aktivizací je podle vás neúčinnější při práci se seniory s mentálním postižením?

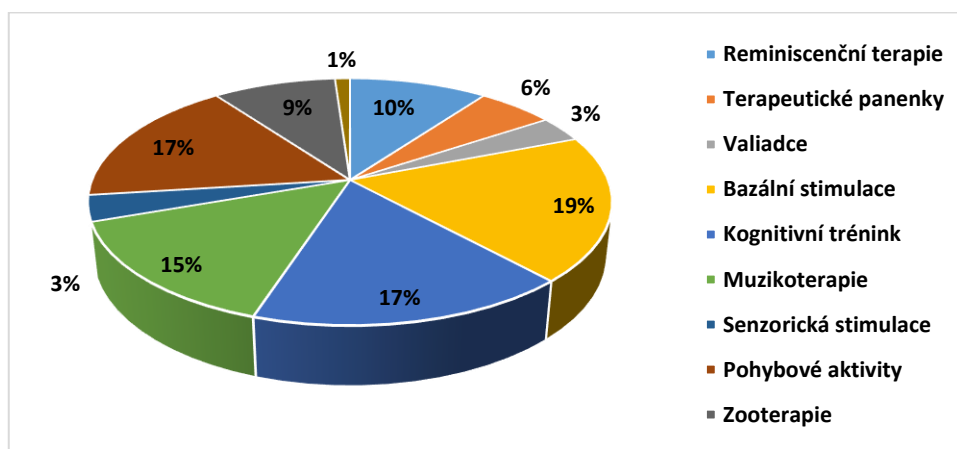
Výše uvedená otázka má za cíl ukázat, která volnočasová aktivita je podle pracovníků z oslovených domovů neúčinnější. Za nejvíce účinnou volnočasovou aktivitu považuje 17 (19,1 %) respondentů bazální stimulaci, a 15 (16,9 %) respondentů pohybové aktivity a kognitivní trénink. Muzikoterapii zvolilo 13 (14,6 %) respondentů. 9 (10,1 %) respondentů si myslí, že neúčinnější aktivizace je reminiscenční terapie. Zooterapii vybralo 8 (9,0 %) respondentů. Po 5 (11,9 %) respondentech si zvolilo možnost muzikoterapii. Stejný počet 3 (3,4 %) respondenti zvolili jako možnost validaci a sensorickou stimulaci. Jinou možnost zvolil pouze 1 (1,1%) respondent. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 9.

Tabulka 9 Nejúčinnější volnočasová aktivita

Nejúčinnější volnočasová aktivita	Počet respondentů	%
Reminiscenční terapie	9	10,1
Terapeutické panenky	5	5,6
Validace	3	3,4
Bazální stimulace	17	19,1
Kognitivní trénink	15	16,9
Muzikoterapie	13	14,6
Senzorická stimulace	3	3,4
Pohybové aktivity	15	16,9
Zooterapie	8	9,0
Jiná	1	1,1
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 9 Nejúčinnější volnočasová aktivita



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 10 S kterými pozitivními změnami se setkáváte při dlouhodobém poskytování volnočasových aktivit u seniorů s mentálním postižením?

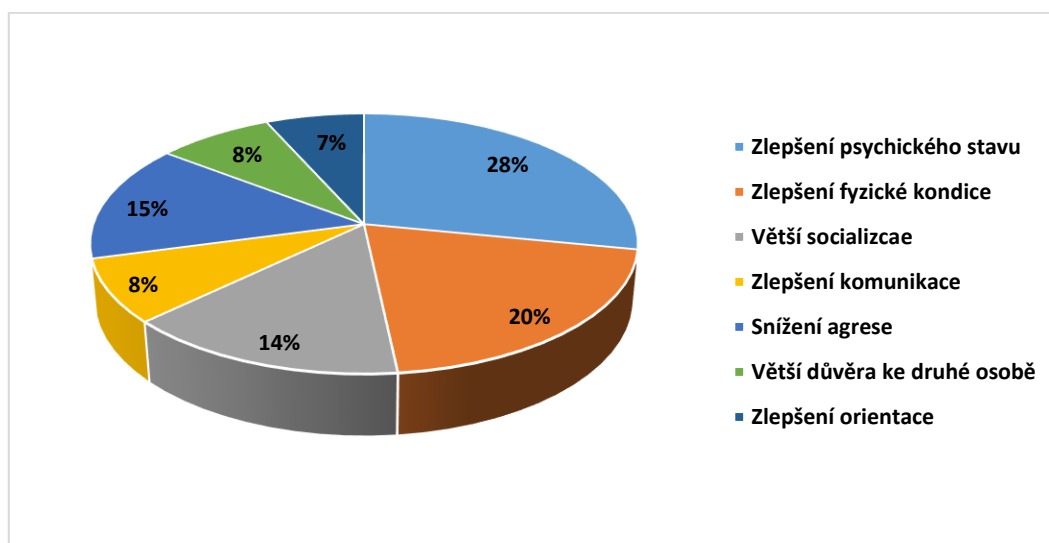
Cílem výše zmiňované otázky bylo zjistit, s jakými pozitivními změnami se setkávají při dlouhodobé aktivizaci u seniorů s mentálním postižením pracovníci oslovených zařízení. Nejvíce respondentů 25 (28,1 %) uvedlo, že se u seniorů s mentálním postižením zlepšil psychický stav. K dalším úspěchům při dlouhodobém poskytování volnočasových aktivit řadí 18 (20,2 %) respondentů zlepšení fyzické kondice. Jako možnosti úspěchu uvádí 13 (14,6 %) respondentů větší možnost socializace a snížení agrese. Zlepšení v komunikaci a získání větší důvěry ke druhé osobě uvedlo po 7 (7,9 %) respondentech. Pouze 6 (6,7 %) respondentů uvedlo zlepšení v orientaci. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 10.

Tabulka 10 Úspěchy u volnočasových aktivit

Úspěchy u volnočasových aktivit	Počet respondentů	%
Zlepšení psychického stavu	25	28,1
Zlepšení fyzické kondice	18	20,2
Větší socializace	13	14,6
Zlepšení komunikace	7	7,9
Snížení agrese	13	14,6
Větší důvěra ke druhé osobě	7	7,9
Zlepšení orientace	6	6,7
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 10 Úspěchy u volnočasové aktivity



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 11 O kterých z poskytovaných volnočasových aktivit či terapií se domníváte, že jsou při práci se seniory s mentálním postižením neúčinné či bezvýznamné?

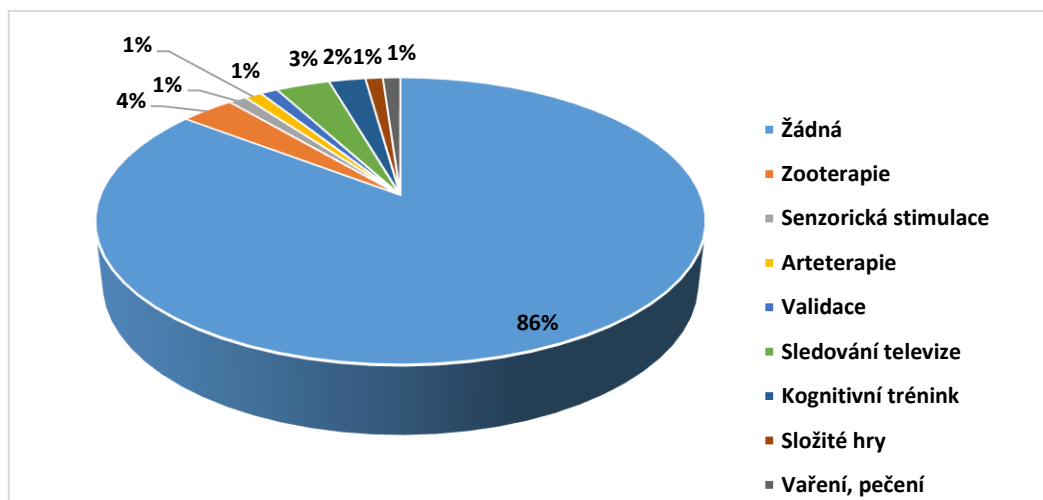
Uvedenou otázkou jsme chtěli zjistit, jestli pracovníci považují nějakou volnočasovou aktivitu za neúčinnou. Převážná většina respondentů, a to 76 (85,4 %) se shodla, že žádná aktivita není neúčinná. 3 (3,4 %) respondenti označili za neúčinnou zooterapii a sledování televize. Kognitivní trénink považují za neúčinný 2 (2,3 %) respondenti. K nejméně častým odpovědím patří sensorická stimulace, arteterapie, validace, složité hry a vaření a pečení. Tyto možnosti uvedl vždy 1 (1,1 %) respondent. Respondenti dále uváděli, že výběr aktivizace je individuální záležitost, a není tedy možné se s každou aktivizací zavděčit všem klientům, v případě negativní zkušenosti tuto aktivizaci vynechávají u jedinců, kde nastal problém. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 11.

Tabulka 11 Neúčinná volnočasová aktivita

Neúčinná volnočasová aktivita	Počet respondentů	%
Žádná	76	85,4
Zooterapie	3	3,4
Senzorická stimulace	1	1,1
Arteterapie	1	1,1
Validace	1	1,1
Sledování televize	3	3,4
Kognitivní trénink	2	2,3
Složité hry	1	1,1
Vaření, pečení	1	1,1
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 11 Neúčinná volnočasová aktivita



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 12 Pokud jste se s takovou volnočasovou aktivitou setkali, napište prosím, zda se projevila nějakým negativním dopadem či změnou na klienta?

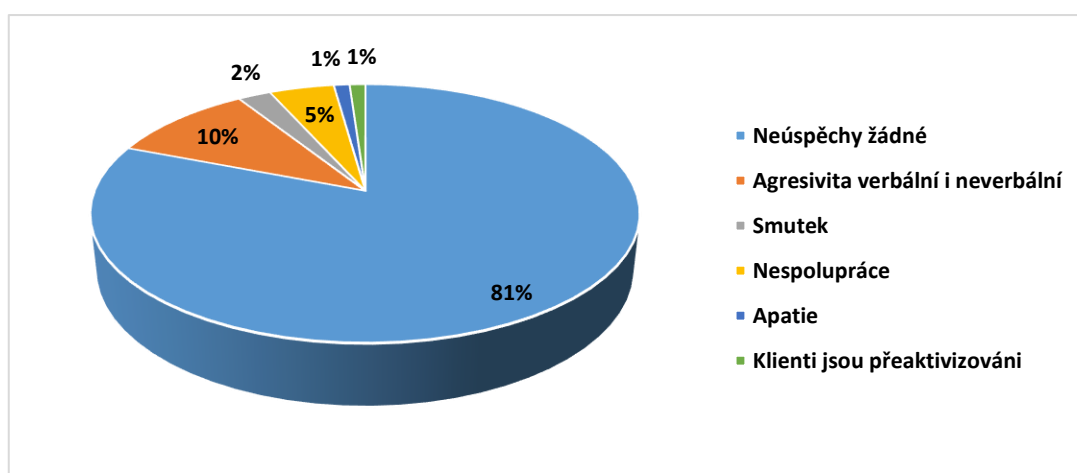
Uvedenou otázkou jsme navazovali na předešlou otázku, kde jsme zjišťovali, která aktivita se respondentům jeví jako neúčinná (Tabulka a Graf 12). V případě, že respondenti přišli do styku s neúčinnou aktivitou, chtěli jsme zjistit, jak se projevovала její neúčinnost. Většina respondentů 72 (80,9 %) uvedla, že se nesečkali s neúspěchy u volnočasových aktivit. 9 (10,1 %) respondentů se setčkalo s agresivitou verbální i neverbální. 4 (4,5 %) respondenti uvedli jako neúspěch nespokupráci klienta při aktivizaci. Za neúspěch při aktivizacích uvedli 2 (2,3 %) respondenti smutek. Nejméně uváděli respondenti jako neúspěch apatii a „přeaktivizovanost“ klientů. Obě odpovědi měli po 1 (1,1 %) respondentovi.

Tabulka 12 Neúspěchy u volnočasové aktivity

Neúspěchy u volnočasových aktivit	Počet respondentů	%
Neúspěchy žádné	72	80,9
Agresivita verbální i neverbální	9	10,1
Smutek	2	2,3
Nespokupráce	4	4,5
Apatie	1	1,1
Klienti jsou přeaktivizováni	1	1,1
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 12 Neúspěchy u volnočasové aktivity



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

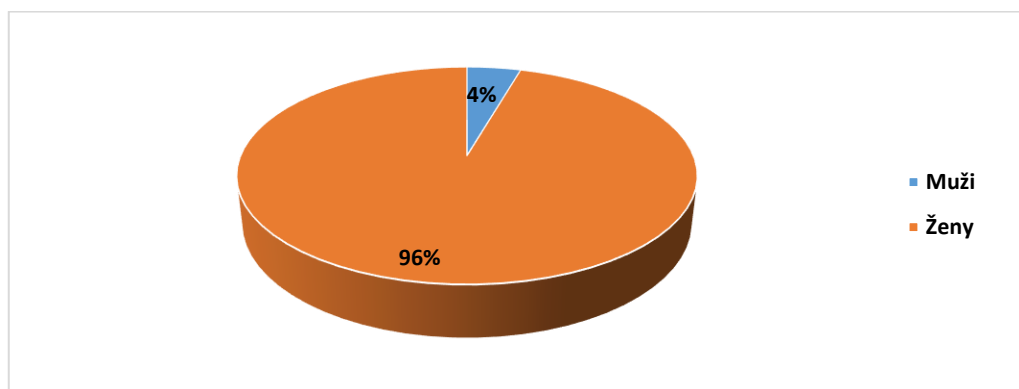
Otázka 13 Vaše pohlaví?

Tato sociodemografická otázka zjišťovala pohlaví respondentů. Mezi respondenty převažovaly ženy. Z celkového počtu 89 (100,0 %) odpovídalo na dotazník 85 žen (95,5 %) a 4 muži (4,5 %). Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 13.

Tabulka 13 Pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů	%
Muži	4	4,5
Ženy	85	95,5
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 13 Pohlaví

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 14 Dosažené vzdělání?

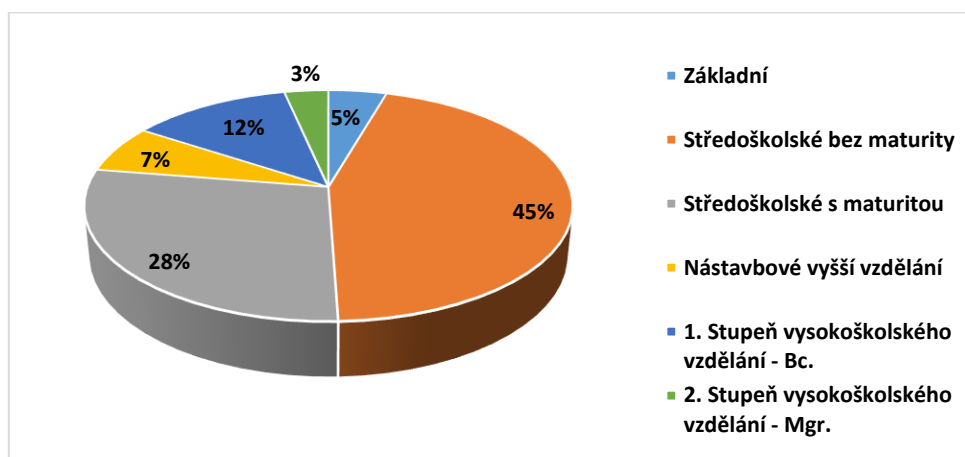
Z respondentů působících v zařízeních mají 4 (4,5 %) základní vzdělání. Respondentů se středoškolským vzděláním bez maturity byl největší počet, a to 40 (45,0 %). Ke středoškolskému vzdělání s maturitou se přihlásilo 25 respondentů (28,1 %). Nástavbové vyšší vzdělání uvedlo 6 respondentů (6,7 %). 1. stupeň vysokoškolského vzdělání uvedlo 11 respondentů (12,4 %). Pouze 3 respondenti (3,4 %) uvedli i 2. stupeň vysokoškolského vzdělání. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 14.

Tabulka 14 Vzdělání

Dosažené vzdělání	Počet respondentů	%
Základní	4	4,5
Středoškolské bez maturity	40	45,0
Středoškolské s maturitou	25	28,1
Nástavbové vyšší vzdělání	6	6,7
1. Stupeň vysokoškolského vzdělání - Bc.	11	12,4
2. Stupeň vysokoškolského vzdělání - Mgr.	3	3,4
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 14 Vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Otázka 15 Obor dosaženého vzdělání?

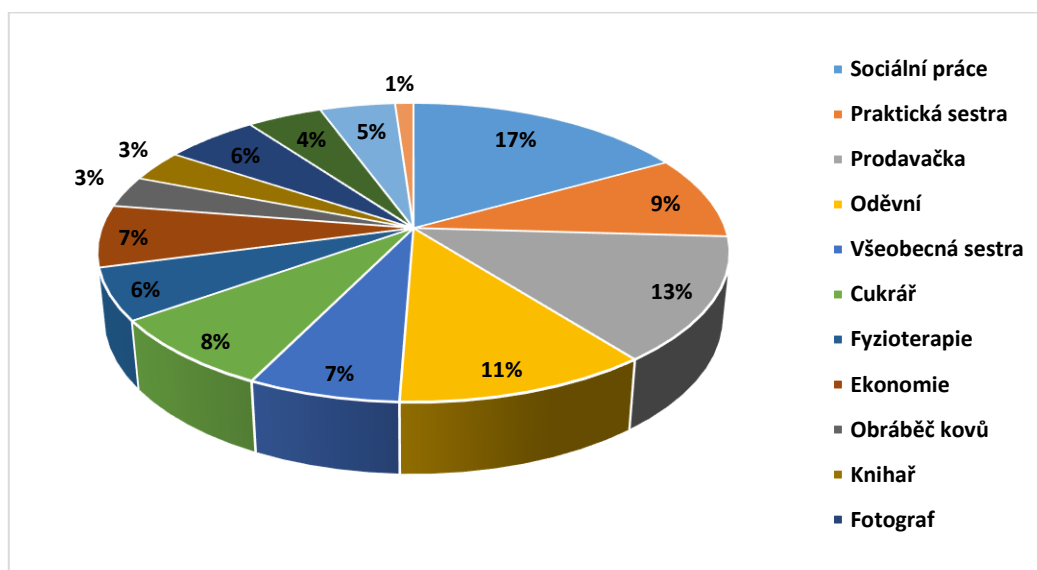
Tato otevřená otázka zjišťovala ukončený obor vzdělání. Cílem bylo zjistit, kolik respondentů pracuje se seniory s mentálním postižením bez předchozího vzdělání v daném oboru. K nejčastějším odpovědím patřila s počtem 15 (16,9 %) sociální práce. 12 (13,5 %) respondentů uvedlo jako vystudovaný obor prodavačku. Oděvní obor zastupuje 10 (11,2 %) respondentů. Praktickou sestru vystudovalo 8 (9,0 %) respondentů. 7 (7,9 %) respondentů uvedlo možnost cukrář. Se stejným počtem 6 (6,7 %) respondentů uvedlo, že mají vystudovanou všeobecnou sestru a ekonomii. K dalším uvedeným možnostem patří s počtem 5 (5,6 %) fyzioterapie a fotograf. 4 (4,5 %) respondenti uvedli možnosti ergoterapie a základní vzdělání. Obráběče kovů a kniháře uvedli 3 (3,4 %) respondenti. Pouze jeden respondent (1,1 %) uvedl jako vystudovaný obor marketing. Zjištěné výsledky jsou uvedeny na Tabulce a Grafu 15.

Tabulka 15 Obor dosaženého vzdělání

Obor dosaženého vzdělání	Počet respondentů	%
Sociální práce	15	16,9
Praktická sestra	8	9,0
Prodavačka	12	13,5
Oděvní	10	11,2
Všeobecná sestra	6	6,7
Cukrář	7	7,9
Fyzioterapie	5	5,6
Ekonomie	6	6,7
Obráběč kovů	3	3,4
Knihář	3	3,4
Fotograf	5	5,6
Ergoterapie	4	4,5
Základní	4	4,5
Marketing	1	1,1
Celkem	89	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Graf 15 Obor dosaženého vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

4.5 Diskuze

Problematika aktivizace u seniorů s mentálním postižením v domovech pro seniory se zvláštním režimem patří mezi aktuální témata. Demografický vývoj nám ukazuje, že populace v České republice stárne. S tímto problémem se, kromě České republiky, potýká celá Evropa. Se stárnutím se také zvyšuje riziko vzniku demence. Na zmiňované problémy je potřeba adekvátně a pružně reagovat, a proto řešený jev patří k prioritám sociální politiky. Nesmíme však zapomínat, že je nezbytné dbát i na kvalitu pobytových sociálních služeb. Podle asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2020, narůstá v České republice kapacita míst v domovech se zvláštním režimem, která se od roku 2009 zvýšila o 11 922 míst. Celkový počet v roce 2018 byl tedy 20 075 tisíc lůžek v domovech se zvláštním režimem (Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory, 2020) Navyšování počtu lůžek je pozitivní zpráva pro žadatele, ovšem i přes narůstající počet lůžek je poptávka stále vyšší než nabídka. Toto tvrzení potvrzujeme příkladem z Jihomoravského kraje. Český statistický úřad 2018, uvádí nabídku a poptávku po sociálních pobytových službách, konkrétně tedy domova pro seniory a domova se zvláštním režimem v tomto kraji.

Podle dat Českého statistického úřadu z roku 2018, disponoval Jihomoravský kraj kapacitou v sociálních pobytových službách v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem 5 994 lůžek. Jenom 2 732 z nich nabízely domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem měly k dispozici 3 262 míst. Přes narůstající počet lůžek v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem stále poptávka převyšuje nabídku. To nám potvrzují data z roku 2018, k 31. 12. 2018 bylo v Jihomoravském kraji 5,1 tisíc neuspokojených žádostí do domova pro seniory, v případě domova se zvláštním režimem se jedná o číslo 4 tisíce (Zařízení sociálních služeb, 2018) Vhodným řešením by bylo se zaměřit se na transformaci poskytovaných sociálních služeb pro seniory. Přestože se vyvíjí snaha o zajištění péče o seniory v domácím prostředí, jinými slovy deinstitucionalizace sociálních služeb, nesmíme zapomenout, že tu budou i senioři, kteří budou pobytové sociální služby nově vyhledávat. Vlivem demografického vývoje stárnutí obyvatelstva České republiky se považuje za vhodné pokračovat v navyšování kapacity lůžek v pobytových sociálních službách a zároveň by měla být udržena kvalita poskytovaných služeb. U kvality by se nemělo zapomenout na individuální potřeby seniorů. Seniorům by se mělo také umožnit prožít svůj konec života v pobytových sociálních zařízeních důstojně a zajistit jim všestrannou nabídku aktivizačních služeb a důstojného života.

Praktická část bakalářské práce je věnována volnočasovým aktivizačním činnostem a jejich vlivu na seniory s mentálním postižením ve vybraných pobytových zařízeních ve státním a nestátním zařízení. Hlavním cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit nejúčinnější volnočasovou aktivitu na základě analýzy získaných odpovědí od respondentů pomocí kvalitativního výzkumu. Dále uvádíme hodnocení dílčích cílů.

Z dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu vyplynulo, že respondenti 17 (19,1 %) považují za nejúčinnější volnočasovou aktivitu bazální stimulaci, dále pak pohybové aktivity a kognitivní trénink, které zvolilo v obou případech 15 (16,9 %) respondentů. Pro lepší provedení těchto aktivit by bylo vhodné zaměřit se na to, jestli mají pracovníci vhodné podmínky k poskytování výše zmiňovaných volnočasových aktivitací. Jako žádoucí hodnotíme umožnění doškolení pracovníkům, kteří ještě nemají kurz bazální stimulace, a dokoupení potřebných a hlavně vhodných pomůcek při poskytování výše zmiňovaných volnočasových aktivitací.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké volnočasové aktivity jsou poskytovány seniorům s mentálním postižením v domovech se zvláštním režimem.

Respondenti obou zařízení se shodli, že ve svých zařízeních poskytují klientům s mentálním postižením reminiscenční terapii, terapeutické panenky, bazální stimulaci, validaci, kognitivní trénink, muzikoterapii, senzorické stimulaci, pohybové aktivity a zooterapii. Pozornost aktivizačním činnostem věnovala také Jurečková (2003). Tvrdí, že aktivizace je podpora nebo pomoc, která pomáhá seniorům při udržení samostatnosti. Aktivizaci můžeme poskytovat ve formě společenské podpory, v psychologické, kulturní či zájmové oblasti. Prostřednictvím aktivizace uspokojujeme klientům potřeby fyzické, mezi které patří odpočinek, spánek, pohyb, potřeba jídla a vylučování. K dalším potřebám patří sociální, psychologická a duchovní oblast. (Jurečková, 2003) S tímto tvrzením souhlasíme, sami naši respondenti uvedli, že klienti se zapojují do aktivitací fyzických, psychických, sociálních a duchovních. Tvrzení Jurečkové, podle našeho výzkumu, dobře doplňuje teze od Vojířové, která se domnívá, že sociální služby by měly prostřednictvím svých pracovníků podpořit seniory v takových procesech, které pomohou seniorům být méně závislí na jejich službě, zároveň se díky tomu stanou více samostatní. Aktivizační činnosti však musí být v souladu s druhem sociální služby a nesmí se zapomínat, jakému okruhu osob je daná služba poskytována. (Vojířová, 2012)

Dílčí cíl 2: Zjistit, jestli je, podle pracovníků domova se zvláštním režimem, věnováno dostatek času a prostoru aktivizaci klientů.

Podle Malíkové, se aktivizační pracovníci a fyzioterapeuti v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem nejvíce věnují aktivnější skupině seniorů a na klienty s poruchou chování, dezorientované, ležící, nekomunikující, imobilní či s poruchou vědomí mají méně času. (Malíková, 2020) Tato skutečnost zhoršuje kvalitu poskytovaných aktivizačních činností u všech klientů. Zmiňovaný problém byl ověřen i v dotazníkovém šetření, kdy pouze 27 respondentů (30,3 %) uvedlo, že čas a prostor věnovaný seniorům s mentálním postižením v rámci volnočasových aktivit je dostačující. Dalších 41 (46,1 %) respondentů si myslí, že čas a prostor věnovaný seniorům s mentálním postižením je spíše dostačující. Určitě je tedy žádoucí tento problém do budoucna řešit. Všichni klienti mají totiž právo na aktivizaci, a proto by bylo vhodné posílit personál nebo navázat spolupráci s dobrovolníky, kteří také mohou se seniory provozovat volnočasové aktivity.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jestli je, podle pracovníků domova se zvláštním režimem, nabídka aktivizačních činností dostačující.

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak pracovníkům vyhovuje nabídka aktivizačních možností v jejich zařízeních. Nejvíce respondentů v počtu 65 (73,0 %) je s nabídkou aktivizačních činností spokojeno. Zbýlých 24 (27,0 %) respondentů není spokojeno s nabídkou aktivizačních činností. Nikdo z respondentů však nenavrhl, jakou aktivitu by ve svém zařízení uvítali. Malíková (2020) uvádí, jako další vhodnou aktivizační činnost arteterapii. Seniorům s demencí pomáhá ke zklidnění, stabilizaci jejich emocí a psychiky, komunikaci a sebevyjádření. Možnosti arteterapie jsou široké, takže si každý senior může najít to svoje.

Dílčí cíl 4: Zjistit, kterou volnočasovou aktivizaci pracovníci domova se zvláštním režimem poskytují nejčastěji.

Otázkou zjišťujeme nejvíce poskytovanou aktivitu od pracovníků daných zařízení. K nejčastějším vybraným možnostem patří pohybové aktivity, a to u 19 (21,3 %) respondentů a bazální stimulace u 17 (19,1 %) respondentů. 13 (14,6 %) respondentů zvolilo kognitivní trénink. Muzikoterapii zvolilo 12 (13,5 %) respondentů. Reminiscenční terapii zvolilo 8 (9,0 %) respondentů; 7 (7,9 %) respondentů si vybralo zooterapii; po 5 (5,6 %) respondentech si zvolilo možnost terapeutické panenky a senzoricke stimulaci. Jinou možnost zvolili 2 (2,2 %) respondenti. K nejméně časté odpovědi patří validace v počtu 1 (2,4 %) respondent. O důležitosti pohybových aktivit také hovoří Dučaiová a kolektiv

(2018). Pravidelný pohyb a cvičení, má dobrý vliv na kvalitu života. Pohybem a cvičením zároveň předcházíme zhoršování fyzické kondice.

Dílčí cíl 5: Zjistit, se kterými pozitivními změnami se setkávají pracovníci domova se zvláštním režimem při dlouhodobém poskytování volnočasových aktivit u seniorů s mentálním postižením. Kozáková a Müller (2006) tvrdí, že prostřednictvím aktivizace se seniorům zkvalitňuje život. Správná aktivizace by měla seniory podporovat v tělesné, duševní výkonnosti a pomoci jim se smysluplně se zapojit do společnosti. Aktivizace předchází závislosti na druhé osobě a snaží se navodit pocit spokojenosti, radosti a důstojnosti. (Kozáková a Müller, 2006) Toto tvrzení jsme si ověřili v praktické části bakalářské práce, kdy nejvíce uváděnou pozitivní změnou bylo, podle 25 respondentů (28,1 %), zlepšení psychického stavu. Dále podle 18 (20,2 %) respondentů dochází při dlouhodobé aktivizaci seniorů ke zlepšení fyzické kondice. Dalších 7 (7,9 %) respondentů uvedlo, že se u klientů zlepšuje důvěra k druhé osobě. K dalším pozitivním změnám patří podle 7 (7,9 %) respondentů zlepšení komunikace. Respondenti dále uvádějí zlepšení v možnosti navázání sociálních kontaktů a snížení agrese. Na tomto se shodlo 13 (14,6 %) respondentů. Pouze 6 (6,7 %) respondentů uvedlo zlepšení orientace. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že všichni respondenti považují aktivizaci za přínosnou.

Dílčí cíl 6: Zjistit, jestli jsou nějaké volnočasové aktivity, podle pracovníků domova se zvláštním režimem, neúčinné či dokonce bezvýznamné. Dále jsme z dotazníkového šetření zjistili, že většina pracovníků, což je 75 (85,4 %) z obou zařízení, si myslí, že žádná aktivizační činnost není neúčinná. Ostatních 14 (15,7 %) si pak myslí, že jsou neúčinné tyto činnosti: zooterapie, senzorická stimulace, arteterapie, validace, sledování televize, kognitivní trénink, složité hry, vaření a pečení. Bohužel z dotazníkového šetření nevyplývá, jestli pracovníci před použitím aktivizačních činností pracují s biografií klienta. Biografie klienta by jim měla pomoci při volbě vhodných aktivizačních metod. Nesmíme zapomínat, že senioři jsou individuální bytosti, a proto nemusí všechny aktivizační metody každému vyhovovat. Např. pokud seniora v dětství pokousal pes, tak nyní při použití canisterapie může reagovat negativně. Také Procházková (2019) uvádí, že jakákoliv aktivizační činnost se seniorem s mentálním postižením vyžaduje znalost biografie, která se nachází v seniorově dlouhodobé paměti a pojí se s emocemi. *„Kvalitativní forma aktivizace je vždy podložena správným mapováním potřeb seniora ve vztahu k biografii a ve vztahu, v jakém stadiu regrese se klient nachází. Pro seniory bez symptomů dezorientace je aktivizace*

zaměřena především v rovině kognitivní aktivizace s cílem podchytit preventivní opatření pro stabilizaci kognitivních funkcí“. (Procházková, 2019, s. 136)

Dílčí cíl 7: Zjistit, jaký negativní vliv může mít špatně zvolená volnočasová aktivita na klienta.

K negativním zkušenostem, které uváděli respondenti, patří tzv. přeaktivizování klienta. Tuto skutečnost už popisuje Wehner (2013), kdy tvrdí, že běžná aktivizace může u seniora způsobit právě přeaktivizování, a proto volí jako vhodnější aktivizaci smyslovou, která přiměje klienta, aby zapojil svoje smysly a zároveň se u toho uvolnil. Abychom případnému problému předešli, navrhuje u těchto klientů zkusit smyslovou aktivizaci. K dalším negativním vlivům řadí respondenti: agresivitu verbální i neverbální, nespolupráci klienta při aktivizaci, smutek a apatii.

Aktivnímu stáří věnuje Ministerstvo práce a sociálních věcí zvýšenou pozornost v rámci politických aktivit. S tím souvisí nejnovější dokument „Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019 – 2025“ (2019). Ten popisuje nutnost vytvoření ideálních podmínek, aby senioři mohli vyvinout osobní aktivitu (Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019 – 2025, s. 19). S tímto tvrzením souhlasíme, pro seniory je potřebné se realizovat a zároveň mít prostor k osobní aktivitě.

Jak už jsme zmiňovali, populace stárne a zvyšuje se poptávka po pobytových sociálních službách. S tímto problémem je spojen i pozitivní vliv volnočasových aktivit, které by se podle zákona v těchto zařízeních měly poskytovat. O pozitivním vlivu hovoří mnoho autorů, my uvádíme jen několik z nich, a to ty, od kterých jsme čerpali v rámci bakalářské práce. Tímto problémem se zabývají například: Čevela a kol. (2012), Dvořáčková (2012), Dučaiová a kol. (2018), Haškovcová (2012), Holczerová a Dvořáčková (2013), Janiš a Skopalová (2016), Sak a Kolesárová (2012), Zrubáková a kol. (2019), aj.

Vzhledem k prostudované odborné literatuře a provedenému kvantitativnímu výzkumnému šetření naší bakalářské práce si dovolueme nabídnout několik doporučení pro zlepšení kvality aktivizačních služeb u seniorů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách, konkrétně pak v domovech se zvláštním režimem.

Výsledky, které nám vyplynuly z výzkumného šetření podpořené odbornou literaturou, mohou být využity pracovníky při poskytování přímé péče klientům, zejména aktivizačními pracovníky Domova pro seniory Sokolnice a Alzheimercentra Zlín.

4.6 Doporučení pro praxi

Z analýzy získaných dat kvantitativního výzkumu si dovoluujeme níže uvést několik doporučení, která by mohla pomoci při zlepšení kvality aktivizačních činností v pobytovém zařízení pro seniory s mentálním postižením.

- V domově se zvláštním režimem využívat více dobrovolnické činnosti, navazovat nové kontakty s organizacemi. Nabízet praxi studentům, spolupracovat s mateřskými školami.
- Aktivizační programy uzpůsobit požadavkům a přáním klientů.
- Využívat při práci se seniory s mentálním postižením poznatky získané z biografie, a to zejména při výběru aktivizačních programů.
- Zaměřit se více na individuální aktivizaci klientů, vyhranit si na klienta čas a zvolit vhodné prostředí, tak aby se cítil dobře.
- Podporovat pracovníky při celoživotním vzdělávání. Umožnit pracovníkům si vybrat akreditační kurzy, které považují za důležité pro zkvalitnění aktivizačních služeb.
- Zajistit aktivizačním pracovníkům kvalitní pomůcky.
- Zajistit pracovníkům supervizi, aby mohli svoje úspěchy a neúspěchy probrat s někým mimo organizaci.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývala využitím aktivizačních činností u seniorů s mentálním postižením v prostředí sociálních pobytových služeb. Práce reaguje na aktuální problém společnosti s narůstajícím zájmem o umístění seniora s mentálním postižením do sociálních pobytových služeb, v řešeném případě do domova se zvláštním režimem.

Cílem bakalářské práce bylo představit odborné veřejnosti problematiku mentálního postižení u seniorů a to, jak je podstatné s nimi umět účelně poskytovat sociální péči v podobě aktivizačních činností, aby mohli důstojně a kvalitně dožít svůj život v sociálním pobytovém zařízení.

V teoretické části jsme přiblížili pomocí odborné literatury čtenářům problematiku stáří, stárnutí a sociálních služeb, které se seniorům v přímé péči poskytují. K dalším pojmům, které jsme se v rámci teoretické části snažili čtenářům objasnit, patří demence, její klasifikace, diagnostika a aktivizační formy a metody, které se používají při práci se seniory s mentálním postižením.

Výzkumné šetření zaměřené na zjištění nejúčinnější volnočasové aktivity jsme uskutečnili v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Byly vybrány zástupci státní i nestátní sféry. Respondenty byli zaměstnanci Domova pro seniory Sokolnice a Alzheimercentra Zlín, protože právě ti s klienty s mentálním postižením pracují a jsou schopni subjektivně posoudit, jak na klienty volnočasové aktivity působí a ovlivňují jejich pobyt v jejich sociálních zařízeních.

Na základě zjištěných výsledků, které vyplynuly z kvantitativního výzkumu pomocí techniky dotazníkového šetření, jsme zjistili, že respondenti považují za nejúčinnější volnočasovou aktivitu bazální stimulaci, dále pak pohybové aktivity a kognitivní trénink. Respondenti také uvádějí, že volnočasové aktivity jsou důležité pro seniory s mentálním postižením a navzájem se doplňují, pouze u některých aktivizací, např. canisterapie se setkali s negativním účinkem. Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti by uvítali, kdyby měli na poskytování aktivizačních činností více času a prostoru.

Dovolujeme si tvrdit, že cíl bakalářské práce byl úspěšně naplněn a doufáme, že výsledky z výzkumného šetření budou přínosné pro pracovníky v pobytových sociálních službách, hlavně pak pro aktivizační pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5147-4.

BARTKO, Daniel, ČOMBOR, Igor, MADARÁSZ, Štefan a Milan LULIAK 2008. Demencia Alzheimerovho typu. *Via practica* 5(10): s. 398-402. ISSN 1336-4790.

BEDNAŘÍK, Josef, AMBLER, Zdeněk, RŮŽICKA, Evžen et al. 2010. *Klinická neurologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9.

BIRNBAUM, Shira, HANCHUK, Hilary a Marjorie NELSON, 2015. Therapeutic Doll Play in the Treatment of a Severely Impaired Psychiatric Inpatient: Dramatic Clinical Improvements With a Nontraditional Nursing Intervention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 53(5): s. 22-27. ISSN 1938-2413.

BRADEN Barbara, A. a Phyllis, M. GASPAR, 2014. Implementation of a baby doll therapy protocol for people with dementia: Innovative practice. *Dementia* 15(5): s. 696-706. ISSN 1471-3012.

BÖHM, Erwin, 2004. *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I. Grundlagen*. Wien- München- Bern: Verlag Wilhelm Maudrich. ISBN 3-85175-768-8.

BOČKOVÁ, Lenka, HASTRMANOVÁ, Šárka a Egle HAVRDOVÁ, 2011. *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Praha: Respekt institut. ISBN 978-80-904153-2-4.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-014.

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

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

FERJENČÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.

FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence-nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.

FRANKOVÁ, Vanda, 2016. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatria pre prax* 17 (4): s. 140-142. ISSN 1335-9584.

HAUKE, Marcela a kol. 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-809-063-207-3.

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

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations. ISBN 979-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva s kol. 2014. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5923-4.

HÖSCHL, Cyril, ŠVESTKA, Jaromír a Jan LIBIGER, 2004. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-7-4.

HROZENSKÁ, Martina, Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANEČKOVÁ, Hana, Zdeněk KALVACH a Iva HOLMEROVÁ, 2004. *Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace*. In: KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6.

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

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

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

JIRÁK, Roman, 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologia pre prax* 9 (4): s. 224-227. ISSN 1335-9592.

- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JUREČKOVÁ, Petra, 2003. Aktivizace seniorů. *Sociální práce/sociální práca*, 2: s. 142-154. ISSN 1213-624.
- KALVACH, Zdeněk a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana, a kol. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.
- KUČEROVÁ, Helena 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- NEMČEK, Dagmar a kol. 2011. *Kvalita života seniorov a pohybová aktivita jako její součást*. Prešov: Michal Vaško-vydavateľstvo. ISBN 978-80-7165-857-3.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, RŮŽIČKA, Evžen, TICHÝ, Jiří a kol. 2005. *Neurologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-160-2.
- NOVOTNÁ, Aneta a kol. 2018. *Aktivizace seniorů-tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů*. Praha: Verlag Dashöfer. ISBN 978-80-87963-75-3.

- ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-199-9.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta a kol. 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-1490-5.
- PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela, 2013. *Šedivějící hodnoty? Aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Muni PRESS. ISBN978-80-210-6310-5.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PRŮCHA, Jan, 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5232-7.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RUSINA, Robert a Radovan MATĚJ, 2007. Vaskulární demence. *Psychiatrie pro praxi*. 8 (2): s. 81-84. ISSN 1335-9584.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-505.
- SVOBODOVÁ, Veronika, 2016. *Aktivizace seniorů s demencí*. Brno. Diplomová práce. Univerzita Masarykova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.
- ŠEVČÍKOVÁ, Petra, 2017. *Aktivizace seniorů v prostředí sociálních služeb*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra andragogiky a personálního řízení.
- ŠTĚPÁNOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVICOVÁ, 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
- ŠUTOVSKÝ, Stanislav, KRÁLOVÁ, Mária, IZÁKOVÁ, Ľubomíra a Peter TURČÁNI, 2012. Alzheimerova choroba a zmiešaná demencia – jedna entita alebo dve? *Neurologie pro praxi*, 13 (1): s. 26-31. ISSN 1213-1814.

TOMEŠ, Igor a kol. 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

VAARMA, Marja, Richard PIEPER a Andrew SIXSMITH, 2007. *Care-Related Quality of Life in Old Age: Concepts, Models, and Empirical Findings*. New York: Springer Science & Business Media. ISBN 978-0-387-72168-2.

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

VAVRUŠOVÁ, Livia a kol. 2012. *Demencia*. Praha: Osvěta. ISBN 978-80-80-6338-20.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOJÍŘOVÁ, Dita, 2012. Sociální služby. *Sociální práce/Sociálna práca*, 14 (10): s. 20-21. ISSN 1803-7348.

WEHNER, Lore a Yilva SCHWINGHAMMER 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.

WONDERLIN, R. a G. M. LOTZE, 2020. *Creative Engagement: A Handbook of Activities for People with Dementia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. ISBN 978-1421437293.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2207-3.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky ©2011. *ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/Analyza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb_EY_FIN_AL

Zařízení sociálních služeb v roce, 2018. *Česká statistický úřad* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xb/zarizeni-socialnich-sluzeb-v-roce-2018>

Alzheimerova choroba ©2015. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>

Výskyt demence ©2015. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách 2006. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

O Bazální stimulaci ©2019. *INSTITUT Bazální stimulace* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

Strategie Přípravy Na Stárnutí Společnosti 2019-2025 2019. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%20C5%99%20C3%ADpravyna-st%20C3%A1rnut%20C3%AD-spole%20C4%8Dnosti-2019-2025- ma_ALBSBADJYUA2.pdf

Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi 2012. *PROHUMAN* [online]. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

ŽIGOVÁ, Eva, 2012. Alzheimerova choroba a jej liečba. *Edukafarm medinews. Časopis pre lekárov*;5(3). Dostupné z: doi:<https://lekom.sk/upload/medikom/2011/03-2011.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj.	A jiné
Atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
Kol.	Kolektiv
Např.	Například
O.p.s.	Obecně prospěšná společnost
S.	Strana
Sb.	Sbírky
Tzv.	Tak zvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Zařízení.....</i>	43
<i>Graf 2 Pozice</i>	44
<i>Graf 3 Práce se seniory s mentálním postižením.....</i>	45
<i>Graf 4 Kontakt se seniory a volnočasové aktivity.....</i>	46
<i>Graf 5 Poskytované volnočasové aktivity</i>	47
<i>Graf 6 Čas a prostor u volnočasových aktivit</i>	48
<i>Graf 7 Nabídka aktivizačních činností.....</i>	49
<i>Graf 8 Nejčastěji poskytovaná volnočasová aktivita</i>	50
<i>Graf 9 Nejúčinnější volnočasová aktivita</i>	51
<i>Graf 10 Úspěchy u volnočasové aktivity.....</i>	52
<i>Graf 11 Neúčinná volnočasová aktivita.....</i>	53
<i>Graf 12 Neúspěchy u volnočasové aktivity</i>	54
<i>Graf 13 Pohlaví</i>	55
<i>Graf 14 Vzdělání</i>	56
<i>Graf 15 Obor dosaženého vzdělání</i>	57

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Zařízení</i>	43
<i>Tabulka 2 Pozice</i>	44
<i>Tabulka 3 Práce se seniory s mentálním postižením</i>	45
<i>Tabulka 4 Kontakt se seniory a volnočasové aktivity</i>	45
<i>Tabulka 5 Poskytované volnočasové aktivity</i>	47
<i>Tabulka 6 Čas a prostor u volnočasových aktivit</i>	48
<i>Tabulka 7 Nabídka aktivizačních činností</i>	49
<i>Tabulka 8 Nejčastěji poskytovaná volnočasová aktivita</i>	50
<i>Tabulka 9 Nejúčinnější volnočasová aktivita</i>	51
<i>Tabulka 10 Úspěchy u volnočasové aktivity</i>	52
<i>Tabulka 11 Neúčinná volnočasová aktivita</i>	53
<i>Tabulka 12 Neúspěchy u volnočasové aktivity</i>	54
<i>Tabulka 13 Pohlaví</i>	55
<i>Tabulka 14 Vzdělání</i>	56
<i>Tabulka 15 Obor dosaženého vzdělání</i>	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Využití aktivizačních činností v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory s mentálním postižením.“ Jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, oboru zdravotně sociální pracovník. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou využity pouze ke zpracování bakalářské práce. Prosím, odpovídejte pravdivě. Není-li uvedeno jinak, vyberte pouze jednu odpověď u každé otázky.

1. V jakém zařízení působíte?

- Alzheimer centrum Zlín
- Domov pro seniory Sokolnice

2. Jakou pozici vykonáváte ve vašem zařízení?

- Ředitel/ředitelka
- Sociální pracovník/pracovnice
- Aktivizační pracovník/pracovnice
- Pečovatel/pečovatelka
- Fyzioterapeut/fyzioterapeutka
- Zdravotní sestra
- Jiná

3. Jak dlouho pracuje se seniory s mentálním postižením?

- Uved'te prosím.....

4. Přicházíte při výkonu vaší práce do kontaktu se seniory s mentálním postižením v rámci poskytování volnočasových aktivit?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

5. Jaké volnočasové aktivity jsou poskytovány seniorům s mentálním postižením ve vašem zařízení?

.....

.....

.....

.....

6. Myslíte si, že je ve vašem zařízení věnován dostatek času a prostoru aktivizaci klientů?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

7. Je podle vašeho mínění nabídka aktivizačních činností dostačující, nebo vám zde některá z nich chybí a uvítali byste ji?

- Ano
- Ne
- Pokud ano, kterou

.....

8. Kterou z vybraných volnočasových aktivizací při svoji práci se seniory s mentálním postižením poskytujete nejčastěji?

- Reminiscenční terapie
- Terapeutické panenky
- Validace
- Bazální stimulace
- Kognitivní trénink
- Muzikoterapie
- Senzorická stimulace
- Pohybové aktivity
- Zooterapie
- Jiná

.....

9. Která z volnočasových aktivizací je podle vás nejúčinnější při práci se seniory s mentálním postižením?

- Reminiscenční terapie
- Terapeutické panenky
- Validace
- Bazální stimulace
- Kognitivní trénink
- Muzikoterapie
- Senzorická stimulace
- Pohybové aktivity
- Zooterapie
- Jiná

.....
.....

10. S kterými pozitivními změnami se setkáváte při dlouhodobém poskytování volnočasových aktivit u seniorů s mentálním postižením?

.....
.....
.....

11. O kterých z poskytovaných volnočasových aktivit či terapií se domníváte, že jsou při práci se seniory s mentálním postižením neúčinné či bezvýznamné?

.....
.....
.....
.....

12. Pokud jste se s takovou volnočasovou aktivitou setkali, napište prosím, zda se projevila nějakým negativním dopadem či změnou na klienta?

.....

.....

.....

13. Vaše pohlaví

- Muž
- Žena

14. Dosažené vzdělání

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Nástavbové vyšší vzdělání
- 1. stupeň vysokoškolského vzdělání – Bc.
- 2. stupeň vysokoškolského vzdělání – Mgr.

15. Obor dosaženého vzdělání

.....

Děkuji za vyplnění a Váš čas.

Simona Fibichová