

# **Přínos a úskalí aktivizace seniorů v pobytových zařízeních**

Bc. Lenka Hlubková

---

Diplomová práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Hlubková**  
Osobní číslo: **H23123**  
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Přínos a úskalí aktivizace seniorů v pobytových zařízeních**

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stárnutí a stáří, vývoje péče o seniory a technik aktivizace seniorů.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

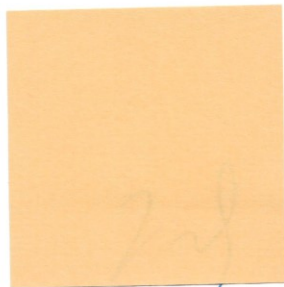
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

DIENSTBIER, Zdeněk, 2012. Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-01-3.  
HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.  
CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.  
MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.  
SAK, Petr a Karolína KOLEŠÁROVÁ, 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Hana Včelařová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **11. prosince 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **19. dubna 2024**



**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 11. prosince 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové 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 nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 chybného 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 jím 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na problematiku fyzické a sociální aktivizace seniorů v pobytových zařízeních. Teoretická část se zabývá stářím a stárnutím, změnami, které stárnutí provázejí, ambulantními, terénními a pobytovými sociálními službami pro seniory a aktivizací seniorů v pobytových zařízeních. V této části diplomové práce jsou popsány některé aktivizační metody používané při práci se seniory. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, jehož cílem je zjistit, jak aktivizační metody přispívají k zachování či zlepšení pohybových dovedností, duševního zdraví a začlenění seniorů do sociálního prostředí, které aktivizační metody jsou nejvíce uplatňovány a s jakými překážkami se aktivizační pracovníci ve své praxi setkávají.

Klíčová slova: aktivizační metody, pobytové zařízení, senior, sociální pedagogika, sociální pracovník

## **ABSTRACT**

The diploma thesis is focused on the issue of physical and social activation of seniors in residential facilities. The theoretical part deals with old age and aging, the changes that accompany aging, ambulatory, outreach and residential social services for seniors and the encouragement of seniors in residential facilities. This part of the diploma thesis describes some activation methods used in work with seniors. The practical part contains quantitative research, the aim of which is to find out how activation methods contribute to the preservation or improvement of movement skills, mental health and the inclusion of seniors in the social environment, which activation methods are most implemented and what obstacles activation workers encounter in their practice.

Keywords: activation methods, residential facility, senior, social pedagogy, social worker

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce PhDr. Haně Včelařové za její rady, pomoc a čas, který mně při konzultacích věnovala.

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

## **OBSAH**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                             | <b>11</b> |
| <b>1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ</b> .....                            | <b>12</b> |
| 1.1 TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....                            | 13        |
| 1.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....                          | 14        |
| 1.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....                           | 14        |
| <b>2 AKTIVIZACE SENIORŮ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH</b> .....  | <b>16</b> |
| 2.1 AMBULANTNÍ A TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY ..... | 16        |
| 2.2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY .....                    | 18        |
| 2.3 AKTIVIZACE SENIORŮ.....                                | 19        |
| 2.4 AKTIVIZAČNÍ PRACOVNÍK .....                            | 21        |
| 2.4.1 Arteterapie.....                                     | 22        |
| 2.4.2 Dramaterapie.....                                    | 23        |
| 2.4.3 Taneční terapie.....                                 | 24        |
| 2.4.4 Canisterapie.....                                    | 25        |
| 2.4.5 Smyslová aktivizace.....                             | 26        |
| 2.4.6 Ergoterapie.....                                     | 26        |
| 2.4.7 Reminiscence.....                                    | 27        |
| <b>3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE</b> .....        | <b>29</b> |
| 3.1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY .....                       | 29        |
| 3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....                                    | 30        |
| 3.3 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....                       | 31        |
| 3.4 LEGISLATIVA V SOCIÁLNÍ PRÁCI.....                      | 33        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....                             | <b>35</b> |
| <b>4 VÝZKUM</b> .....                                      | <b>36</b> |
| 4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....                                 | 36        |
| 4.2 VÝZKUMNÝ CÍL .....                                     | 36        |
| 4.3 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ CÍLE .....                              | 36        |
| 4.4 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                            | 36        |
| 4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....                                  | 37        |
| 4.6 METODOLOGIE VÝZKUMU .....                              | 37        |
| 4.7 ANALÝZA DAT.....                                       | 38        |
| 4.8 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE.....                | 52        |
| <b>ZÁVĚR</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....                     | <b>56</b> |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b> | <b>60</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK.....</b>                     | <b>61</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>                      | <b>63</b> |

## ÚVOD

S tím, jak se vyvíjí naše společnost, prodlužuje se délka lidského života a velmi důležitou se jeví snaha o zlepšení jeho kvality ve stáří. Ne všichni senioři mohou trávit tuto část svého života v kruhu rodiny, ale jsou odkázáni na pobyt v různých typech sociálních zařízení. Tato diplomová práce se zabývá problematikou aktivizace právě takto umístěných seniorů, žijících v pobytových zařízeních.

Diplomová práce se věnuje přínosům a úskalím aktivizace seniorů, umístěným v pobytových zařízeních tak, jak je vnímají pracovníci, věnující se jejich aktivizaci. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První se věnuje pojmu stáří a stárnutí, jejich charakteristikám, sociálním, psychickým a fyzickým změnám ve stáří. Kapitola druhá je věnována samotné aktivizaci seniorů, postavení aktivizačního pracovníka a jednotlivým typům aktivizačních metod a technik. Třetí kapitola se zabývá pojetím sociální pedagogiky, sociální prací a úlohou sociálního pracovníka. Okrajově je zmíněna legislativa týkající se oblasti sociální péče.

Praktická část vymezuje hlavní výzkumný cíl, kterým je zjistit, které druhy aktivizace jsou v pobytových zařízeních pro seniory nejčtenější, jaký mají z pohledu aktivizačních pracovníků přínos pro klienty a s jakými překážkami se aktivizační pracovníci při práci s klienty nejčastěji setkávají. Byly stanoveny dílčí cíle, za pomoci kterých zjistíme druhy nejvíce využívaných aktivizačních metod, zda jsou ve větší míře oblíbené aktivizace individuální nebo skupinové, zda aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností, zlepšení kvality duševního zdraví a celkové psychické pohody klientů, jejich začleňování do sociálního prostředí a navazování vztahů a s jakými překážkami se aktivizační pracovníci nejčastěji potýkají. Na základě dílčích výzkumných cílů byly stanoveny dílčí výzkumné otázky.

Vzhledem k tomu, že se diplomová práce zabývá pohledem aktivizačních pracovníků na danou problematiku, bude její výzkumný soubor tvořen aktivizačními pracovníky zaměstnanými v pobytových zařízeních pro seniory, a to v rámci Zlínského kraje.

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního šetření, prováděna formou anonymního dotazníku

Na závěr byla provedena analýza výsledků výzkumu a konečné shrnutí s doporučením pro praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

*„Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti“* (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 202).

Fenomén stáří patří podle Saka a Kolesárové (2012) k proměnám současné společnosti. Nejde pouze o prodlužování života, ale i o psychosociální proměnu obsahu stáří a zvyšování podílu seniorů v naší společnosti.

U každého člověka rozlišujeme věk biologický, kalendářní a sociální. Biologickým je věk, který hodnotíme podle tělesného a psychického rozvoje, jedná se tedy o vyjádření shody nebo naopak rozporu stavu člověka s obvyklým stavem osob daného věku. Zlepšováním zdravotního a funkčního stavu stárnoucí generace se tento věk neustále zvyšuje. Věk sociální je určován zkušenostmi a sociálním postavením, kterého člověk dosáhnul. Nejjednoznačnějším vyjádřením věku je ovšem věk kalendářní, který může být s věkem biologickým a sociálním v rozporu. (Čeledová et al., 2016)

Vědou zabývající se problematikou stáří a stárnutí je gerontologie, jejímž cílem není pouze zájem o degenerativní onemocnění ve stáří, ale také zájem o fyziologické mechanismy stárnutí, působící na funkční schopnosti a zdatnost člověka. (Vostrý a Veteška, 2021)

Gerontologie je členěna do tří směrů. Jedná se o gerontologii experimentální, klinickou a sociální. Předmětem experimentální gerontologie je problematika stárnutí organismu, klinická gerontologie se zabývá zdravotním stavem, chorobami a jejich léčením a sociální gerontologie řeší život ve stáří, vztahy mezi starými lidmi a společností, demografii, sociologii a vztahy mezi generacemi. (Čeledová et al., 2016)

Starý člověk je charakterizován příslušností k věkové skupině osob, které dosáhly věku 60, respektive 65 let. V tomto věku je na něho pohlíženo jako na důchodce, který je neaktivní a neproduktivní, s řadou zdravotních problémů a postupnou ztrátou soběstačnosti. Takovýto pohled postrádá snahu najít pozitivní stránky stáří. A při tom samotný věk ještě není důvodem potřeby zvýšené péče. Potřeba sociální pomoci a sociální práce se starými lidmi se objevuje až tehdy, pokud u seniora dojde k mimořádné situaci. Týká se seniorů, u nichž vlivem zhoršujícího se zdravotního stavu dochází k poklesu funkčních schopností a soběstačnosti. (Matoušek et al., 2010)

*„Období stárnutí a stáří je všeobecně pojímáno a chápáno negativně, s obavami. Obecně jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních*

*funkcí, kontaktů s okolním prostředím, ztráty možností seberealizace. Obavy a očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti“ (Malíková, 2020, s. 14).*

Každý člověk stárne jinak. Stárnutí každého z nás je ovlivněno řadou faktorů. Mohou to být naše genetické předpoklady, způsob, jaký jsme celý život žili, jak jsme byli aktivní či naopak neaktivní. Toto všechno má na naše stárnutí vliv. Následující kapitoly jsou věnovány fyzickým a psychickým změnám ve stáří, ale také změnám v oblasti sociálního statusu a vztahů.

## 1.1 Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny odlišující staré lidi od mladých jsou označovány jako genotyp stáří. Snižuje se tělesná výška, naopak váha se obvykle zvyšuje, mění se postoj a chůze člověka, ubývá svalová hmota a síla. Zhoršuje se zrak, sluch, čich i chuť. Všechny tyto změny mají vliv na chování seniora, který začíná mít introvertní pocity, cítí nejistotu a nedůvěru. S tím potom souvisí změny v jeho psychice. (Dvořáčková, 2012)

Tyto fyzické změny představují biologické stárnutí organismu. Klesá funkčnost orgánů, mění se metabolismus a imunitní mechanismy. Organismus se hůře adaptuje na zátěž. Míra těchto fyziologických změn může být v období stáří do jisté míry ovlivněna zdravou životosprávou. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

Pro stárnutí je typické snižování výkonnosti, oslabují se tělesné funkce, s přibývajícím věkem dochází k poklesu biologických adaptačních procesů, opotřebením kloubů a přibývání chronických onemocnění. Některé změny mohou být patrné již při prvním pohledu, jako například ztráta pružnosti kůže, prohlubování vrásek nebo šedivění. (Ptáčková, Ptáček, 2021)

S přibývajícím věkem dochází ke zhoršování paměti, především té na nové události, zatímco vzpomínky na události minulé v paměti zůstávají. Mimo to bývají vzpomínky často zkreslovány tak, že ty minulé bývají většinou pozitivní. Staří lidé se brání proti pocitu ohrožení mladšími tím, že často lpí na své minulosti. Na tom, čím byli, jaké měli postavení, co dokázali a jaké měli výsady. (Langmeier a Krejčířová, 2006)

## 1.2 Psychické změny ve stáří

Ve stáří dochází ke změnám osobnosti seniora. Do popředí se dostávají jeho negativní rysy a vlastnosti. Stáří charakterizuje pozvolný úbytek duševních funkcí v důsledku změn na biologické úrovni. Důvodem jsou změny ústřední nervové soustavy a změny ve smyslových orgánech, pohybovém ústrojí, činnosti žláz a látkové přeměně. (Dvořáčková, 2012)

U seniorů dochází ke zhoršení kognitivních funkcí – vnímání, paměti, pozornosti a myšlení. Nezměněnou však může zůstat slovní zásoba, jazykové dovednosti a intelekt. Změna nastává v hierarchii potřeb seniora, do popředí se dostává jeho zájem o vlastní zdraví, potřeba bezpečí a jistoty. Hůře se přizpůsobuje životním změnám. (Mlýnková, 2011)

Zpomalení kognitivních funkcí se projevuje pomalejším vykonáváním úkolů, delším zpracováváním informací a prodlužováním reakční doby seniorů, což může představovat velkou zátěž. Výsledkem může být dobrovolná sociální izolace seniora. (Janiš a Skopalová, 2016)

V tomto věku se mohou objevit také duševní poruchy, nejčastěji demence nebo deprese, ale dochází také ke změnám emočním. To se projevuje především ztrátou zájmu, nedůvěrou, nízkou sebedůvěrou nebo egocentrismem. Výskyt těchto emočních změn je velmi často ovlivněn samotnou osobností seniora, prostředím, ve kterém žije nebo jeho životními zkušenostmi. Mohou se ovšem naopak projevit také pozitivní vlastnosti, jako je opatrnost, trpělivost a vytrvalost. (Ptáčková, Ptáček, 2021)

V chování seniora můžeme pozorovat negativní projevy, jakými může být podezřívavost, nespokojenost nebo vztahovačnost. V několika málo procentech můžeme pozorovat až paranoidní syndrom, projevující se bludy a halucinacemi. (Dienstbier, 2012)

Vyjma situací patologického stárnutí není důvod, aby psychické aspekty kvalitu života ovlivňovaly negativně. Předpokládá se, že v oblasti psychiky a rysech osobnosti by nemělo ani s přibývajícím věkem docházet k zásadním změnám. (Malíková, 2020)

## 1.3 Sociální změny ve stáří

Se sociálními změnami ve stáří úzce souvisí pokles pracovní produktivity, ke kterému dochází v důsledku výše zmiňovaných fyzických a psychických změn. V seniorském věku dochází mimo poklesu fyzické síly také ke zpomalování zpracovávání nových informací, což ovšem naopak může být nahrazováno bohatými zkušenostmi. (Ptáčková, Ptáček, 2021)

Sociální pozice člověka je dána jeho původem, vzděláním, výchovou, biologickými znaky nebo společenskou angažovaností. Získaná sociální pozice se jen těžko udržuje s přibývajícím věkem. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

Důležitou změnou pro seniora je odchod do důchodu, kdy končí jeho role pracujícího člověka a získává novou roli důchodce a s tím možné snížení společenské prestiže a postavení. (Mlýnková, 2011)

Odchodem do důchodu logicky dochází k omezení sociálních kontaktů s bývalými spolupracovníky. V tomto věku se senior musí často smířit také se ztrátou svých blízkých, omezuje svoji účast na společenských a kulturních akcích. S odchodem do důchodu se mění ekonomická situace do této doby pracujícího člověka, s čímž souvisí změna životního stylu. V tomto období záleží na seniorovi, jakou cestu si vybere. Uvedené změny může využít pozitivně. Může přijmout spoustu nových rolí, využívat svůj volný čas aktivně a realizovat se v jiných činnostech, které nesouvisí s dosavadními pracovními povinnostmi. (Ptáčková, Ptáček, 2021)

## 2 AKTIVIZACE SENIORŮ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Následující kapitola je věnována sociálním službám poskytovaným seniorům, a to jak ambulantním a terénním, tak také pobytovým. Především se ovšem v této kapitole věnujeme problematice aktivizace seniorů, osobnosti aktivizačního pracovníka a výčtu některých metod aktivizace.

Stárnutí populace je v současnosti stále více diskutovaným tématem a tato skutečnost souvisí s nutností změn ve struktuře zdravotní a sociální péče. V brzké době lze očekávat, že poptávka do službách pro seniory, a to ambulantních, terénní i pobytových, bude mít vzrůstající tendenci. Instituce se musí připravit na nárůst počtu seniorů vyššího věku s onemocněním demence, u kterých hraje významnou roli nefarmakologická terapie. (Procházková, 2019)

Model poskytování sociálních služeb stál v minulosti na odlišných základech, než je tomu dnes. Jedinou formou institucionální péče byly domovy důchodců financované státem, bez možnosti výběru a volby. Senior umístěný v takovémto zařízení, nezdědka i bez jeho souhlasu, se musel zcela podříditi zavedenému režimu a chodu zařízení. Klient byl pouze pasivním příjemcem poskytované péče bez možnosti pokračování ve svém navykklém způsobu života. Výběr ústavu, kde byl senior umístěn, nebyl možný. Byla dodržována spádová příslušnost v rámci regionu, kde senior žil. (Malíková, 2020)

Po roce 1989 prochází oblast sociálních služeb rozsáhlými změnami. Sociální služby poskytované doposud pouze státem začaly být realizovány také neziskovými organizacemi, církví, samosprávami krajů a obcí i soukromými osobami. Důraz začal být kladen na dodržování lidských práv respektujících svobodnou vůli osob a zajištění jejich důstojného života. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

### 2.1 Ambulantní a terénní sociální služby pro seniory

Podle zákona o sociálních službách jsou ambulantní služby takovými službami, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, přičemž součástí těchto služeb není ubytování. Terénní službou je podle tohoto zákona služba, která je osobě poskytována v jejím přirozeném sociálním prostředí. (Česko, 2006)

**Osobní asistence** je terénní službou, která je určena lidem se zdravotním postižením a seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta. (Arnoldová, 2016)



Služba osobní asistence má napomáhat klientům při zvládnání běžných úkonů v oblasti péče o vlastní osobu, napomáhat s osobní hygienou, pomoci s chodem domácnosti, ale také zprostředkovávat styk se společenským prostředím a pomoci prosazovat práva klienta. (Duková et al., 2013)

**Pečovatelská služba** je ambulantní nebo terénní službou, poskytovanou v domácnostech klientů. Většinou se jedná o osoby, které mají v důsledku vysokého věku sníženou soběstačnost a potřebují pomoc s péčí o sebe a svou domácnost. (Arnoldová, 2016)

Jak uvádí Hauke (2011), jedná se o službu zajišťující jednotlivé úkony v předem dohodnutém časovém úseku, a to zejména v domácnostech klientů. Domácností v tomto případě může být také byt v domě s pečovatelskou službou.

Stejně jako v případě osobní asistence napomáhá klientovi se zvládnáním běžných úkonů v péči o vlastní osobu a pomoc při hygieně, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a napomáhá s prosazování práv a zájmů klienta. V případě pečovatelské služby může být klientovi také zajišťována strava. (Duková et al., 2013)

Další službou, která může být ambulantní, terénní, ale také pobytovou je **odlehčovací služba**. Ta je k dispozici lidem, kteří mají sníženou soběstačnost, ale jinak je o ně postaráno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Smyslem odlehčovací služby je péče o takovéto klienty na přechodnou dobu, kdy tak nemohou činit jejich příbuzní. (Arnoldová, 2016)

Cílem je poskytnout odpočinek osobě, která se o seniora stará v jeho domácím prostředí. Zprostředkovává úkony spojené s péčí o vlastní osobu, o hygienu, zabezpečuje stravu. V rámci služby je poskytováno dočasné ubytování a je zde provozována terapeutická činnost. (Duková et al., 2013)

Senioři mohou využívat také služeb **denních a týdenních stacionářů**, které především přispívají k zařazování klientů do skupiny jeho vrstevníků, zdokonalování se v sebeobsluze, osvojování a prohlubování sociálních návyků. (Arnoldová, 2016)

Senioři mohou využívat také **centra denních služeb**, jejichž cílem je posílení soběstačnosti a samostatnosti osob se zdravotním postižením a seniorů, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a jsou ohroženi sociálním vyloučením. Také tato zařízení poskytují výpomoc při osobní hygieně, poskytují stravu, organizují vzdělávací a aktivizační činnosti. (Duková et al., 2013)

## 2.2 Pobytová zařízení pro seniory

Základem lidské společnosti vždy byla jako základní jednotka rodina. Nesmíme ovšem opomíjet také ty, kteří jsou bezdětní a osamělí a nemá se o ně kdo postarat. V takovýchto případech absenci rodiny zastupuje stát a nestátní subjekty. Ať už je senior osamělý nebo v rodinném kruhu, mohou nastat okolnosti, kdy je potřebné jeho umístění do zařízení sociálních služeb. Výběr sociálních služeb, jejich finanční nákladovost a dostupnost by měla být optimalizována tak, aby umístění seniora do pobytového zařízení bylo až tou poslední možností řešení situace. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013)

K odchodu do pobytového zařízení se staří lidé mohou rozhodnout dobrovolně například z ekonomických či rodinných důvodů, nebo k tomu jsou donuceni okolnostmi, zejména pokud u nich dochází ke zhoršení zdravotního stavu a současně nemožnosti zajistit si péči jiným způsobem. (Matoušek et al., 2010)

Odchod do institučního zařízení je pro seniora závažným krokem a změnou v jeho dosavadním životě. Opouští známé prostředí, sociální kontakty a ocitá se v neznámém prostředí mezi neznámými lidmi. Dostávají se pocity strachu, obav a úzkosti. Existuje zde také riziko vzniku hospitalismu, což v podstatě znamená, že se senior adaptuje na uměle vytvořené podmínky instituce a dochází u něho ke snížení samostatnosti a soběstačnosti. (Ptáčková a Ptáček, 2021)

Současná generace seniorů umístěných v pobytových zařízeních chce svůj život co nejvíce přiblížit normálnímu životu. I když potřebuje péči a podporu při denních aktivitách, chce žít podle svých představ. Mít možnost volby jídelníčku, možnost rozvrhnout si svůj den, možnost volby volnočasových aktivit. (Procházková, 2019)

Forma a rozsah pomoci v pobytových zařízeních musí zachovávat lidskou důstojnost, pomoc má vycházet z individuálních potřeb klienta, podporovat rozvoj jeho samostatnosti a motivovat k činnostem, které by oslabovaly jejich sociální začleňování. Práce se seniory by měla být založeno na vzájemné důvěře a toleranci. (Holznerová a Dvořáčková, 2013)

Mezi pobytová zařízení pro seniory řadíme **domovy pro seniory** a **domovy se zvláštním režimem**. Jsou pobytovými službami s celoročním provozem, poskytujícími pomoc osobám se sníženou soběstačností a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. V případě domovů pro seniory jejich nepříznivá situace vznikla z důvodu věku, u domovů se zvláštním režimem může být snížena soběstačnost v důsledku duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo přítomnosti všech typů demence. (Malíková, 2020)

Domovy pro seniory, které byly dříve známy jako domovy důchodců, byly po 2. světové válce zahrnuty do systému sociální péče. Vznikaly s představou, že v nich budou senioři trávit svůj podzim života. Péče v jednotlivých socialistických domovech důchodců byla rozdílná. Častá byla kritika jejich technického stavu a nedostatečné vybavení. Průlom nastal až po přijetí zákona č. 108/2006 Sb., kdy se domovy důchodců transformovaly na dnes známé domovy pro seniory. S procesem transformace došlo k výraznému zlepšení péče. (Haškovcová, 2012)

Základními činnostmi domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem je poskytování ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, aktivizační činnost a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. (Česko, 2006)

Pobytové služby realizují také **domovy pro osoby se zdravotním postižením**. Tyto domovy poskytují klientům možnost začlenit se v rámci jejich možností do běžného způsobu života. Poskytují pomoc a podporu při zvládání každodenních činností, podporují rozvoj sebeobsluhy a pracovních dovedností. (Arnoldová, 2016)

### 2.3 Aktivizace seniorů

Jak uvádí Průcha a Veteška (2014, s. 27), aktivizace seniorů *„slouží k podněcování potenciálu (vnitřních předpokladů) seniorů, přičemž přispívá k jejich fyzickému, ale i psychickému zdraví a celkové kvalitě života. Vhodně zvolené edukační aktivity jsou možností návratu seniora do aktivního života. Aktivizační programy jsou zaměřeny na intervenci v oblasti udržování dovedností, vědomostí, schopností či na prevenci poruch paměti, koncentrace a myšlení seniorů.“*

Aktivizační programy pro seniory v pobytových zařízeních by měly umožnit každému člověku mít příležitost žít takových způsobem, jaký mu nejvíce vyhovuje. Aktivizace musí být prováděna rozumně a uvážlivě. Aktivizační pracovníci si musí uvědomovat, jaké potřeby a přání mají jejich klienti, protože nekvalitně vedená aktivizace může být v tom lepším případě neúčinná a v případě nejhorším může ublížit. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Aktivizaci seniorů lze chápat v užším nebo širším slova smyslu. V užším slova smyslu mluvíme v souvislosti s osobami s ohroženou nebo ztracenou soběstačností. Aktivizace v

širším slova smyslu zahrnuje uspokojující a smysluplné trávení volného času nebo rozvíjení pohybových aktivit seniorů. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Z hlediska procesu socializace jsou upřednostňovány společenské aktivity, specifický přístup je ovšem nutné volit při práci se seniory s demencí nebo jiným závažným onemocněním. V takovýchto případech je preferován individuální přístup ke klientovi. (Průcha a Veteška, 2014)

Aktivizační terapie využívané v pobytových zařízeních pro seniory probíhají formou individuální nebo skupinové aktivizace. Individuální aktivizace probíhá jako interakce a dialog mezi klientem a terapeutem. Terapie skupinová spočívá v práci terapeuta s malou skupinou klientů, v rámci které využívá skupinovou dynamiku. (Müller, 2014)

Terapie individuální se zaměřuje na konkrétní případ, zejména pokud se jedná o problematiku duševního zdraví, vývojových poruch a sféru dlouhodobé péče. Cílem individuální terapie je předejít vzniku a prohlubování sociálních problémů a snižování již existujícího sociálního problému. V jednotlivých fázích terapie dochází postupně k předložení existujícího problému, jeho definování, určení cíle terapie a na závěrečné zhodnocení. (Ondrušová a Krauhulcová, 2019)

V pobytových zařízeních pro seniory je ovšem častěji využívána skupinová terapie. Využívají se speciální techniky, které jsou efektivnější při skupinové práci. Může jít o taneční terapii, reminiscenční terapii, dramaterapii nebo arteterapii. (Ondrušová a Krauhulcová, 2019)

Aktivizační metody jsou využívány také u osob s demencí. Pro tyto klienty je kromě farmakoterapie aktivizace velmi užitečná. Stejně jako úprava prostředí, postupy a zkušenosti převážně nelékařského personálu, pečujícího o seniory. Mezi cíle nefarmakologické léčby můžeme zařadit zachování nebo případně zlepšení úrovně jemné a hrubé motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Aktivizace smysluplně vyplňuje volný čas a ovlivňuje příznaky demence, napomáhá zlepšení verbální i neverbální komunikace klienta. Samozřejmě musí být tyto aktivizační metody přizpůsobeny stavu klienta, jeho věku, pohlaví, stadiu nemoci. Z tohoto hlediska je proto zásadní individuální přístup aktivizačních pracovníků. (Fertařová, Ondriová, 2020)

*„Krátkodobá aktivizace v průběhu dne dává naprosto veškerým pracovníkům pečovatelského týmu možnost přicházet k ošetřovaným, vytvářet vztahy a tím i základ pro vysokou kvalitu života ve stáří – žít s vědomím mezilidských vztahů s pečovateli. Často se*

*opakující argument „na to není čas“ přitom nemá žádnou váhu, krátkodobá aktivizace vyžaduje jen deset minut, a to dává jedinečnou možnost pro zvýšení aktivizace ošetřovaných, účelně využít cenné chvíle jako např. přestávky, dobu klidu, dobu odpočinku mezi ošetřeními, situace při jídlech.“ (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 17)*

## 2.4 Aktivizační pracovník

Aktivizace je v podstatě forma nefarmakologické terapie, jejímž cílem je podpora a rozvíjení psychických a sociálních schopností a dovedností seniora. Měla by posilovat jeho soběstačnost v jednotlivých aktivitách života formou nácviku sebeobslužných činností. Z těchto důvodů je velmi důležitá funkce aktivizačního pracovníka. (Procházková, 2019)

V každém pobytovém zařízení pro seniory pracuje tým odborníků, složený z pracovníků v sociálních službách, zdravotních sester, sociálních pracovníků a v neposlední řadě také pracovníků aktivizačních. Jejich role je pro klienty takovýchto zařízení velmi významná a neodmyslitelná. Často totiž nahrazují odborníky pro léčebnou rehabilitaci, především fyzioterapeuty a ergoterapeuty, kterých je v zařízeních pro seniory nedostatek. (Vacková, 2020)

Podle Procházkové (2019) aktivizační pracovník vykonává psychosociální rehabilitaci klientů. Tato rehabilitace probíhá na základě plánů péče o klienta s přihlédnutím na jeho individuální potřeby.

Gulová (2011) uvádí následující činnosti sociálně aktivizační služby:

- zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím prostřednictvím vzdělávacích, zájmových a volnočasových aktivit
- sociálně terapeutická činnost, jejíž poskytování vede k rozvíjení nebo udržení sociálních a osobních schopností a dovedností, které podporují sociální začleňování osob
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, která spočívá v pomoci při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a v pomoci při vyřizování běžných záležitostí.

*„Každá profese má cestu vývoje a u aktivizačních pracovníků se dá podle jednotlivých období ve vývoji profese shrnout do několika bodů:*

- *Období, kdy aktivizační pracovník vykonával asistenční služby v domě pro seniory a měl nejasně definované kompetence a nejasnou formu vzdělání, natož metodiku práce.*

- *Následně se stal aktivizační pracovník organizátorem jednotlivých kulturních akcí v domě pro seniory a vykonával převážně kvantitativní způsob aktivizace. Pokud se věnoval menší skupině seniorů anebo pracoval individuálně se seniorem, vkládal do této činnosti svůj osobní a většinou laický přístup.*

- *Separáční období aktivizace, kterou vykonával aktivizační pracovník mimo oddělení/pracovní úsek, a tím nebyl ani součástí týmu.*

- *Integrační současností směřujeme dovednosti aktivizačního pracovníka do prostoru mezi klienty, a to kvalitativní formou aktivizace. Prioritně rozvíjíme znalosti aktivizačního pracovníka v procesu plánování aktivizace na základě biografie a stupně regrese seniora“*

(Procházková, 2019, s. 136).

#### **2.4.1 Arteterapie**

Arteterapií rozumíme využívání výtvarného umění v rámci léčby. S její pomocí lze u seniorů rozvíjet jemnou motoriku, posilovat kognitivní funkce, trénovat paměť. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

Müller (2014) mluví o arteterapii jako o mladém oboru, který zaznamenal největší rozvoj až v polovině 20. století. V Evropě se léčebnými účinky umění začali odborníci zabývat v 18. století, kdy se objevuje zvýšený zájem o duševní poruchy a objevují se první poznatky o tom, že duševně nemocní lidé malují jinak než ti zdraví. V jejich obrazech lze pozorovat vývoj jejich nemoci.

Na arteterapii můžeme pohlížet z širšího nebo užšího pohledu. V širším pojetí arteterapie představuje všechny druhy terapií, u kterých je při práci s klientem využíváno jakýchkoliv uměleckých forem. V užším pojetí arteterapii chápeme jako práci s pouze výtvarnými uměleckými formami. Výtvarné umění se stává prostředkem pro klientovo vyjádření nálad, pocitů a stavů. V sociální pedagogice lze arteterapii využívat k rozvoji jedince nebo jako prevenci sociálně patologických jevů. (Müller, 2014)

V rámci arteterapie nejde o esteticky uspokojivá výtvarná díla, ale o osobní vyjádření v rámci komunikace. Posiluje vědomí vlastní hodnoty, pomáhá seniorům přizpůsobovat se nové životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví. Hlavní strategií při práci se seniory je zaměřit se na jeho momentální aktuální problém a vybrat takové techniky, které odpovídají jeho věku. Snahou by měla být aktivizace jejich vitality, flexibility a stimulace kreativity. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Mimo individuálních cílů arteterapie může sledovat také cíle společenské, které spočívají ve vzájemné komunikaci a společném řešení problémů. Jejím prostřednictvím klienti mohou vyjadřovat své pocity a myšlenky. (Elichová, 2017)

Z hlediska přístupu ke klientům můžeme arteterapii členit na skupinovou a individuální. V případě skupinové arteterapie pracuje terapeut se skupinou klientů a pracují podle předem dohodnutých pravidel. Při skupinové arteterapii je využívána skupinová dynamika, což je souhrn dění ve skupině a skupinových interakcí. Klientům tak mimo práce a přístupu terapeuta mohou pomoci také zkušenosti ostatních klientů. Počet členů terapeutické skupiny by měl zohledňovat typ a stupeň postižení klientů. Její složení může být tvořeno klienty s jedním problémem nebo z klientů s různými problémy. Individuální arteterapie spočívá v práci terapeuta pouze s jedním klientem, také v tomto případě jsou předem stanovena pravidla terapie. Tato dohoda se může týkat délky terapeutických sezení nebo způsobu práce. Podmínky se mohou v průběhu terapie měnit. (Müller, 2014)

#### **2.4.2 Dramaterapie**

Vznik dramaterapie jako samostatného oboru je datován do třicátých let 20. století, i když o léčebných účincích dramatu věděli již naši předkové. Je založena na využívání divadelních postupů a metod, jako je hra v roli, v situaci, ve fikci. Jejím úkolem je nalezení rovnováhy v duševní i somatické oblasti, získání náhledu, odžití traumat a nalezení svobody jednání. Probíhá v individuální, skupinové i rodinné terapii, často se objevují projekty zaměřené přímo na určitou skupinu osob. (Vybíral, Roubal, 2010)

Dramaterapii lze definovat jako léčebně-výchovnou disciplínu, ve které převažují skupinové aktivity, které využívají dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, zmírnění důsledků psychických poruch, dosažení personálně sociálního růstu a integraci osobnosti. (Valenta, 2011)

Senioři si při dramaterapii často plní své nesplněné divadelní touhy z mládí, zažívají pocity úspěchu a ocenění. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

Dramaterapie realizovaná se seniory má svá specifika. Jejím hlavním úkolem je mimo smysluplného využití volného času snaha o posílení integrity ega a budování pocitu satisfakce nebo také vyrovnávání se s pohledem do minulosti. Dramaterapeut pracující se skupinou seniorů musí brát v potaz změny, kterými osoby seniorského věku prochází. Snižuje se jejich psychomotorické tempo, stejně jako vnímání a senzomotorická koordinace. V důsledku klesající flexibility a adaptability je několikanásobně snížen také průběh procesu učení a paměťových schopností. (Valenta, 2011)

Holczerová a Dvořáčková (2013) poukazují na nutnost uplatňovat individuální přístup a ohled k momentálnímu zdravotnímu stavu seniorů při dramaterapii. Při neopakování senioři zapomínají své texty a jsou z této skutečnosti velmi smutní. Praxí bylo ovšem ověřeno, že jsou při správné aplikaci dramaterapie schopni rychleji reagovat na nové podněty a umí lépe vyjadřovat své potřeby.

### 2.4.3 Taneční terapie

Taneční terapie se poprvé objevila ve čtyřicátých letech 20. století v USA. Je založena na moderním tanci, jehož prostřednictvím lze vyjádřit emoce. Tato terapie probíhá individuálně, v páru nebo ve skupině, její pohyby mohou být vedené terapeutem nebo improvizovaně, s hudbou nebo bez ní. Je určena pro všechny, kteří jsou schopni pohybu, a dokonce i těch, kteří jsou upoutáni na lůžku a mohou pohybovat pouze některými částmi těla. (Müller, 2014)

Tento typ terapie představuje aktivizačně-rehabilitační program, kterým se cíleně procvičují jednotlivé partie těla, cvičí se koordinace pohybů, ale také paměť. Slouží k zachování soběstačnosti, podpoře fyzického i psychického stavu seniorů. Pohyb a tanec velmi pozitivně vnímají také lidé s těžkou demencí a často se této aktivitě účastní také klienti domovů pro seniory, kteří se jiným aktivitám vyhýbají. Lze ji využít také pro vozíčkáře. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

Při taneční terapii se pohybu využívá jako procesu, který posiluje emocionální, kognitivní, sociální a fyzickou integraci klienta. Jejím cílem není zdokonalování pohybu, ale objevování nových způsobů bytí a odhalování emocí, které nelze vyjádřit verbálně. Taneční terapie napomáhá vnímání a utváření pohybu ve spojení s hudbou, využívání pohybové improvizace a fantazie. Jejím účelem je změna chování, myšlení a emocí. V průběhu terapie terapeut sleduje klientův pohybový proces a pomáhá mu zkoumat souvislosti mezi pohybem a emocemi. Tento typ terapie může být využit u klientů, kteří mají problémy s verbální komunikací, prožíváním a zvládáním svých emocí nebo u klientů, kteří neadekvátně vnímají a ovládají vlastní tělo. S uvedenými problémy se můžeme setkat u klientů s demencí, kteří sice mají narušenou schopnost verbální komunikace, ale jejich emoce fungují dál. Toho využívá právě taneční terapie. Nemůžeme v tomto případě hovořit o výuce tance, ale o podpoře komunikace prostřednictvím kreativního pohybu, která působí emocionálně a aktivizačně. (Müller, 2014)

Taneční terapie je psychoterapeutickým přístupem, který je zaměřen na citlivá témata klienta nebo skupiny klientů, může být účinným nástrojem pro zvládání stresu a prevencí vzniku



psychických a fyzických problémů. Pozitivně působí také u klientů, u kterých mají psychické problémy souvislost s tělem nebo jeho změnami a klientů po prožití intenzivního tělesného zážitku spojeného s traumatem. (Vybíral a Roubal, 2010)

#### 2.4.4 Canisterapie

Jedná se o terapii za účasti zvířete, při které je využíváno pozitivních účinků psa pro terapii s klientem. Její podstatou je využívání psa v interaktivním léčebném procesu za účelem aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu. (Kroupová, 2016)

Canisterapie klade důraz na řešení psychologických, citových a sociálně integračních problémů. U seniorů přispívá k rozvoji hrubé a jemné motoriky, orientaci v prostoru, podněcuje nonverbální i verbální komunikaci. Zlepšuje také interakci klienta s ostatními klienty i ošetřovateli a zvyšuje motivaci seniora podílet se na vlastním léčebném procesu. Je používána při nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního citění a v některých případech také ke snížení agresivity klienta. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Používání právě psa v rámci terapií vychází z toho, že pes patří mezi spolehlivé partnery člověka, který je osamělý nebo nemocný a je dobrým stimulatorem pozitivních psychických a sociálních změn. Je také dobrým fyzioterapeutickým prostředkem k prohloubení dýchání, zahřátí, uvolnění spasmů a zvýšení pohyblivosti. (Müller, 2014)

*„Řádně vycvičený pes může pod vedením svého cvičitele navodit dobrou náladu u většiny seniorů, zejména pak u těch, kteří psa v minulosti vlastnili. Nezanedbatelný je i léčebný přínos – pes může seniorovi pomoci rozvíjet motoriku (pohyby paží, prstů) i podpořit další důležité aktivity (mluvenou řeč, neverbální projevy apod.). Nově se rozvíjejí i techniky relaxačního a rehabilitačního polohování seniorů s pomocí psů.“* (Haškovcová, 2012, s. 60)

Zooterapie, jejíž je canisterapie součástí, je rehabilitační a psychosociální metodou, která je založena na pozitivním působení při kontaktu člověka a zvířete, kdy již samotná přítomnost živého tvora vyvolává u klienta pocit bezpečí a klidu, snižuje jeho stres a napětí. Kladně ovlivňuje psychický, ale také fyzický stav klienta, protože může působit na emoce a tím podporovat psychickou stimulaci. Tento druh terapie lze použít u všech věkových kategorií i typů postižení. (Elichová, 2017)

Canisterapie patří do skupiny aktivizace formou zooterapie. Müller (2014) uvádí další formy působení na klienty za pomoci zvířat. Může se jednat o hiporehabilitace za využití koně,

felinoterapii za využití koček, ornitoterapii používající ptáky. Zmiňuje také terapie používající drobná domácí zvířata, hospodářská zvířata nebo volně žijící zvířata exotická.

#### 2.4.5 Smyslová aktivizace

Jak uvádí Welner a Schwinghammer (2013, s. 32) „*povzbuzování našich smyslů má význam v péči o kvalitu života. Obohacuje, přináší pozitivní životní pocit do všedního dne v domově pro seniory, v léčebně, a vyvolává vědomou konfrontaci se sebou samým, s okolím a s vlastním životem. Vzpomínky na smyslové vjemy představují i trénink paměti. V mozku je uloženo mnoho dojmů, prožitků, pocitů a emocí, které se aktivizací smyslového vnímání často dají znova vyvolat.*“

Lidé každého věku potřebují mimo péče zažívat také pocity blízkosti a pozornosti. Každý člověk ve svém životě touží po tělesném doteku a po verbálním i citovém kontaktu. Tento typ aktivizace představuje cílené a vědomé zaměření na klienty. Prostřednictvím takovéto činnosti se plní jejich potřeby, které mají velký význam k dosažení pocitu pohody. Dobře prováděná aktivizace může například předcházet vzniku agresivního chování a zvýšeného neklidu. Obzvláště u klientů s demencí má pravidelné používání této aktivizace výrazné účinky, protože právě ti jsou obvykle zcela vyloučeni z možností komunikace. V rámci smyslové aktivizace klientů s demencí je vhodné používat předměty, které jsou mu důvěrně známé z domácnosti nebo z jeho dětství, provádět ji pravidelně a v ideálním případě každodenně, vhodná je realizace v malých skupinkách. Ve velké skupině lidí se necítí jistě. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

#### 2.4.6 Ergoterapie

Vznik ergoterapie se datuje na začátek 20. století a má své kořeny v oblasti pomoci lidem s duševním onemocněním. V současné době se cílovou skupinou ergoterapie stávají osoby seniorského věku. Mezi cíle terapie seniorů je udržování jeho zdraví a pohody, zachování soběstačnosti v péči o vlastní osobu a domácnost a vytváření příležitostí pro aktivní zapojení seniorů do společnosti. K dosahování těchto cílů využívají ergoterapeuti mnoho prostředků. Kondiční cvičení, procházky, trénink paměti, poradenskou činnost, screening rizikových faktorů seniora, zajištění sociálních služeb, doporučení vhodných kompenzačních pomůcek. (Jelínková, 2023)

Jedná se o typ terapie, která napomáhá klientům vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to i přes jejich možné postižení. Vykonávané činnosti by pro

klienty měly být smysluplné a jejich provádění by mělo být považováno za důležité. (Krivošíková, 2011)

Podstatou ergoterapie je to, že pokud je člověk aktivní a zaměstnává se smysluplnou činností, obnovuje se tak jeho soběstačnost. V rámci této terapie u seniorů dochází k posilování jemné a hrubé motoriky a koordinaci pohybů. (Haškovcová, 2012)

Na rozdíl od pracovní rehabilitace v ergoterapii chápeme zaměstnání nejen jako cíl, ale jako prostředek léčby. Přispívá ke zlepšení psychických a somatických funkcí, zvyšování kvality života a zapojení klienta do společnosti. Ergoterapeut se při provádění terapie zaměřuje na cílený nácvik jednotlivých funkcí, se kterými má klient potíže. Může se jednat např. o nácvik úchopů, jemné a hrubé motoriky horních končetin nebo stimulaci citlivosti. (Müller, 2014)

Za pomoci pomůcek pomáhajících nahrazovat kognitivní deficit se klienti v rámci pracovní terapie mohou zapojit do smysluplných činností. Toto zapojení je ovšem limitováno možnostmi klientů, proto jsou nejčastěji do aktivit zařazovány pouze jednoduché činnosti při využití různých materiálů. Tyto činnosti vedou ke stimulaci myšlení a emocionální prožívání situace. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

#### 2.4.7 Reminiscence

Podstata reminiscenční terapie spočívá ve využívání předmětů, které jsou seniorovi dobře známé. Mohou to být fotografie nebo jakékoliv předměty z jeho života. Může jít také o návštěvu jeho rodného města, školy, do které chodil, nebo místa, na nichž je mu příjemně. (Ondrušová a Krahulcová, 2019)

Reminiscence obecná je předem naplánována. Využívají se při ní pomůcky sloužící ke stimulaci vzpomínek na různá témata. Specifická reminiscence naproti tomu využívá cíleně vybrané předměty, které senior buď vlastní, nebo které se týkají účastníků skupiny, se kterou se pracuje. Specifická reminiscence je vhodná pro práci se seniory, kteří trpí demencí, depresemi nebo poruchami chování. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Podle Janečkové a Vackové (2010) patří vzpomínání ve skupinách k cenných reminiscenčním technikám, které plní mnoho funkcí. Účast na reminiscenčním programu může seniorům pomoci adaptovat se na obtížnou životní situaci, posílit jeho vědomí sebe sama a přispět ke zlepšení jeho kognitivních funkcí.

*„Zárukou spokojenosti účastníků skupinových reminiscenčních setkání jsou dobře zvolená témata a náležitá příprava na ně, včetně reminiscenčních pomůcek. Zahájit setkávání můžeme např. tématem Místo, odkud pocházím. Tím se také všichni navzájem představí. Na*

*první schůzce se účastníci dohodnou pravidla pro průběh rozhovorů a mohou si domluvit i témata. Reminiscenční asistenti napomáhají skupinovým procesům, tj. přinášejí témata, propojují účastníky, berou a dávají slovo, dokážou zabránit konfliktu, uplatňují smysl pro humor. Jejich přítomnost je účastníky skupinových setkávání oceňována.“ (Janečková a Vacková, 2010, s. 83)*

Prostřednictvím reminiscence terapeut podporuje u seniora vybavování příjemných vzpomínek na jeho důležité životní události. Může to být vzpomínka na manželství, rodinný život, na děti, zájmy přátele. To vyvolává u klienta příjemné pocity, což může přispívat k vyšší vnitřní stabilitě, klidu a vyrovnanosti. (Malíková, 2020)

Vzpomínky a životní situace se u různých lidí mohou lišit. Proto je důležité mít před zahájením reminiscence jasno v tom, jaká jsou očekávání účastníků. (Gibson, 2011)

V reminiscenční terapii by mohlo dojít k její záměně s orální historií. Obě tyto metody jsou cenné, ale liší se. Reminiscencí je možné se zabývat jako zkušeností jednotlivce a zároveň rozšířit historické znalosti o detaily a zážitky starých lidí. Reminiscence se ovšem týká hlavně sociálního a osobního přínosu pro klienta a nemá za úkol dokumentovat historii. (Gillies, James, 1994)

### 3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální pedagogika je oborem, který má charakter transdisciplinární, využívající poznatků celé řady vědních disciplín. Úzce souvisí s pedagogikou, psychologií, sociologií nebo antropologií. Následující kapitola se věnuje problematice pojetí sociální pedagogiky, podstatě práce sociálního pracovníka a legislativě v sociální práci.

#### 3.1 Pojetí sociální pedagogiky

Pojetí sociální pedagogiky se v průběhu dějin neustále vyvíjelo. Byla chápána jako potřeba pomoci lidem, kteří se ocitli v obtížné životní situaci, ale také jako pomoc ve vztahu k celé společnosti. Různily se názory na věkové kategorie, kterých se má týkat, stejně tak na prostředí, ve kterém má probíhat. (Kraus, 2008)

Obor sociální pedagogiky prošel složitým vývojem a, jak je uvedeno již v úvodu této kapitoly, čerpá inspiraci z mnoha vědních disciplín, jako je filozofie, sociologie nebo pedagogika. Mnozí autoři se různí ve výkladu předmětu oboru sociální pedagogiky a v jejích prioritách nebo směrech. (Procházka, 2012)

Kraus (2008) shrnuje oblasti zájmu sociální pedagogiky takto:

- zaměření na objekt výchovy, a to nikoliv na jedince, ale na celé sociální skupiny, ať už profesní, etnické, politické apod.
- zaměření na formy a podmínky výchovy, obzvláště v mimoškolních institucích, včetně rodiny
- zaměření na cíle výchovy v souladu se společenskými potřebami
- zaměření na metody výchovy v rámci které upřednostňuje nepřímé výchovné postupy
- zaměření se na smysl sociální pomoci, kde je pojem sociální chápán ve smyslu solidarity s těmi, kteří se ocitli ve znevýhodněné situaci.

Sociální pedagogika je chápána jako nauka o vztazích výchovy a prostředí, jako věda o výchově člověka, jako životní pomoc a v neposlední řadě také jako věda věnující se deviacím sociálního chování. Snaží se odhalit procesy narušující socializaci člověka i celých skupin, které následně vedou ke vzniku rozporů ve společnosti. Oblast zájmu sociální pedagogiky je velmi široká. Můžeme do ní zařadit poruchy rodiny, náhradní rodinnou péči, týrané a zanedbávané děti, osoby drogově závislé a deviantní, ale také osoby vyžadující resocializaci. (Procházka, 2012)

Sociální pedagogika se snaží o vytvoření ideálních výchovných podmínek v rodinném, školním i mimoškolním prostředí, čímž by došlo k eliminaci sociálně patologických jevů.

Mezi její funkce patří také funkce profylaktická, pod kterou spadá činnost přispívající k prevenci sociálně patologických jevů a funkce korekční, týkající se osob umístěných ve věznicích, ústavech a domovech. Sociální pedagogiku nezajímá pouze příčina deviantního chování a následné sankce, ale také možnosti intervence do problémového chování jedince. (Mátel, 2019)

### 3.2 Sociální práce

*„Od uznání sociální práce jako samostatné profese uplynulo v naší zemi již více než 100 let, přesto i současní pracovníci mnohdy čelí podobnému nedocenění, nedůvěře laické i odborné veřejnosti a nedostatečnému ohodnocení jako jejich předchůdci. Stále bojují o to, aby si společnost skutečný význam, obsah a hodnotu sociální práce nejen dostatečně uvědomovala, ale také si jí vážila. Právě sociální pracovníci a jejich kolegové představují pro své klienty jedinou – a někdy i poslední – šanci na nové začátky a šťastnější konce.“* (Klepáčková et al., 2022, s. 7)

Sociální práce je společenskovední disciplína, ale také oblast praktické činnosti, která přispívá k řešení sociálních problémů. Jejím cílem je vysvětlování a řešení sociálních problémů. Spolupodílí se na utváření života ve společnosti a přispívá k dobrému a pozitivnímu sociálnímu klimatu. Při používání různých nástrojů přispívá ke zlepšení nepříznivé situace lidí ve společnosti, až už je to materiální a finanční pomoc, osobní služby nebo výzkumné aktivity. Sociální práce je ovlivňována ekonomikou a politikou daného státu, ale také globalizací a mnoha dalšími vlivy. (Malík Holasová, 2014)

Je klíčovým prvkem při realizaci sociální péče o seniory. Ve svých počátcích se sociální práce zaměřovala pouze na uspokojování základních lidských potřeb a prosazování práva na pomoc. V současnosti je nástrojem ke zmírnění chudoby, odstraňování forem sociálního vyloučení a utlačování. V zájmu sociální práce je člověk, který se ocitl v sociální kolizi a okolnosti mu brání v uspokojování svých potřeb. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Jak dále uvádí Hrozenská a Dvořáčková (2013), je sociální práce ovlivněna především sociálními problémy společnosti, úrovní teoretického poznání v sociální práci, ekonomicko-politickou situací ve společnosti, způsobem a formou profesionální přípravy na povolání, kompetencemi, kterými tato profese disponuje, úlohami, které plní a formálním způsobem ukotvení profese, a to včetně legislativních forem.

### 3.3 Úloha sociálního pracovníka

*„Pouze rámcově je možné říci, že sociálního pracovníka lze využívat tam, kdy mají být klientovi, případně jinému zadavateli zakázky:*

- poskytnuty informace o klientových právech a nárocích i o existujících formách pomoci
- poskytnuto kvalifikované posouzení stavu uspokojování klientových základních potřeb a kvalifikované posouzení zdrojů, jež mohou být k naplnění potřeb využívány
- poskytnuta přímá pomoc při klientově vyjednávání s jinými subjekty
- navrženy způsoby reakce na předkročení zákona
- navrženy formy sociálních služeb adekvátně reagující na doložené potřeby
- poskytnuty tyto služby
- zhodnocena efektivita těchto služeb“ (Matoušek et al., 2010, s. 15).

Zákon o sociálních službách přesně definuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Mimo to, že musí jít o osobu plně svéprávnou, bezúhonnou a zdravotně způsobilou, musí být způsobilá také odborně. Odbornou způsobilostí pro výkon povolání sociálního pracovníka je podle tohoto zákona vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, speciální pedagogiku, sociální patologii nebo právo. (Česko, 2006)

Podle Gulové (2011) má sociální pracovník široké pracovní spektrum. Působí v rámci sociálně-správních činností i specializované oblasti terapie a tréninku, supervizí nebo přípravě a vzdělávání nových sociálních pracovníků. V postupech práce sociálního pracovníka vidí několik základních etap. Jedná se o etapu sociální evidence a první kontakt s klientem, kdy klienta sociální pracovník buďto sám vyhledá nebo klient přichází pro pomoc. V této fázi sociální pracovník navrhne plán pomoci. Ve druhé etapě, která je diagnostická, vytváří sociální diagnózu za pomoci rozhovorů, pozorování a posudků odborníků. Další etapou je zpracování plánu sociální terapie a ověření výsledků sociální práce.

Matoušek et al. (2010) uvádí výčet činností sociálního pracovníka v domově pro seniory. Mezi jeho aktivity patří mimo jiné plánování příchodů klientů do zařízení, provádění sociálních šetření v místě bydliště uchazeče o poskytování pobytové služby, vyhotovování individuálních adaptačních plánů přijatých seniorů. Dohlíží také na dodržování lidských práv a etického kodexu, komunikuje s rodinou a příbuznými ubytovaných klientů. V neposlední řadě ovšem také vykonává administrativní práce, které představují vedení důchodové agendy klientů, podávání žádostí o omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům, je v kontaktu s úřady, vybavuje záležitosti v případě úmrtí klienta.

Velmi náročným je proces přijetí nového klienta do pobytového zařízení. Právě tady je úloha sociálního pracovníka velmi důležitá a podstatná. Sociální pracovníci některých pobytových zařízení pro seniory úzce spolupracují se sociálními odbory a vstupují tak do včasného kontaktu se žadateli o umístění do zařízení. Umožňují jim návštěvu zařízení, popřípadě zkušební pobyt, situaci řeší s rodinou seniora. Tímto způsobem může získat informace a jeho zálibách a o způsobu dosavadního života. Po přijetí nového klienta nastává další neméně důležitá fáze, a tou je adaptační proces. V tomto okamžiku je sociální pracovník prakticky koordinátorem celého týmu, který s klientem pracuje. Na základě zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta je vyhotoven individuální plán péče, který stanoví nejzávažnější problémy klienta a postoupné kroky, kterými by mělo dojít ke zlepšení aktuálního stavu. (Matoušek et al., 2010)

Každý vyhotovený individuální plán musí mít písemnou podobu a obsahovat cíle, kterých klient chce dosáhnout. Musí být ovšem reálných s přihlédnutím na jeho psychickou a fyzickou kondici. Osobní cíle klientů jsou samozřejmě individualizované, přizpůsobené jeho osobnosti, jeho přáním a potřebám. Sociální pracovník v průběhu pobytu kontroluje plnění individuální plánů. (Haškovcová, 2012)

Tak jako řada jiných profesí v sociální oblasti, měl by mít také sociální pracovník osobnostní předpoklady k výkonu svého povolání. Měl by být objektivní, rozhodný, iniciativní a být schopen kritického myšlení. Předpokladem je také jeho silná motivace a schopnost překonávání překážek. Měl by mít schopnost sebereflexe, komunikační schopnosti, sociální citění a silně vyvinutou empatii. (Mátel, 2019)

*„Důležité jsou rovněž principy vztahu sociálního pracovníka a klienta. Stále aktuální jsou upravené principy Felixe Biesteka, které hovoří o individualizace, kdy sociální pracovník vnímá klienta v jedinečnosti jeho situace. Klient má rovněž nárok na vyjadřování svých pocitů. Sociální pracovník musí umožnit klientovi vyjádřit se k vlastní situaci, zaujmout*



*stanoviska a případně navrhnout řešení vlastní situace. Sociální pracovník klientovi umožní náhled na jeho případ, vytvoří mu prostor k reflexi a k nadhledu. Počátkem i koncem sociální práce je empatie a s ní související vřelost a vstřícnost ke klientovi. Hlubová empatie umožní pochopit pocity klienta a pomůže sociálnímu pracovníkovi působit efektivně a profesionálně“ ((Gulová, 2011, s. 36)*

### 3.4 Legislativa v sociální práci

Významným legislativním dokumentem pro oblast sociálních služeb je Zákon č. 108/2006 Sb., jehož platnost je od 31.3.2006 a účinný je od 1.1.2007. Tento zákon mimo jiné upravuje podmínky, za kterých je poskytována pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a podmínky pro vydávání oprávnění k poskytování takovýchto služeb. Základní druhy sociálních služeb dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Jak již bylo uvedeno výše, formy poskytování sociálních služeb se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní. (Česko, 2006)

Tento zákon uvádí mimo jiné ty činnosti, které jsou v rámci sociálních služeb poskytovány. Počínaje pomocí při zvládnání běžných denních úkonů, osobní hygieně a péči o vlastní osobu, přes poskytování ubytování a stravy až po poradenství při uplatňování práv. Může se ovšem jednat také o krizovou telefonickou pomoc a terapeutickou, výchovnou a aktivizační činnost.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách mohou být poskytovatelem sociálních služeb územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jim zřízené organizační složky státu, státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami. (Česko, 2006)

Další zákonnou normou upravující problematiku sociálních služeb je Vyhláška č. 505/2006 Sb., platná od 29.11.2006, účinná od 1.1.2007. Ta v jednotlivých částech řeší rozsah úkonů, které jsou poskytovány v rámci činností u jednotlivých druhů sociálních služeb, výši úhrad za tyto služby, zdravotní stavy vylučující poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních. Určuje podmínky a rozsah kvalifikačních kurzů pro pracovníky v sociálních službách a v neposlední řadě také kritéria plnění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. (Česko, 2006)

V roce 2006 nabyl účinnosti také **Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR**, jehož obsahem je vymezení etických zásad, které by měly být v sociální práci dodržovány, určuje pravidla chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, ale také kolegům a

svému zaměstnavateli. Definiuje problémové etické okruhy a etické problémy včetně způsobu jejich řešení.

Gulová (2011, s. 40) uvádí „*devět zásad sociální práce obsažených v etické, kodexu sociálního pracovníka:*

- *nezávislost*
- *osvobození od represe a podřadných životních podmínek*
- *protidiskriminační přístup*
- *demokracie a lidská práva*
- *spoluúčast klientů*
- *ochrana integrity klientů*
- *sebeurčení*
- *odpor proti násilí*
- *osobní zodpovědnost“*

Tyto zásady umožňují sociálnímu pracovníkovi, aby s klientem pracoval v kontextu lidských práv, ale zároveň také kladou na sociálního pracovníka vysoké nároky. Jde především o zásadu osobní zodpovědnosti, kdy sociální pracovník vyhodnocuje klientovu situaci a je nucen použít mnohdy velmi zásadní opatření. (Gulová, 2011)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM

V následující části diplomové práce je popsán hlavní výzkumný problém, výzkumný cíl, dílčí výzkumné cíle a dílčí výzkumné otázky. Je zde uveden také výzkumný soubor a popsána metodologie prováděného výzkumu a provedena analýza výzkumu a v závěru následuje shrnutí výzkumu a doporučení pro praxi.

### 4.1 Výzkumný problém

Praktická část diplomové práce se zabývá přínosy a úskalími aktivizace seniorů v pobytových zařízeních.

### 4.2 Výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, které druhy aktivizace jsou v pobytových zařízeních pro seniory využívány nejčastěji, jaký je z pohledu aktivizačních pracovníků jejich přínos pro klienty a s jakými překážkami se aktivizační pracovníci při práci s klienty nejčastěji setkávají.

### 4.3 Dílčí výzkumné cíle

Byly stanoveny následující dílčí výzkumné cíle:

- zjistit, které metody aktivizace jsou u klientů nejvíce využívány
- zjistit, zda jsou ve větší míře oblíbené aktivizace individuální nebo skupinové
- zjistit, zda a jaké metody aktivizace přispívají k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů
- zjistit, zda a jaké metody aktivizace přispívají ke zlepšení duševního zdraví a psychické pohody klientů
- zjistit, zda a jaké metody aktivizace napomáhají k začlenění klientů do sociálního prostředí
- zjistit, s jakými překážkami se aktivizační pracovníci v rámci své praxe nejčastěji potýkají

### 4.4 Dílčí výzkumné otázky

1. Které aktivizační metody jsou mezi obyvateli sociálních zařízení nejvíce oblíbené?

Na tuto výzkumnou otázku v dotazníku odpovídá položka č. 13.

2. Mají obyvatelé pobytových sociálních zařízení zájem spíše o individuální nebo skupinové formy aktivizace?

Na tuto výzkumnou otázku v dotazníku odpovídá položka č. 17.

3. Přispívá aktivizace k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů?

Na tuto výzkumnou otázku v dotazníku odpovídají položky č. 6 a č. 7.

4. Dochází aktivizací ke zlepšení kvality duševního zdraví klientů a zlepšení jejich psychické pohody?

Na tuto výzkumnou otázku v dotazníku odpovídají položky č. 8 a č. 9.

5. Přispívá aktivizace k začleňování klientů do sociálního prostředí?

Na tuto výzkumnou otázku v dotazníku odpovídají položky č. 10 a č. 11.

6. S jakými překážkami se pracovníci v rámci provádění aktivizace nejčastěji setkávají?

Na tuto výzkumnou otázku v dotazníku odpovídá položka č. 14.

#### **4.5 Výzkumný soubor**

Vzhledem k tomu, že se diplomová práce zabývá pohledem aktivizačních pracovníků na danou problematiku, tedy aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních, je výzkumný soubor tvořen aktivizačními pracovníky zaměstnanými v pobytových zařízeních pro seniory, a to v rámci Zlínského kraje.

#### **4.6 Metodologie výzkumu**

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního šetření, které bylo provedeno formou anonymního dotazníku, vytvořeného na stránkách společnosti SURVIO s.r.o. Odkaz na vytvořený dotazník byl následně rozeslán jednotlivým respondentům.

Před samotným zahájením výzkumu byl proveden předvýzkum, v rámci kterého bylo osloveno 5 respondentů. Cílem předvýzkumu bylo zjistit, zda dotazník obsahuje srozumitelné otázky a zda poskytne dostatečné informace. Následně byl odkaz na dotazník rozeslán 58 respondentům. Z tohoto množství byl dotazník vyplněn 32 respondenty, 26 respondentů sice odkaz na dotazník otevřelo, nicméně ho následně nevyplnilo. Těchto 32 vyplněných dotazníků je tedy pro účely výzkumu považováno za 100 %.

Dotazník je tvořen otázkami uzavřenými a otevřenými. U otevřených, tedy nestrukturovaných otázek nejsou respondentovi navrhovány odpovědi, určují pouze předmět, ke kterému se má vyjádřit svými slovy. Uzavřené strukturované otázky předkládají

připravené odpovědi. Podle jejich počtu dělíme tyto otázky na dichotomické a polytomické. O dichotomických otázkách jsou respondenti nabízeni pouze dvě možné odpovědi, u otázek polytomických je odpovědí více. Ty se dále mohou dělit na výběrové, výčtové a stupnicové. V případě výběrových otázek respondent vybírá pouze jednu z nabízených, více položek může vybrat v případě otázky výčtové. U stupnicových otázek respondent seřazuje odpovědi podle určitých kritérií. (Chráska, 2016)

V našem dotazníku jsou použity otázky uzavřené dichotomické i polytomické, ale také otázky otevřené.

#### 4.7 Analýza dat

Tato kapitola obsahuje odpovědi respondentů, které jsou popsány slovně a následně uvedeny v jednotlivých tabulkách nebo grafech.

##### **Položka dotazníku č. 1: Charakteristika respondentů podle pohlaví**

Dotazník vyplnilo celkem 32 respondentů. V tabulce 1 je zobrazeno jejich zastoupení podle věku. Ženy jsou zastoupeny v počtu 29, což je 90,6 %, muži v počtu 3, tedy 9,4 %.

Tabulka 1 Charakteristika respondentů podle pohlaví

| <b>1. Pohlaví respondentů</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| žena                          | 29                       | 90,6 %                   |
| muž                           | 3                        | 9,4 %                    |
| celkem                        | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

##### **Položka dotazníku č. 2: Charakteristika respondentů podle let praxe**

Ze zkoumaného vzorku je nejvyšší počet zaměstnanců těch, jejichž praxe je v délce 6-10 let, a to 8 respondentů, tedy 25 %. Stejný počet 25 % je jich zaměstnaných 11-15 let, následuje délka do 5 let praxe u 7 respondentů, což je 21,9 %, 5 respondentů uvedlo praxi v délce více než 25 let praxe, to je 15,6 %, 3 respondenti praxi 16-20 let 9,4 % a 1 respondent 21-25 let, tedy 3,1 %.

Tabulka 2 Charakteristika respondentů podle let praxe

| <b>2. Počet let praxe</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| do 5 let                  | 7                        | 21,9 %                   |
| 6-10                      | 8                        | 25 %                     |
| 11-15                     | 8                        | 25 %                     |
| 16-20                     | 3                        | 9,4 %                    |
| 21-25                     | 1                        | 3,1 %                    |
| více než 25               | 5                        | 15,6 %                   |
| celkem                    | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 3. Charakteristika respondentů podle vzdělání**

V případě vzdělání je nejvíce zastoupeno u 24 respondentů střední, z celkového počtu respondentů 75 %, po něm následuje vzdělání vysokoškolské u 8 respondentů, to je 25 %. Vzdělání základní a vyšší odborné není zastoupeno vůbec.

Tabulka 3 Charakteristika respondentů podle vzdělání

| <b>3. Dosažené vzdělání</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| základní                    | 0                        | 0 %                      |
| střední                     | 24                       | 75 %                     |
| vyšší odborné               | 0                        | 0 %                      |
| vysokoškolské               | 8                        | 25 %                     |
| celkem                      | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 4: Charakteristika respondentů podle místa výkonu zaměstnání**

Celkem 23 respondentů, což je 71,9 % je zaměstnáno v domovech pro seniory, 5 je zaměstnáno v domovech se zvláštním režimem, to je 15,6 %, jako místo výkonu práce uvedli domov pro seniory i domov se zvláštním režimem 2 respondenti, tedy 6,3 % a stejným podílem jsou zaměstnáni 2 respondenti v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Tabulka 4 Charakteristika respondentů podle místa výkonu zaměstnání

| <b>4. Místo výkonu práce</b>                  | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Domov pro seniory                             | 23                       | 71,9 %                   |
| Domov se zvláštním režimem                    | 5                        | 15,6 %                   |
| Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem | 2                        | 6,3 %                    |
| Domov pro osoby se zdravotním postižením      | 2                        | 6,3 %                    |
| celkem  | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 5: Charakteristika respondentů podle cílové skupiny, se kterou pracují**

V této položce dotazníku měli respondenti uvést cílovou skupinu, se kterou v rámci svojí praxe pracují. 75 %, to je 24 respondentů uvedlo jako cílovou skupinu seniory, 3 respondenti, tedy 9,4 % pracují s mentálně a duševně postiženými klienty a klienty s demencí, možnost různé uvedli 2 respondenti, což je 6,3 % z celkového počtu. I když se jedná o osoby mentálně postižené nebo osoby s demencí, vždy se jedná o klienty seniorského věku.

Tabulka 5 Charakteristika respondentů podle cílové skupiny, se kterou pracují

| <b>5. Cílová skupina</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| senioři                  | 24                       | 75 %                     |
| mentálně postižení       | 3                        | 9,4 %                    |
| s demencí                | 3                        | 9,4 %                    |



|        |    |       |
|--------|----|-------|
| různé  | 2  | 6,3 % |
| celkem | 32 | 100 % |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 6: Domníváte se, že aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů?**

Na otázku, zda aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů odpovědělo 30 respondentů kladně, což je 93,8 %, zápornou odpověď uvedli 2 respondenti, to je 6,3 %.

Tabulka 6 Domníváte se, že aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů?

| 6. Pohybové dovednosti | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| ano                    | 30                | 93,8 %            |
| ne                     | 2                 | 6,3 %             |
| celkem                 | 32                | 100 %             |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 7: Pokud se domníváte, že aktivizace přispívá k zachování nebo zlepšení pohybových dovedností, jak se toto zlepšení projevuje a které druhy používané aktivizace k tomu přispívají?**

V položce č. 7 dotazníku respondenti uváděli, jak se dle jejich názoru projevuje aktivizace na zachování nebo případně zlepšení pohybových dovedností klientů a které druhy jimi používaných metod aktivizace k tomu přispívají. Na první část otázky týkající se projevů zlepšení pohybových dovedností odpovídalo 12 respondentů (100 %). Z níže uvedených dat vyplývá, že podle 3 respondentů (25 %) dochází u klientů k posílení svalů, 2 respondenti (16,7 %) pozorují zlepšení jemné motoriky, 4 respondenti (33,3 %) zlepšení samostatnosti a 3 respondenti (25 %) se domnívají, že aktivizací dochází k udržitelnosti pohybu klientů.

Tabulka 7 Jak se aktivizace projevuje na stavu pohybových schopností

| <b>7. Pohybové dovednosti</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| posílení svalů                | 3                        | 25 %                     |
| zlepšení jemné motoriky       | 2                        | 16,7 %                   |
| zlepšení samostatnosti        | 4                        | 33,3 %                   |
| udržitelnost pohybu           | 3                        | 25 %                     |
| celkem                        | 12                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

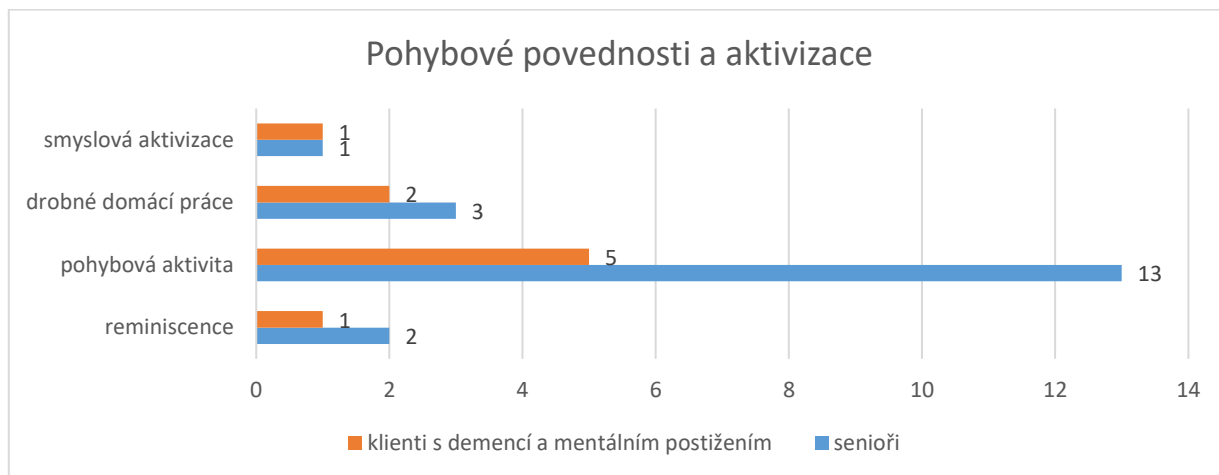
V následujícím grafu je uvedeno, jak respondenti odpovídali na druhou část dotazníkové položky č. 7, tedy jaké druhy aktivizačních technik v souvislosti s pohybovými dovednostmi klientů používají. Odpovědi jsou rozděleny podle cílových skupin, se kterými aktivizační pracovníci pracují. První skupinou klientů jsou senioři, druhá skupina je tvořena klienty s demencí a mentálním postižením.

Respondentů, kteří pracují se seniory je ve výzkumném souboru 25, přičemž 5 z nich na tuto položku dotazníku neodpovědělo. Vzhledem k tomu, že někteří uváděli i více možností, relativní četnost nebude 100 %. Zbývajících 20 respondentů tedy tvoří 100 % odpovědí. Shodně, a to 2 respondenti (tedy 10 % z celku), označili jako aktivizační metodu přispívající ke zlepšení pohybových dovedností reminiscenci, bazální stimulaci, validaci, muzikoterapii a procvičování motoriky.

5 %, tedy vždy 1 respondent, označil za prospěšnou pro pohybové dovednosti klientů práci na zahradě, společenské akce, canisterapii, arteterapii a smyslovou aktivizaci. Výtvarnou činnost uvedli 3 respondenti (15 %), stejně 3 respondenti zmiňují domácí práce. Nejvíce a to 13 respondentů odpovědělo, že se na udržení nebo případně zlepšení pohybu podílí různé druhy tělesných cvičení (65 %).

Aktivizačních pracovníků zaměřených na osoby s demencí a mentálním postižením je z našim výzkumném souboru 7 a všichni na tuto položku dotazníku odpovídali. Stejně jako ve skupině seniorů i zde respondenti uvedli v nejvíce případech pohybové aktivity. Jedná se o 5 respondentů (71,4 %). Dva považují za nejpřínosnější cvičení jemné motoriky, stejně tak drobné domácí práce (28,6 %). Taneční terapii, reminiscenci a smyslovou aktivizace označil vždy 1 respondent (14,3 %).

V grafu jsou zobrazeny pouze aktivity, na kterých se podílí obě skupiny klientů. Na ostatních výše uvedených aktivitách se podílí vždy pouze jedna z obou skupin.



Graf 7 Pohybové dovednosti a aktivizace

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 8: Domníváte se, že aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví a psychické pohody klientů?**

V položce 8 dotazníku se aktivizační pracovníci vyjadřovali k tomu, zda se domnívají, že používání aktivizačních metod přispívá ke zlepšení duševního zdraví. Kladnou odpověď uvedlo všech 32 respondentů, tedy 100 %.

**Položka dotazníku č. 9: Pokud se domníváte, že aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví klientů, uveďte, jak se zlepšení projevuje a které druhy používané aktivizace k tomu přispívají.**

K tomu, jak se projevuje zlepšení duševního zdraví klientů odpovídali respondenti v položce č. 9 dotazníku. Vyjádřilo se celkem 19 z nich, kteří uváděli více než jednu možnost, proto součet relativních četností nedává 100 %. Nejvíce respondentů, a to 10 (52,6 %) pozoruje zlepšení nálady u klientů, 7 respondentů (26,8 %) sleduje zlepšení pocitu spokojenosti, větší chuť k aktivitách uvedli 3 respondenti, tedy 15,8 %. To, že jsou klienti vnímavější a komunikativnější uvedli shodně 2 respondenti (10,5 %). 1 z odpovídajících respondentů

zmínil méně časté úzkostné a depresivní stavy (5,3 %), stejně tak 1 respondent uvedl zmírnění verbální a fyzické agrese u klientů (5,3 %).

Tabulka 9 Jak aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví

| <b>9. Duševní zdraví</b>               | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| zlepšení nálady                        | 10                       | 52,6 %                   |
| zlepšení kognitivních funkcí           | 1                        | 5,3 %                    |
| větší pocit spokojenosti               | 7                        | 36,8 %                   |
| větší chuť k aktivitám                 | 3                        | 15,8 %                   |
| jsou vnímavější                        | 2                        | 10,5 %                   |
| jsou komunikativnější                  | 2                        | 10,5 %                   |
| méně časté úzkostné a depresivní stavy | 1                        | 5,3 %                    |
| zmírnění verbální a fyzické agrese     | 1                        | 5,3 %                    |

Zdroj: vlastní

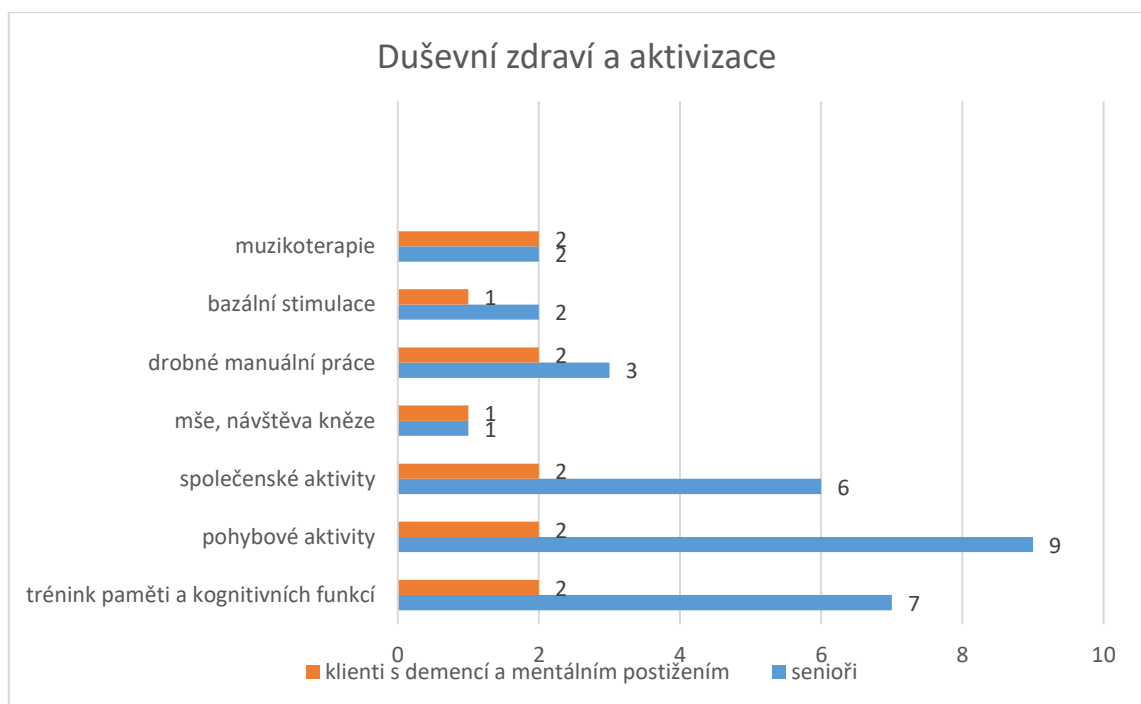
Druhá část položky dotazníku č. 9 je zaměřena na druhy aktivizace, které podle názoru aktivizačních pracovníků přispívají ke zlepšení duševního zdraví klientů. Na tuto položku dotazníku odpovědělo 23 z 25 aktivizačních pracovníků pracujících se seniory, těchto 23 respondentů tedy tvoří 100 %. Pracovníci věnující se seniorům s demencí a mentálním postižením odpověděli všichni, 100 % tvoří těchto 7 respondentů.

Ve 30,4 %, tedy u 7 respondentů je nejvíce pro podpoření duševního zdraví prospěšné trénování paměti a kognitivních funkcí, 8 respondentů (34,8 %) uvedlo pohybové aktivity, 5 respondentů (21,7 %) reminiscenci. Psychobiografii zmínil 1 respondent (4,3 %), stejně jako procházky, mši a návštěvu kněze, aromaterapii a arteterapii. Rozhovor s klientem je přínosný podle 2 respondentů (8,7 %), canisterapii využívají ve své práci s klientem 4 respondenti (17,4 %), další činnosti přispívající k duševní pohodě jsou podle 3 respondentů (13 %) drobné manuální práce. Validaci, bazální stimulaci, výtvarnou dílnu a muzikoterapii uvedli vždy 2 respondenti (každý tedy tvoří 8,7 %).

V práci s lidmi s demencí a mentálním postižením přispívá k udržení nebo zlepšení jejich duševního zdraví muzikoterapie podle 2 respondentů (28,6 %), společenské aktivity (28,6 %), pohybové aktivity (28,6 %), trénink paměti (28,6 %), pracovní činnosti (28,6 %) a

smyslová aktivizace (28,6 %). Bazální stimulaci považuje za prospěšnou 1 respondent (14,3 %), stejně jako bohoslužbu (1 respondent) a ergoterapii (1 respondent).

V grafu jsou opět zobrazeny pouze aktivity, na kterých se podílí obě skupiny klientů. Na ostatních výše uvedených aktivitách se podílí vždy pouze jedna z obou skupin.



Graf 9 Duševní zdraví a aktivizace

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 10: Domníváte se, že aktivizace napomáhá k začlenění klientů do sociálního prostředí a rozšíření sociálních kontaktů?**

Položka 10 dotazníku se dotazovala na aktivizace a sociální prostředí, tedy na vliv aktivizace na začleňování klienta do sociálního prostředí, ve kterém žije. Z tabulky 10 je patrné, že 96,9 %, to je 31 respondentů se domnívá, že aktivizace přispívá ke snadnějšímu začlenění klientů do sociálního prostředí, o opaku je přesvědčen pouze 1 respondent, tvořící 3,1 %.

Tabulka 10 Sociální prostředí a aktivizace

| <b>8. Sociální prostředí</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ano                          | 31                       | 96,9 %                   |
| ne                           | 1                        | 3,1 %                    |
| celkem                       | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 11: Pokud se domníváte, že aktivizace přispívá ke snadnějšímu začlenění klientů do sociálního prostředí, uveďte, jak se to projevuje a které druhy používané aktivizace k tomu přispívají.**

Na dotaz č. 11 dotazníku odpovědělo 7 respondentů (100 %) jak se projevuje aktivizace na začleňování klientů do sociálního prostředí zařízení. Tito respondenti uváděli ve své odpovědi více projevů vlivů aktivizace, proto relativní četnost tvoří více než 100 %. Že jsou veselejší, vyrovnanější a snadněji se zapojují do společných aktivit se domnívá vždy 1 respondent (14,3 %). 2 respondenti (10,5 %) pozorují zmenšení pocitu osamělosti (10,5 %) a stejný počet respondentů lépe snášející pobyt v zařízení. Nejvíce z odpovídajících respondentů, a sice 6 (85,7 %) uvádí zlepšení vzájemné komunikace mezi klienty.

Tabulka 11 Jak aktivizace zlepšuje začleňování klientů do sociálního prostředí

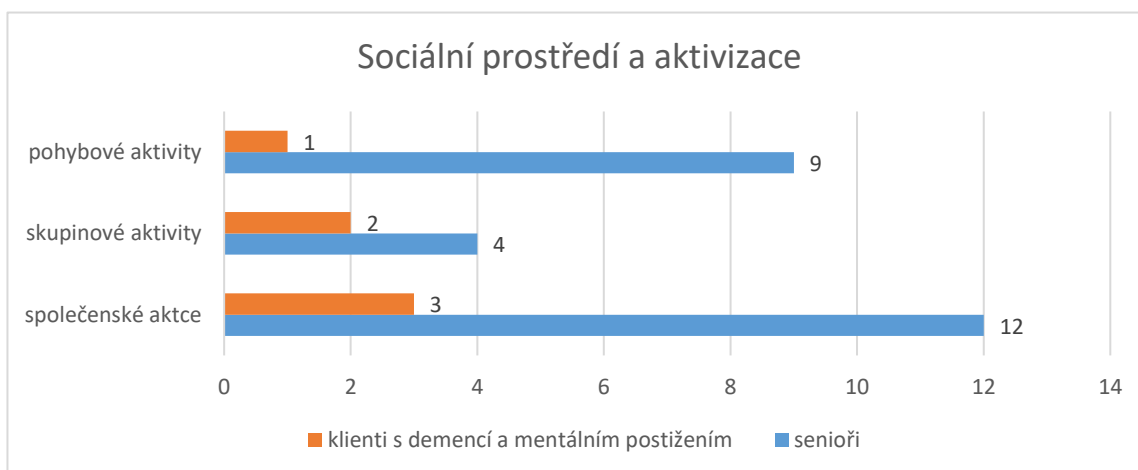
| <b>11. Sociální prostředí</b>    | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zmenšení pocitu osamělosti       | 2                        | 10,5 %                   |
| jsou veselejší                   | 1                        | 14,3 %                   |
| jsou vyrovnanější                | 1                        | 14,3 %                   |
| lépe snášejí pobyt v zařízení    | 2                        | 10,5 %                   |
| zlepšení vzájemné komunikace     | 6                        | 85,7 %                   |
| snadnější začlenění do kolektivu | 1                        | 14,3 %                   |

Zdroj: vlastní

Druhá část dotazníkové položky 11 je opět zpracována do grafu, který nám ukazuje, jaké aktivizační metody považují za přispívající ke snadnějšímu začlenění klienta do sociálního prostředí respondenti podle cílové skupiny.

Opět jsme pro výpočet relativní četnosti použili počty respondentů, kteří v dotazníku na tuto otázku odpověděli. U první skupiny to bylo 20 z 25 respondentů, což je tedy 100 %. U druhé skupiny opět odpovědělo všech 7 respondentů (100 %).

Ve skupině seniorů přispívají k jejich začleňování do sociálního prostředí domova všechny formy pohybových aktivit, jak dopovědělo 9 respondentů (45 %), pak následují s 20 % skupinové aktivity pořádané zařízením. 14,3 % (12 respondentů) uvedlo společenské akce, 1 respondent (5 %) muzikoterapii, 3 respondenti (15 %) reminiscenci, stejně tak 3 respondenti (15 %) uvedli skupinové výtvarné dílny. Rozhovory s klientem považuje za přínosné 1 respondent (5 %) a canisterapii také 1 respondent (5 %).



Graf 11 Sociální prostředí a aktivizace

Zdroj: vlastní

Společenská akce v odpovědích uvedli 3 respondenti (42,9 %) pracující s klienty s demencí a mentálním postižením. 2 uvedli skupinové aktivity (28,6 %), 1 respondent drobné ruční a domácí práce (14,3 %) stejně jaké 1 respondent (14,3 %) uvedl pohybové aktivity.

**Položka dotazníku č. 12: Které aktivizační techniky byste rád/ráda zařadil/a do Vaší práce s klientem?**

Tabulka 12 Které aktivizace byste rád/ráda zařadil/a do Vaší práce s klientem

| <b>12. Aktivizace</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| arteterapie           | 2                        | 6,3 %                    |
| felinoterapie         | 2                        | 6,3 %                    |
| bazální stimulace     | 6                        | 18,8 %                   |
| muzikoterapie         | 8                        | 25 %                     |
| smyslová aktivizace   | 3                        | 9,4 %                    |
| kognitivní učení      | 2                        | 6,3 %                    |
| aromaterapie          | 1                        | 3,1 %                    |
| trénink paměti        | 2                        | 6,3 %                    |
| canisterapie          | 2                        | 6,3 %                    |
| pohybové aktivity     | 5                        | 15,6 %                   |
| reminiscence          | 2                        | 6,3 %                    |
| ergoterapie           | 1                        | 3,1 %                    |

V položce 12 dotazníkového šetření respondenti uváděli, které aktivizační techniky by rádi zařadili do své práce s klienty. Na tuto otázku odpovědělo všech 32 dotazovaných. Někteří z nich uvedli několik druhů aktivizačních metod, proto součet relativních četností nedává 100 %. Jako základ pro výpočet relativní četnosti byl použit počet odpovídajících respondentů. Jak vyplývá z údajů uvedených v tabulce, nejvíce respondentů, a to 8 (25 %) by do práce s klientem rádo zařadilo muzikoterapii, následuje 6 respondentů preferujících bazální stimulaci (18,8 %). 6,3 % tedy 2 respondenti by rádi zařadili arteterapii, stejně tak felinoterapii, 3 respondenti (9,4 %) smyslovou aktivizace. Mezi aktivizačními technikami, které by aktivizační pracovníci rádi zařadili do své praxi je dále u 2 z nich (6,3 %) kognitivní



učení, trénink paměti (6,3 %), canisterapie (6,3 %) a reminiscence (6,3 %). 1 respondent by rád využíval ergoterapii (3,1 %) a také 1 respondent aromaterapii (3,1 %).

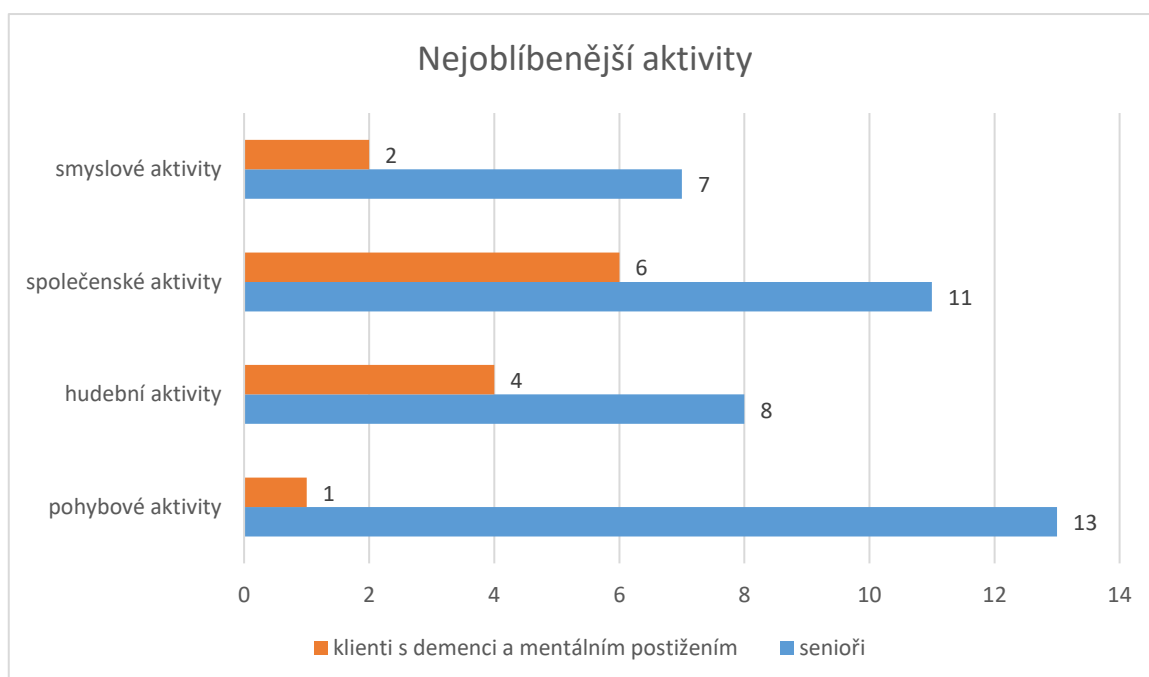
**Položka dotazníku č. 13: Pokud v sociálním zařízení organizujete volnočasové aktivity, uveďte některé z těch, které mají u klientů největší oblibu.**

V položce 13 dotazníku byli respondenti vyzváni k uvedení těch metod aktivizace, které jsou u jejich klientů nejvíce oblíbené. Tyto aktivity jsme podle jejich charakteru sloučili do čtyř kategorií na aktivity hudební, pohybové, společenské a smyslové. Opět jsme v grafu uvedli odpovědi respondentů pracujících se seniory a respondentů pracujících se seniory s demencí a mentálním postižením.

Respondenti opět uváděli více než jednu aktivitu, proto tedy relativní četnost není 100 %. Základem pro výpočet relativní četnosti byl použit počet respondentů, pracujících se seniory 25 a pracujících se seniory s demencí a mentálním postižením 7.

V první skupině označilo za nejoblíbenější aktivitu 52 % respondentů a šlo o aktivity pohybové, hudební aktivita je oblíbena podle 32 % respondentů, společenské aktivity podle 44 % a smyslové podle 28 % respondentů.

U aktivizačních pracovníků pracujících s klienty s demencí a mentálním postižením to byly na místě nejoblíbenějších aktivity společenské, které uvedlo 85,7 %, druhé v pořadí byly aktivity hudební (57,1 %), následují aktivity smyslové (28,6 %) a aktivity pohybové (14,3%).



Graf 13 Nejoblíbenější aktivity

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 14: S jakými problémy se v rámci aktivizace potýkáte.**

V položce 14 dotazníku respondenti identifikovali problémy, se kterými se v rámci aktivizace setkávají. Z nabízených možností mohli respondenti vybírat jednu nebo více. Z toho důvodu relativní četnost netvoří 100 %. Nejvíce, a to 24 respondentů, což je 55,8 % vidí problém v nedostatku času, nedostatek financí a nedostatek empatie ze strany zaměstnanců uvedlo shodně 6 dotazovaných (14 %), nedostatek vzdělanosti zaměstnanců vybrali 4 respondenti (9,3 %), 4,7 %, to je 2 respondenti se domnívají, že je problémem nezájem ze strany rodinných příslušníků a nedostatečnou informovanost považuje za problém 1 respondent (2,3 %) ze všech odpovědí.

Tabulka 14 Problémy aktivizace

| 14. Problémy aktivizace                  | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| finanční problémy                        | 6                 | 14 %              |
| nedostatečná informovanost               | 1                 | 2,3 %             |
| nedostatečná vzdělanost zaměstnanců      | 4                 | 9,3 %             |
| nedostatek empatie ze strany zaměstnanců | 6                 | 14 %              |
| nezájem rodinných příslušníků            | 2                 | 4,7 %             |

Zdroj: vlastní

**Položka dotazníku č. 15: Probíhá ve Vašem sociálním zařízení aktivizace na bázi dobrovolnosti?**

Položka 15 dotazníku řeší problém dobrovolné účasti klientů na aktivizaci. 28 respondentů (87,5 %) uvedlo, že je v jejich zařízení aktivizace založena na dobrovolnosti, 12,5 %, tedy 4 respondenti uvedli odpověď opačnou.

Tabulka 15 Dobrovolnost a aktivizace

| <b>15. Dobrovolnost</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ano                     | 28                       | 87,5 %                   |
| ne                      | 4                        | 12,5 %                   |
| celkem                  | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

### **Položka dotazníku č. 16: Probíhá ve Vašem sociálním zařízení aktivizace ležících klientů?**

Co se týká aktivizace ležících klientů, všichni respondenti odpověděli shodně. Všech 32 respondentů (100 %) uvedlo, že v jejich sociálních zařízeních probíhá aktivizace ležících klientů. Týká se to tedy jak seniorů, tak klientů s demencí a mentálním postižením.

### **Položka dotazníku č. 17: Forma aktivizace**

Aktivizace klientů může probíhat jako skupinová nebo individuální. Pokud vyhodnocujeme formu aktivizace, která je klienty nejvíce preferována, jedná se o kombinaci obou forem, tedy skupinové a individuální, a to v 84,4 % případech (27 respondentů), následuje aktivizace skupinová 9,4 % (3 respondenti) a individuální 6,3 % (2 respondenti).

Tabulka 17 Forma aktivizace

| <b>17. Forma aktivizace</b> | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| skupinová                   | 3                        | 9,4 %                    |
| individuální                | 2                        | 6,3 %                    |
| skupinová i individuální    | 27                       | 84,3 %                   |
| celkem                      | 32                       | 100 %                    |

Zdroj: vlastní

#### 4.8 Shrnutí výsledků výzkumu a diskuse

V této části diplomové práce jsme se věnovali shrnutí výsledků vyplývajících z dotazníkového šetření. V rámci něho byl odkaz na dotazník rozeslán celkem 58 možným respondentům, z tohoto počtu dotazník vyplnilo 32 respondentů. Převažující část respondentů tvořily ženy, kterých bylo 29, muži byli pouze 3. Nejvyšší počet aktivizačních pracovníků měl délku praxe v rozmezí 6-10 a 11-15 let, a vzdělání respondentů bylo střední nebo vysokoškolské. Co se týče místa jejich výkonu práce, většina pracuje v domovech pro seniory, cílovou skupinou byly tedy především senioři.

V 1. dílčí výzkumné otázce jsme zkoumali, které z aktivizačních metod jsou mezi klienty pobytových zařízení nejvíce oblíbené. Ve skupině seniorů jsou nejvíce preferované aktivity pohybové, mezi kterými respondenti uváděli výlety a procházky, lehkou práci za zahradě, ruční a domácí práce, hraní kuželek, šipek, jógu apod. Druhé nejoblíbenější jsou společenské aktivity, jako jsou společná setkání obyvatel domova, hraní binga, společné tvoření, posezení u kávy nebo společné oslavy narozenin. Společenské akce patří mezi nejoblíbenější u klientů postižených demenci a mentálními poruchami. Ti mají jako druhé oblíbené aktivity hudební, kterými jsou vystoupení různých uskupení, taneční zábavy nebo posezení s harmonikou.

2. dílčí výzkumná otázka nám odpověděla na to, jestli mají klienti pobytových zařízení větší zájem o individuální nebo skupinovou aktivizaci, anebo o spojení obou uvedených forem aktivizace. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce upřednostňována je kombinace individuální a skupinové terapie.

Zda aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů jsme řešili v dílčí výzkumné otázce č. 3. Z výsledků je patrné, že naprostá většina aktivizačních pracovníků je přesvědčena, že k zachování nebo zlepšení pohybových dovedností u jejich klientů skutečně dochází. Nejhojněji respondenti uváděli, že aktivizací dochází ke zlepšení samostatnosti obyvatel domova a na druhé místo zařadili udržitelnost jejich pohybu. Oba tyto nejčastěji uváděné přínosy aktivizace jsou pro klienty pobytových zařízení velmi důležité. U obou skupin klientů ke zlepšování pohybových dovedností dle aktivizačních pracovníků dochází provozováním pohybových aktivit, což je zcela logické, které mohou mít rozmanitou formu a podobu.

Na duševní zdraví odkazuje 4. dílčí výzkumná otázka. Na otázku, zda aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví a psychické pohody odpověděli všichni respondenti shodně kladně. Kladný vliv aktivizace se dle aktivizačních pracovníků projevuje na větší chuti

klienta zapojovat se do organizovaných aktivit a jejich spojenosti. U seniorů k tomu vedou různé druhy pohybových aktivit, u klientů s demencí a mentálními poruchami ke zlepšování psychické pohody vede rovným dílem smyslová aktivizace, muzikoterapie, provádění drobných manuálních prací, společenské aktivity, aktivity spojené s fyzickým pohybem a trénování paměti a kognitivních funkcí.

V 5. dílčí výzkumné otázce jsme se zaměřili na oblast sociálního začleňování klientů. O tom, že aktivizačními metodami dochází k lepšímu začleňování klientů do sociálního prostředí opět kladně odpověděla většina respondentů. Vlivem aktivizace dochází ke zlepšení vzájemných kontaktů mezi klienty v rámci pobytového zařízení a k tomu přispívají v největší míře různé druhy společenských akcí, pořádaných nejen aktivizačními pracovníky, ale i ostatními zaměstnanci domova. Senioři v pobytových zařízeních se hojně účastní setkávání, které jsou spojené s hudbou, posezením u kávy nebo při příležitosti oslav narozenin.

Poslední 6. dílčí výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, s jakými překážkami se při své práci aktivizační pracovníci potýkají nejčastěji. Největší problém vidí aktivizační pracovníci v nedostatku empatie ze strany zaměstnanců, problémy spojené s nedostatkem financí, následuje nedostatečná vzdělanost zaměstnanců zařízení, nezáměr rodinných příslušníků, a nakonec nedostatečná informovanost o aktivizačních metodách.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnuje, jak je uvedeno v jejím názvu, přínosům a úskalím aktivizace seniorů, kteří jsou nuceni trávit závěr svého života nikoliv doma v rodinném kruhu, ale v pobytovém zařízení sociální péče. Domov jim takovéto zařízení zcela určitě nenahradí, ale je snahou sociálních služeb, aby byl jejich pobyt v něm co nejpříjemněji stráveným časem. A právě tuto těžkou úlohu na sebe berou aktivizační pracovníci pobytových zařízení pro seniory. Proto tato diplomová práce nahlíží na problematiku aktivizace seniorů jejich pohledem.

První kapitola se věnuje stáří a stárnutí a tělesným, psychickým a sociálním změnám, které stárnutí zákonitě doprovází. Druhá kapitola seznamuje s ambulantními a terénními sociálními službami pro seniory, druhy pobytových zařízení a aktivizací seniorů, pozicí aktivizačního pracovníka a aktivizačními metodami, které jsou v rámci péče o seniory v pobytových zařízeních využívány. Kapitola třetí obsahuje vymezení pojetí sociální pedagogiky, sociální práce, úlohy sociálního pracovníka a okrajově je zmiňována legislativa, uplatňovaná v rámci sociálních služeb.

Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu, prováděnému formou dotazníkového šetření. Jeho hlavním výzkumným cílem bylo zjištění, které aktivizační metody jsou aktivizačními pracovníky v rámci práce se seniory v pobytových zařízeních nejčastěji využívány, jaký je z pohledu aktivizačních pracovníků přínos aktivizačních metod pro klienty a s jakými překážkami se v rámci své práce s klienty nejčastěji setkávají.

Z toho výzkumu vyplynulo, že u seniorů jsou, co se aktivizačních metod týká, nejoblíbenější ty, které jsou spojené s pohybovými aktivitami, mezi které patří jóga, kuželky, šipky, ale jsou to také procházky a výlety a drobné práce na zahradě. Pohybové aktivity jsou samozřejmě limitovány zdravotním stavem každého klienta. Hned po aktivitách zaměřených na pohyb to jsou aktivizace mající společenský charakter, jako například společné oslavy narozenin, taneční zábavy, hraní binga, setkávání s harmonikou a setkávání u kávy. Z toho můžeme usuzovat, že senioři i přes svůj někdy značně pokročilý věk, mají okolo sebe rádi společnost a rádi se baví.

Je reálnou možností, že v příštích letech bude počet seniorů proti mladší generaci stále narůstat. Je proto velmi důležité pro budoucnost, aby byla stále vylepšována a zdokonalována péče o ty, kteří nemohou poslední etapu svého života trávit mezi svými blízkými. Pobyt v sociálním zařízení nemusí nutně probíhat tak, jak tomu bylo v minulosti,

kdy umístění do domova důchodců bylo pouze nečinným čekáním na smrt. Práci aktivizačních pracovníků se pobyt pro seniory může stát aspoň trochu atraktivní. Existuje nespočet druhů aktivizačních metod, které mohou být při práci se seniory využívány. Záleží ovšem z velké části také na osobnostech samotných aktivizačních pracovníků, kteří svoji práci berou ne jako povolání, ale jako poslání. A takových je potřeba v pobytových zařízeních pro seniory stále více. Pro budoucnost by tedy jistě bylo přínosné, kdyby se jejich počty zvyšovaly a byla věnována větší pozornost jejich vzdělávání. Potřeba je také zvýšit informovanost rodinných příslušníků o možnosti využívání aktivizačních metod v zařízeních pro seniory, ale také pro osoby s demencí a mentálním postižením. Příbuzní ubytovaných klientů musí být seznámeni s možností vlastní účasti na některých formách aktivizace.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.

ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk a ČEVELA, Rostislav, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>. [cit. 2024-04-09].

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>. [cit. 2024-04-01].

DIENSTBIER, Zdeněk, 2012. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 2. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-01-3.

DUKOVÁ, Ivana; DUKA, Martin a KOHOUTOVÁ, Ivanka, 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3880-2.

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

ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.

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

GIBSON, Faith, 2011. *Reminiscence and Life Story Work: A Practice Guide*. London: Jessica Kingsley. ISBN 978 1 84905 151 4.

GILLIES, Clare a JAMES, Anne, 1994. *Reminiscence Work with Old People*. Boston: Springer US. ISBN 978-0-412-58070-3.

GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.



HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.

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

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

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Pedagogika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

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

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

JELÍNKOVÁ, Jana, 2023. *Komunitní ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5396-9.

KLEPÁČKOVÁ, Olga; KREJČÍ, Zuzana a ČERNÁ, Martina, 2022. *Sociální práce na příkladech z praxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3074-0.

KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

KROUPOVÁ, Kateřina, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.), 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN

PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3470-5.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.

PRŮCHA, Jan a VETEŠKA, Jaroslav, 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Sociologie (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

VACKOVÁ, Jitka, 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2434-3.

VALENTA, Milan, 2011. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3851-2.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav, 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2866-2.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan (ed.), 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

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

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

č. číslo

např. například

s. strana

**SEZNAM TABULEK**

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1 Charakteristika respondentů podle pohlaví .....  | 38 |
| Tabulka 2 Charakteristika respondentů podle let praxe.....   | 39 |
| Tabulka 3 Charakteristika respondentů podle vzdělání .....   | 39 |
| Tabulka 4 Charakteristika respondentů podle místa výkonu zaměstnání.....   | 40 |
| Tabulka 5 Charakteristika respondentů podle cílové skupiny, se kterou pracují .....                                | 40 |
| Tabulka 6 Domníváte se, že aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů? ..... | 41 |
| Tabulka 7 Jak se aktivizace projevuje na stavu pohybových schopností .....   | 42 |
| Tabulka 9 Jak aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví.....  | 44 |
| Tabulka 10 Sociální prostředí a aktivizace .....   | 46 |
| Tabulka 11 Jak aktivizace zlepšuje začleňování klientů do sociálního prostředí .....                               | 46 |
| Tabulka 12 Které aktivizace byste rád/ráda zařadil/a do Vaší práce s klientem .....                                | 48 |
| Tabulka 14 Problémy aktivizace.....  | 50 |
| Tabulka 15 Dobrovolnost a aktivizace .....   | 51 |
| Tabulka 17 Forma aktivizace .....  | 51 |

**SEZNAM GRAFŮ**

|  |    |
|--|----|
| Graf 7 Pohybové dovednosti a aktivizace..... | 43 |
| Graf 9 Duševní zdraví a aktivizace.....      | 45 |
| Graf 11 Sociální prostředí a aktivizace..... | 47 |
| Graf 13 Nejoblíbenější aktivity.....         | 50 |

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

## Přínos a úskalí aktivizace seniorů v pobytových zařízeních

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Hlubková a v současné době jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor Sociální pedagogika. V rámci závěrečné diplomové práce na téma "Přínos a úskalí aktivizace seniorů v pobytových zařízeních" bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je anonymní a takto získané informace budou použity pouze ke studijním účelům.

### 1 Jsem

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

žena  muž

### 2 Uvedte počet let praxe

### 3 Uvedte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

základní  střední  vyšší odborné  vysokoškolské

### 4 Uvedte typ zařízení, ve kterém pracujete (např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem...)



5 Uveďte cílovou skupinu, se kterou převážně pracujete

6 Domníváte se, že aktivizace přispívá k zachování, případně zlepšení pohybových dovedností klientů?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano  ne

7 Pokud se domníváte, že aktivizace přispívá k zachování nebo zlepšení pohybových dovedností, jak se toto zlepšení projevuje a které druhy používané aktivizace k tomu přispívají?

8 Domníváte se, že aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví a psychické pohody klientů?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano  ne

9 Pokud se domníváte, že aktivizace přispívá ke zlepšení duševního zdraví klientů, uveďte, jak se zlepšení projevuje a které druhy používané aktivizace k tomu přispívají.

10 Domníváte se, že aktivizace napomáhá k začlenění klientů do sociálního prostředí a rozšíření sociálních kontaktů?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano  ne

11 Pokud se domníváte, že aktivizace přispívá ke snadnějšímu začlenění klientů do sociálního prostředí, uveďte, jak se to projevuje a které druhy používané aktivizace k tomu přispívají.

12 Které aktivizační techniky byste rád/ráda zařadil/a do Vaší práce s klientem?

13 Pokud v sociálním zařízení organizujete volnočasové aktivity, uveďte některé z těch, které mají u klientů největší oblibu

14 S jakými problémy se v rámci aktivizace potýkáte

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> finanční problémy                        | <input type="checkbox"/> nedostatek času               | <input type="checkbox"/> nedostatečná informovanost | <input type="checkbox"/> nedostatečná vzdělanost zaměstnanců |
| <input type="checkbox"/> nedostatek empatie ze strany zaměstnanců | <input type="checkbox"/> nezájem rodinných příslušníků |   |  |
| <input type="checkbox"/> Jiná                                     | <input type="text"/>                                   |   |  |

15 Probíhá ve Vašem sociálním zařízení aktivizace na bázi dobrovolnosti?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano  ne

16 Probíhá ve Vašem sociálním zařízení aktivizace ležících klientů?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano  ne

17 Projevují klienti zájem spíše o aktivizaci

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

skupinovou  individuální  skupinovou i individuální