

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Kateřina Sivcová

*Využití aktivizačních metod při práci se seniory trpící demencí
v pobytových zařízeních v okrese Přerov*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Jurníčková, Ph. D.
2020

Prohlašuji, že jsem svou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Pavlíně Jurníčkové PhD., za odborné vedení, rady a ochotu, které mi v průběhu psaní bakalářské práce poskytla.

Poděkovat bych chtěla své rodině za podporu a také všem respondentům výzkumu, kteří byli ochotní věnovat svůj čas k vyplnění dotazníků.

Obsah

Obsah.....	4
Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1 Stáří a stárnutí.....	8
1.1 Vymezení stáří.....	8
1.2 Změny spojené se stářím.....	9
1.3 Nemoci ve stáří.....	11
2 Demence.....	12
2.1 Příznaky a příčiny demence.....	12
2.2 Stádia demence.....	13
3 Sociální služby pro seniory.....	14
3.1 Pobytová zařízení.....	14
3.1.1 Domov seniorů.....	15
3.1.2 Domov se zvláštním režimem.....	15
4 Aktivizace seniorů.....	17
4.1 Aktivizační pracovník.....	17
4.2 Aktivizační metody.....	18
4.2.1 Kinezioterapie.....	19
4.2.2 Animoterapie.....	19
4.2.3 Ergoterapie.....	20
4.2.4 Arteterapie.....	21
4.2.5 Reminiscenční terapie.....	22
4.2.6 Muzikoterapie.....	23
Výzkumná část.....	24
5 Cíl výzkumu.....	24
5.1 Cíl č. 1.....	24
5.2 Cíl č. 2.....	24
5.3 Cíl č. 3.....	24
5.4 Cíl č. 4.....	25
6 Metodologie.....	26
6.1 Výzkumná metoda a technika sběru dat.....	26
6.2 Výběr výzkumného vzorku.....	27
7 Analýza dat.....	28

7.1	Výsledky jednotlivých zařízení	29
7.1.1	Zařízení A.....	29
7.1.2	Zařízení B.....	30
7.1.3	Zařízení C.....	31
7.1.4	Zařízení D.....	31
7.1.5	Zařízení E	32
7.1.6	Zařízení F	33
7.1.7	Zařízení G.....	34
7.1.8	Zařízení H.....	34
7.2	Výsledky dílčích cílů a hypotéz.....	35
7.2.1	Cíl č. 1	35
7.2.2	Cíl č. 2	36
7.2.3	Cíl č. 3	36
7.2.4	Cíl č. 4	37
8	Diskuze	39
8.1	Zodpovězení výzkumné otázky	39
8.2	4.2 Diskuze nad slabinami výzkumu	40
	Závěr.....	42
	Bibliografický seznam.....	44
	Seznam grafů.....	46
	Seznam tabulek	46
	Příloha: Dotazník pro zařízení.....	47

Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na využívání jednotlivých aktivizačních metod při práci s lidmi trpícími některou z forem demence, kteří jsou zároveň klienty pobytového zařízení v okrese Přerov. Téma práce jsem si vybrala z toho důvodu, protože je mi tato cílová skupina velmi blízká. V rámci svých studií, jak na střední škole, tak i na vysoké škole, jsem absolvovala mnoho praxí se zaměřením na seniory. V rámci těchto praxí jsem se setkávala s nejrůznějšími aktivizačními metodami, jejich přípravami a realizací.

Aktivizace je pro seniora trpícího demencí poměrně důležitá. Vyzývá ho k aktivnímu stárnutí, vlastnímu vyjádření a aktivnímu prožití fáze života ve společnosti. Cílem aktivizačních metod je mimo jiné procvičovat jemnou a hrubou motoriku, pohybové schopnosti, paměť, vnímání a podporovat sociální kontakty. Jedná se o nejrůznější činnosti, do kterých se klienti mohou zapojit, jak formou individuální či skupinové aktivity. Nabídka aktivizačních metod v pobytových zařízeních pro seniory je široká a zahrnuje například reminiscenční terapii, hudební a výtvarné aktivity či pohybové aktivity.

Velká část zařízení, poskytujících pobytovou službu pro seniory trpících demencí, se často potýká s problémy v oblasti finanční a personální zajištěnosti, a z toho důvodu není vždy možné poskytnout všechny aktivizační metody. Cílem této práce je popsat aktivizační metody využívané při práci se seniory trpící demencí a zjistit, které jsou v praxi nejvíce využívané a které jsou podle pracovníků nejefektivnější. Naplnění tohoto cíle přinese jak srovnání využívání jednotlivých aktivit v konkrétních zařízeních, tak zjištění problémů, se kterými se zařízení střetávají právě při poskytování aktivit. Výsledky šetření a jejich analýza mohou sloužit široké veřejnosti, jelikož je možné, že se každý z nás za svůj život setká s člověkem trpícím demencí, je tedy důležité znát metody, které mu mohou pomoci. Výsledky mohou sloužit i jako inspirace pro vybrané domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a pobytovým zařízením, které pečují o klienty trpící některou z forem demence.

Tato práce je rozdělena na teoretickou část a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje charakteristiku stáří, proces stárnutí a popis nemocí typických pro toto období. Dalším tématem je samotná demence, kde se zaměřuji na konkrétní charakteristiku onemocnění, příznaky, důvody vzniku a také stádia onemocnění. V práci se dále zaměřím na možnosti využití sociální služeb, a to konkrétně na pobytová zařízení pro seniory. Posledním tématem v teoretické části je vymezení jednotlivých aktivizačních metod.

Výzkumná část se skládá ze stanovení výzkumné otázky, dílčích cílů, výzkumu a hypotéz. Metodologická část blíže představí metodu šetření a techniku sběru dat pomocí dotazníků. Je zde také popsán samotný výběr výzkumného vzorku. Výzkumná část dále obsahuje prezentaci výsledků a diskuzi.

Teoretická část

1 Stáří a stárnutí

Pro účely této práce je důležité vymezit pojem stárnutí a senior. S ohledem na téma této práce je senior vnímán jako potenciální klient pobytového zařízení pro seniory trpící některou z forem demence. V následující kapitole budou také popsány změny spojené se stářím a nejčastější nemoci ve stáří.

1.1 Vymezení stáří

Stáří bývá často označované jako podzim života. Jedná se o nevyhnutelnou součást lidského života a neustálý proces, ke kterému směřujeme již od samotného narození. Každý jedinec prochází tímto procesem jinak, na základě mnoha faktorů. Samotný průběh stárnutí může být ovlivněn životním stylem a genetikou. Se stářím bývá často spojován věk odchodu do důchodu, v naší zemi tedy 65 let. Změny spojené se stářím můžeme u člověka pozorovat mnohdy i dříve.

Je těžké přesně a konkrétně charakterizovat pojem stárnutí, jelikož existuje mnoho různých definicí.

Světová zdravotnická organizace rozděluje stáří na několik skupin. Rané stáří, které nastává ve věku 60–74 let, vlastní stáří v období mezi 75–89 lety a poslední období dlouhověkosti od 90 let. (Haškovcová, 2010 str. 20) Toto rozdělení spadá do vymezení kalendářního stáří, které se určuje podle věku jedince. Při takovém rozdělení musíme brát v potaz individualitu každého jedince.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006 str. 202) je stárnutí souhrn přeměn ve struktuře organismu, které jsou příčinou vyšší zranitelnosti. Dochází k poklesu schopností a výkoností člověka, a nakonec vyvrcholí v konečné fázi života a ve smrt.

Podle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012 str. 20) je stárnutí souhrn změn, a to konkrétně změn zánikových, morfologických a funkčních. Tyto změny se vyvíjí postupně v různém věku a v různých částech organismu, s určitou individuální variabilitou. Jde tedy o proces, který je nejen geneticky kódován ale i rozvíjen náhodnými chybami, poruchami a jevy.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012 str. 21) uvádějí dvě teorie stárnutí. První je teorie stochastická, která uvádí, že změny spojené se stářím jsou zcela náhodné a že s věkem přibývá

opotřebování, poškození i poruchy organismu a funkcí. Druhá teorie nestochastická naopak předpokládá, že stárnutí je geneticky nastaveno.

1.2 Změny spojené se stářím

I přes to že je stáří individuální a u každého má jiný průběh, můžeme pozorovat určité charakteristické změny spojené se stárnutím. Tyto změny jsou Venglářovou (2007 str. 12) rozdělovány do tří skupin:

1. Psychické – zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěra a snížená sebedůvěra, sugestibilita, změny vnímání, emoční labilita a zhoršení úsudku,
2. Sociální – odchod do penze, změny životního stylu, stěhování, ztráta blízkých, osamělost a finanční problémy,
3. Tělesné – změny vzhledu a úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů a degenerativní změny smyslů, kardiopulmonální změny, změny trávicího cyklu, vylučování moči a změny sexuální aktivity.

Psychické změny

Ve stáří dochází k mnoha psychickým změnám. Vágnerová (2000 stránky 450-451) rozděluje psychické změny na biologicky podmíněné a psychosociálně podmíněné. Biologicky podmíněné změny mají různý charakter, patří tam změny, které považujeme za normální ve spojitosti se stářím (zpomalenost nebo zhoršená paměť). Dále tam spadají takové změny, které jsou vyvolány chorobným procesem a často mohou být za projevy stárnutí zaměňovány.

Psychosociálně podmíněné změny, jsou patrné v poklesu funkčních rezerv, zhoršení adaptačních schopností a inteligence. Tyto změny mohou být ovlivňovány individuálním životním stylem, odlišnými návyky, postoji ve společnosti či tzv. kohortovou zkušeností, kdy lidé jedné generace mají podobnou zkušenost díky působení stejných sociokulturních jevů. (Vágnerová, 2000 str. 451)

Sociální změny

Největší sociální změnou ve stáří je samotný odchod do důchodu. Člověk ztrácí pravidelný kontakt s přáteli a spolupracovníky. Mění se rodinné vazby a dochází k naplnění, nebo v některých případech, nenaplnění role prarodičů. Může dojít k úmrtí jednoho z partnerů

nebo někoho z blízkých přátel. Tyto nechtěné změny mohou vést k sociální izolaci. Člověk se uzavírá do sebe a ztrácí kontakt s okolím. Může dojít k uzavření se do svého světa a vytvoření si nepřátelské pozice ke své osobě nebo ke svému okolí.

Tělesné změny

Kalvach (2004 str. 100) tělesné změny spojené se stářím označuje jako fenotypické změny. Mezi takové změny patří tělesná výška a hmotnost jedince. Snižování výšky je způsobeno zplošťováním a vysycháním meziobratlových plotének a ubýváním kostní hmoty. Tělesná výška se snižuje v oblasti trupu, ovšem délka končetin zůstává beze změny. V rámci tělesné hmotnosti dochází ke stoupání BMI (body mass index), následně však dochází k jeho poklesu. S věkem ubývá aktivní tělesné hmoty, naopak přibývá tuk a vazivo. Významné jsou změny spojené s chůzí a postojem člověka. Může také docházet k úbytku svalové hmoty a svalové síly.

Nejvýznamnější změny můžeme pozorovat v oblasti smyslového vnímání, kdy klesá funkce všech orgánů. Nejčastěji jsou změny spojené se zrakem a sluchem, mohou se však projevit problémy s chutí, čichem či hmatem.

To, jak se člověk s těmito změnami vypořádá je ovlivněno osobností člověka, reakcemi jeho rodiny a přátel a možnostmi získat pomoc tam, kde to sám nezvládá. Venglářová (2007 str. 12) rozděluje tři možné způsoby adaptace na stáří:

- **Konstruktivní přístup** – během svého života se člověk může připravit na činnosti, které ve stáří bude rozšiřovat. Je zde snaha o udržení tělesného zdraví správným stravováním a pohybovými činnostmi. Je důležité mít širokou síť přátel a známých
- **Závislost na okolí** – především se jedná o závislost na své rodině či zdravotnících. V ústavní péči se můžeme setkat s klienty, kteří mají větší potřebu nechat se „opečovávat“ personálem zařízení. Tato potřeba však není vždy podložena objektivním stavem klienta
- **Nepřátelský postoj** – může se projevat ve vztahu k personálu, lidem v okolí a k ostatním klientům. Vše záleží na okolních podmínkách, prostředí, osobnosti klienta, jeho otevřenosti k přijímání nových změn apod.

1.3 Nemoci ve stáří

V předcházející kapitole byly zmíněny změny spojené se stářím, které bývají často způsobené nemocemi, charakteristickými pro toto období. Lékařský obor, který se zabývá problematikou zdravotního stavu a nemocemi ve stáří je geriatric.

Podle Kalvacha (2004 str. 130) jsou nejčastějšími nemocemi, které se vyskytují ve stáří, nemoci oběhové soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy a nemoci endokrinních a metabolických poruch. Nemoci oběhové soustavy jsou nejčastěji hypertenze, ischemie a nemoci žil. Nejrozšířenějšími nemocemi pohybového ústrojí jsou dorzopatie a osteoartrózy, které se častěji vyskytují u žen. Nejznámější nemocí endokrinních a metabolických poruch je diabetes mellitus, který je se stářím často spojován. Stáří jsou také často přičítány poruchy krátkodobé paměti, které jsou spojovány s demencí.

„Stáří lidé zpravidla trpí polymorbiditou, což znamená přítomnost několika nemocí najednou. Jednotlivé nemoci se vzájemně prolínají a ovlivňují. Lékaři popisují tzv. dominový efekt. Ten spočívá v tom, že určitá nemoc vyvolá i zhoršení ostatních a třeba i toho času spících nemocí. S polymorbiditou souvisí i polypragmázie, tedy užívání celé řady léků najednou.“
(Haškovcová, 2010 str. 251)

2 Demence

V předchozí kapitole se zmiňují o nemocích spojených se stářím. konkrétně také o poruchách krátkodobé paměti. Mezi nejčastější nemoci, které jsou se stářím spojovány patří demence. Tato kapitola se bude věnovat demenci, jelikož je to stěžejní pro tuto práci.

Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. (2009 str. 11) píše o demenci, jako o podstatném snižování úrovně paměti a dalších kognitivních funkcí.

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřešené.“ (Pidrman, 2007 str. 9)

Nejznámějším typem demence je Alzheimerova demence, kterou poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907 a v té době byla považována za vzácnou.

„Ze všech lidí, kteří trpí demencí, má asi 55 procent Alzheimerovu nemoc v čisté formě. Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější vaskulární demence, která představuje asi 15 procent všech případů. Vaskulární demence má různé formy, z nichž nejznámější je takzvaná multiinfarktová demence.“ (Buijssen, 2006 str. 15)

2.1 Příznaky a příčiny demence

Jiráček (2009 stránky 22-23) rozděluje tři skupiny funkcí které jsou demencí zasáhnuté. Jsou jimi aktivity denního života, kognitivní funkce, behaviorální a psychologické příznaky.

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007 str. 15) také dělí příznaky demence do tří skupin, které je často v anglosaské literatuře označováno jako „ABC“.

- A = activities of daily living – značí poruchu soběstačnosti
- B = behaviour – značí behaviorální a psychologické příznaky
- C = cognition – představuje poruchu kognitivních funkcí

První skupinou jsou podle Holmerové, Jarolímové, Suché a kol. (2007 str. 16) poruchy soběstačnosti. Osoba s demencí v této fázi ztrácí schopnost vykonávat každodenní aktivity a stává se tak odkázána na pomoc jiné fyzické osoby. K posouzení soběstačnosti je možné využít různé škály. Nejběžnější škálou, která se využívá k posouzení soběstačnosti je škála základních sebeobslužných aktivit denního života podle Katze. V této škále se posuzuje schopnost

soběstačnosti při výkonu šesti aktivit. Patří sem koupání, použití telefonu, uléhávání a vstávání, stravování, oblékání a kontrola vyprazdňování močového měchýře a střev.

Do **druhé skupiny** se řadí behaviorální problémy, problémy spojené s chováním. Tyto projevy mohou být součástí demence od jejího počátku, častěji se však projevují až v pokročilém stádiu.

Dle Jiráka (2009 str. 23) jsou u člověka s demencí časté kolísavé a přechodné poruchy emocí. Ty jsou doprovázeny změnami nálad. Často se vyskytuje agrese, klient se může stát nebezpečným nejen pro své okolí, ale i sobě. Může se vyskytovat i smutek s pláčem.

Demence je často spojována s problémovým chováním ze strany klienta. To se projevuje zejména neklidem, depresemi doprovázené bludy.

Třetí skupinou jsou poruchy kognitivních funkcí. Ty se ve většině případů projevují u člověka s demencí jako první. Často se jedná o poruchy spojené s krátkodobou i dlouhodobou pamětí. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. (2007 str. 17) řadí mezi tyto projevy poruchu paměti, soustředění, orientace, myšlení a řeči.

Doposud není známá přesná příčina vzniku demence. Dle Buijssena (2006 str. 18) mají zcela jistě na vzniku demence vliv genetické faktory. Je dokázáno, že přímí příbuzní s demencí mají vyšší riziko vzniku demence než ostatní. Vyšší riziko je také u osob trpících vysokým tlakem, nebo u těch, kteří prodělali poranění lebky.

2.2 Stádia demence

Projevy demence se mohou často lišit na základě toho, v jaké fázi nemoci se zrovna člověk nachází. Venglářová (2007 str. 28) rozděluje demenci na tři stádia. Pro první stádium je typické zapomínání nedávných událostí a člověk má problém vybavit si jména, data apod. Člověk často opakuje příběh několikrát po sobě a může mít problém nalézt to správné slovo. Druhé stádium je typické zpomalením myšlení, zvýrazněním rysů osobnosti a nerozhodností. Člověk ztrácí své zájmy. Může se u něj objevovat podráždění, které často vede k hádkám. Ve třetím stádiu nastává dezorientace a ztráta soudnosti. Člověk nezvládá sebepečí a vyžaduje celodenní dohled. Dochází k problémům s komunikací, je tedy nutné mluvit na takového člověka plynule, pomalu a používat krátká jednoduchá slova.

3 Sociální služby pro seniory

Při péči o člověka s demencí může rodina dojít do takové fáze, kdy se již nebude schopna postarat o seniora, bez další pomoci. V těchto případech má rodina možnost využít vhodných sociálních služeb, které jsou zaměřeny právě na práci se seniory trpící demencí.

Sociální služby upravuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tento zákon vymezuje působnost v oblasti sociálních služeb, oprávněné osoby a také vymezuje pojmy jako příspěvek na péči apod. Zákon také vymezuje důležité pojmy týkající se sociální práce, mezi které řadíme především sociální služby. Tyto služby zprostředkovávají tři základní oblasti. Těmito oblastmi se rozumí sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále zákon rozděluje sociální služby na tři typy, podle místa poskytování, a to ambulantní, terénní a pobytové. Ambulantní služba je typ služby, do které jedinec dochází a odchází, není zde ubytován, jedná se např. o denní stacionář, který nabízí pomoc při hygieně a běžných úkonech, ale také výchovnou, vzdělávací a aktivizační službu a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Terénní služby jsou poskytovány v domově klienta, tedy v jeho přirozeném prostředí, jedná se např. o pečovatelskou službu, která poskytuje pomoc při osobní hygieně, pomoc se zajištěním stravy nebo pomoc při zajištění chodu domácnosti. Poslední typ služby, pobytová služba, je poskytována v zařízení, kde je klient ubytován a je mu zde poskytována nepřetržitá péče. Mezi tyto typy služeb patří např. i domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, které budou v této kapitole více popsány.

3.1 Pobytová zařízení

V pozdních fázích demence nastává problém se sebedpěčí. Člověk je mnohdy odkázán na pomoc druhých, kteří se mohou obrátit s žádostí o spolupráci na terénní služby nebo denní stacionáře, které se specializují na péči o seniory s demencí. Pokud je i přesto péče o nemocného nad jejich síly, mohou využít pobytových služeb, konkrétně domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem, který je uzpůsoben přímo specifickým potřebám seniora trpícího demencí.

Dalším zařízením, které poskytuje pobytovou službu pro seniory jsou sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Dle § 52 zákona o sociálních službách je zde poskytována pobytová služba osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu jsou odkázány na pomoc fyzické osoby. Z těchto

důvodů nemohou být propuštěny ze zařízení do té doby, než jim je zajištěna pomoc jiné fyzické osoby nebo pomoc ze strany jiné vhodné sociální služby.

3.1.1 Domov seniorů

Domov pro seniory je jednou z nejrozšířenějších služeb pobytového typu. Dle §50 zákona o sociálních službách je domov pro seniory pobytová služba určená osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace zároveň vyžaduje pomoc jiné osoby.

Domov seniorů poskytuje ubytování, stravu a služby pro klienty zařízení. Patří sem činnosti jako je pomoc při zvládnutí běžných úkonů, péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně zvláště těm seniorům, kteří jsou upoutáni na lůžko, invalidní vozík. Mezi další poskytované činnosti patří například zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, díky kterému se senioři necítí společensky vyloučení. Patří zde i terapeutické a aktivizační činnosti. Nepochybně k formálnějším činnostem patří pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dle Registru sociálních služeb MPSV bylo ke dni 12. března 2020 na území České republiky celkem 534 domovů pro seniory.

Někteří pečovatelé preferují integraci seniorů trpících demencí do klasických typů domovů pro seniory. Jiní jsou pro to, aby tito klienti byli umístěni pouze v domovech se zvláštním režimem, který je uzpůsoben jejich specifickým potřebám.

3.1.2 Domov se zvláštním režimem

Další z forem pobytového zařízení je domov se zvláštním režimem. Jedná se o pobytové zařízení, určené osobám se sníženou soběstačností.

„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ (Zákon 108/2006, §50)

Na základě §50 zákona o sociálních službách poskytuje domov se zvláštním režimem tyto služby:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dle Registru sociálních služeb MPSV bylo ke dni 12. března 2020 na území České republiky celkem 366 domovů se zvláštním režimem.

4 Aktivizace seniorů

Zgola (2003 str. 148) je toho názoru, že neexistuje smysluplnější prostředek pro péči o lidi s Alzheimerovou nemocí než smysluplná aktivita. V programu nejde pouze o to, zaměstnat lidi poté, co jim byla poskytnuta základní péče. Hlavním úkolem aktivit je umožnit člověku žít takovým způsobem, který mu nejvíce vyhovuje a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty.

Klient nesmí být k aktivitám násilně nucen, rozhodovat by se měl na základě svobodné vůle. Je nutné, aby byla příslušná aktivita vhodně zvolená s ohledem na zdravotní stav a schopnosti klienta.

Pro člověka s demencí je důležitá jeho role ve společnosti a možnost někam patřit. Proto jsou velice důležité skupinové aktivity, kdy všichni spolupracují na jednom cíli, ale každý má svůj daný úkol.

Při plánování aktivit by se nemělo zapomínat na jedinečnost a individualitu každého klienta. Zgola (2003 str. 163) poukazuje na důležitost individuálního plánování. Během tvorby individuálního plánu klienta je potřeba si stanovit co chceme aktivitou dosáhnout, tedy její účel, které silné stránky klienta je možné při aktivitě využít a které mohou aktivitu naopak omezovat. Je také potřebné si stanovit konkrétní aktivity, které jsou pro klienta vhodné, a které nikoli.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje i pojem sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením „*Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením sociálním vyloučením. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“ (Zákon 108/2006, §66). Aktivizační služby mají své zakotvení v zákonodárných dokumentech, z tohoto důvodu jsou zavazující i pro sociální služby v péči o lidi s demencí.

4.1 Aktivizační pracovník

V této kapitole je také potřeba zmínit roli aktivizačního pracovníka, jelikož je to mnohdy právě on, kdo se na poskytování jednotlivých aktivizačních metod podílí.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, však výkon této konkrétní pozice nijak neupravuje. V praxi tuto pozici často vykonává pracovník v sociálních službách. Ten je

zákonem mimo jiné definován jako pracovník, který vykonává „základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti“. (Zákon 108/2006, §116, b)). Dle tohoto zákona je tedy pracovník v sociálních službách vhodný kandidát pro výkon pozice aktivizačního pracovníka.

4.2 Aktivizační metody

Při aktivizaci lidí trpících demencí se využívá mnoho terapií, jedná se například o kinezioterapii, animoterapii, ergoterapii a další. Cílem těchto terapií je zapojit klienta do aktivizace a podpořit jejich sebedůvěru.

Aktivizační metody můžeme rozdělit do několika odvětví, a to podle různých kritérií.

Kalvach (2004 str. 441) rozděluje činnosti podle místa v životě člověka, okruhu uspokojených potřeb a podle počtu zapojených osob.

Pokud chceme využívat aktivizační metody, musíme se držet několika zásad. Suchá (2013 stránky 18-20) zdůrazňuje rozvržení aktivit v denním programu. Staří lidé jsou zvyklí dodržovat své mnohdy dlouholeté zvyklosti a tradice, proto je potřeba minimalizovat zásahy v těchto rituálech. Je potřeba, aby aktivita probíhala v pravidelných časech a v kolektivu pracovníků, kterým klient důvěřuje. Předejdeme tak napjaté atmosféře, která může zapříčinit demotivaci klienta.

Je potřeba brát v potaz klientovu diagnózu. U člověka s demencí často dochází k problémům s krátkodobou pamětí.

„Pro nás to znamená, že některé věci musíme při aktivitě několikrát opakovat. Také není účelné používat vícestupňové pokyny – vždy je lepší popsat jednu dílčí věc, která se má udělat, jeden dílčí úkon, a pak teprve další.“ (Jitka Suchá, 2013 str. 20)

4.2.1 Kinezioterapie

Podle Hátlové a Suché (2013 str. 52) jsou pro seniory důležité takové pohybové aktivity, které podporují schopnost vytrvat v aktivitě, která vyžaduje více energie a podporují srdeční a plicní činnost.

„Základním cílem kinezioterapie je dosažení správného nebo potřebného provedení pohybu jako předpokladu pro realizaci motorických činností běžného života.“ (Zeman, 2016 str. 10)

Kinezioterapii lze provádět ve skupinách, ale i jako individuální aktivitu. Výhodou je, že terapii je možné praktikovat na lůžku, v tělocvičně nebo i v přírodě. Cílem terapie je posílení pohybové soustavy, síly a relaxace. Při výběru vhodného cvičení musíme myslet na individuální potřeby a zdravotní stav každého klienta.

„Kinezioterapie v jakékoliv formě je přínosem také pro lidi s demencí a přispívá zejména k udržení svalové síly a stability, ale je i dobrou prevencí problémového chování“ (Roman Jiráček, 2009 str. 100)

Tanec a hudba mají vliv na neverbální komunikaci, kdy je klient schopen vyjadřovat své pocity.

Podle Velety (2007 str. 206) se v terapii tancem samotný tanec chápe jako terapeutický proces, estetická stránka ustupuje, a naopak se zdůrazňují psychologické (neverbální komunikace, emoční prožívání), sociální (navázání nových vztahů) a fyzické (rovnováha, koordinace) faktory.

Kromě terapie pomocí tance se u lidí trpících demencí doporučují procházky. Podle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007 str. 204) je dobré chodit se seniory, trpícími demencí, na procházky co nejdéle, až do doby, kdy to bude pro klienta ze zdravotních důvodů problém.

4.2.2 Animoterapie

Animoterapie, nebo také zooterapie či pet-terapie, je terapie, která využívá kontakt člověka se zvířetem.

Velemínský (2007 str. 30) popisuje sedm typů terapie, a to na základě druhu zvířete. Mezi ty nejznámější patří canisterapie, hipoterapie či felinoterapie. V dnešní době se však můžeme setkat i s terapií za pomoci méně známých zvířecích druhů. Patří mezi ně terapie s hospodářskými zvířaty, drobnými domácími zvířaty, s volně žijícími zvířaty či s exotickými

zvířaty. Zajímavějšími formami animoterapie je pak delfinoterapie, lamaterapie, insektoterapie (využití hmyzu) či ornitoterapie.

„Zvířata mají pozitivní účinky nejen na fyzický, ale zejména na psychický stav pacientů. Například je prokázáno, že při hlazení zvířátka dochází k poklesu krevního tlaku a srdeční činnost se zklidňuje, tedy navozuje se stav celkového uvolnění.“ (Jitka Suchá, 2013 str. 128)

Animoterapie může probíhat dvěma formami, a to docházkovou nebo rezidenční. Docházková forma terapie je založena na návštěvách zvířete v zařízení. Může se jednat o jednorázovou nebo opakovanou návštěvu. Druhou možností je rezidenční forma terapie, kdy je zvíře součástí zařízení. Může se jednat jak o malé domácí hlodavce (křeček, morče) ale i rybičky či andulky. V praxi jsem se několikrát setkala se zařízením pro seniory, kde měli typická domácí zvířata jako jsou psy a kočky, setkala jsem se však i se zařízením, kde chovali hospodářská zvířata (vepře, skot). Setkávání se a starost o takové druhy zvířat může být u některých klientů vítána.

Podle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007 str. 231) je pro seniory nejvhodnějším zvířetem pes, který člověka přinutí k několika procházkám během dne. U člověka s demencí je situace složitější. Takový člověk se o zvíře již mnohdy nedovede správně postarat. Velkou výhodou je tak přítomnost zvířete v zařízení nebo v rodině. Je prokázáno, že zvířata mají pozitivní dopad jak na fyzický, tak zejména psychický stav pacienta. Zvířata mohou také snižovat deprese, úzkosti či poruchy spánku.

„Zvíře může být i důležitým prvkem pro sebevědomí starého člověka, pokud se může podílet na péči o něj, samozřejmě pod dohledem personálu (např. krmení, česání atd.)“ (Holmerová, 2007 str. 231)

4.2.3 Ergoterapie

Podle Dvořáčkové (2013 str. 36) byla v České republice ergoterapie dlouhé roky považována za zbytečnou terapii, a nebylo zcela jasné, jaká by měla být její náplň.

Americká asociace ergoterapeutů definuje ergoterapii jako praktickou i teoretickou disciplínu, která vede k zapojení jednotlivce do vybraných úkolů za účelem obnovit, posílit a zvýšit jeho výkon.

Cílem ergoterapie je podle České asociace ergoterapeutů zachování si soběstačnosti v každodenních činnostech, pracovních činnostech a volném čase. V širším povědomí je ergoterapie známá jako „léčba prací“. Ergoterapie vede klienta ke zlepšení jeho sebepečce a posílení jeho soběstačnosti.

Ergoterapie zapojuje klienty do každodenních činností a tím podporuje jejich soběstačnost. Využívá se např. práce v kuchyni (příprava kávy a následný úklid), pomoc s drobnými úpravami a práce na zahradě. Často se využívají nejrůznější rukodělné aktivity jako je pletení, háčkování či vyšívání, nebo práce s keramickou hlinou.

4.2.4 Arteterapie

„Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným.“ (Česká arteterapeutická asociace. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>)

Potměšilová (in. Müller, 2014 str. 77) definuje arteterapii z užšího pojetí jako práci s klientem při které se využívají výtvarné umělecké formy.

Liebmann (2010 str. 14) uvádí, že arteterapie se využívá k osobnímu vyjádření osoby, prostřednictvím výtvarného umění. V arteterapii nezáleží na výsledném produktu a jeho estetice, ale na komunikaci.

Dle Šickové-Fabrici (2008 str. 65) je arteterapie u seniorů prospěšná pro cvičení jejich krátkodobé paměti, jemné motoriky, ale i pro posílení sebe sama. Arteterapie také napomáhá seniorům přizpůsobit se nové životní situaci a změnám, které stáří přináší. Seniorům také pomáhá řešit jejich aktuální problémy a snaží se aktivizovat zbytek jejich energie.

Podle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007 str. 214) je arteterapie vhodná pro seniory, jelikož jim pomáhá přizpůsobit se novým situacím, poklesu sil a všeobecně pomoc se změnami, způsobené věkem. Podporuje aktivizaci jejich kreativity a zbytku jejich vitality.

Arteterapie může probíhat formou individuální nebo skupinové. U klientů s demencí je potřebné zadávat jednoduché úkoly, které nejsou náročné na výrobu. Je také potřebné dbát na bezpečnost. Podle Suché (2013 str. 132) je nutná zvýšená pozornost při práci s klienty v pokročilé fázi demence. Klienti mohou mít nutkavou potřebu jídla, tudíž zde hrozí riziko záměny výtvarných materiálů za jídlo. Také je potřeba vyhnout se nebezpečným nástrojům o které by se mohl klient snadno poranit.

Šicková-Fabrici (2008 str. 30) rozděluje arteterapii na receptivní a produktivní. Receptivní terapie je zaměřena na vnímání uměleckého díla vybraného s konkrétním záměrem. Cílem tohoto vnímání je snaha o lepší pochopení osobní mysli a pochopení pocitů jiných lidí.

K tomu se využívají návštěvy nejrůznějších výstav nebo galerií. Produktivní terapie využívá konkrétní tvůrčí činnost, jako je malování, kresba nebo intermediální aktivity.

Člověk trpící demencí má nejrůznější omezení, na která musíme brát zřetel. Mezi arteterapeutické techniky vhodné pro seniory s demencí patří malování velkých ploch, malování na porcelán nebo na obyčejný papír. Dále zde řadíme textilní techniky, například batikování. Arteterapie využívá i techniku práce s papírem jako je vystřihování, koláže nebo tvoření výrobků z papíru. V neposlední řadě sem patří i technika práce s přírodními materiály.

4.2.5 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie nebo také reminiscence je terapie formou vyvolání vzpomínek. Vzpomínky se snaží vyvolat prostřednictvím dotyků nebo pomocí nejrůznějších předmětů. Mezi takové předměty mohou patřit fotografie, noviny, časopisy, nebo osobní věci. Jedná se o rozhovor klienta s pracovníkem o jeho životě, vzpomínkách a zkušenostech.

„Reminiscenční terapie se snaží o podporu dlouhodobé paměti, tedy funkce, která bývá velmi dlouho zachována i při poměrně významném postižení kognitivních funkcí.“ (Jitka Suchá, 2013 str. 93)

Reminiscenční terapie může probíhat i jako skupinová aktivita. V takovém případě je potřebné zvolit téma vhodné pro všechny zúčastněné. Je potřeba aby pracovník znal životní příběhy klientů a vyhnul se tak nepříjemným a bolestným tématům.

Podle Janečkové a Vackové (2010 stránky 103-105) je podstatné využít vhodných reminiscenčních podmětů, které mohou vyvolat reakci klienta. Jedná se o různé vůně, hmatové, sluchové a zrakové podměty, chutě a pohyby.

Podle Holmerové (2007 str. 181) je cílem reminiscenční terapie nejen zlepšení zdravotního stavu, ale i posílení důstojnosti člověka, zlepšení komunikace a pomoc a podpora pečujícího ze strany rodiny.

Holmerová popisuje několik zásad, které musíme dodržovat při reminiscenční terapii:

- *„příjemné prostředí*
- *pohodlné oblečení*
- *přiměřená vzdálenost mezi jednotlivými účastníky*
- *stejná výšková úroveň pro všechny účastníky (sedící na židličkách apod.)*
- *nespěchat, příliš neorganizovat, trpělivě pacientům umožnit i kratší pauzy, nechat doznít to, co bylo řečeno*

- *důraz na nonverbální prostředky*
- *vstřícný postoj vůči všem sdělením*
- *respektovat všechny účastníky“ (Holmerová, 2007 str. 186)*

4.2.6 Muzikoterapie

Dle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007 str. 227) je tato terapie vhodná i pro člověka trpícího demencí. Často si totiž pamatují texty písní a pořekadel, díky zachované dlouhodobé paměti. Terapie tak nejenom pomáhá posilovat jejich sebevědomí, ale také působí příznivě na jejich duševní pohodu.

Muzikoterapii lze rozdělit na individuální a skupinovou. Při individuální pracuje terapeut pouze s jedním klientem. Může se jednat o společné zpívání písní nebo o jejich pouhý poslech. Individuální terapie je vhodná pro klienty, kteří se nechtějí zapojovat do skupinových aktivit, nebo toho vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni. Při skupinové terapii se pracuje se skupinami klientů, ať už s méně početnými nebo více početnými. Opět se může jednat o společné zpívání nebo poslech písní.

Holmerová, Jarolímová a Suchá (2007 stránky 227-230) dělí muzikoterapii na aktivizační a pasivní terapii. Při aktivizační terapii se klient přímo zapojuje, může se jednat o samotné zpívání, hledání písní ale také o tleskání do rytmu či využití jednoduchých hudebních nástrojů. Pasivní terapie slouží k relaxaci a uvolnění klienta.

Výzkumná část

5 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak konkrétně probíhá aktivizace seniorů trpících demencí v konkrétních pobytových zařízeních. Dále bych se také chtěla zaměřit na konkrétní problémy, se kterými se zařízení při poskytování aktivizačních metod potýkají.

Výzkumná otázka zní: Jak probíhá aktivizace a jaké jsou překážky pro její poskytování lidem s demencí v pobytových zařízeních v okrese Přerov?

Pro naplnění cíle je potřebné jej rozdělit na dílčí cíle, ty jsou včetně hypotéz popsány níže.

5.1 Cíl č. 1

Cíl č. 1: Zjistit, jaký je počet klientů v jednotlivých zařízeních a kolik klientů z tohoto počtu trpí některou z forem demence.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že každé ze zařízení bude mít několik klientů trpících některou z forem demence.

5.2 Cíl č. 2

Cíl č. 2: Zjistit, kolik aktivizačních pracovníků je zaměstnáno v konkrétních zařízeních.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že v každém zařízení bude zaměstnán alespoň jeden aktivizační pracovník.

5.3 Cíl č. 3

Cíl č. 3: Zjistit, kdo se dále podílí na vytváření aktivizačních metod v konkrétních zařízeních.

Hypotéza č. 2: Na vytváření aktivizačních metod se budou, kromě aktivizačních pracovníků, dále podílet pracovníci v sociálních službách, fyzioterapeuti a dobrovolníci.

5.4 Cíl č. 4

Cíl č. 4: Zjistit, jaká je finanční zajištěnost jednotlivých zařízení a s tím vyplívající jejich vybavenost pro poskytování aktivizačních metod.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že většina zařízení bude mít nedostatek finančních prostředků pro zajištění pomůcek vhodných pro poskytování jednotlivých aktivizačních metod.

6 Metodologie

Tato kapitola nastíní metodologickou část mé práce. Charakterizuje zvolenou metodu šetření, popisuje techniku sběru dat a výběr účastníků šetření.

6.1 Výzkumná metoda a technika sběru dat

Pro šetření bylo využito deskriptivního šetření s využitím dotazníků. Takové šetření si podle Reichla (2009 str. 34) klade za cíl pozorovat vybrané aspekty některého jevu a prověřit, zda jeho předpokládané charakteristiky existují. Často mívá popisnou podobu.

Pro techniku sběru dat bylo pro toto šetření využito dotazníkové šetření, které je podle Punche „*nejběžnější metodou sběru dat v kvantitativním výzkumu.*“ (2008 str. 14)

Dotazníkové šetření je „*vysoce efektivní technikou, která může postihnout veliký počet jedinců při relativně malých nákladech.*“ (Disman, 2000 str. 141). Další výhodou je podle Dismana získání konkrétních informací za krátké časové období a přesvědčivá anonymita. Nevýhodami jsou vysoké nároky na ochotu respondentů a s tím spojené riziko přeskočení a vynechání některých otázek. S dotazníkovým šetřením se také pojí nízká návratnost. (2000 str. 141)

Dotazník, který byl k účelu tohoto šetření použit, byl vytvořen konkrétně pro účel této bakalářské práce. Disman uvádí, že kvantitativní výzkum je testování o skupinách, ne o jednotlivcích. Výsledkem šetření jsou poté kumulativní data o více jedincích, která můžeme kumulovat pouze v případě, jsou-li stejná. Je tedy důležité, aby otázky, které byly respondentům pokládány, byly u všech totožné. (2000 str. 126)

Samotný šetření bylo realizován jako průřezové šetření, což podle Punche (2008 str. 13) znamená, že data byla shromažďována v jednom časovém bodě, a ne ve více časových okamžicích. Dotazníkové šetření probíhalo v březnu 2020. Pracovníkům byl dotazník zaslán online prostřednictvím dotazníkového formuláře Google.

K datu 27. února 2020 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR registrováno celkem 7 domovů pro seniory v okrese Přerov. Z toho 4 zařízení poskytují současně i domov se zvláštním režimem. Jedná se tedy celkem o 11 poskytovaných služeb. Bylo osloveno všech 7 zařízení. Šetření se nakonec zúčastnilo celkem 6 zařízení, z toho 2 zařízení poskytují současně domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Celkem bylo navráceno 8 vyplněných dotazníků.

6.2 Výběr výzkumného vzorku

Jak již bylo zmíněno výše, v rámci výzkumu byla oslovena všechna pobytová zařízení pro seniory trpící demencí v okrese Přerov. Bylo tedy využito vyčerpávajícího šetření

Výzkumný vzorek tvoří pobytová zařízení pro osoby trpící demencí v okrese Přerov. Byli osloveni pracovníci těchto zařízení, nejčastěji se jednalo o sociální pracovníky nebo pracovníky, kteří se přímo podílí na vytváření aktivizačních programů. V jednom případě byl osloven ředitel zařízení.

Vzhledem k tomu, že byl výzkum realizován pouze v konkrétním okrese jednoho kraje České republiky, jsou výsledky tohoto šetření reprezentativní pouze pro vybraný vzorek respondentů a nelze je generalizovat na všechny pobytové zařízení pro lidi s demencí v rámci jiného okresu nebo celé České republiky.

7 Analýza dat

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, výzkumu se zúčastnilo celkem 8 zařízení.

Domov pro seniory	5	62,5 %
Domov se zvláštním režimem	3	37,5 %
Celkem	8	100 %

Tabulka 1: Forma zařízení

Více jak polovina zařízení, celkem 5 zařízení, má formu domova pro seniory. Zbylé 3 zařízení mají formu domova se zvláštním režimem. Z dotazníkového šetření je zjevné, že 2 z dotazovaných domovů se zvláštním režimem a 2 domovy pro seniory mají společného ředitele a tvoří tak jednu organizaci, která poskytuje jak domov pro seniory, tak i domov se zvláštním režimem. Klienti a intenzita poskytovaných aktivity se však v zařízeních liší, a proto budou dále posuzovány samostatně.

Aktivity	Kinezioterapie	Ergoterapie	Arteterapie	Reminiscenční terapie	Muzikoterapie	Animoterapie
Celkový počet zařízení	8	6	4	8	3	8

Tabulka 2: Poskytované aktivizační metody v dotazovaných zařízeních

Ve všech 8 dotazovaných zařízeních probíhají pravidelně tři aktivizační metody, a to konkrétně kinezioterapie, reminiscenční terapie a animoterapie. Právě animoterapie patří k jedné z nejoblíbenějších aktivit mezi klienty. Dále se také často využívá ergoterapie, a to u 75 % dotazovaných. Polovina dotazovaných zařízení poskytuje arteterapii. Mezi méně praktikované aktivizační metody patří muzikoterapie, ta se využívá u 37,5 % dotazovaných zařízení.

Kraj	4	50 %
Obecní/městský úřad	4	50 %

Tabulka 3: Zřizovatel jednotlivých zařízení

Co se týče zřizovatele jednotlivých dotazovaných zařízení, nebylo žádné zřizované některou z nestátních neziskových organizací. Polovinu zařízení zřizuje Olomoucký kraj. Zřizovatelem druhé poloviny dotazovaných zařízení je konkrétní obecní nebo městský úřad obce, ve kterém zařízení sídlí.

7.1 Výsledky jednotlivých zařízení

Následující část je zaměřena na využívání konkrétních aktivizačních metod v jednotlivých zařízeních. V rámci šetření bylo zkoumáno, které konkrétní aktivizační metody jednotlivé zařízení využívají, jakou formou je poskytují, jak je aktivita přínosná pro klienty a kolik klientů ji pravidelně navštěvuje. Dále se zkoumalo personální zajištění při poskytování těchto aktivizačních metod a finanční stránka jednotlivých zařízení.

7.1.1 Zařízení A

V zařízení A bylo k datu šetření celkem 27 klientů, z toho 18 klientů trpí některou formou demence. Zařízení má formu domova pro seniory a jeho zřizovatelem je kraj.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Ergoterapie	Arteterapie	Reminiscenční terapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat?	3krát týdně	1krát týdně	3krát týdně	1krát týdně	1krát týdně
Jakou formou?	Individuální a skupinová	Individuální	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální
Přínosnost?	Přínosná	Přínosná	Přínosná	Přínosná	Přínosná
Kolik klientů ji pravidelně navštěvuje?	13	10	10	10	Neuvedeno

Tabulka 4: Výsledky Zařízení A

V rámci animoterapie jsou v zařízení využíváni psi, kteří do zařízení dochází. Mezi další aktivity, využívané v tomto zařízení patří i bazální stimulace.

K pravidelným aktivitám, provozovaných v Zařízení A patří i výlety, koncerty nebo přednášky.

Na tvorbě aktivizačních metod se podílí celkem 7 aktivizačních pracovníků. Dále také sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry a fyzioterapeut. Z šetření vyplynulo, že Zařízení A má dostatek finančních prostředků pro realizaci aktivizačních metod. Nebyly také uvedeny žádné problémy, se kterými by se zařízení potýkalo při realizaci aktivit.

7.1.2 Zařízení B

V Zařízení B bylo k datu šetření celkem 184 klientů z toho 85 klientů trpí některou formou demence. Zařízení má formu domova pro seniory a jeho zřizovatelem je obecní/městský úřad.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Ergoterapie	Arteterapie	Reminiscenční terapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat?	3krát týdně	1krát měsíčně	1krát měsíčně	1krát za 14 dní	1krát měsíčně
Jakou formou?	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální
Přínosnost?	Přínosná	Přínosná	Přínosná	Přínosná	Přínosná
Kolik klientů ji pravidelně navštěvuje?	103	95	35	42	30

Tabulka 5: Výsledky zařízení B

V rámci animoterapie jsou využíváni psi a ptáci. Zvířata do zařízení dochází a některá jsou jeho součástí. Nejoblíbenější aktivizační metodou mezi klienty, je kinezioterapie, která je také nejčastěji praktikovanou v tomto konkrétním zařízení.

Na aktivitách se podílí celkem 3 aktivizační pracovníci, těm vypomáhají i pracovníci v sociálních službách. Z šetření vyplynulo že Zařízení B je průměrně finančně zajištěno. Zařízení má dostatečný prostor a pomůcky pro realizaci aktivit. Hlavním problémem, se kterým se Zařízení B potýká je nedostatek pracovníků pro realizaci aktivit.

7.1.3 Zařízení C

V Zařízení C bylo k datu šetření celkem 184 klientů z toho 60 klientů trpí některou z forem demence. Zařízení má formu domova pro seniory a jeho zřizovatelem je obecní/městský úřad.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

:	Kinezioterapie	Ergoterapie	Arteterapie	Reminiscenční terapie	Muzikoterapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat	1krát týdně	3krát týdně	3krát týdně	1krát za 14 dní	1krát týdně	1krát měsíčně
Jakou formou	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální a skupinová
Přínosnost	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Přínosná	Přínosná
Kolik klientů ji navštěvuje	70	35	35	184	60	21

Tabulka 6: Výsledky zařízení C

V rámci animoterapie do zařízení dochází psi. Nejoblíbenější aktivizační metodou mezi klienty, je z výše uvedených, arteterapie. Z šetření také vyplývá, že všichni klienti využívají reminiscenční terapii.

Na vytváření aktivit se podílí celkem 3 aktivizační pracovníci (pracovníci volnočasových aktivit), těm vypomáhají pracovníci v sociálních službách a fyzioterapeuti. Zařízení C uvedlo, že má spíše dostatek finančních prostředků na zajištění aktivit. Také bylo zjištěno, že má zařízení dostatek vhodných pomůcek a dostatečně vybavený prostor pro realizaci aktivit. Největším problémem, se kterým se zařízení potýká, je nedostatek pracovníků, pro realizaci aktivit.

7.1.4 Zařízení D

V Zařízení D bylo k datu šetření celkem 208 klientů, z toho 128 klientů trpí některou z forem demence. Zařízení má formu domova pro seniory a jeho zřizovatelem je kraj.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Ergoterapie	Reminiscenční terapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat	Každý den	3krát týdně	1krát týdně	1krát měsíčně
Jakou formou	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální	Individuální a skupinová
Přínosnost	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná
Kolik klientů ji navštěvuje	50	30	Neuvedeno	30

Tabulka 7: Výsledky zařízení D

V rámci animoterapie do zařízení dochází psi, tato terapie je také nejoblíbenější aktivitou mezi klienty.

Na vytváření aktivit se podílí celkem 6 aktivizačních pracovníků, těm vypomáhají také pracovníci v sociálních službách a sociální pracovník. Zařízení má spíše dostatek finančních prostředků pro zajištění aktivit. Má také dostatečný prostor pro aktivity a také dostatek vhodných pomůcek. Největší problém, se kterým se Zařízení D setkává, při realizaci aktivit, je nedostatek pracovníků pro jejich realizaci.

7.1.5 Zařízení E

V Zařízení E bylo k datu šetření celkem 208 klientů z toho 128 klientů trpí některou z forem demence. Zařízení má formu domova se zvláštním režimem a jeho zřizovatelem je kraj. Společně se Zařízením D tvoří jednu organizaci s dvěma odlišnými zařízeními, domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Ergoterapie	Reminiscenční terapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat	Každý den	1krát týdně	1krát týdně	1krát měsíčně
Jakou formou	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální	Individuální a skupinová
Přínosnost	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná
Kolik klientů ji navštěvuje	100	30	50	50

Tabulka 8: Výsledky zařízení E

V rámci animoterapie do zařízení dochází psi. Tato terapie je také nejoblíbenější aktivitou mezi klienty.

Na vytváření aktivit se podílí celkem 6 aktivizačních pracovníků, těm vypomáhají také pracovníci v sociálních službách a sociální pracovník. Zařízení má spíše dostatek finančních prostředků pro zajištění aktivit. Má také dostatečný prostor pro poskytování aktivizačních metod a také dostatek vhodných pomůcek. Největší problém, se kterým se Zařízení E setkává, při realizaci aktivit, je nedostatek pracovníků pro jejich realizaci.

7.1.6 Zařízení F

V Zařízení F bylo k datu šetření celkem 88 klientů, z toho všichni klienti trpí některou z forem demence. Zařízení má formu domova se zvláštním režimem a jeho zřizovatelem je kraj. Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Reminiscenční terapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat	1krát měsíčně	Každý den	Každý den
Jakou formou	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová
Přínosnost	Ani přínosná ani nepřínosná	Velmi přínosná	Velmi přínosná

Tabulka 9: Výsledky zařízení F

V zařízení se animoterapie provádí každý den. K tomu slouží zvířata, která jsou součástí areálu zařízení, jsou jimi psi, kočky a ptáci.

Zařízení F uvedlo ze všech dotazovaných zařízení nejmenší počet aktivizačních metod, na které bylo dotazníkové šetření zaměřeno. Avšak v zařízení je využívána také smyslová aktivizace, bazální stimulace a biografická péče, která je mezi klienty nejoblíbenější aktivitou. Také jako jediné zařízení nevedlo, kolik klientů navštěvuje pravidelně jednotlivé aktivity.

Největším problémem zařízení je nedostatek pracovníků, kteří by se podíleli na realizaci aktivit. Zařízení nemá žádného aktivizačního pracovníka. Tuto roli zastávají pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut a dobrovolníci. I přes to má zařízení dostatečný prostor a pomůcky pro realizaci aktivit. Zařízení má také průměrný dostatek finančních prostředků na zajištění aktivit.

7.1.7 Zařízení G

V Zařízení G bylo k datu šetření celkem 50 klientů, z toho 16 trpí některou z forem demence. Zařízení má formu domova pro seniory a jeho zřizovatelem je městský/obecní úřad.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Ergoterapie	Arteterapie	Reminiscenční terapie	Muzikoterapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat	1krát týdně	3krát týdně	1krát týdně	1krát za 14 dní	1krát měsíčně	1krát měsíčně
Jakou formou	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální a skupinová
Přínosnost	Přínosná	Přínosná	Přínosná	Velmi přínosná	Přínosná	Přínosná
Kolik klientů ji navštěvuje	35	30	20	35	15	40

Tabulka 10: Výsledky zařízení G

V rámci animoterapie do zařízení dochází psi a kočky. Tato aktivita je také nejoblíbenější mezi klienty. Mezi další aktivity, které jsou v zařízení realizovány patří bazální stimulace, promítání filmů, výlety, koncerty a čtenářské kluby.

Na vytváření aktivit se podílí celkem 4 aktivizační pracovníci, těm vypomáhají pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut a dobrovolníci. Z šetření vyplynulo, že má zařízení průměrný dostatek finančních prostředků pro realizaci aktivit. Má také dostatečný prostor a pomůcky pro jejich realizaci. Největším problémem Zařízení G, je nedostatek pracovníků pro realizaci aktivit.

7.1.8 Zařízení H

V Zařízení H bylo k datu šetření celkem 42 klientů, z toho všichni klienti trpí některou z forem demence. Zařízení má formu domova se zvláštním režimem a jeho zřizovatelem je městský/obecní úřad.

Následující tabulka uvádí využívání jednotlivých aktivizačních metod.

	Kinezioterapie	Ergoterapie	Arteterapie	Reminiscenční terapie	Muzikoterapie	Animoterapie
Jak často ji mohou využívat	1krát týdně	3krát týdně	1krát týdně	1krát za 14 dní	1krát měsíčně	1krát měsíčně
Jakou formou	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální a skupinová	Individuální a skupinová	Skupinová	Individuální a skupinová
Přínosnost	Přínosná	Přínosná	Přínosná	Velmi přínosná	Přínosná	Velmi přínosná
Kolik klientů ji navštěvuje	20	12	18	35	15	35

Tabulka 11: Výsledky zařízení H

V rámci animoterapie do zařízení dochází psi a kočky. Jedná se také o nejvíce oblíbenou aktivitu mezi klienty. Mezi další aktivity, které jsou v zařízení realizovány patří také bazální stimulace, výlety a koncerty.

Na vytváření aktivit se podílí celkem 4 aktivizační pracovníci. Těm vypomáhají pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut a dobrovolníci. Zařízení má průměrný dostatek finančních prostředků pro vytváření aktivit. Má dostatečný prostor a pomůcky pro jejich realizaci. Největším problémem Zařízení H je nedostatek aktivizačních pracovníků.

7.2 Výsledky dílčích cílů a hypotéz

V následující části budou rozebrány jednotlivé dílčí cíle a zodpovězeny konkrétní hypotézy.

7.2.1 Cíl č. 1

Cílem č. 1 bylo zjistit jaký je počet klientů v jednotlivých zařízeních a kolik klientů z tohoto počtu trpí některou z forem demence.

Tabulka č. 12 ukazuje, že ve všech dotazovaných zařízeních tvoří část klientů i lidé trpící některou z forem demence. U třech zařízení je to více jak polovina klientů. Ve dvou zařízeních tvořili klienty pouze lidé s onemocněním demence.

Celkový počet klientů	27	42	50	88	184	184	208	208
Klienti trpící demencí	18	42	16	88	60	85	128	128

Procentuální zastoupení klientů trpících demencí	67%	100%	32%	100%	32,6%	46,2%	61,5%	61,5%
--	-----	------	-----	------	-------	-------	-------	-------

Tabulka 12: Počet klientů v jednotlivých zařízeních

Z výše uvedeného vyplývá, že se hypotéza č. 1: „*Předpokládám, že každé ze zařízení bude mít několik klientů trpících některou z forem demence*“, potvrdila. U více jak poloviny dotazovaných zařízení, byla míra zastoupení klientů trpících některou z forem demence vyšší jak 50 % z celkového počtu klientů. U zbylé části dotazovaných tvořila míra zastoupení 30 % a více, z celkového počtu klientů.

7.2.2 Cíl č. 2

Cílem č. 2 bylo zjistit kolik aktivizačních pracovníků mají konkrétní zařízení.

Tabulka č. 13 ukazuje, jaký je počet zaměstnanců na pozici aktivizačních pracovníků v jednotlivých zařízeních, v porovnání s počtem klientů. Z tabulky je patrné, že u většiny zařízení jsou zaměstnáni 3 a více aktivizačních pracovníků. Avšak u jednoho zařízení, kde je konkrétně 100% zastoupení klientů trpících demencí, není zaměstnán žádný aktivizační pracovník.

Celkový počet klientů	27	42	50	88	184	184	208	208
Klienti trpící demencí	18	42	16	88	60	85	128	128
Počet aktivizačních pracovníků	7	4	4	0	3	3	6	6

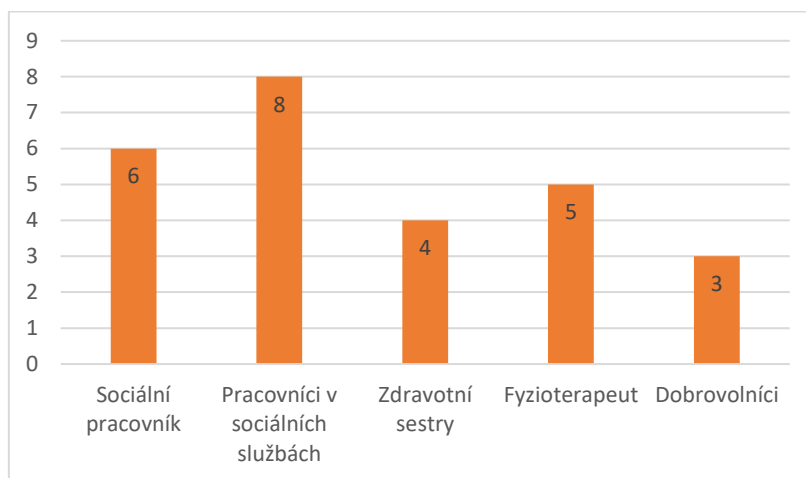
Tabulka 13: Celkový počet aktivizačních pracovníků.

Z výše uvedeného vyplývá, že se hypotéza č. 2: „*Předpokládám, že v každém zařízení bude alespoň jeden aktivizační pracovník*“, z velké části potvrdila. U většiny dotazovaných zařízení byli zaměstnáni alespoň 3 aktivizační pracovníci. U jednoho zařízení nebyl zaměstnán žádný aktivizační pracovník. V tomto zařízení se na vytváření aktivit podílí pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut a dobrovolníci

7.2.3 Cíl č. 3

Cílem č. 3 bylo zjistit, kdo se dále podílí na vytváření aktivizačních metod v konkrétních zařízeních.

Graf č. 1 ukazuje, kdo se dále, kromě aktivizačních pracovníků, podílí na tvorbě jednotlivých aktivizačních metod pro klienty.



Graf 1: Pracovníci podílející se na aktivitách

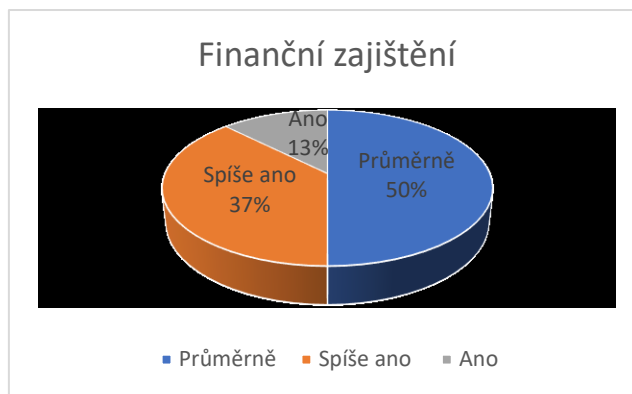
Z grafu č. 1 je vidět, že ve všech dotazovaných zařízeních se na tvorbě aktivizačních metod pro klienty také podílí pracovníci v sociálních službách. Dále se v 75 % z dotazovaných zařízení podílí sociální pracovníci, v polovině dotazovaných zařízení jsou to zdravotní sestry. V 62,5 % dotazovaných zařízení je zaměstnán fyzioterapeut. Nejmenší podíl zastoupení tvořili dobrovolníci. Ti dochází pouze do 3 zařízení.

Z výše uvedeného vyplývá, že se hypotéza č. 3: *“Na vytváření aktivizačních metod se budou, kromě aktivizačních pracovníků, dále podílet pracovníci v sociálních službách, fyzioterapeuti a dobrovolníci.”* potvrdila. Ve všech dotazovaných zařízeních se do aktivit zapojují i ostatní zaměstnanci. Lze potvrdit, že se ve všech případech na vytváření aktivit podílí pracovníci v sociálních službách. V šesti zařízeních je do vytváření aktivit zapojován sociální pracovník a v polovině zařízení i zdravotní sestry. Ve více jak polovině zařízení je dostupný fyzioterapeut. V nejnižší míře se do realizace aktivit zapojují nebo jsou zapojovány samotnými zařízeními dobrovolníci, a to pouze ve 3 zařízeních.

7.2.4 Cíl č. 4

Cílem č. 4 bylo zjistit jaká je finanční zajištěnost jednotlivých zařízení pro poskytování aktivizačních metod a s tím vyplývající jejich vybavenost pro realizaci aktivit.

Otázka nabízela celkem pět možností, „Ano“, „Spíše ano“, „Průměrně“, „Spíše ne“ a „Ne“.



Graf 2: Finanční zajištění jednotlivých zařízení

Graf č. 2 ukazuje, že žádné z oslovených zařízení nemá finanční problémy při realizaci aktivizačních metod. Polovina z oslovených zařízení má průměrný dostatek finančních prostředků. Možnost „*Spíše ano*“ zvolila 37 % a možnost „*Ano*“ volilo 13 % z dotazovaných zařízení.

Všechny zařízení se shodly na tom, že mají dostatečně vybavený prostor a dostatek vhodných pomůcek pro realizaci aktivizačních metod.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že se hypotéza č. 4: „*Předpokládám, že většina zařízení bude mít nedostatek finančních prostředků pro zajištění pomůcek vhodných pro realizaci jednotlivých aktivizačních metod*“, nepotvrdila. Všechny zařízení uvedly, že nemají finanční potíže, a z toho důvodů mají všechny dostatečně vybavený prostor a vhodné pomůcky pro realizaci aktivit. V rámci kinezioterapie se nejčastěji v zařízeních využívají míče, gumy a šátky. V rámci ergoterapie, klienti nejčastěji tvoří pomocí keramické hlíny a v rámci arteterapie pomocí nejrůznějších výtvarných pomůcek jako jsou papíry, barvy nebo korálky. Při reminiscenční terapii, která je podle jednotlivých zařízení jednou z nejprínosnějších se používají fotografie, časopisy, noviny a nejrůznější předměty, které mohou u klientů vyvolat vzpomínky.

8 Diskuze

V této kapitole bude zodpovězena výzkumná otázka a bude obsahovat diskuzi nad výsledky výzkumného šetření.

8.1 Zodpovězení výzkumné otázky

Výzkumná otázka zněla: Jak probíhá aktivizace a jaké jsou překážky pro její poskytování lidem s demencí v pobytových zařízeních v okrese Přerov?

Výzkumná otázka bude nejprve, pro lepší přehlednost, zodpovězena pomocí jednotlivých proměnných.

Co se týče jednotlivých aktivizačních metod, ve všech dotazovaných zařízeních probíhají minimálně tři aktivizační metody a to kinezioterapie, reminiscenční terapie a animoterapie. Nejčastěji je v zařízeních praktikována reminiscenční terapie, a to minimálně jednou týdně. Nejméně pravidelně je praktikována animoterapie, u většiny zařízení je to minimálně jednou za měsíc. Důvodem je to, že do většiny zařízení musí zvířata docházet. Pouze v jednom dotazovaném zařízení jsou zvířata součástí areálu, a terapie tak může probíhat každý den. V polovině dotazovaných zařízení také pravidelně probíhá bazální stimulace. Dále se také často pořádají výlety, koncerty a jiné kulturní akce.

V rámci šetření, byla zjišťována přínosnost jednotlivých aktivizačních metod pro klienty. Většina zařízení (75 %) se shodla, že mezi nejvíce přínosné aktivizační metody patří reminiscenční terapie. Ta se v polovině zařízení praktikuje alespoň jednou týdně. Nejčastěji je praktikována skupinovou i individuální formou, s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta. K této terapii se používají nejrůznější předměty, fotografie či noviny a časopisy. V jenom případě se využívají tzv. „reminiscenční kufříky“ a „vzpomínkové koutky“.

V oblasti překážek, při poskytování aktivizačních metod, se všechna zařízení shodly na tom, že největším problémem je nedostatek aktivizačních pracovníků. U 62,5 % zařízení byl celkový počet aktivizačních pracovníků 4 a více pracovníků v zařízení. Ve 2 případech byli zaměstnání 3 aktivizační pracovníci v jednom zařízení. V jednom zařízení, jehož všichni klienti trpěli některou z forem demence, nebyl zaměstnán žádný aktivizační pracovník.

V rámci finanční zajištěnosti při poskytování aktivit se všechna zařízení shodly, že mají dostatek finančních prostředků. S tímto může souviset i to, že zřizovatelem zařízení je v polovině případů Olomoucký kraj, v druhé polovině se jedná o konkrétní městský či obecní úřad. Zařízení mají tedy možnost čerpat dotační programy, které jsou vyhlášovány konkrétními

úřady, které zřizují jejich zařízení. Všichni z dotazovaných mají také dostatečně vybavený prostor a dostatek vhodných pomůcek pro poskytování aktivizačních metod.

V závěru srovnání lze tedy říci, že se výsledky vlastního šetření do jisté míry shodují s teoretickou částí této práce. Ve většině zařízení (s výjimkou Zařízení F) jsou zaměstnání aktivizační pracovníci. Ve všech případech se na realizaci aktivizačních metod podílí i pracovníci v sociálních službách. V kapitole 4.1. *Aktivizační pracovník* bylo zmíněno, že pozici aktivizačního pracovníka, může podle zákona zastávat právě pracovník v sociálních službách. Co se týče samotného využívání aktivizačních metod v praxi, lze říci, že ve všech dotazovaných probíhají aktivizace pravidelně.

Při porovnání výzkumu s pracemi Motlové (2018), Habancové (2018) a Krškové (2018) na obdobné témata lze říci, že se poskytování aktivizačních metod v jiných pobytových zařízeních z velké části shoduje. Mezi často praktikovanými metodami se často objevují arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, reminiscenční terapie či zooterapie, nejčastěji canisterapie. Ve velké části zařízení se aktivizační metody praktikují každý den, nebo alespoň několikrát týdně. Bylo také zjištěno že často má hlavní úlohu při poskytování aktivit sociální pracovník. Ten často řídí pracovníky, kteří poskytují konkrétní aktivizační metody. Mezi tyto pracovníky patří nejčastěji pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci. Často bývají zapojováni i dobrovolníci.

8.2 4.2 Diskuze nad slabinami výzkumu

Slabiny výzkumu se týkají převážně výzkumného vzorku. Výzkumný vzorek tvoří konkrétní skupina respondentů, a to pobytová zařízení poskytující službu seniorům trpících demencí v okrese Přerov. Jedná se tedy o konkrétní skupinu, výsledek výzkumu nelze tedy vztahovat na širší populaci, např. všechny zařízení v Olomouckém nebo jiném kraji České republiky. Výsledky výzkumu se proto týkají pouze této určité skupiny, a je tedy možné, že při provedení výzkumu v jiném okrese nebo v celém kraji by se výsledky lišily.

Další možnou slabinou výzkumu je také to, že nelze zjistit konkrétní pozice respondentů. I přes to, že byly dotazníky zasílány konkrétně sociálním pracovníkům, mohl je vyplnit kterýkoliv z pověřených pracovníků. Mohlo tedy dojít k tomu, že byl dotazník vyplněn zaměstnancem, který není dostatečně seznámen se všemi aktivizačními metodami, které jsou v jednotlivých zařízeních poskytovány.

Námětem pro další výzkumné šetření by mohl být výzkum s jiným výzkumným vzorkem, např. zařízení z jiného okresu České republiky nebo celého kraje. Dále by mohlo být

vhodné rozdělení výzkumného vzorku, podle poskytované služby na domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, a porovnání, zda se poskytování aktivit v těchto zařízeních liší.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na využití aktivizačních metod při práci s lidmi trpící demencí v pobytových zařízeních v okrese Přerov. Cílem práce bylo popsat aktivizační metody využívané při práci se seniory trpící demencí a zjistit, které jsou v praxi nejvíce využívány a které jsou podle pracovníků nejefektivnější.

Práce obsahovala teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část popisovala stáří a proces stárnutí a s tím spojené onemocnění demence. Zaměřila jsem se konkrétně na příznaky a příčiny vzniku demence a její stádia. Dále jsem se zaměřila na sociální služby určené pro seniory, konkrétně pobytová zařízení. V této kapitole byl popsán domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Hlavní část teoretické práce byla věnována konkrétně aktivizaci seniorů a dále jednotlivým aktivizačním metodám. Cílem mé práce bylo vymezení nejčastěji využívané metody v praxi, a popsat je. V této kapitole jsem se zaměřila konkrétně na kinezioterapii, arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii, animoterapie a reminiscenční terapii. Tyto konkrétní metody byly dále využity i v samotném výzkumu.

Výzkumná část nejprve vymežila hlavní cíl a výzkumnou otázku. Byly stanoveny konkrétní dílčí cíle, vymezeny hypotézy, dále popsána metoda výzkumu a technika sběru dat pomocí dotazníkového šetření, charakteristika a výběr výzkumného vzorku. Výsledky jednotlivých respondentů byly prezentovány pomocí tabulek a slovního popisu. Výsledky dílčích cílů a vymezených hypotéz byly prezentovány pomocí grafů, tabulek a slovního popisu, byly také doplněny o vyhodnocení naplnění jednotlivých hypotéz. V rámci poslední kapitoly byla zodpovězena výzkumná otázka, a byly zde popsány slabiny výzkumu a podmínky pro další bádání v této oblasti.

Výzkumný vzorek tvořily pobytové zařízení pro seniory lidí trpící demencí v okrese Přerov. Realizace výzkumu probíhala v březnu 2020 a byly osloveny všechna pobytová zařízení pro seniory trpící demencí v okrese Přerov. Zařízení obdržely dotazník online, prostřednictvím formuláře Google. Dohromady výzkumný vzorek tvořilo 8 respondentů. Dotazníkové šetření se zaměřovalo na oblasti: forma a zřizovatel zařízení, počet klientů a aktivizačních pracovníků v zařízení, bylo zjišťováno využívání jednotlivých aktivizačních metod, jejich forma, přínosnost a počet klientů, kteří ji pravidelně navštěvují, dále byla také zkoumána finanční stránka jednotlivých zařízení, a to konkrétně při realizaci jednotlivých aktivizačních metod. Bylo také zjišťováno, kdo se dále podílí na realizaci aktivizačních metod a která metoda je mezi klienty nejoblíbenější. Také se zde zkoumalo zajištění vhodných prostorů a pomůcek pro realizaci jednotlivých aktivizačních metod.

Dotazníkové šetření ukázalo, že aktivizační metody v těchto zařízeních jsou již nedílnou součástí poskytované služby. Všechny zařízení se shodla na využívání třech aktivizačních metod, a to konkrétně kinezioterapie, reminiscenční terapie a animoterapie. Ve většině zařízení se také využívá ergoterapie. Méně se pak využívá arteterapie (62,5 %) a muzikoterapie (37,5 %). Zařízení také uváděly další aktivizační metody, nejčastěji se jednalo o bazální stimulaci a biografickou péči.

Mezi nejoblíbenější aktivizační metody mezi klienty patří v polovině dotazovaných zařízeních animoterapie, dále také arteterapie, kinezioterapie a biografická péče. Z pohledu pracovníků, je nejpřínosnější aktivizační metodou reminiscenční terapie, která se provádí ve všech dotazovaných zařízeních.

Překvapivým zjištěním bylo, že žádné zařízení nemá finanční problémy při poskytování aktivizačních metod. Všechny zařízení také uvedly, že mají dostatečně vybavený prostor a dostatek vhodných pomůcek pro poskytování aktivizačních metod.

Jako největší problém při poskytování aktivizačních metod uvedla všechna zařízení shodně nedostatek aktivizačních pracovníků. Přitom ve všech zařízeních, s výjimkou jednoho, byly zaměstnání tři a více aktivizačních pracovníků. Do realizace aktivizace jsou nejčastěji, kromě aktivizačních pracovníků, zapojovány např. také pracovníci v sociálních službách nebo sociální pracovníci.

Slabiny výzkumu se týkaly především výzkumného vzorku, který tvořila konkrétní skupina respondentů z konkrétního okresu České republiky, výsledek výzkumu nelze tedy vztahovat na všechna pobytová zařízení pro seniory trpící demencí v České republice. Dále také v dotazníkovém šetření nebylo zjišťováno pracovní postavení jednotlivých respondentů.

Téma bakalářské práce je v současné době velice důležité a žádoucí. Byla bych velice ráda, kdyby tato práce pomohla k vylepšení a zvýšení nabídky aktivizačních činností v domovech. Ocenila bych, kdyby práce byla přínosná i pro pečující kteří tak mohou získat inspiraci pro práce s jejich blízkými, které postihla právě některá z forem demence. Tyto činnosti jsou pro seniory s demencí velmi důležité. Senioři potřebují posilovat zachované schopnosti, cítit se potřební a mít sociální kontakt. To vše jim zajišťují aktivizační činnosti a oni tak mohou dožít svůj život smysluplně až do jeho konce.

Bibliografický seznam

American Occupational Therapy Association: About Occupational Therapy [Online] Dostupné 28. 4. 2020 z <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy.aspx>.

BUIJSSEN, Huub. 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X

Česká arteterapeutická asociace: Arteterapie [Online] Dostupné 27. 1 2020 z <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>.

Česká asociace ergoterapeutů? Co je ergoterapie? [Online] Dostupné 28.4.2020 z <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.

ČEVELA R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ L. 2012. *Sociální gerontologie; úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4

HABANCOVÁ, Kristýna. 2018. *Aktivizační činnosti u seniorů s Alzheimerovou demencí*. Hradec Králové (bakalářská práce). Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky a logopedie

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9

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

HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ, J. SUCHÁ a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0177-4

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

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. 2009. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ a P. SUCHARDA. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KRŠKOVÁ, Tereza. 2018. *Aktivizační programy pro seniory a spokojenost klientů v domovech pro seniory na Písecku*. Hradec Králové (diplomová práce) Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9

LIEBMANN, Marian. 2010. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-729-9.

- MOTLOVÁ, Lenka. 2018. *Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory*. České Budějovice (disertační práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- MÜLLER, Oldřich. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
- PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha, Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6
- SUCHÁ, J., I. JINDROVÁ a B. HÁTLOVÁ. 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. 2008. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-408-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie a Youcef HADJ MOUSSA. 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš. 2007, *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.
- Zákon č. 108 ze dne 13. června 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné také z [www: < https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006 >](http://www.pppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006). ISSN 1211-1244.
- ZEMAN, Marek. 2016. *Obecné základy kinezioterapie*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-584-8.
- ZGOLA, Jitka M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9.

Seznam grafů

Graf 1: Pracovníci podílející se na aktivitách	37
Graf 2: Finanční zajištění jednotlivých zařízení.....	38

Seznam tabulek

Tabulka 1: Forma zařízení.....	28
Tabulka 2: Poskytované aktivizační metody v dotazovaných zařízeních	28
Tabulka 3: Zřizovatel jednotlivých zařízení.....	29
Tabulka 4: Výsledky Zařízení A	29
Tabulka 5: Výsledky zařízení B	30
Tabulka 6: Výsledky zařízení C	31
Tabulka 7: Výsledky zařízení D.....	32
Tabulka 8: Výsledky zařízení E	32
Tabulka 9: Výsledky zařízení F	33
Tabulka 10: Výsledky zařízení G.....	34
Tabulka 11: Výsledky zařízení H.....	35
Tabulka 12: Počet klientů v jednotlivých zařízeních	36
Tabulka 13: Celkový počet aktivizačních pracovníků.	36

Příloha: Dotazník pro zařízení

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Sivcová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Charitativní a sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. V současné době píši svou bakalářskou práci na téma využití aktivizačních metod při práci se seniory trpící demencí v pobytových zařízeních v okrese Přerov.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který poslouží ke zpracování praktické části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a poslouží výhradně k tvorbě mé práce.

Předem velice děkuji za Vaši ochotu a čas.

A – obecné informace

1. Jakou formu má zařízení, ve kterém pracujete?
 - domov pro seniory
 - domov se zvláštním režimem
2. Jaký je celkový počet uživatelů ve Vašem zařízení?
 -
3. Kolik klientů ve Vašem zařízení trpí demencí?
 -
4. Jaký je celkový počet aktivizačních pracovníků ve Vašem zařízení?
 -
5. Kdo je zřizovatelem Vašeho zařízení?
 - kraj
 - obecní/městský úřad
 - církevní a náboženská společnost
 - nestátní nezisková organizace
 - jiná možnost

B – aktivizace

6. Probíhá ve Vašem zařízení kinezioterapie (pohybové aktivity)
 - ano
 - ne
7. Pokud ano, jak často mohou klienti tuto aktivitu využívat?
 - každý den

- alespoň 3krát týdně
 - alespoň jednou týdně
 - alespoň jednou za čtrnáct dní
 - alespoň jednou za měsíc
8. Jakou formou aktivita probíhá?
- individuální
 - skupinová
 - individuální i skupinová
9. Využíváte pro aktivitu některé z pomůcek? Pokud ano, které?
-
10. Jak je podle Vás tato aktivita přínosná pro klient?
- velmi přínosná
 - přínosná
 - průměrně přínosná
 - spíše nepřínosná
 - zcela nepřínosná
11. Probíhá ve Vašem zařízení pet-terapie/zooterapie?
- ano
 - ne
12. Pokud ano, jak často mohou klienti tuto aktivitu využívat?
- každý den
 - alespoň 3krát týdně
 - alespoň jednou týdně
 - alespoň jednou za čtrnáct dní
 - alespoň jednou za měsíc
13. Jakou formou aktivita probíhá?
- individuální
 - skupinová
 - individuální i skupinová
14. Jakým způsobem je aktivita realizována?
- zvířata dochází do zařízení
 - zvířata jsou součástí zařízení
 - obě z předchozích možností
15. Jaká zvířata k aktivitě využíváte?

- psy – canisterapie
- kočky – felinoterapie
- malá zvířata – králík, morče, ostatní hlodavci
- ptáci – ornitoterapie
- hospodářská zvířata – farmingterapie
- jiné zvířata -

16. Jak je podle Vás tato aktivita přínosná pro klient?

- velmi přínosná
- přínosná
- průměrně přínosná
- spíše nepřínosná
- zcela nepřínosná

17. Probíhá ve Vašem zařízení ergoterapie?

- ano
- ne

18. Pokud ano, jak často mohou klienti tuto aktivitu využívat?

- každý den
- alespoň 3krát týdně
- alespoň jednou týdně
- alespoň jednou za čtrnáct dní
- alespoň jednou za měsíc

19. Jakou formou aktivita probíhá?

- individuální
- skupinová
- individuální i skupinová

20. Využíváte pro aktivitu některé z pomůcek? Pokud ano, které?

-

21. Jak je podle Vás tato aktivita přínosná pro klient?

- velmi přínosná
- přínosná
- průměrně přínosná
- spíše nepřínosná
- zcela nepřínosná

22. Probíhá ve Vašem zařízení arteterapie?

- ano
 - ne
23. Pokud ano, jak často mohou klienti tuto aktivitu využívat?
- každý den
 - alespoň 3krát týdně
 - alespoň jednou týdně
 - alespoň jednou za čtrnáct dní
 - alespoň jednou za měsíc
24. Jakou formou aktivita probíhá?
- individuální
 - skupinová
 - individuální i skupinová
25. Využíváte pro aktivitu některé z pomůcek? Pokud ano, které?
-
26. Jak je podle Vás tato aktivita přínosná pro klient?
- velmi přínosná
 - přínosná
 - průměrně přínosná
 - spíše nepřínosná
 - zcela nepřínosná
27. Probíhá ve Vašem zařízení reminiscenční terapie?
- ano
 - ne
28. Pokud ano, jak často mohou klienti tuto aktivitu využívat?
- každý den
 - alespoň 3krát týdně
 - alespoň jednou týdně
 - alespoň jednou za čtrnáct dní
 - alespoň jednou za měsíc
29. Jakou formou aktivita probíhá?
- individuální
 - skupinová
 - individuální i skupinová
30. Využíváte pro aktivitu některé z pomůcek? Pokud ano, které?

-
31. Jak je podle Vás tato aktivita přínosná pro klient?
- velmi přínosná
 - přínosná
 - průměrně přínosná
 - spíše nepřínosná
 - zcela nepřínosná
32. Probíhá ve Vašem zařízení muzikoterapie?
- ano
 - ne
33. Pokud ano, jak často mohou klienti tuto aktivitu využívat?
- každý den
 - alespoň 3krát týdně
 - alespoň jednou týdně
 - alespoň jednou za čtrnáct dní
 - alespoň jednou za měsíc
34. Jakou formou aktivita probíhá?
- individuální
 - skupinová
 - individuální i skupinová
35. Využíváte pro aktivitu některé z pomůcek? Pokud ano, které?
-
36. Jak je podle Vás tato aktivita přínosná pro klient?
- velmi přínosná
 - přínosná
 - průměrně přínosná
 - spíše nepřínosná
 - zcela nepřínosná
37. Poskytujete ve Vašem zařízení jiné aktivity, které nejsou výše zmíněné?
- ne
 - ano -
38. Má Vaše zařízení dostatečně vybavený prostor pro realizaci aktivit?
- ano
 - ne

39. Má Vaše zařízení dostatečné množství vhodných pomůcek pro realizaci aktivit?
- ano
 - ne
40. Kdo je dále zapojován do realizace aktivit?
- sociální pracovník
 - pracovníci v sociálních službách
 - zdravotní sestry
 - fyzioterapeut
 - ergoterapeut nebo arteterapeut
 - speciální pedagog
 - psycholog/psychiatr
 - dobrovolníci
 - jiná možnost -
41. Která z aktivit je mezi klienty nejvíce oblíbená?
- kinezioterapie
 - pet-terapie
 - ergoterapie
 - arteterapie
 - reminiscenční terapie
 - muzikoterapie
 - jiná možnost -
42. Máte dostatek finančních prostředků na poskytování aktivizace ve Vašem zařízení?
- ano
 - spíše ano
 - průměrně
 - spíše ne
 - ne
43. S jakými problémy se setkáváte při realizaci aktivit?
- finanční problémy
 - časové problémy
 - nedostatek pracovníků pro realizaci aktivit
 - nedostatečné vzdělání v oblasti týkající se aktivizace
 - jiné -.....