

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Anežka Troppová

*Individuální aktivizace imobilních klientů  
v pobytových zařízeních pro seniory*

Bakalářská práce

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

**2017**

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

V Olomouci dne

---

Anežka Troppová

**Poděkování:**

Poděkování na tomto místě patří především vedoucí Mgr. Pavlíně Jurníčkové, Ph.D., ale také těm, kdo mě při studiu podporovali.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>4</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY</b> .....	<b>7</b>
1.1 VYBRANÁ POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY NA OLOMOUCKU .....	8
<b>2 IMOBILNÍ KLIENT</b> .....	<b>12</b>
2.1 IMOBILNÍ KLIENT .....	12
2.2 POTŘEBY KLIENTŮ .....	12
<b>3 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI</b> .....	<b>15</b>
3.1 TYPY ČINNOSTÍ .....	16
3.1.1 <i>Reminiscence</i> .....	16
3.1.2 <i>Kognitivní trénink</i> .....	18
3.1.3 <i>Ergoterapie</i> .....	19
3.1.4 <i>Muzikoterapie</i> .....	19
3.1.5 <i>Smyslová aktivizace</i> .....	21
3.1.6 <i>Zooterapie</i> .....	22
3.2 INDIVIDUÁLNÍ AKTIVIZACE .....	24
<b>4 VÝZKUMNÝ CÍL, DÍLČÍ CÍLE, HYPOTÉZY A JEJICH OPERACIONALIZACE</b> .....	<b>26</b>
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>28</b>
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	28
5.2 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	28
5.3 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT .....	29
<b>6 ANALÝZA DAT</b> .....	<b>30</b>
6.1 Dílčí cíl č. 1 .....	30
6.2 Dílčí cíl č. 2 .....	31
6.3 Dílčí cíl č. 3 .....	35
6.4 DESKRIPTIVNÍ OTÁZKY .....	36
6.5 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE .....	38
ZHODNOCENÍ ŠETŘENÍ .....	41
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>42</b>
<b>7 SEZNAM LITERATURY</b> .....	<b>43</b>
ZAHRANIČNÍ ZDROJE .....	44
INTERNETOVÉ ZDROJE .....	44

ODBORNÁ PERIODIKA .....	45
<b>8 PŘÍLOHY.....</b>	<b>47</b>

## Úvod

Téma individuálních aktivizačních programů vnímám vzhledem k významným demografickým změnám ve společnosti jako velmi důležité. Výsledek této práce může pomoci pracovníkům pobytových zařízení pro seniory, kteří v současné době hledají řešení této problematiky.

Cílem této práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit, jakým způsobem a jak často jsou podle pracovníků zařízení individuálně aktivizováni imobilní klienti v pobytových zařízeních pro seniory ve vybraných zařízeních v Olomouckém kraji, se zaměřením na personální zdroje při poskytování individuálních aktivizačních činností, jejich formy a časové rozložení.

V teoretické části se věnuji pobytovým zařízením. Blíže představuji konkrétní zařízení, ve kterých byl výzkum realizován, jejich personální zdroje a základní informace. V těchto zařízeních žijí také imobilní klienti, kterým je věnována další kapitola, ve které definuji syndrom imobility a potřeby imobilního klienta, ke kterým řadíme také aktivizační činnosti. Ty jsou představeny v další kapitole spolu s konkrétními metodami aktivizačních činností, jako například kognitivní trénink, ergoterapie, smyslová terapie a konkrétní příklady zooterapie.

V praktické části vymezuji dílčí cíle, jejich hypotézy a operacionalizace, vztahující se k cíli práce. Dále vymezuji organizaci a průběh výzkumného šetření a především rozbor interpretací získaných dat. V dotazníku se zaměřuji na tři důležité body, a to personální zdroje při zajišťování individuální aktivizace, dále na délku a četnost aktivizace a na závěr na nejčastěji používané techniky při práci s imobilními seniory. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány a zobrazeny v grafech. Analýza dat je zakončena diskuzí.

Svoji dlouhodobou praxi v rámci studia jsem strávila v Domě pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici, kde je problematika individuální aktivizace imobilních klientů diskutovaným tématem. Vedlo mě to k zamyšlení, kdo z pracovníků by měl tuto činnost provádět a jak to funguje v ostatních zařízeních, zda se také potýkají s personální otázkou či je pro ně individuální aktivizace na denním pořádku.

## 1 Pobytová zařízení pro seniory

V této kapitole se věnuji pobytovým zařízením pro seniory. Zaměřím se na jejich existenci z hlediska zákona o sociálních službách, a co nastává, když klient do zařízení nastoupí. Část je věnována také personální otázce, která je důležitá pro realizovaný výzkum.

Pobytová zařízení slouží těm seniorům, kteří již nadále nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí ani s pomocí terénních či ambulantních služeb a péče rodinných příslušníků je nedostatečná nebo úplně chybí. Mezi pobytová zařízení pro seniory můžeme zařadit především domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, domovy se zvláštním režimem a zdravotnická zařízení lůžkové péče. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 81)

Pro svůj výzkum jsem si vybrala domovy pro seniory. Dle zákona o sociálních službách poskytují sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytují ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí. (Zák. č. 108/2006 Sb.)

Vzhledem k demografickým změnám, které nastávají, by mělo být cílem naší společnosti, aby se zvyšovala dostupnost pobytových zařízení pro seniory, kteří již nebudou schopni se o sebe postarat. Zároveň by mělo být cílem zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb a zrovnoprávnění veřejných a neveřejných poskytovatelů sociálních služeb. (HANZOVÁ, 2012, s. 14-15) Mezi poskytovatele sociálních služeb řadíme subjekty zřizované obcí a krajem, nestátní neziskové organizace, fyzické osoby a v několika případech také Ministerstvo práce a sociálních věcí. Z neziskových organizací poskytují sociální služby především obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení a církve. (MALÍKOVÁ, 2011, s. 58-9)

Přechod seniora do zařízení sociálních služeb je velmi náročný a je provázen určitými adaptačními reakcemi. Adaptace se skládá z několika fází: v první fázi se člověk seznamuje s novým prostředím, poznává své spoluobyvatele, ale hlavně zaměstnance. Důležité je zde poznat chod zařízení, poznat lidi z nejbližšího okolí a mít šanci vybudovat si své soukromí. Ve druhé fázi přichází navazování kontaktů, nových

vztahů. Ve třetí fázi se člověk začleňuje do chodu zařízení a přitom často slábnou vazby na venkovní svět, což může být pro starého člověka směr k sociální izolaci. Poslední, čtvrtá fáze, je kompletní přizpůsobení, kdy se obyvatelé plně vyrovnávají s životem v domově a sami mohou pomáhat v adaptaci dalším nověpříchozím. U adaptace nemusí vždy nastat čtvrtá fáze a celkový proces může u každého člověka trvat různě dlouhou dobu. (HLAVÁČOVÁ, 2003, s. 157)

Personální zajištění v pobytových službách vychází z poměru 1:1,6 v počtu pracovníků na uživatele. Do tohoto počtu jsou ale započítáni i pracovníci, kteří se nepodílejí na péči o klienty (pracovníci údržby, administrativní pracovníci, aj.) V našich zařízeních tak pracovníci pečují o 3-15 klientů. Takto vysoký počet neumožňuje pracovníkům, aby vykonávali dostatečně kvalitně svoji práci. Zároveň pracovníci musí pro výkon své profese mít dostatečné vzdělání, které definuje zákon o sociálních službách, a také cyklus celoživotního vzdělávání při účasti na akreditovaných vzdělávacích akcích. Aby klientům byla zaručena ochrana a dodržování jejich práv, jsou zavedeny standardy kvality sociálních služeb a individuální plánování. Tím pádem se klient podílí na tvorbě poskytování sociální služby. Péče nemá směřovat k vykonávání činností za klienta, ale k podpoře a udržování soběstačnosti. (MALÍKOVÁ, 2011, s. 32-3)

### 1.1 Vybraná pobytová zařízení pro seniory na Olomoucku

Pro účely svého výzkumu jsem si vybrala 3 domovy pro seniory, které se nachází v Olomouckém kraji. Každé ze zařízení má jinou kapacitu a jiného zřizovatele.

Prvním zařízením je **Domov seniorů POHODA Chválkovice, p.o.**<sup>1</sup>, jehož zřizovatelem je Krajský úřad Olomouckého kraje. Kapacita domova je 314 klientů, kterým jsou nabízeny jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. Celkově je zařízení rozděleno na 13 oddělení. Dvanáct oddělení je ošetrovatelských a jsou určena pro uživatele s vyšší potřebou zdravotní péče. Součástí zdravotní péče je ordinace obvodní lékařky, neuroložky, psychiatra a dermatologa. K rozvoji mobility přispívají také fyzioterapeutky a pracovníce v sociálních službách. V domově pro seniory jsou poskytovány komplexní pečovatelské a ošetrovatelské služby, tj. podávání léků, ošetřování, rehabilitace, aktivizace, příprava a podávání celodenní stravy, ubytovací služby, praní prádla, pomoc s osobními úkony, pořádání kulturních a společenských

---

<sup>1</sup> Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o. Dostupné z: <http://www.ddol.cz/domov-pro-seniory>. [posl. akt. neuvedeno] [cit. 2. 2. 2017]



akcia další. Cílem poskytované služby je podpořit soběstačnost uživatele, který z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu není schopen se sám o sebe postarat bez pomoci jiné osoby, a v jeho okolí není nikdo, kdo by mu potřebnou péči zabezpečil. Dále zajistit podmínky pro důstojný a aktivní život a umožnit uživateli zachování samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší míře dle jeho schopností. Mezi zásady, kterými se řídí poskytování služby, patří budovat nebo alespoň co nejdéle udržet nezávislost uživatele služeb, zároveň podporovat začlenění a integraci uživatele. Musí být respektovány individuální potřeby uživatele. Zařízení se snaží pracovat společně, udržovat partnerství a to rovné partnerství bez diskriminace.

Název domova vychází z jejího poslání –

**Podporovat samostatnost uživatele dle možností**

**Ošetřovat nemocné uživatele**

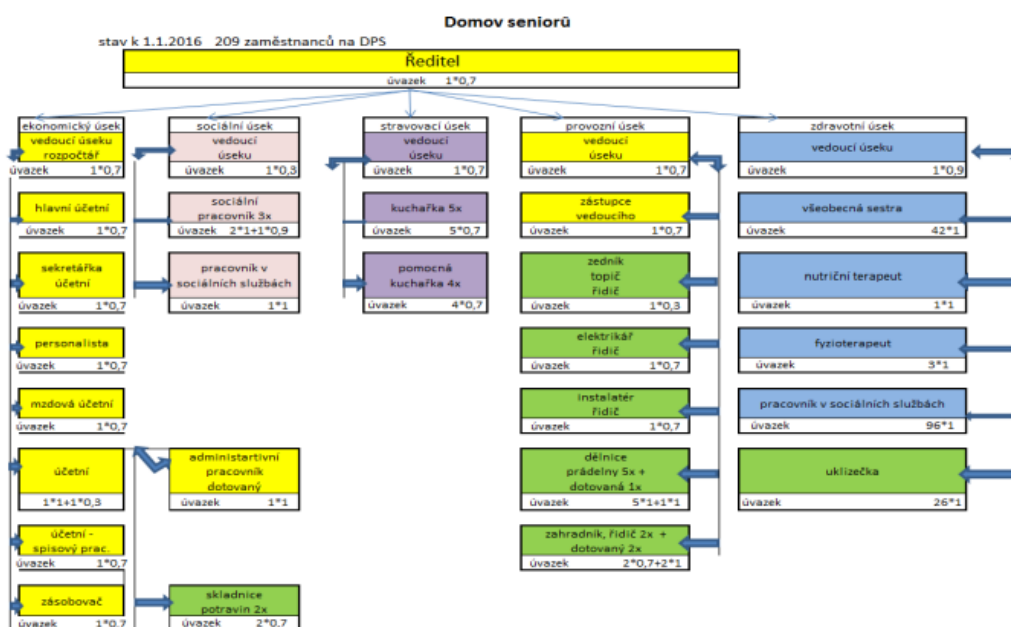
**Humanizovat péči**

**Odbornost zaměstnanců**

**Dostupnost žadatelům služby**

**Aktivizovat uživatele**

Jak z organizační struktury vyplývá, v domově pro seniory jsou 3 sociální pracovníci, 97 pracovníků v sociálních službách a 43 zdravotních sester.



obr. 1 – organizační struktura Domova seniorů POHODA Chválkovice

Dalším zařízením je **Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice**.<sup>2</sup> Jeho zřizovatelem je město Velká Bystřice. Domov má kapacitu 41 klientů, kteří obývají jednolůžkové pokoje a dvoupokojové byty, a je určen především pro obyvatele Velké Bystřice, případně pro občany mikroregionu Bystřička, kteří vzhledem ke snížené soběstačnosti v základních životních dovednostech již nemohou objektivně setrvat ve svém přirozeném prostředí. Dům pokojného stáří umožňuje seniorům žít v novém prostředí způsobem, který jim vyhovuje, co možná nejvíce odpovídá životu v původním přirozeném prostředí, ale neomezuje svobodu a potřeby ostatních uživatelů. Cílem poskytované služby je žít důstojně, a dle zdravotní situace a přání, přiměřeně aktivní život, snaží se o udržení nebo podporu přirozených sociálních vazeb, naplnění osobních cílů stanovených v individuálních plánech klientů a kompenzace důsledků nepříznivé životní situace a zdravotního stavu. Dům pokojného stáří sv. Anny zabezpečuje klientům komplexní zajištění základních potřeb s důrazem na respektování soukromí a individualitu klienta. Prostřednictvím léčebně preventivní péče včetně rehabilitace, poradenství, psychosociálních a dalších služeb vytváří podmínky pro plnohodnotný život, srovnatelný se způsobem života vrstevníků v běžném sociálním prostředí, zároveň zajišťuje udržování vztahů uživatelů s vlastními rodinami a dalšími blízkými osobami, podporuje je v navazování mezilidských vztahů, v prožívání samostatného života. Především také vytváří podmínky pro aktivní prožívání volného času formou účasti na rekreačních akcích a zapojováním se do zájmových aktivit DPS, poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, zprostředkovává styk s okolním společenským prostředím, poskytuje sociálně terapeutické činnosti a pomoc při hájení práv, oprávněných zájmů a při obstarávání běžných záležitostí. Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti zahrnují:

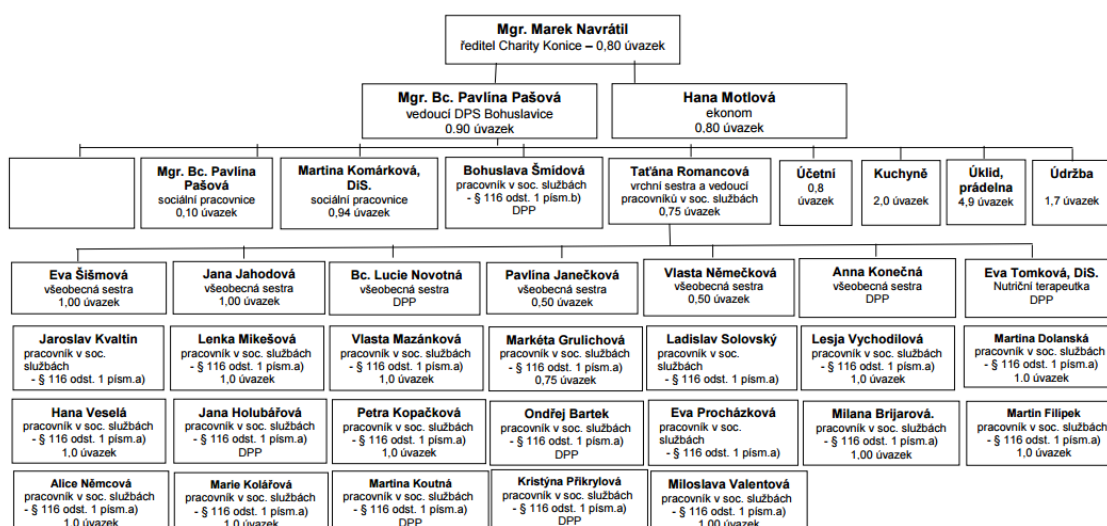
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností,
- nácvik soběstačnosti, sebeobslužnosti a udržování těchto schopností,
- volnočasové a zájmové aktivity (kultura, společenské akce),
- skupinové cvičení.

V domově je 1 sociální pracovnice, 6 pracovníků v sociálních službách a 5 zdravotních sester.

---

<sup>2</sup> Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice. Dostupné z: <http://svanna.velkabystrice.cz/> [posl. akt. nevedeno][cit. 2. 2. 2017]

Posledním zařízením je **Dům pokojného stáří Bohuslavice**.<sup>3</sup> Zřizovatelem domova je Charita Konice. Jeho kapacita je 47 uživatelů, kteří obývají jednolůžkové a dvojlůžkové pokoje. Dům pokojného stáří poskytuje bydlení lidem, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku. Zajišťuje potřebnou pomoc dle individuálních přání a požadavků každého z klientů v důstojném prostředí. V průběhu poskytování služby klade důraz na aktivní prožití života ve stáří i v nemoci, s možnou oporou v tradičních křesťanských hodnotách. K zásadám poskytované služby patří pružně reagovatna změny, které nastanou, dbát na důstojnost lidské osoby, akceptovat její soukromí a intimitu, respektovat potřeby a projevy vůle klienta a spolupracovat v týmu. Mezi cíle zařízení patří umožnit obnovení původních sil nebo alespoň zachování stávajících sil uživatele, zajistit dle potřeb uživatele službu až prvky hospicové péče, zachovávat a podporovat sociální vazby s rodinou a blízkými, podporovat zachování stávajících schopností uživatelů pomocí různých aktivizačních činností a s možností duchovní podpory, zprostředkovat aktivní kontakt se společenským prostředím dle zdravotních možností uživatelů, zajistit možnost setkánís druhými lidmi a zajistit pravidelnou pomoc dle míry soběstačnosti klienta. V rámci aktivizace jsou uživatelům nabízeny různé aktivity, např. muzikoterapie, canisterapie, cvičení, přednášky, společné aktivity mimo domov, jako např. výlety, poutě, posezení v hospůdce apod. V domově pracuje jedna sociální pracovnice, jedna aktivizační pracovnice a 20 pracovníků v sociálních službách.



obr. 2 – organizační struktura Domu pokojného stáří Bohuslavice

<sup>3</sup> Dům pokojného stáří Bohuslavice. Dostupné z: <http://www.konice.charita.cz/nabizime-sluzby-a-pomoc/dum-pokojneho-stari-v-bohuslavicich/> [posl.akt. neuvvedeno] [cit. 2. 2.2017]

## 2 Imobilní klient

V této kapitole se budu věnovat imobilním klientům, kteří bývají ve velké míře klienty domovů pro seniory, protože péče o ně je velmi náročná a rodina často již nemá potřebnou sílu a dovednosti. Zároveň také představím potřeby těchto lidí.

### 2.1 Imobilní klient

Imobilita je stav, kdy dochází v důsledku nemoci, postižení a úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových dovedností. Imobilitu lze rozlišovat na dočasnou, dlouhodobou a trvalou. Sekundární změny v důsledku imobility život neohrožují, ale způsobují trvalé následky v oblasti pohybového aparátu a psychiky, které zhoršují funkční stav imobilní osoby, zvyšují stupeň závislosti a snižují kvalitu života jedince s postižením i jeho rodiny. (OPATRÍLOVÁ et. al., n.d.)

	Příčina		Následky
Pohybový systém	dlouhodobé flekční uložení končetin	zkrácení svalů, kontraktury	Nepříznivé postavení kloubu, deformity, omezená hybnost
	dlouhodobé přetažení svalů, tlak na břiška svalů	rychlý nástup hypotrofie až atrofie	výrazné oslabení svalové síly až funkce, často definitivní
	dlouhodobá nehybnost	endokrinní a metabolické změny	osteoporóza, lomivost kostí
Psychika	nedostatek podnětů a sociálních kontaktů, strach, úzkost	změny chování (negativismus, regrese, agresivita, rezignace)	změna osobnosti, rozvoj urychlení aterosklerózy, demence

tab. 1 – Příklady sekundárních změn z imobility

Imobilitou ztrácí člověk tělesnou identitu, koordinaci, rovnováhu, přestává vnímat obrysy vlastního těla, bývá více či méně nejen prostorově, ale i mnohdy časově dezorientován. Tím, že imobilní člověk ztrácí informace o veškerém dění kolem sebe, trpí poruchami chování, často i poruchou komunikace s okolím.

(POLICHRONOVOVÁ , 2004, s. 57-58)

### 2.2 Potřeby klientů

Potřeby člověka, který již není plně soběstačný v péči, se v zásadě nijak zvlášť neliší od potřeb lidí, kteří tuto péči nepotřebují. Jednotlivé potřeby však nabývají na významu, vstupují do popředí a chtějí být uspokojeny. Ať už v aktivizaci nebo v péči, měla by se každá profesní skupina zaměřit na hledání potřeby člověka vyžadujícího péči. (WEHNER et. al., 2009, s. 19)

Pokud se člověk stane imobilní a nesoběstačný, nemůže nadále uspokojovat své potřeby a je odkázán na pomoc svého okolí. Tedy předevšímna rodinu a v případě jejich nedostatečnosti na sociální služby. Uspokojování lidských potřeb výrazně ovlivňuje kvalitu života. Lidské potřeby jsou projevem určitého nedostatku, kdy našemu tělu něco chybí. Má-li jedinec nějakou potřebu, usiluje o její naplnění. Při dlouhodobém neuspokojování zejména psychické potřeby vzniká závažnější forma frustrace – deprivace. Deprivací mohou trpět i jedinci, kteří jsou dlouhodobě upoutaní na lůžko (TRACHTOVÁ, 2008, s. 10)

Tothová (2000) připomíná, že lidské potřeby se v průběhu života mění z hlediska kvantity i kvality. Když je člověk zdravý, dokáže své základní potřeby uspokojit vlastními silami. Pokud člověk onemocní, rychle se mění i jeho potřeby, potřebuje také podporu okolí. Nemocnému člověku jeho nemoc brání v uspokojování potřeb.

U seniorů nad 75 let dochází k změnám v hodnotové orientaci potřeb. Důležitá je potřeba autonomie, sám rozhodovat o způsobu svého života. Potřeba seberealizace, schopnost zapojit se do různých aktivit a mít pocit smysluplného života, pocit, že patří do rodinného kruhu (STAŇKOVÁ, 2005, s. 126)

Jak píše Doušová (dle NEČASOVÁ, 2004, s. 39-54), pokud je senior autonomní a závislý, může o sobě bez problémů rozhodovat, ale k uskutečnění svého rozhodnutí potřebuje něčí pomoc. Heteronomní a závislý klient nebývá často schopen se rozhodovat a zároveň potřebuje asistenci při uspokojování potřeb. V domově pro seniory se setkáváme s problémem, že klienti bývají považováni za heteronomní i v případě, že jsou stále autonomní. Čím více je člověk na někom závislý, tím větší pocit bezmoci může prožívat a tím spíše se může cítit málo důstojně. „Úkolem pracovníků je směřovat k podpoře a rozvoji schopností klienta, k aktivizaci prostředků, které umožní zachovat a rozvíjet jeho autonomii“ (NEČASOVÁ, 2004, s. 39-54) Bezmocnost klienta však někdy svádí pracovníka k tomu, aby spolu s pomocí na sebe převzal i práva a svobody seniora, a tak ho zcela oslabil. Neměli bychom zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a fyzického i psychického bezpečí, touží po důvěře. Zároveň ale neustále mít na mysli, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli klienta rozhodovat o sobě a svém životě. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 39)

Z výzkumů, které se zabývají prioritami starých lidí, vychází, že nejdůležitější jsou pro seniory dobré vztahy, setkávání se s druhými lidmi. Potřeby z dětství – pozornost, láska,

příjemné prostředí – provází člověka celý jeho život. Ani imobilní klienti by neměli být vyčleňováni z udržování vztahů se svými blízkými. (HLAVAČKOVÁ , 2016, s. 30)

S vymezením potřeb u seniorů je dobré zmínit koncept sociálního fungování. Tento pojem do sociální práce zavedla Bartlettová. Ve své knize *The common base of social work practice* (1970) vysvětluje pojem sociálního fungování jako interakci mezi lidmi a požadavky prostředí. Jde o proces, kdy na jedné straně je schopnost člověka zvládat (problém), na druhé straně očekávání prostředí. Požadavky prostředí a schopnost zvládat tato očekávání bývají obvykle v rovnováze. Když se ale tato rovnováha v důsledku nepřiměřených nároků k dovednostem člověka naruší, dochází k tomu, že tato situace začíná být problematická. Obecným cílem intervence sociálního pracovníka je pak podpora sociálního fungování klienta „tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi nároky, které na něj má společnost a jeho dovednostem.“Pokud je tedy senior soběstačný ve zvládnutí svého sociálního fungování a společenských rolí, měl by docílit i naplnění svých potřeb. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 38)

### 3 Aktivizační činnosti

Slovo aktivizace je odvozena od slova aktivovat, tedy uvést do činnosti, do pohybu, pomoci k vyšší účinnosti. (WEHNER et. al., 2013, s. 11) Z fyziologického pohledu je tedy aktivizací jakákoli situace, ve které je mozek nucen zpracovávat buď nové podněty, nebo s těmi známými zacházet jiným způsobem. Výzkumy dokazují, že mozek, který pracuje pouze ve stále stejných schématech a nerozvíjí se, je například mnohem více ohrožen demencí. Z psychologického hlediska je potom s pojmem aktivizace spojena lidská potřeba vnímat, poznávat a ovládat sebe a své okolí. (MEDLÍKOVÁ, 2011) [online]

V prvé řadě bychom se měli zamyslet nad tím, proč je vlastně dobré klienty aktivizovat a jakým způsobem se jim věnovat. „Aktivity posilují lidskou důstojnost a sebeuvědomění, protože dávají účel a smysl životu člověka“ (HOLMEROVÁ et. al., 2009). Dále Holmerová (2009) uvádí, že aktivity jsou mezníky času. Klienti potřebují pravidelný režim z důvodu pocitu řádu a bezpečnosti. Dále mají také pozitivní vliv na emoční stav pacienta. U klientů se může zvyšovat jejich sebevědomí, sebedůvěra a pocit uplatnění. Správná aktivita by měla působit na co nejvíce smyslů a na všechny složky osobnosti – kognitivní, fyzickou, psychosociální i duchovní. Naopak je třeba zdůraznit, že příliš mnoho aktivit může klienty vyčerpat.

V pokročilejším věku můžeme svoji nečinností přispět ke zhoršování kognitivního myšlení a urychlení fyziologických procesů stárnutí. Abychom mohli aktivizaci považovat za smysluplnou, měla by splňovat určitá kritéria. Těmi například jsou dobrovolnost, jasný účel, aktivita by měla být člověku příjemná, neměla by ho vést k neúspěchu. (HOLCZEROVÁ et. al., 2013, s. 35)

V domovech pro seniory by si měl člověk sám stanovit, kdy se chce zapojit do aktivizace, měl by objevovat činnosti, které ho baví, motivují a vedou k jeho aktivizaci. Zároveň pouze on může danou aktivitu hodnotit. Vojířová (2012) se domnívá, že aktivizační činnosti jsou naplňovány i v případě, kdy jsou poskytovatelé sociálních služeb schopni zajistit individuální způsoby aktivizace svých uživatelů. Tedy realizace činností vedoucích k aktivizaci a zároveň naplnění individuálního cíle. Mezi nejčastější problémy v sociálních službách u aktivizaci patří uniformita, danost, samoúčelnost, personální úspory, nezkušenost, absence vnějších podmínek a manipulace. V případě uniformity může mít poskytovatel vytvořenou nabídku pracovních postupů a očekávaných výsledků, tím ale nenabídne uživateli možnost realizovat jeho

představy. Dále hovoříme o pravidelnosti aktivit. Klient nemá možnost zůstat sám, je určen rozpis aktivit, ze kterých si vybírá. Samoučelnost je dalším problémem, kdy aktivita nemá hlubší význam, postrádá smysluplný cíl a tím pádem je pouze krátkodobá a nemá potenciál využitelnosti v životě klienta. Nedostatek individuálních aktivit bývá také z důvodu nedostatečného počtu personálu, pro které je výhodnější trávit čas skupinovými aktivitami, kdy se služba poskytuje zároveň více klientům naráz, ale není pro ně tak efektivní jako aktivizace individuální. Častým omylem se může zdát, že výsledkem aktivizace by měl být produkt. Při rozhodování o smysluplnosti nám pomůže otázka – „Měl by uživatel zájem o takovou činnost sám od sebe, nebo mu nic jiného nezbyvá?“. Uživatel se může aktivita líbit, ale bude závislý na aktivizátorovi. V takovém případě se k této činnosti nemůže sám vrátit a naučit se ji. (VOJÍŘOVÁ , 2012, s. 20-21)

Krátkodobá aktivizace v průběhu dne je pro pracovníky možnost, jak zlepšit kvalitu života seniorů a vytvářet vztahy. Nezapomínejme, že bychom měli vycházet z biografie klienta. Aktivizace se může uskutečnit při návštěvě, kdy jdeme o klienta pečovat. Především nezapomínat na potěšení, zábavu, radost a oživení, které má aktivizace přinášet. (WEHNER et. al., 2013, s. 18-9)

### **3.1 Typy činností<sup>4</sup>**

V této kapitole představím nejčastěji využívané metody aktivizace pro práci se seniory v pobytových zařízeních.

#### **3.1.1 Reminiscence**

Vzpomínání má v duševním životě člověka své nezastupitelné místo a představuje velmi důležitou hodnotu. Při použití reminiscenční terapie podporujeme u klienta vzpomínání na všechny jeho důležité životní události: rodinný život, manželství, výchovu dětí, vykonávanou práci, zájmy, koníčky, kontakty s přáteli. Nejjednodušší pomůckou může být životopis sestavený společně s klientem a jeho rodinnými příslušníky. V tomto životopise zmiňujeme všechno, co považujeme za důležité, a to nejen z rodinného života, ale také pracovního a společenského. Tento životopis je přínosný také pro pečující personál, který poté ví, co má klient rád a co v něm může naopak vyvolávat negativní vzpomínky, a nemělo by mu to tedy být připomínáno.

---

<sup>4</sup> Části této kapitoly byly využity v absolventské práci na téma Individuální aktivizace imobilních klientů v pobytových zařízeních pro seniory: příprava výzkumu, která bude obhájena v letním semestru 2017.



Prostřednictvím „memory boxu“, drobné krabičky se vzpomínkovými předměty, fotkami, knihami a dalšími drobnostmi, můžeme hovořit o dávných věcech, které si starý člověk může dobře pamatovat. Neměli bychom ale v rámci reminiscence zabíhat do velmi dávné historie. Tématy mohou být například vojna, práce, první lásky. Vždy ale platí, že reminiscencí usilujeme o vybavení příjemných vzpomínek, které pomáhají znovu prožívat pozitivní emoce, a ty působí příznivě na celkový zdravotní stav a psychiku jedince. (JIRÁK et. al., 2009, s. 97) Andrew Norris rozdělil reminiscenci do tří částí podle funkce, kterou plní. Dělíme ji na oddechovou reminiscenci, podpůrnou a terapeutickou. Oddechová se zaměřuje na aktivizování jedince, podpůrná má dopomoci k dosažení psychické vyrovnanosti a klidu a k uvědomění si vlastní hodnoty jedince. Terapeutická pomáhá jedinci v rámci terapie uvědomit si svůj vlastní život a umět se vyrovnat s negativními zážitky, které jedinec během života prožil a které ho mohly negativně ovlivnit a poznamenat do budoucna. (JANEČKOVÁ, 2015, s. 14) Špatenková a Bolomská (2011) představují také pomůcky, které se v reminiscenční terapii používají k pozitivnímu podněcování vzpomínek. Umožňují zapojit do procesu vzpomínání více smyslů. Mohou mít i opačný efekt, kdy např. dotyk, hudba vyvolají negativní vzpomínky. Mezi nejčastěji využívané vizuální vzpomínky patří fotografie. Připomínají minulé zážitky, umožňují vybavit si atmosféru nebo blízké osoby na fotografiích. Nejlépe využitelné jsou fotografie obyčejných lidí, kteří dělají obyčejné věci. Dále se využívají kresby, obrazy, články z novin a časopisů. Je důležité dávat si pozor na množství těchto pomůcek, aby jimi nebyl klient zahlcen. Můžeme také zvolit sledování televize a filmů, které jsou pro dané osoby známé, a mohou při nich vzpomínat na jejich život. Z auditivních pomůcek jsou oblíbené nahrávky mluveného slova – recitace, čtení beletrie nebo zvuky z běžného života, se kterými se člověk setkával: na ulici, příjezd vlaků, zvuky zvířat. V neposlední řadě se používají jako reminiscenční pomůcky také hudební nahrávky. Hlavní náplní práce reminiscenčního terapeuta je organizování reminiscenčních aktivit. Zahrnuje to vymýšlení, plánování a realizaci programů, koordinování reminiscenční aktivity s ostatními programy v zařízení. Terapeut může být sociální pracovník ergoterapeut a jiní pracovníci, kteří se zabývají aktivizací klientů a mají příslušné vzdělání a kvalifikaci. Terapeut by měl být obeznámen se základními principy terapie a měl by být schopen je účinně převádět do praxe.

### 3.1.2 Kognitivní trénink

Velmi důležitou činností při aktivizaci je **kognitivní trénink**, který se skládá z různých cvičení na posílení soustředěnosti, myšlení, paměti, čtení a psaní. Suchá a Holmerová (2009) jmenují několik vhodných aktivit v rámci kognitivního tréninku:

- Čtení a výklad právě čteného
- Cvičení krátkodobé i dlouhodobé paměti, cvičení sluchové i zrakové
- Trénování početních schopností
- Mentální aktivita
- Společenské hry – pexeso, dáma, šachy, vědomostní soutěže, křížovky, luštění hádanek, sudoku
- Udržování mezilidských vztahů, komunikace s okolím

Kognitivní trénink je jedním ze způsobů udržování duševní i fyzické svěžesti. Způsob vypracování zadaných úkolů záleží na míře klientova zapojení a jeho schopností. Někdo je schopen zaznamenat odpověď písemně, někdo odpovídá slovně. Nejčastějšími činnostmi, které jsou v domovech pro seniory prováděny, je doplňování přísloví a rčení do vět, spojování shodných číselných řad, tvoření věty ze zadaných slov nebo zapamatování si co nejvíce slov z uvedených. Osvědčenou metodou je také hledání co nejvíce významů u daného slova, tvoření slov při zadání pouze prvního nebo posledního písmene a spousta dalších. Existují sady pro kognitivní trénink, které nám práci usnadňují, obsahují puzzle a obrázky rozdělené na různě velké části. Jednotlivé díly do sebe však nezapadají, přikládají se k sobě, což podporuje větší soustředěnost na sestavovaný obrázek. Puzzle mohou obsahovat fotografie slavných osobností, a tím můžeme spojit kognitivní trénink také s reminiscenční metodou. (STEHLÍKOVÁ, n.d.) [online]

Při kognitivním tréninku je kladen důraz na podporu a procvičování kognitivních funkcí, které jsou zachovány. Terapeut se snaží především pomáhat a napovídat a oceňuje. U kognitivního tréninku používáme hry nesoutěžní, zjednodušené, kterými mohou být slovní hry, doplňování říkanek, slovní fotbal, pexeso nebo velké puzzle. V případě využívání těchto pomůcek můžeme zlepšovat stav klientů. (HOLMEROVÁ et. al., 2009, s. 158) Buijsen (2006) hovoří taktéž o posilování paměti, a to například zapisováním denních úkolů, které klient odškrtnává v případě jejich

splnění. Důležité schůzky je lepší zapsat do kalendáře. Je také dobré používaná telefonní čísla mít zapsaná vedle telefonu.

### 3.1.3 Ergoterapie

Další využívanou metodou je **ergoterapie**, která pomáhá zapojením klientům do vykonávání každodenních činností, a to i přes jejich postižení nebo poruchu. Provádění těchto činností by pro ně mělo být důležité a smysluplné. „Ergoterapie napomáhá lidem získat a znovu nabýt funkční schopnosti v době, kdy je jejich emoční a psychická úroveň pod hranicí normy.“ (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, s. 15)

Individuální ergoterapie u seniorů se opírá o dva základní pilíře a to podporu soběstačnosti a aktivizaci. Podpora soběstačnosti je zaměřená na nácvik a podporu běžných denních činností, které se označují jako ADL (Activities of Daily Living). Ty dále dělíme na personální nebo instrumentální. Personální zdroje v případě imobilních klientů zahrnují příjem jídla a pití, péči o vzhled, ovládání močení a vyprazdňování stolice a péči o osobní pomůcky či prostředky. Instrumentální aktivity se věnují spíše klientům mobilním, přesto však zde můžeme nalézt péči o vlastní zdraví, které je v dosahu také imobilního klienta. Cílem ergoterapie je tedy nácvik těchto dovedností, hledání alternativ, doporučování kompenzačních pomůcek či úprava prostředí. Mezi pomůcky, které mohou klienti v domovech pro seniory využívat, patří podavač předmětů, který imobilním klientům dopřeje, že si budou schopni sami podat danou věc bez podpory jiného člověka, vyvýšený okraj na talíři a příbory s tvarovatelnými a ergonomickými rukojeťmi. V případě funkčních poruch horních končetin je cílem vycvičit funkci na maximální možnou úroveň a zapojovat ji do co nejvíce denních aktivit – nacvičování úchopů, trénování jemné motoriky, ovlivňování spasticity. (LUPIENSKÁ, 2012, s. 14-15) Techniky, které se v ergoterapii využívají především pro ženy, jsou rukodělné činnosti. To, na co byly zvyklé z běžného života – pletení, zašívání, háčkování. Dále také práce s modelínou. Je možné pracovat také různými výtvarnými technikami, jako je kreslení, malování, koláže. (HOLCZEROVÁ et. al., 2013, s. 39)

### 3.1.4 Muzikoterapie

Další metodou je muzikoterapie, což je terapeutický obor, který využívá hudbu k léčebným cílům, osobnímu rozvoji, zlepšení kvality života nebo mezilidských vztahů.

Světová federace muzikoterapie předkládá následující definici: „Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody.“ (World Federation of Music Therapy) [online]. Při cílené muzikoterapii je důležité dodržovat terapeutický cíl, tím může být zlepšení řečového projevu. Zároveň můžeme sledovat, jak hudební prvky působí na dech, držení těla a jeho náladu. Muzikoterapii můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. Při aktivní muzikoterapii si klient uvědomuje svoji úspěšnost. Do programu se zapojuje a provádí ji bez jakéhokoliv vedení. Klient nemusí mít žádné hudební znalosti, zapojuje se improvizací na hudební nástroj, zpěvem nebo vytukáváním rytmu. Při pasivní muzikoterapii klient není aktivně zapojen do hraní. Hudbu poslouchá z nahrávky nebo živě. (LINKA, 1997, s. 67) Charakteristickými znaky je, že klient nepotřebuje mít k muzikoterapii nějaké hudební vzdělání. Důležitý je prožitek z hudby a její účinek na uživatele. Zároveň by měl být muzikoterapeutem kvalifikovaný odborník, který má odbornou přípravu z teoretických znalostí, ale především zkušenosti se sestavováním programu. (KANTOR et. al., 2009, s. 122) Muzikoterapie má za úkol snížit negativní dopady dlouhodobého pobytu, zvýšit spokojenost uživatelů, saturovat psychické a sociální potřeby, poskytnout příležitost pro smysluplně strávený volný čas, aktivizovat uživatele a normalizovat prostředí institucí. (Muzikoterapeutická asociace České republiky, 2017)[online]

K. Bruscia (dle KANTOR 2009) nám nabízí typy procesů muzikoterapie. Prvním z nich je vývojový proces, kdy je cílem pomoci klientovi dosáhnout cíl jednotlivé vývojové etapy. Dalším je edukační, který dbá na to, aby si klient osvojil potřebné dovednosti. Interpersonální se věnuje rozvoji vztahu k ostatním lidem. Umělecký proces předpokládá, že díky improvizaci a účinkování se klient hudebně rozvíjí. S prozkoumáváním, testováním, hledáním kreativního způsobu práce s klientem se setkáme u kreativního procesu. A na závěr je proces vědecký. Zde se zajímáme o definice a kontrolu proměnných, sběr dat, hledání vztahu mezi proměnnými a interpretací výsledků. (KANTOR et. al., 2009, s. 107-8)

Muzikoterapie může mít velmi blízko k ergoterapii. Je možné trénovat funkční úchopy pomocí různých hudebních nástrojů. Ať už rytmických, melodických nebo strunných. Nebo je možné použít tzv. hry na tělo – tleskání, luskání, dupání. V rámci

ergoterapie je dobré si nějaký jednoduchý hudební nástroj vyrobit. Hudba může pomoci člověku překonávat nepříjemné a bolestivé pocity při cvičení, udávat rytmus a tempo. (GERLICHOVÁ, 2014, s. 42)

Stejně tak jako v běžném životě si pouštíme různé druhy hudby podle naší nálady, tak také uživatelé mají v oblibě různé druhy hudebních aktivit. Mohou se využívat k lepšímu zvládnutí stresu nebo pomohou odvést klientovu pozornost od rozladění v emocionální oblasti. Musí ale vždy platit, že klient nesmí být k těmto aktivitám nucen. (KANTOR, 2016)

### 3.1.5 Smyslová aktivizace

„Využitím smyslové aktivizace se impulzy ze smyslových orgánů nervovými drahami přivedou do mozku. Tam se uspořádají, uloží a připojí k předchozím získaným informacím.“ (WEHNER et. al., 2013, s. 11) Smyslovou aktivizaci podle Lore Wehner můžeme chápat jako uvedení do pohybu za účasti mnoha smyslů. Cílem je vytvoření motorické, kognitivní a verbální činnosti. Cíl smyslové aktivizace pomáhá klientům udržovat vlastní kompetence, sociální kompetence a věcné kompetence. K sociálním kompetencím řadíme především vytváření kontaktů s ostatními lidmi v pobytovém zařízení, aby se s nimi klient sžil a byl integrován do sociálního prostředí. (VOJTOVÁ, 2011) Smyslová aktivizace pomůže seniorům zachovat nebo zlepšit orientaci v čase a místě, trénuje jejich slovní zásobu – hledání slov, trénink verbálních a neverbálních vyjadřovacích schopností, aktivizaci vlastní osoby a s tím spojený pocit radosti ze života, udržuje nebo obnovuje schopnosti, zdroje a vlastní síly, trénuje kompetence všedního dne, udržuje nebo obnovuje vlastní, věcné a sociální kompetence, zlepšuje schopnosti koordinace a přispívá k celoživotnímu učení, otevírání se novým věcem i ve stáří. (Smyslová aktivizace®, 2017) [online]

U individuální smyslové aktivizace při přechodu z domova do zařízení je dobré udělat kousek domova v novém prostředí. Za vhodné je považována také práce s biografií. Při vzpomínkách na smyslové vjemy trénují klienti také svoji paměť, dojmy a vzpomínky uložené v dlouhodobé paměti se znovu vybavují. Pozitivní vedlejší efekt může vést k oživení sociálních kontaktů. Lore Wehner doporučuje používat tzv. čtyři pilíře úspěšného setkávání s lidmi. Dělí je následovně: **dotyk** - pozorná, citlivá dotknutí, srdcem i duší, **sblížení** – emoční sblížení, vědomě se cítit blízko danému člověku, **komunikace** – věnování péče neverbální komunikaci a v případě verbální klást důraz

na obsah a způsob komunikace, **pozornost** - aktivní naslouchání, oční kontakt, vnímat existenci interakce (WEHNER et. al., 2013, s. 19,32)

### 3.1.6 Zooterapie

Setkáváme se také s termínem animoterapie, která využívá terapeutických účinků zvířat k symptomatické úlevě klientů. Mezi animoterapii řadíme canisterapii, hiporehabilitaci, felinoterapii nebo ornitoterapii. (KROUPOVÁ A KOL., 2016, s. 304) Zooterapii dělíme do čtyř různých typů podle použité metody. Prvním typem jsou **aktivity za pomoci zvířat** (Animal AssistedActivities, „AAA“) – v tomto případě se jedná o přirozený kontakt člověka se zvířetem, zlepšuje se jeho kvalita života. Hlavním cílem je obecná aktivizace klienta. Dalšími cíli může být zlepšení pohyblivosti, motivace, komunikace nebo zbavování se stresu a nečinnosti. Další druh je **terapie za pomoci zvířat** (Animal AssistedTherapy, „AAT“) – kontakt člověka se zvířetem je v tomto případě cílený a má sloužit ke zlepšení psychiky a fyzického stavu. Nastavení terapie je v tomto případě na profesionálovi. Nejdůležitějším cílem je podpora léčby a rehabilitace. Za pomoci zvířat je možné také vzdělávání. (**Animal AssistedEducation**, „AAE“) – můžeme využít kontakt přirozený i cílený a slouží především ke zlepšení vzdělání nebo sociálních dovedností. Hlavním cílem je zvýšení motivace k učení a osobnímu rozvoji. Poslední formou je **krizová intervence za pomoci zvířat** (Animal AssistedCrisis Response, „AACR“) - jde o přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizové situaci. Cílem je odbourání stresu a celkové zlepšení psychického i fyzického stavu klienta.<sup>5</sup>

Nejčastěji využívaným druhem zooterapie v domovech pro seniory je **canisterapie**. Aby terapie byla účinná, je nutné projít určitými fázemi. Senior se musí se psem seznámit, vytvořit si vztah, nastavit si určitá pravidla a také povinnosti. Klient si musí také zvyknout na přítomnost psa, každému to ale může trvat různě dlouhou dobu. Jakmile přijde důvěra, klient se psa dotýká, češe ho, hladí nebo krmí pamlsky. Dále už dochází k cílené aktivitě, hře, komunikaci, je třeba navázat důvěru vůči psovi. Poslední závěrečnou fází, kdy si klient odnáší nějaký prožitek, je umocnění vjemů. Ani jeden z účastníků nesmí být do procesu nucen. Nejdříve se pes s klientem přivítá. Stěžejní částí pro imobilní klienty je relaxační část. Bezprostřední kontakt a haptické vjemy je vhodné nechat působit na co největší část obnaženého těla klienta. Během této fáze se snažíme o předávání energie, relaxaci a navození příjemných pocitů. Dále

---

<sup>5</sup>Animoterapie. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/aaa-aat-aae-aacr.htm.html> [posl.akt. neuvedeno] [cit. 22. 3.2017]

následuje aktivní část, kde by se měl klient uvolnit a připravit na daný úkol. Každý se dle svých individuálních možností zapojuje, cílem je procvičení svalových skupin, rozvoj komunikace a dalších dovedností. V závěrečné fázi dojde k uklidnění a klient by měl celou terapii zhodnotit, pes dostává odměnu. Pro imobilní klienty je vhodnou technikou polohování. Během ní dochází k podpoře mimiky, očního kontaktu, dýchání, celkovému zklidnění a uvolnění, prohřátí a uvolnění svalů a samozřejmě zlepšení nálady. (MÜLLER et. al., 2014, s. 486-8) Je nutné dbát také na nepříjemnosti, které však mohou být pro některé klienty závažné, jako je znečištěný prostortlapkami psů nebo jejich srstí. Těmto situacím předcházíme, když pes přichází do zařízení vyvenčený, čistý, s otřenými tlapkami, vyčesaný, ale hlavně očkovaný azdravý. Klient by však měl s riziky počítat, abychom předešli následným nesrovnalostem. Zároveň pes narušuje každodenní stereotyp ústavní péče, nabízí možnost naučit se něco nového, osvojit si nové či zapomenuté dovednosti. (VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 61)

Dalším typem zooterapie je **felinoterapie**, při které se využívají kočky, především tedy kocouři. Je důležité, aby byli zvyklí na přítomnost lidí, a nejlépe, aby žili společně s chovatelem. Musí být připraveni zvládat nové a nezvyklé situace a pobyt v cizím prostředí, ke kterému během felinoterapie dochází. Zároveň vzhledem k chování klientů musí dobře zvládat hlasité zvuky, rychlé pohyby, cizí zvířata a různé pachy, s kterými se může ve zdravotnických zařízeních setkat. Felinoterapie může probíhat formou AAT, kdy se díky tomu snažíme navodit optimální fyzický stav klienta, aby došlo k prohřátí spastických svalů, k jejich uvolnění. Častěji jsou kočky využívány formou AAA, kdy díky péči o kočku dochází ke zkvalitňování hrubé a jemné motoriky, když klient drží kartáč při česání a kartáčování. Při krmení drží misku a vkládá do ní krmivo. Kočka také povzbuzuje k činnosti, nutí spolupracovat a rozvíjí estetické a hudební citění. Dále přispívá ke koordinaci pohybů, k rozvoji komunikačních dovedností nebo k posilování pocitu odpovědnosti v péči. Zároveň kočky pomáhají lépe zvládat stres a napětí, přispívají ke stimulaci paměťové funkce. (BENDO VÁ et. al., 2011, s. 114)

Stejně tak jako u psů se i u koček vyskytují problémy, na které je třeba být připraven. Mezi nemoci, které kočky přenášejí a kterými se můžeme nakazit, je giardióza, salmonelóza nebo leptospiróza. Kočky se mohou nakazit z infikovaných vodních zdrojů a na člověka přenést skrze škrábnutí nebo kousnutí. (NERANDŽIČ, 2006) Mezi nejčastěji využívaná plemena k felinoterapii patří perské kočky. Díky svému vzhledu, především kulatýma, široce rozevřenýma očima, připomínají obličej

dítěte. Působí tedy na klienty velmi uklidňujícím dojmem. Nejsou moc pohyblivé a živé, často nám mohou připadat až flegmatické, mají rády svůj klid. Oblíbené jsou zvláště pro svoji dlouhou a hustou srst.<sup>6</sup>

Poslední typ terapie se zvířaty, který bych ráda zmínila, je **ornitoterapie**. Při ní se využívá několik druhů papoušků – amazoňané, žakové, arové, korely a andulky. Papoušci jsou obdivováni především pro jejich zbarvení, možnost naučit se mluvit a zároveň rozpoznat pocity lidí. Pozitivně ovlivňují psychiku klienta a může se mezi nimi vytvořit citové pouto. Papoušek je přirozeným antidepressivem a dobrým komunikátorem. Ornitoterapie má dva způsoby – chov přímo v daném zařízení nebo návštěvní program. (MÜLLER et. al., 2014, s. 493) Nerandžič (2006) upozorňuje, že je těžké vychovat papoušky pro ornitoterapii, protože papoušek žije v neustálém napětí. Zároveň ale patří k jednomu z nejoblíbenějších zvířat pro terapii, protože pozná povahu svého majitele. Papoušci sami projevují velmi intenzivně své pocity, vyjadřují radost, věrnost, žárlivost a lásku, umí se ale i urazit.

### 3.2 Individuální aktivizace

Pasivita vede seniory převážně k izolaci, pocitům nepotřebnosti, osamělosti a nudě. Tyto projevy pak urychlují proces stárnutí. Aktivizace má na jejich život pozitivní vliv. Domov Sue Ryder nám poskytuje ukázkou, co vše se u nich v rámci individuální aktivizace využívá. Vzhledem k přibývajícím diagnózám demence je do programu zapojována také validace podle Naomi Feil. Dezorientovaná osoba získá empatické aktivní naslouchání, neodsuzování, ale akceptování její reality. Vědomí dezorientovaného člověka je znovu posilováno lidskými hodnotami a zlepšují se i jeho tělesné a sociální funkce. (FEIL et. al., 2013, s. 53) V Domově Sue Ryder se zaměřují při individuálních aktivizacích na trénink kognitivních funkcí, kde posilují dlouhodobou i krátkodobou paměť. Je důležité, aby osoba byla orientována časem, místem a osobou. Dále pracují se vzpomínkami pomocí reminiscenční terapie. Klienti mají možnost kontaktu se zvířaty v rámci zooterapie a to se psy, králíky, morčaty a se želvou. Pokud za aktivizační budeme považovat jakoukoli činnost, jejímž výsledkem je aktivita klientů, značně se rozšíří možnosti toho, co lze v rámci aktivizace dělat, a tím i možnosti veškerého personálu se do ní zapojit. Pokud tedy budeme vycházet z běžného dne, můžeme smyslovou terapii využívat při každém jídle, a to tréninkem

---

<sup>6</sup>Moje kočka: Vše o kočkách. Dostupné z: <http://www.moje-kocka.cz/zivot-s-kockou/kocky-vhodne-pro-felinoterapii-615.html> [posl.akt. nevedeno] [cit. 2. 2.2017]



a rozpoznáváním vůní, chutí, vizuálních stimulů. Při smyslové aktivizaci nám pomáhá také hmat, vibrace, zvuky. (LUPIENSKÁ , 2012, s. 31) Velmi důležitým prostředkem je stupňování a adaptace. Tím se specificky trénují konkrétní problémové oblasti seniorů. Stupňováním je myšlena obtížnost aktivit a její snižování či zvyšování, aby byla klientovi přímo „šita na míru“ a nebyla pro něj příliš jednoduchá nebo naopak obtížná. Adaptací rozumíme proveditelnost pro klienta, přizpůsobení se jeho potřebám, využití různých pomůcek či úprava prostředí. (LUPIENSKÁ , 2012, s. 15-16)

#### 4 Výzkumný cíl, dílčí cíle, hypotézy a jejich operacionalizace

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak jsou imobilní klienti vybraných domovů pro seniory v Olomouckém kraji individuálně aktivizováni. Výzkumný cíl byl rozdělen do několika dílčích cílů, které jsou doplněny o hypotézy a jejich operacionalizace.

Hypotéza je podmíněně pravdivým výrokem o vztahu mezi dvěma nebo více jevy. Je to domněnka o existenci nějakého faktu, fenoménu, procesu a jejich příčinách. Předpokládá nějaký stav, který je možné empiricky ověřovat. Hypotézy tvoří spojnicí mezi teoretickou a empirickou složkou poznání. Její potvrzení či vyvrácení jsou stejně cenné. Zároveň se díky hypotéze snažíme minimalizovat subjektivitu výzkumníka. Můžeme díky nim rozeznat, zda lze zkoumání realizovat. (REICHEL, 2009, s. 60)

Operacionalizace znamená, že již definované pojmy převádíme na empiricky měřitelné údaje – znaky. Zároveň je návodem, jakým způsobem potřebné údaje získat, na základě čeho je můžeme identifikovat. (REICHEL, 2009, s. 51,53)

Ve výzkumné části bakalářské práce je zkoumáno, jakým způsobem jsou imobilní klienti vybraných domovů pro seniory v Olomouckém kraji aktivizováni.

**Dílčí cíl č. 1** – Zjistit, kdo se věnuje individuální aktivizaci imobilních klientů.

**Hypotéza:** Předpokládáme, že nejvyšší procento provádění individuální aktivizace bude u skupiny pracovníků v sociálních službách.

**Operacionalizace:** Hypotézu ověřuji prostřednictvím otázek 2 a 6. Hypotéza bude potvrzena, pokud u otázky č. 2 bude zvolena možnost b) pracovník v sociálních službách, u otázky č. 6 bude odpověď a) ano a toto zastoupení bude nejčastějším.

**Dílčí cíl č. 2** - Zjistit, jak často a dlouho jsou klienti aktivizováni.

**Hypotéza:** Předpokládáme, že klienti budou aktivizováni nepravidelně, minimálně 1x týdně 10 minut.

**Operacionalizace:** Tuto hypotézu potvrdíme otázkami 7, 8 a 10. U otázky č. 7 bude nejčastější odpověď b) ne, u otázky č. 8 budou zastoupeny možnosti a) každý den, b) 2-4 x týdně c) 1x týdně a u otázky č. 10 bude nejčastější odpovědí a) do 10 minut.

**Dílčí cíl č. 3** – Zjistit, jaká forma aktivizace je nejčastěji používána.

**Hypotéza:** Klienti budou nejčastěji aktivizováni pomocí kognitivního tréninku.

**Operacionalizace:** Tuto hypotézu ověřuji u otázky 9. Aby byla hypotéza potvrzena, musí zde být nejčastější odpověď „kognitivní trénink“, „trénování paměti“, „posilování paměti“

Otázky č. 1, 3, 4, 5 a 11 mají charakter pouze deskriptivní, nebyly zařazeny do dílčích cílů, ale bylo pro mě důležité na ně znát odpověď. U těchto otázek bylo využito pouze třídění 1. stupně.

Otázka č. 3 se věnuje pracovním kompetencím k individuální aktivizaci.

**Hypotéza:** Pracovníci se budou cítit kompetentní v provádění aktivizace.

**Operacionalizace:** Hypotéza bude potvrzena v případě, když více než 50% dotázaných odpoví „ano“, tedy že se cítí kompetentní k provádění individuální aktivizace.

Otázka č. 4 a č. 5 se věnuje kvalifikaci k provádění aktivizace.

**Hypotéza:** Pracovníci se budou cítit dostatečně vzdělaní a budou se vzdělávat především díky seminářům.

**Operacionalizace:** Hypotézu potvrdíme, pokud více než polovina označí možnost „Ano“, že se cítí dostatečně vzdělaní a u možnosti vzdělávání bude nejčastěji označenou možností – „Ano – semináře“.

Otázka č. 11 se zabývá důvodem k provádění či neprovádění individuální aktivizace

**Hypotéza:** Více než polovina dotázaných nebude aktivizace provádět z důvodu nedostatku času.

**Operacionalizace:** Hypotéza bude potvrzena, pokud více než 50% označí možnost „Neprovádím“ a jejich důvodem bude z důvodu omezeného času.

## **5 Metodologie výzkumu**

Ve své bakalářské práci se zabývám individuální aktivizací imobilních klientů v pobytových zařízeních pro seniory. V teoretické části jsem zpracovala základní teoretická východiska, týkající se oblasti aktivizačních činností, imobilních klientů a v neposlední řadě také pobytových zařízení. V metodologické části práce zpracovávám výzkumnou fázi.

### **5.1 Charakteristika výzkumného vzorku**

Vzorek je množina objektů, která zastupuje základní soubor, tj. souhrn objektů, který lze identifikovat a z něhož je vybíráno na výzkum. „Výsledky zkoumání zjištěné na výběrovém souboru by měly být, pokud má jít o výzkum reprezentativní, zobecnitelné na soubor základní, tzn. i na cílový.“ (REICHEL, 2009, s. 76)

Výzkumným vzorkem pro moji bakalářskou práci jsou pracovníci ve vybraných domovech pro seniory v Olomouckém kraji. Do svého výzkumu jsem vybírala domovy o různých velikostech a s jinými zřizovateli. Zadání pro moji bakalářskou práci mi bylo navrženo v Domě pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici, kde jsem realizovala svoji dlouhodobou praxi. Individuální aktivizaci zde vnímají jako velmi důležitou, ale z personálního hlediska jako hůře realizovatelnou. Proto se výzkumná část věnuje personálnímu zajištění, časové dotaci a technikám, které jsou nejčastěji využívané.

V každém zařízení byly dotazníky dány k dispozici pracovníkům, kteří přichází s klienty do kontaktu – především sociální pracovníci, aktivizační pracovníci, pracovníci v sociálních službách nebo také zdravotnický personál. Celková návratnost dotazníků byla 75%, tedy 60 z 80 rozdaných.

### **5.2 Metoda získávání dat**

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila metodu kvantitativního sběru dat. „Kvantitativní přístup předpokládá, že fenomény sociálního světa, které činí předmětem zkoumání, jsou svým způsobem měřitelné, či minimálně nějak tříditelné, uspořádatelné.“ (REICHEL, 2009, s. 40) Statistickými metodami ověřujeme jejich platnost představ o výskytu nějakých charakteristik. Jako výzkumný nástroj jsem zvolila techniku dotazníkového šetření, které se velmi často využívá pro sociální výzkumy. (REICHEL, 2009, s. 99) Strukturovaný dotazník má pevnou logickou

strukturu. Využívá ve většině případů otázky s uzavřenými variantami odpovědí. Výhodou je rychlé zaznamenávání odpovědí a snadné zpracování. Nevýhodou ale je, že respondent nemůže odpovědět jinak, než je mu nabízeno. (KOZEL, 2006, s. 163)

Jedná se o písemný způsob dotazování. Nejčastěji se v dotaznících používají uzavřené, otevřené (volné otázky) a polouzavřené otázky (Bártlová a Hnilicová (2000) in Malíková, 2011, s. 151). Uzavřené otázky nabízejí několik odpovědí, z nichž si respondent vybírá většinou jednu možnost. Otevřené otázky dávají respondentovi volný prostor k odpovědi. Odpověď není nijak omezená. Odpovědi se ale obtížně vyhodnocují a statisticky zpracovávají. V polouzavřených otázkách jsou uzavřené i otevřené otázky.

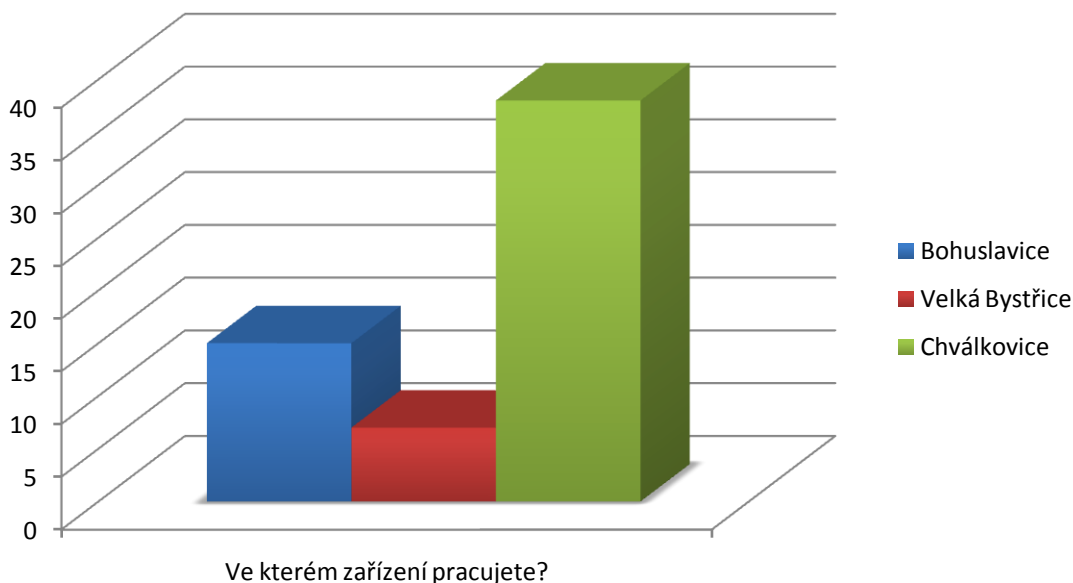
### **5.3 Metoda zpracování dat**

Z předvýzkumu, který jsem realizovala v absolventské práci, vyplynula konečná fáze dotazníku, která je obsahem přílohy. Skládá se z 11 otázek, z toho 9 uzavřených, 1 otevřená a 1 polouzavřená.

## 6 Analýza dat

Do výzkumu bylo zapojeno 60 pracovníků, kteří pracují ve 3 zařízeních. Nejvýrazněji byl zastoupen Domov seniorů POHODA ve Chválkovicích počtem 38 pracovníků. Dům pokojného stáří Bohuslavice 15 pracovníků a Dům pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici 7 pracovníků. Dotazníků bylo rozdáno 80, jejich návratnost je tedy 75%.

graf č. 1 – rozložení respondentů dle zařízení



	Bohuslavice	Velká Bystřice	Chválkovice
Ve kterém zařízení pracujete?	15	7	38

tab. č. 1 – rozložení respondentů dle zařízení

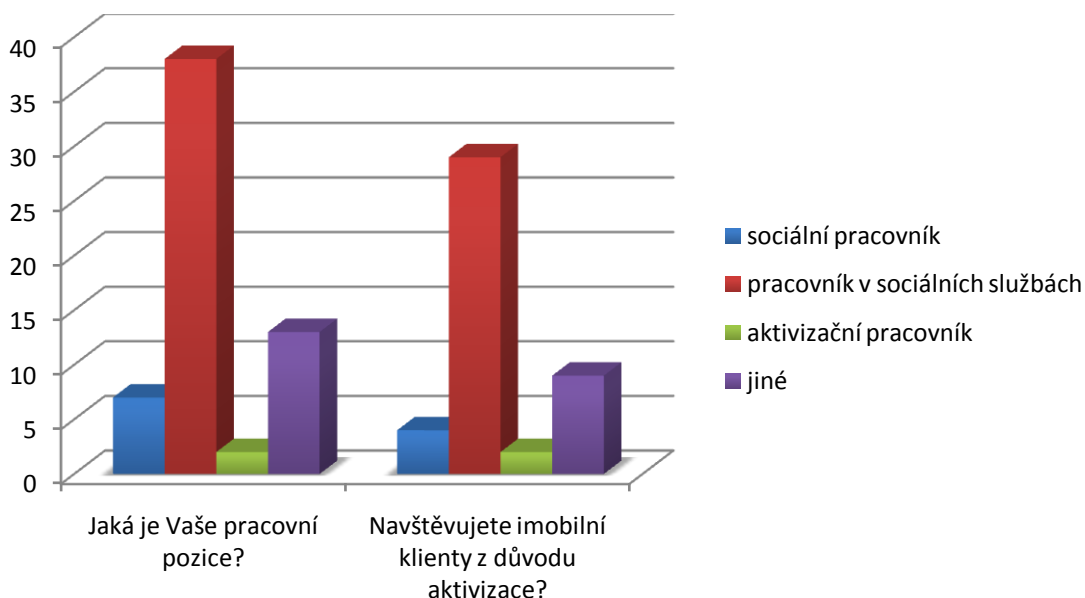
### 6.1 Dílčí cíl č. 1

Otázkou č. 2 a č. 6 ověřuji dílčí cíl č. 1, kdo se věnuje individuální aktivizaci imobilních klientů. U otázky č. 2 odpovědělo všech 60 dotázaných. Výzkumu se tedy účastnilo 7 sociálních pracovníků, 38 pracovníků v sociálních službách a 2 aktivizační pracovníci. Dále se výzkumu účastnil také pastorační asistent, zdravotnický asistent nebo zdravotní sestry. Ti jsou vyjádřeny názvem „jiné“ v počtu 11 respondentů.

V procentuálním vyjádření můžeme vidět, že 73% všech pracovníků se skutečně individuální aktivizaci imobilních klientů věnuje. Výzkumu se zúčastnili 2 aktivizační pracovníci, oba provádějí individuální aktivizaci. U pracovníků v sociálních službách se

aktivizaci věnuje 76%. Pracovníci označení jako „jiné“ se věnují aktivizaci v 69% případech a sociální pracovníci 57%.

graf č. 2 – souhrn otázek č. 2 a č. 6 o provádění individuální aktivizace vzhledem k pracovní pozici



	sociální pracovník	pracovník v sociálních službách	aktivizační pracovník	jiné	
<b>Jaká je Vaše pracovní pozice?</b>	7	38	2	13	100%
<b>Navštěvujete imobilní klienty z důvodu aktivizace?</b>	4	29	2	9	73%
	57%	76%	100%	69%	

tab. č. 2 - souhrn otázek č. 2 a č. 6 o provádění individuální aktivizace vzhledem k pracovní pozici

### Dílčí závěr

Dílčí cíl č. 1 – Zjistit, kdo se věnuje individuální aktivizaci imobilních klientů.

**Hypotéza:** Předpokládáme, že nejvyšší procento provádění individuální aktivizace bude u skupiny pracovníků v sociálních službách.

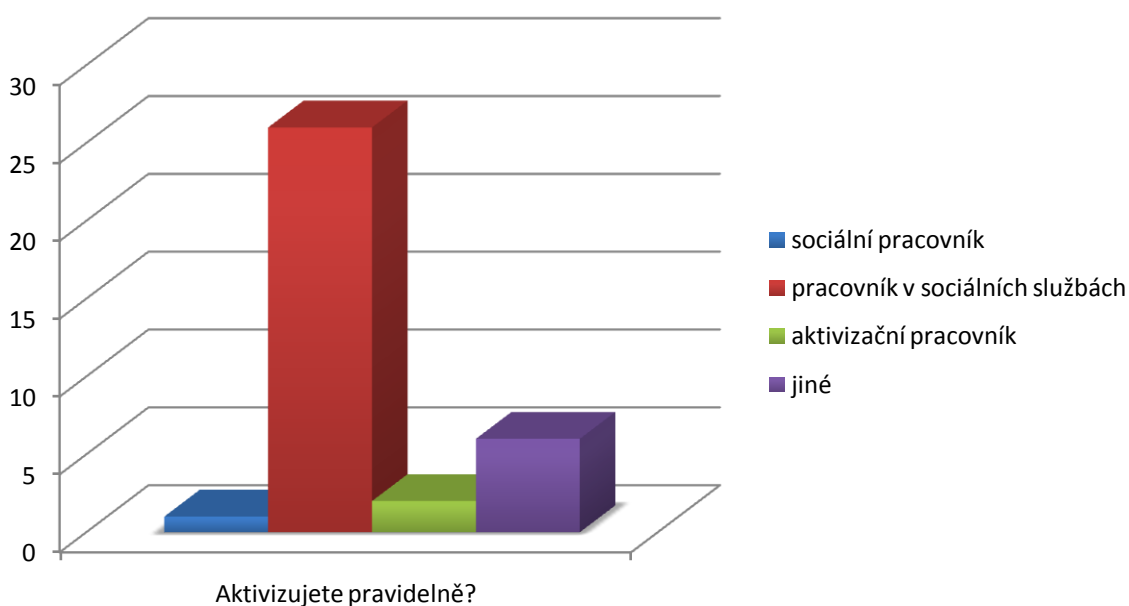
U aktivizačních pracovníků je velká pravděpodobnost, že individuální aktivizaci budou provádět, i když se výzkumu zúčastnili pouze 2. Druhou nejčastější možností byli pracovníci v sociálních službách, a to v 76% případech.

### 6.2 Dílčí cíl č. 2

Na otázku č. 7, 8 a 10 odpovídají pouze ti, kteří individuální aktivizaci imobilních klientů skutečně provádějí. Ověřujeme tím dílčí cíl č. 2 o délce a četnosti aktivizace.

V otázce č. 7 se věnujeme pravidelnosti aktivizace. 80% odpovídajících označilo možnost „ano“, tedy, že aktivizují pravidelně. 20% odpovídajících na tuto otázku označilo možnost „ne“, tedy, že individuální aktivizaci neprovádějí pravidelně. Aktivizační pracovníci odpověděli všichni kladně, pracovníků v sociálních službách to bylo 90% odpovídajícímu možnosti „jiné“ byla možnost „ano“ v 60% případů a sociální pracovníci pouze 33%.

graf č. 3 – otázka č. 7 o pravidelnosti aktivizace



	sociální pracovník	pracovník v sociálních službách	aktivizační pracovník	jiné	
<b>Aktivizujete pravidelně?</b>	1	26	2	6	80%
	33%	90%	100%	60%	

tab. č. 3 - otázka č. 7 o pravidelnosti aktivizace

Otázkou č. 8 zjišťujeme četnost individuální aktivizace. Na otázku odpovídalo 44 pracovníků, tedy všichni ti, kteří individuální aktivizaci provádějí. Polovina dotázaných provádí aktivizaci každý den. V průměru 2-4x týdně je to ve 29% případů. 14% odpovídajících se věnuje aktivizaci 1x týdně. 5% pracovníků aktivizaci provádí méně často jak 1x měsíčně, 2% aktivizují 1x měsíčně a žádný respondent neoznačil možnost 1x za 14 dní.



graf č. 4 – otázka č. 8 o četnosti aktivizace

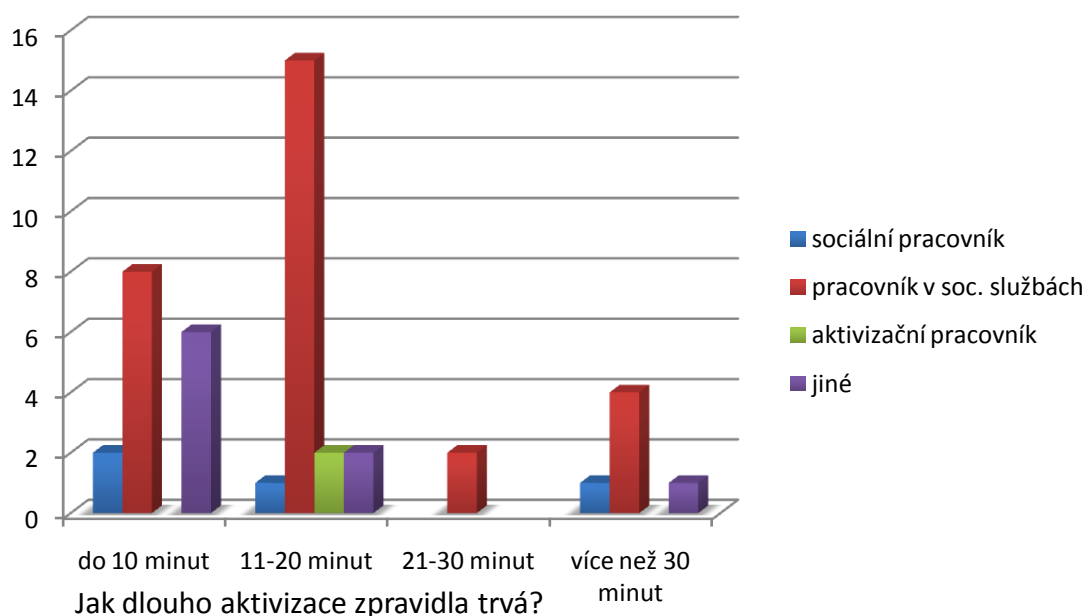


	každý den	2-4x týdně	1x týdně	1x za 14 dní	1x měsíčně	méně často
<b>Jak často to průměrně bývá?</b>	22	13	6	0	1	2
	50%	29%	14%	0%	2%	5%

tab. č. 4 - otázka č. 8 o četnosti aktivizace

V poslední otázce, týkající se dílčího cíle č. 2, se věnujeme délce aktivizace. V této 10. otázce jsme se ptali na délku aktivizace. Z výzkumu je patrné, že nejčastěji byla označena možnost 11-20 minut, a to téměř v polovině případů. 36% odpovídajících označilo možnost do 10 minut, 14% dotázaných se věnuje individuální aktivizaci více než 30 minut a 5% případů 21-30 minut, což je pouze v případě aktivizačních pracovníků.

graf č. 5 – otázka č. 10 o délce aktivizace



	sociální pracovník	pracovník v soc. službách	aktivizační pracovník	jiné	
<b>do 10 minut</b>	2	8		6	36%
<b>11-20 minut</b>	1	15	2	2	45%
<b>21-30 minut</b>		2			5%
<b>více než 30 minut</b>	1	4		1	14%

tab. č. 5 - otázka č. 10 o délce aktivizace

## Dílčí závěr

**Dílčí cíl č. 2** - Zjistit, jak často a dlouho jsou klienti aktivizováni.

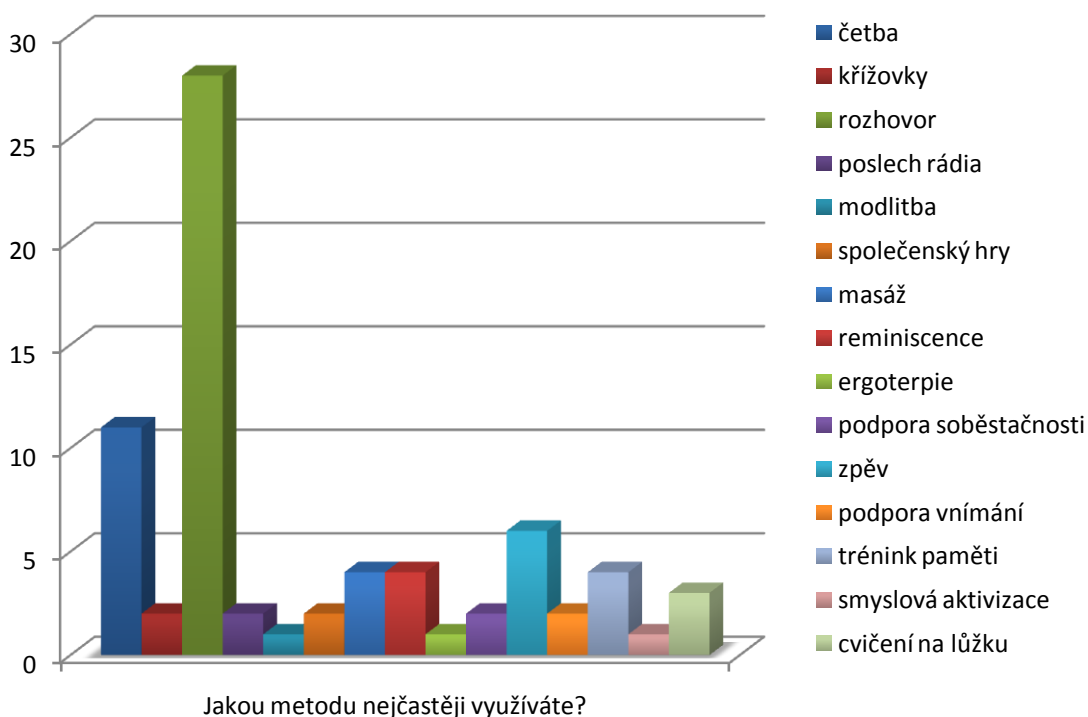
**Hypotéza:** Předpokládáme, že klienti budou aktivizováni nepravidelně, minimálně 1x týdně 10 minut.

Z výzkumu je patrné, že individuální aktivizace je prováděna pravidelně, a to v 80% případů. Výsledek se tedy neshoduje s hypotézou. Potvrzuje opak, že klienti bývají aktivizováni pravidelně. Pokud se zaměříme na četnost, polovina odpovídajících se jí věnuje každý den, což hypotézu, že je aktivizace prováděna minimálně 1x týdně, potvrzuje a vysoce překonává předpoklad. V posledním bodě, a to v délce aktivizace, je předpoklad také překonán, protože aktivizace je prováděna nejčastěji 11-20 minut. Hypotéza tedy byla v části pravidelnosti vyvrácena a v části četnosti a délky byla potvrzena, protože je prováděna častěji než 1x týdně a delší než 10 minut.

### 6.3 Dílčí cíl č. 3

Otázkou č. 9 ověřujeme dílčí cíl č. 3 a to, jaká metoda je nejčastěji používána při individuální aktivizaci. Na tuto otázku opět odpovídali pouze ti, kteří individuální aktivizaci skutečně provádějí. Každý respondent mohl uvést neomezený počet možností. Nejčastější odpovědí na otázku č. 9 bylo „rozhovor“, a to ve 28 případech. Druhá nejčastější možnost byla „četba“.

graf č. 6 – otázka č. 9 o metodě aktivizace



	četba	křížovky	Rozhovor	poslech rádia	modlitba	Společ hry	masáž
<b>Jakou metodu nejčastěji využíváte?</b>	11	2	28	2	1	2	4
<b>reminiscence</b>	ergoterpie	podpora soběstačnosti	zpěv	Podpora vnímání	trénink paměti	Smysl. Aktivace	cvičení na lůžku
	4	1	2	6	2	4	1

tab. č. 6 - otázka č. 9 o metodě aktivizace

#### Dílčí závěr

**Dílčí cíl č. 3** – Zjistit, jaká forma aktivizace je nejčastěji používána.

**Hypotéza:** Klienti budou nejčastěji aktivizováni pomocí kognitivního tréninku.

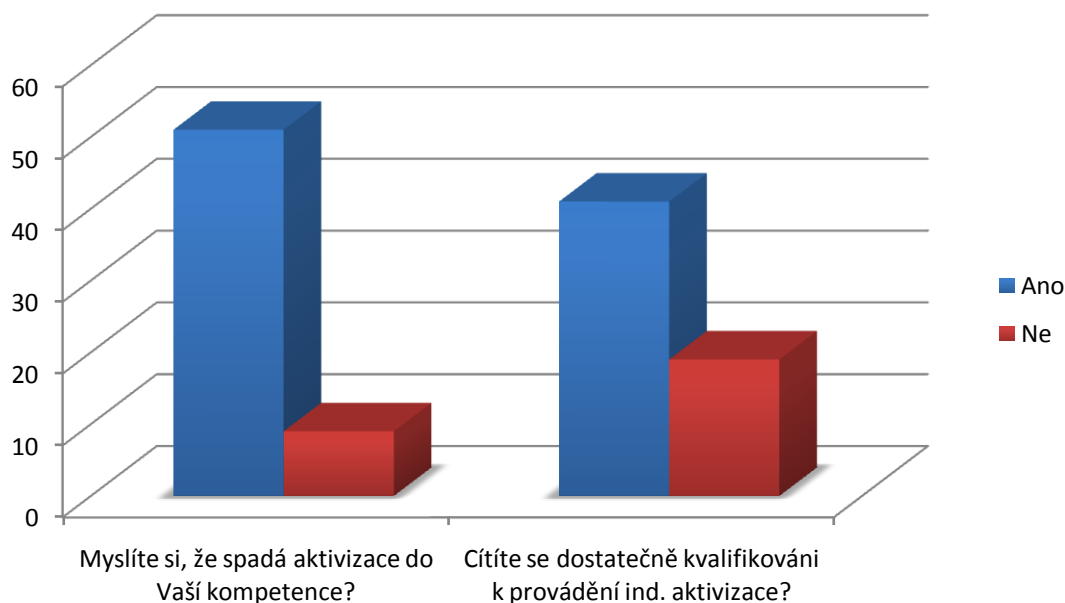
Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji zvolenou možností byl rozhovor, a to ve 28 případech, což je 64%. Předpokládaná možnost „trénink paměti“ byla označena pouze ve 4 případech. Tato hypotéza tedy nebyla potvrzena.

#### 6.4 Deskriptivní otázky

V dotazníku byly zařazeny také otázky, které se nevztahovaly k hypotézám, ale vnímala jsem je jako důležité pro jejich zařazení.

Otázka č. 3 zněla, zda si pracovníci myslí, že aktivizace spadá do jejich kompetence. 85% dotázaných odpovědělo, že „ano“. Pouze 15%, tj. 9 dotázaných, si myslí, že do jejich kompetence nespadá. 7 z nich jsou pracovníci v sociálních službách a 2 jiné - zdravotní sestry. Můžeme si tedy všimnout, že aktivizaci považují pracovníci všech pracovních pozic za součást své práce. Hypotéza o pracovních kompetencích byla potvrzena – 85% dotázaných si myslí, že individuální aktivizace je součástí jejich náplně práce.

graf č. 7 – otázka č. 3 o kompetencích a otázka č. 4 o dostatečné kvalifikaci.

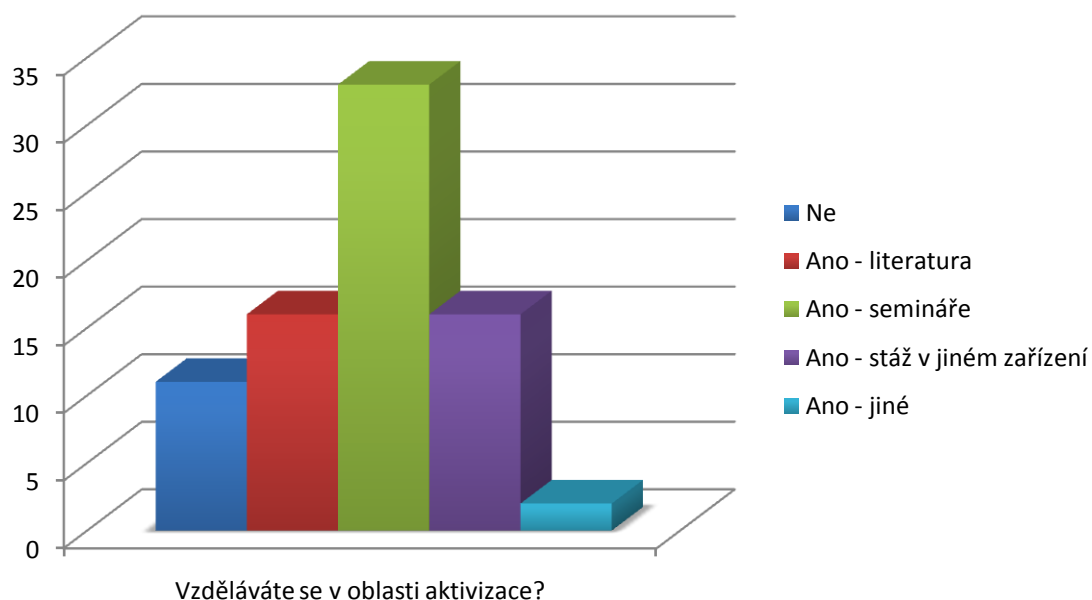


	Ano	Ne
<b>Myslíte si, že spadá aktivizace do Vaší kompetence?</b>	51	9
<b>Cítíte se dostatečně kvalifikováni k provádění ind. aktivizace?</b>	41	19

tab. č. 7 - otázka č. 3 o kompetencích a otázka č. 4 o dostatečné kvalifikaci.

Další soubor deskriptivních otázek se týkal kvalifikace k aktivizování klientů. Dotázaní měli uvést, zda se cítí k aktivizaci kvalifikováni a jestli se vzdělávají v oblasti aktivizace a případně jakým způsobem. 68% pracovníků uvedlo, že se cítí dostatečně kvalifikováni, zbylých 32% tvořili především pracovníci v sociálních službách, 1 sociální pracovník a 2 zdravotní sestry. Je možné, že v případě intenzivního vzdělávání by více pracovníků provádělo aktivizaci? Zároveň vyplynulo, že 82% dotázaných se vzdělává v oblasti aktivizace, vědomosti k provádění by tedy měly být dostatečné. Jejich způsob vzdělávání byl 67% semináře, 33% z literatury a 33% stáž v jiném zařízení. 2% dotázaných se vzdělávají ještě jiným způsobem, a to samostudiem a z internetu. Hypotéza tedy byla potvrzena, protože semináře jsou nejčastější odpovědí.

graf č. 8 – otázka č. 9 o druhu vzdělávání se v oblasti aktivizace

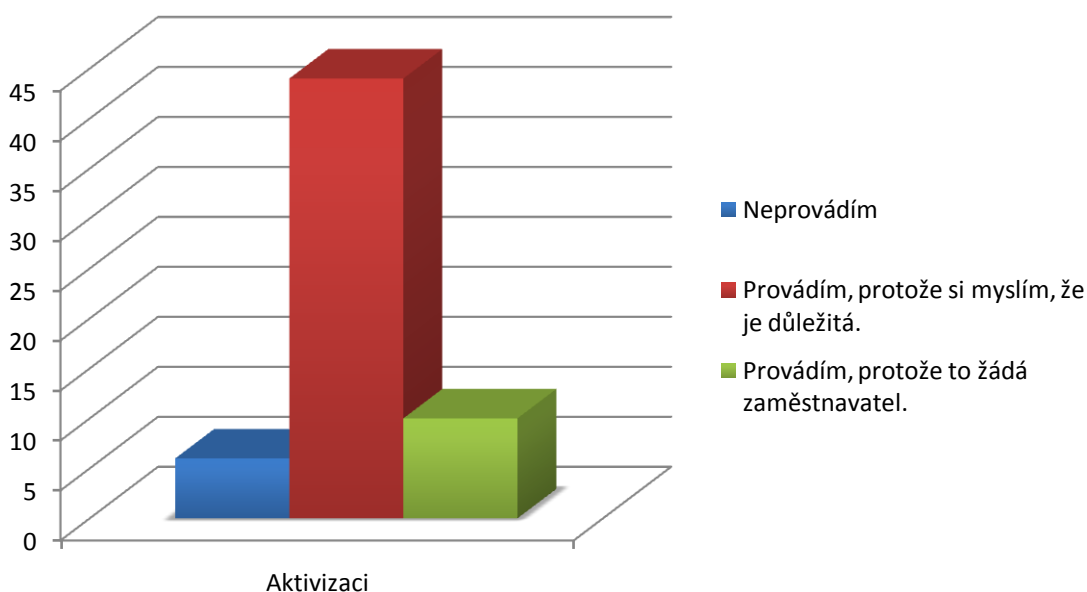


	Ne	Ano - literatura	Ano - semináře	Ano - stáž v jiném zařízení	Ano - jiné
<b>Vzděláváte se v oblasti aktivizace?</b>	11	16	33	16	2

tab. č. 8 - otázka č. 9 o druhu vzdělávání se v oblasti aktivizace

Poslední otázkou nezařazenou k dílčím cílům byla otázka č. 11, která se týkala důvodu, proč aktivizaci provádějí nebo neprovádějí. 10% pracovníků uvedlo, že aktivizaci neprovádí. Zbylých 90 % ji provádí z různých důvodů. 73% dotázaných pracovníků

označilo odpověď, že ji provádí, protože si myslí, že je důležitá. Zbýlých 17% z důvodu, že to žádá zaměstnavatel.



	Neprovádím.	Provádím, protože si myslím, že je důležitá.	Provádím, protože to žádá zaměstnavatel.
<b>Aktivizaci</b>	6	44	10
	10%	73%	17%

Hypotéza nebyla potvrzena a to z důvodu, že i když pracovníci aktivizaci neprovádějí, označili možnost „Provádím, protože si myslím, že je důležitá.“

## 6.5 Shrnutí výsledků a diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem a jak často jsou imobilní klienti individuálně aktivizováni v pobytových zařízeních pro seniory ve vybraných zařízeních v Olomouckém kraji. Zkoumanou populací byli zaměstnanci těchto domovů, a to především sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci. Data jsem získávala pomocí anonymního dotazníkového šetření. Návratnost rozdaných dotazníků byla 75%, tedy 60 vyplněných dotazníků.

V této části bakalářské práce se budeme věnovat diskuzi nad zjištěnými výsledky. Ve výzkumu jsem se zaměřovala na personální zdroje při poskytování individuální aktivizace, jejich formy a časové rozložení.

Podle zjištěných informací se dá říci, že téměř  $\frac{3}{4}$  dotázaných skutečně individuální aktivizaci provádějí. 73% pracovníků odpovědělo, že navštěvují imobilní

klienty z důvodu aktivizace. Toto zjištění bylo pro mě překvapivým. Zadání mé práce vzniklo v Domě pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici, kde pro ně bylo klíčovou informací zjistit, kdo tuto činnost provádí. Výzkumu se účastnili pouze 2 aktivizační pracovníci, oba aktivizaci provádějí. Hypotéza, že aktivizaci provádějí nejčastěji pracovníci v sociálních službách, ale byla vyvrácena. I přes malý počet respondentů aktivizačních pracovníků se dá předpokládat, že skutečně individuální aktivizaci provádějí ve 100% případů aktivizační pracovníci, stejně jako se prokázalo ve výzkumu. V domovech dotazník nevyplnili všichni aktivizační pracovníci a jedno zařízení aktivizačním pracovníkem nedisponuje. Aktivizaci dále provádí 76% pracovníků v sociálních službách, 69% jiných pracovníků. Ti byli tvořeni pastoračním asistentem, zdravotnickým asistentem nebo zdravotními sestrami. 57% dotázaných sociálních pracovníků uvedlo, že také oni se věnují individuální aktivizaci. Je tedy situace ztížena v případě, kdy zařízení nedisponuje aktivizačním pracovníkem? Nebo je jedním z hlavních důvodů velikost zařízení a nedostatečný počet pracovníků v sociálních službách, kteří by aktivizaci prováděli? Zároveň při odpovědích pracovníků v sociálních službách, kteří uvedli, že se jí věnuje 76% všech dotázaných, si klademe otázku, do jaké míry provádějí skutečně individuální aktivizaci. 23% z nich odpovědělo, že aktivizaci provádějí, ale neodpovědělo na otázku, jaké metody nejčastěji využívají. Pokud bychom se chtěli tomuto tématu věnovat hlouběji, bylo by dobré zjistit, co si pracovníci v sociálních službách představují pod pojmem individuální aktivizace.

V dotazníku byly zařazeny deskriptivní otázky, které jsem vnímala jako důležité pro jejich zařazení. Týkaly se především kompetencí k provádění individuální aktivizace a případného vzdělávání.

Nyní bych se chtěla věnovat slabinám a nedostatkům ve svém šetření. I přesto, že byl proveden předvýzkum, který je součástí absolventské práce, nebyla dostatečně ověřena srozumitelnost celého dotazníku. A to především v případě, kdy pracovník individuální aktivizaci neprovádí. V předvýzkumu byly dotazníky předány sociálnímu pracovníkovi, který je doručil 4 vybraným pracovníkům, a to pouze těm, kteří individuální aktivizaci skutečně provádějí. Na závěr dotazníku je otázka, týkající se důvodu k provádění či neprovádění individuální aktivizace. Měla vést pracovníky k zamyšlení, proč je to dobré a případně, proč ji nezajišťují. I když 27% dotázaných odpovědělo, že individuální aktivizaci neprovádí, pouze 10% to označilo znovu u otázky č. 11. Zbýlých 17% označilo možnost „Aktivizaci provádím, protože si myslím,

že je důležitá“ nebo „Aktivizaci provádím, protože to žádá zaměstnavatel“. Pro příště by tedy bylo dobré zdůraznit i v této otázce, že se opět jedná o individuální aktivizaci a v předvýzkumu mít respondenty provádějící i neprovádějící aktivizaci.

Další slabinou dotazníku byla otázka č. 9, která se týkala metody, kterou pracovníci nejčastěji využívají. V dotazníku to byla jediná otevřená otázka a pracovníky vedla k tomu, že ji v 23% případů nevyplnili. Vede to k zamyšlení, zda by nebylo lepší pracovníkům nabídnout škálu možností. V takovém případě bychom ale respondenta ovlivňovali. Řešením by mohl být elektronický dotazník, kde by nebyli respondenti puštěni k další otázce.

Na začátku výzkumu jsme si zvolili 3 dílčí cíle a k nim 3 hypotézy.

Hypotéza č. 1 - *Předpokládáme, že nejvyšší procento provádění individuální aktivizace bude u skupiny pracovníků v sociálních službách.* Tato hypotéza nebyla ani potvrzena ani vyvrácena z důvodu nízkého počtu zúčastněných aktivizačních pracovníků.

Hypotéza č. 2 - *Předpokládáme, že klienti budou aktivizováni nepravidelně, minimálně 1x týdně 10 minut.* Tato hypotéza byla potvrzena pouze zčásti, a to v případě četnosti a délky. V případě pravidelnosti byla hypotéza vyvrácena.

Hypotéza č. 3 - *Klienti budou nejčastěji aktivizováni pomocí kognitivního tréninku.* Tato hypotéza byla také vyvrácena.

Analýza prokázala, že individuální aktivizace bývá prováděna častěji, déle a pravidelně než byly stanovené hypotézy. Zároveň je také prováděna různými profesemi.

Tato práce může být přínosem pro rodiny a pobytová zařízení pro seniory, kteří mají v péči imobilní klienty. Mohou tak získat informace o potřebách imobilních klientů a o důležitosti aktivizace. Přínos spatřuji také v představení konkrétních metod využitelných k individuální aktivizaci. Pobytovým zařízením může práce sloužit jako podklad pro zahájení individuální aktivizace u nich v domově. Zároveň může být povzbuzením, že není třeba velký počet pracovníků, ale že je možné aktivizaci provádět i v malém zařízení.



## **Zhodnocení šetření**

Na začátku byly stanoveny 3 dílčí cíle. První dílčí cíl měl za úkol zjistit, kdo se věnuje individuální aktivizaci imobilních klientů. Z důvodu malého počtu respondentů, označených jako aktivizační pracovník, není možné hypotézu potvrdit nebo vyvrátit.

Druhý dílčí cíl měl za úkol zjistit, jak často a dlouho jsou klienti aktivizováni. Ukázalo se, že v 80% případů je aktivizace prováděna pravidelně, v polovině případů každý den a v rozmezí 11-20 minut. Dílčí cíl č. 2 byl tedy splněn.

Třetí dílčí cíl se týkal metody, která je nejčastěji využívána. V 64% byla zapsána možnost rozhovor. Tato varianta byla nejčastěji zvolena napříč všemi pracovníky. Dílčí cíl byl splněn.

## **Závěr**

Cílem této práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit, jakým způsobem a jak často jsou podle pracovníků zařízení individuálně aktivizováni imobilní klienti v pobytových zařízeních pro seniory ve vybraných zařízeních v Olomouckém kraji, se zaměřením na personální zdroje při poskytování individuálních aktivizačních činností, jejich formy a časové rozložení. Výzkumný vzorek tvořili pracovníci domovů pro seniory, především sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci. Pro realizaci výzkumu jsem zvolila metodu kvantitativního sběru dat v anonymním dotazníkovém šetření. Analýza prokázala, že individuální aktivizace bývá prováděna častěji, déle a pravidelně než byly stanovené hypotézy. Zároveň je také prováděna různými profesemi.

Cíl této práce byl naplněn a je možné ho využít pro rodiny a pobytová zařízení pro seniory, kteří mají v péči imobilní klienty. Mohou tak získat informace o potřebách imobilních klientů a o důležitosti aktivizace. Přínos spatřuji také v představení konkrétních metod využitelných k individuální aktivizaci. Pobytovým zařízením může práce sloužit jako podklad pro zahájení individuální aktivizace u nich v domově a být povzbuzením, že není třeba velký počet pracovníků, ale že je možné aktivizaci provádět i v malém zařízení.

## 7 Seznam literatury

BÁRTLOVÁ, S. a H. HNILICOVÁ, 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

BENDOVÁ, P. a P. ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, a.s.

BUIJSSEN, H., 2006. *Demence*. Praha: Portal.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada Publishing, a.s.

HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

HOLMEROVÁ, I. J. SUCHÁ a E. JAROLÍMOVÁ, 2009. *Péče o klienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost.

JIRÁK, R. I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, a.s.

KANTOR, J. M. LIPSKÝ a J. WEBER, 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

KOZEL, R. A. K., 2006. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s.

KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

KROUPOVÁ A KOL. K., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

LINKA, A., 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. Brno: Gloria.

LUPIENSKÁ, N., 2012. Ergoterapie v geriatрии. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, č 8-9, s. 30-31.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada publishing, a.s.

MÜLLER, O. a KOL., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada Publishing, a.s.

NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros .

POLICHRONOVÁ, L., 2004. Rehabilitační ošetřování u imobilního pacienta. *Sestra*. Praha, č 7/8, s. 57-58.

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s.

STAŇKOVÁ, M., 2005. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum.

ŠPATENKOVÁ, N. a B. BOLOMSKÁ, 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, s.r.o.

TÓTHOVÁ, V., 2000. *Ošetřovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.

TRACHTOVÁ, E. A. K., 2008. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: DONA.

WEHNER, L. a Y. SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Zák. č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

### **Zahraniční zdroje**

BARTLETT, H. a B. N. SAUNDERS, 1970. *The common base of social work practice*. New York: National Association of Social Workers.

FEIL, N. a V. D. KLEK-RUBIN, 2013. *Validation in Anwendung und Beispielen*. München: Ernst Reinhardt.

WEHNER, L. a Y. SCHWINGHAMMER, 2009. *Sensorische Aktivierung*. Wien: Springer - Verlag.

### **Internetové zdroje**

Dělení animoterapie, 2009. *Animoterapie.cz* [online]. Dostupné také z: <http://www.animoterapie.cz/aaa-aat-aae-aacr.htm>

Kočky vhodné pro felinoterapii. In: *Moje kočka: Vše o kočkách* [online]. Dostupné také z: <http://www.moje-kocka.cz/zivot-s-kockou/kocky-vhodne-pro-felinoterapii-615.html>

Koncept Smyslové aktivizace, 2017. In: *Smyslová aktivizace®* [online].2017. Dostupné také z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>

MEDLÍKOVÁ, J., 2011. Aktivizace všedního dne - několik myšlenek k aktivizaci. In: *PROHUMAN* [online].2011. Dostupné také z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/aktivizace-vsedniho-dne-nekolik-myslenek-k-aktivizaci-1-cast>

OPATRÍLOVÁ, D. a D. ZÁMEČNÍKOVÁ. Význam pohybových dovedností. In: *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením* [online]. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/pages/02-01-vyznam.html>

STEHLÍKOVÁ, L. Aktivizace aneb Cesta je náš cíl. In: *Betlém - Diakonie ČCE - středisko BETLÉM* [online]. Dostupné také z: [www.betlem.org/problematika-zdravotniho-postizeni](http://www.betlem.org/problematika-zdravotniho-postizeni)

Využití muzikoterapie, 2017. In: *Muzikoterapeutická asociace České republiky* [online].2017. Dostupné také z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/vyuziti-muzikoterapie>

### **Odborná periodika**

HANZOVÁ, J., 2012. Sociálně služby pre seniorov - nevyhnutnosť súčasnosti, naliehavosť budúcnosti.... *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, č 8-9, s. 14-15.

HLAVAČKOVÁ, J., 2016. Zmyslupne využitý voľný čas v zariadení sociálnych služieb a jeho význam pre seniora. *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, č 5.

HLAVÁČOVÁ, G., 2003. Přejchod seniorů do domova důchodců. *Sociální práce/ Sociální práca*. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, č 2, s. 157.

JANEČKOVÁ, H., 2015. Život vzpomínek v domovech - od jednotlivce ke komunitě - 1. část. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, č 5.

KANTOR, J., 2016. Muzikoterapie: Náměty pro hudební aktivity s uživateli v sociálních službách. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, č 4, s. 26-27.

LUPIENSKÁ, N., 2012. Ergoterapie v geriatрии. Možnosti individuální ergoterapie u seniorů v pobytovém zařízení. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, č 10, s. 14-16.

NEČASOVÁ, M., 2004. Respekt ke klientům na praktickém příkladě kvality života seniorů v domově. *Sociální práce/Sociální práca*. České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, č 4, s. 39-54.

VOJÍŘOVÁ, D., 2012. Aktivizace - proces, kterým jsou lidé vedeni k činnorodosti. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, č 10, s. 20-21.

VOJTOVÁ, H., 2011. Smyslová aktivizace pro seniory. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociální služeb ČR, č 12, s. 12.

## 8 Přílohy

Dobrý den,

jmenuji se Anežka Troppová a jsem studentkou 3. ročníku oboru charitativní a sociální práce. Ve své práci se věnuji **individuální aktivizaci imobilních klientů v pobytových zařízeních pro seniory**. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci. Dotazník je anonymní. V případě Vašeho zájmu Vás budu ráda informovat o výsledcích svého výzkumu.

- 1) Ve kterém zařízení pracujete?
  - a) Bohuslavice
  - b) Velká Bystřice
  - c) Chválkovice
  
- 2) Jaká je Vaše pracovní pozice?
  - a) Sociální pracovník
  - b) Pracovník v sociálních službách
  - c) Aktivizační pracovník
  - d) Jiné .....
  
- 3) Myslíte si, že aktivizace seniorů spadá do Vaší kompetence?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
- 4) Cítíte se dostatečně kvalifikováni k provádění individuální aktivizace?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
- 5) Vzděláváte se v oblasti aktivizace?
  - a) Ne
  - b) Ano – literatura
  - c) Ano – semináře
  - d) Ano – stáž v jiném zařízení
  - e) Ano – jiné.....

- 6) Navštěvujete **imobilní klienty** z důvodu aktivizace?  
*V tomto výzkumu se zaměřuji na imobilní klienty, kteří jsou schopni verbální komunikace a aktivizaci neodmítají.*
- a) Ano
  - b) Ne – v případě této odpovědi postupte na otázku 11.
- 7) Aktivizujete je pravidelně?
- a) Ano
  - b) Ne
- 8) Jak často to průměrně bývá?
- a) Každý den
  - b) 2-4x týdně
  - c) 1x týdně
  - d) 1x za 14 dní
  - e) 1x měsíčně
  - f) Méně často
- 9) Jakou metodou nejčastěji individuálně aktivizujete imobilní klienty?
- .....
- .....
- .....
- 10) Jak dlouho aktivizace zpravidla trvá?
- a) Do 10 minut
  - b) 11-20 minut
  - c) 21-30 minut
  - d) Více než 30 minut
- 11) Aktivizaci
- a) Provádím, protože si myslím, že je důležitá
  - b) Provádím, protože to žádá zaměstnavatel
  - c) Provádím, protože.....
  - .....
  - d) Neprovádím, protože.....
  - .....

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!**