

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2011

Bc. Dagmar Jelínková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

DAGMAR JELÍNKOVÁ

II. ročník – prezenční studium

Obor: speciálně pedagogická andragogika

AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY K OSOBÁM SENIORSKÉHO VĚKU
Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 25. března 2011

.....

Podpis autora práce

Poděkování:

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů k práci, ale i všem respondentům, kteří byli ochotni stát se „objekty“ mého šetření.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 STÁŘÍ	7
1.1 Vymezení základních pojmů	7
1.2 Klasifikace stáří	9
1.2.1 Kalendářní (chronologické) stáří	9
1.2.2 Biologické stáří	10
1.2.3 Sociální stáří	11
1.2.4 Psychické stáří	12
1.3 Chorobné procesy ovlivňující stáří	12
2 DEMENCE	16
2.1 Vymezení pojmu demence	16
2.2 Diagnostika demencí	18
2.3 Klasifikace demencí	20
2.4 Stadia demence	22
2.5 Nejčastěji se vyskytující typy demencí	24
2.5.1 Alzheimerova choroba	24
2.5.2 Demence při Parkinsonově chorobě	26
3 AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY K OSOBÁM SENIORSKÉHO VĚKU	28
3.1 Význam aktivizace u osob seniorského věku	28
3.2 Oblasti aktivizace u osob seniorského věku	29
3.3 Vzdělávání osob seniorského věku	30
3.3.1 Význam vzdělávacích aktivit u osob seniorského věku	30
3.3.2 Formy vzdělávání osob seniorského věku	31
3.4 Speciálněpedagogické terapie u osob seniorského věku	34
3.4.1 Vymezení terapie	34
3.4.2 Činnostní a pracovní terapie	35
3.4.3 Arteterapie	36
3.4.4 Muzikoterapie	37
3.4.5 Dramaterapie	39
3.4.6 Biblioterapie	41
3.4.7 Taneční terapie	42
3.4.8 Zooterapie	43

3.4.8.1 Canisterapie.....	44
3.5 Kinezioterapie	46
3.6 Trénink paměti	47
3.7 Aktivizační přístupy k seniorům s demencí.....	48
3.7.1 Reminiscenční terapie.....	48
3.7.2 Videotrénink interakcí	50
3.7.3 Realitní orientace	51
3.7.4 Další formy aktivizace u seniorů s demencí	53
3.7.4.1 Validační terapie	53
3.7.4.2 Rezoluční terapie.....	53
PRAKTICKÁ ČÁST	55
4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	55
4.1 Cíl šetření.....	55
4.2 Metodika šetření	55
4.3 Vzorek šetření	56
4.4 Analýza výsledků šetření	57
4.5 Závěr šetření a návrhy pro praxi	78
ZÁVĚR	80
Seznam použité literatury a použitých zdrojů.....	81
Klíčová slova	87
Seznam příloh	88
Anotace	

ÚVOD

Složení lidské populace se v současné době mění, na světě přibývá starších osob. S prodlužující se délkou života se stále více lidí dožívá vysokého věku, a proto je úkolem společnosti umět se na stáří včas a dobře připravit a zapojit se do hledání způsobů, které pomohou život ve stáří zkvalitnit. Jedním z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů je smysluplná aktivita. Aktivita všeobecně přispívá k větší životní spokojenosti a k udržování potřebné fyzické a psychické výkonnosti člověka.

Můj osobní zájem na zkvalitnění života osob seniorského věku vzbudila skutečnost, že mám již několik let možnost se pravidelně setkávat se seniory žijícími v domově pro seniory a být s nimi v blízkém sociálním kontaktu. Pravidelné návštěvy a praxe v domově mi umožnily získat mnoho nových zkušeností a postřehů při práci se starými lidmi. Výběr tématu také podpořil fakt, že studuji obor speciálně pedagogická andragogika, tudíž je velmi pravděpodobné, že budu v budoucnu pracovat v zařízení určeném pro osoby seniorského věku a získaný přehled o možnostech aktivizačních programů pro seniory pro mne bude zcela jistě přínosný.

Cílem diplomové práce je zmapovat aktivizační programy využívané při péči o seniory v domovech pro seniory v Olomouckém kraji a poskytnout čtenáři ucelený náhled na tuto problematiku. Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, části teoretické a části praktické. Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se zabývám vymezením základních pojmů jako je stáří, stárnutí a osoba seniorského věku. Dále se zaměřuji na klasifikaci stáří z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického a na nejčastěji se vyskytující chorobné procesy ve stáří. V druhé kapitole objasňuji pojmy „demence“, „Alzheimerova nemoc“ a „Parkinsonova choroba“. V poslední kapitole teoretické části práce popisují aktivizační přístupy k osobám seniorského věku.

V praktické části jsou popsány cíle šetření, metodika šetření, vzorek šetření, analýza šetření a závěr šetření diplomové práce. Cílem šetření bylo zmapovat aktivizační programy, které jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory v Olomouckém kraji, zjistit, které z nabízených aktivizačních programů jsou seniory využívány nejčastěji a zda o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy či muži.

Celkové zpracování diplomové práce bylo velice zajímavé a přínosné. Setkala jsem se s mnoha publikacemi a novými informacemi, které mi napomohly tuto práci zvládnout a dopracovat se k řádnému konci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

1.1 Vymezení základních pojmů

Stáří

Existuje mnoho definic pojmu stáří. Obecně můžeme stáří označit jako poslední etapu lidského života. Je však problematické určit, kdy tato etapa začíná. Každý člověk stárne různě rychle. Důvodů může být několik, neboť každý člověk je individualita. Zatímco někteří jedinci si zachovávají aktivitu a svěžest, jiní vykazují známky stárnutí velmi brzy. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184-185)

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).“ (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 9)

Bartko (1984, s. 372) ve své publikaci uvádí, že stáří je zákonitý a dovršující proces vývoje člověka.

Podle Haškovcové (1990) je stáří přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je nutné si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku. (Jarošová, 2006, s. 8)

Z hlediska společenského je člověk starý tehdy, když ho za starého považuje společnost. V průběhu historie se však tyto pohledy měnily. V roce 1800 byl za starého považován člověk okolo čtyřiceti let, v roce 1890 už padesátník. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185)

Stárnutí

„Stárnutí (také gerontogeneze) je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmější ve 4. deceniu, event. na přelomu 4. a 5. decenia.“

Je to proces individuální, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním způsobem.“ (Mühlpachr, Staníček, 2001 s. 12)

„Současně jde o proces asynchronní (heterochronní), postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivitou) či poškozováním (chorobnými procesy).“ (Mühlpachr, 2004, s. 22)

Štílec (2004, s. 14) ve své publikaci uvádí, že o délce života člověka rozhodují ze 60 – 70 % genetické faktory a ze 30 – 40 % vnější podmínky.

Renotierová (2006, s. 14) uvádí, že stárnutí je proces, který je doprovázen postupnou ztrátou fyzických a psychických schopností organismu. Zároveň je doprovázen nárůstem rizika akutního nebo chronického onemocnění, zdravotního postižení a smrti.

„Stárnutí je zákonitý a dovršující proces vývoje člověka. Nic nemůže existovat věčně, ani mládí, ani život člověka. Život a smrt tvoří jednotu. Stárí a smrt jsou zákony přírody, nemůžeme jim bránit ani uniknout.“ (Bartko, 1984, s. 372)

„Stárnutí je poslední fázi vývoje, kterou prožívá každý, i zdravý a úrazů ušetřený jedinec.“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 22)

„Stárnutí začíná v momentě narození. V matčině lůně se tomu říká vývoj plodu. Novorozenec se sice ještě dále vyvíjí, ale současně začíná stárnout. Buňky v některých orgánech fyziologicky zanikají, když vyčerpaly svou energii a splnily funkční poslání, a jsou nahrazovány nově se tvořícími.“ (Dienstbier, 2009, s. 13)

Pacovský (1990) rozlišuje fyziologický typ stárnutí, kdy je stárnutí normální součástí života, zákonitou epochou jeho ontogeneze. Dále pak hovoří o stárnutí patologickém, kterým může být například stárnutí předčasné. Za patologické stárnutí považuje stárnutí u osob, jejichž kalendářní věk je nižší než věk funkční. Stárnutí považuje za cestu do stárí, přechodné vývojové období mezi dospělostí a stářím. (Jarošová, 2006, s. 8)

Osoba seniorského věku

V odborné literatuře se vyskytují různé termíny označující osobu seniorského věku. V gerontologii se objevuje pojem „geront“, v psychologii pojem „senescent“ (tento termín bývá považován za zastaralý). Často se vyskytují i pojmy jako „důchodce“ nebo „starý“. V současné době se ustálil termín „senior“, který v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém věkovém období sénia. (Kozáková, Müller, 2006, s. 7)

Pojem „senior“ se ve vzdělávací praxi začal používat zejména proto, že je významově neutrální. Pro jeho kodifikaci ve vědách o výchově mluví to, že:

- neexistuje jiné emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém období stáří
- systémově navazuje na termín sénium
- je jednoznačný a flexibilní
- je příznivě přijímán

(Petřková, Čornaničová, 2004, s. 27)

Macháčková (2000) označuje seniora za osobu, jejíž psychický nebo fyzický stav vykazuje takové trvalé změny, pro které je zčásti nebo zcela závislá na pomoci jiných osob. (Jarošová, 2006, s. 9)

1.2 Klasifikace stáří

Lidský život bývá různým způsobem periodizován. Jednotlivých kategorizací existuje mnoho. Jednotné vymezení stáří není zcela jednoznačné. V následující podkapitole vymežíme stáří z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického. (Kozáková, Müller, 2006. s. 9)

1.2.1 Kalendářní (chronologické) stáří

„Kalendářní (chronologické) stáří je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace), tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.“ (Kalvach, 1997, s. 21)

Tak jak je problematické vymezení počátku stáří, je obdobně problematická i periodizace kalendářního stáří. Význam periodizace tkví v orientačním odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku. (Mühlpachr, 2004, s. 20)

V 60. letech minulého století se Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. WHO pracuje s následující klasifikací:

- *Rané stáří.* 60 – 74 let: Starší, stárnoucí člověk, vyšší věk.
- *Vlastní stáří.* 75 – 89 let: Pokročilé pravé stáří, sénium.
- *Dlouhověkost.* 90 let a více.

(Kozáková, Müller, 2006, s. 9)

V hospodářsky vyspělých zemích se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let.

V současné době se stále častěji používá následující členění:

- *Mladší stáří.* 65 – 74 let (young old)
- *Stáří senioři.* 75 – 84 let. (old - old)
- *Velmi staří senioři.* 85 a více let (very old)

(Kalvach, 1997, s. 21-22)

Věk nad 90 let je obvykle označován jako dlouhověkost. Počet lidí, kteří se tohoto věku dožívají, stoupá. Důvodem většinou bývá zvyšování úrovně lékařské péče, životní úrovně apod. V současné době se předpokládá maximální délka lidského života asi 125 let (dosud hodnověrně nedosaženo). (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 11)

1.2.2 Biologické stáří

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti.“ (Mühlpachr, 2005, s.16)

Příčiny stárnutí a stáří stále nejsou uspokojivě vysvětleny. Existuje velké množství hypotéz více či méně originálních, které se vzájemně prolínají a jejichž popularita osciluje. Velmi zjednodušeně můžeme rozlišovat tyto okruhy:

➤ *Epidemiologický přístup* říká, že:

- říká, že stárnutí a umírání jsou děje nahodilé – vykazují výraznou variabilitu a jsou podmíněny vnějšími a chorobnými vlivy (úrazy, choroby),
- údajně neexistuje přirozená smrt stářím, pouze smrt jako nehoda,
- život v optimálních podmínkách může být velmi dlouhý.

➤ *Gerontologický přístup*:

- stárnutí a umírání jsou zákonité procesy,
- tyto procesy vykazují druhovou specifickou blízkost u dvojčat,
- jsou kódovány genetickou informací,
- existuje přirozená smrt stářím,
- život se nad jistou hranici neprodlouží ani v optimálních podmínkách, nedojde-li k ovlivnění genetické informace.

(Kalvach, 1997, s. 19)

1.2.3 Sociální stáří

Sociální věk bývá spojován s určitými sociálními dovednostmi. Sociální stáří je období, jenž je vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji se jedná o penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost. (Mühlpachr, 2004, s.19)

Člověk by měl být na stáří připravován již v dospělosti, a to jak po stránce materiální, ale také např. vytvořením tzv. druhého životního programu, který mu umožní seberealizace a kvalitní život v důchodovém věku. Člověk by měl svůj odchod do důchodu přijmout jako výsledek přirozeného vývoje vlastní osobnosti. (Kozáková, Müller, 2006, s. 13)

V souvislosti se sociálním stářím můžeme hovořit o sociální periodizaci života, která zjednodušeně člení lidský život do 4 velkých období, tzv. věků.

První věk je označován jako předproduktivní věk – období dětství a mládí. Pro toto období je charakteristický růst, vývoj, vzdělávání, profesní příprava, získávání znalostí a zkušeností.

Druhý věk je označován jako produktivní věk – období dospělosti. Biologická (založení rodiny), sociální a pracovní produktivita.

Třetí věk – stáří.

Čtvrtý věk často bývá označován fází závislosti. Toto označení je však nevhodné. Odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

(Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 10)

1.2.4 Psychické stáří

Psychické stáří je podmíněno mnoha různými faktory. Například osobnostními rysy, výskytem charakteristických psychických změn v průběhu stárnutí a ve stáří, reakcí člověka na stáří. S psychickým stářím souvisí i tzv. subjektivní věk – jak se člověk cítí či jeho sebevědomí. (Kozáková, Müller, 2006, s. 13)

Pro psychické stáří je charakteristické velké snížení odolnosti vůči nepříznivým vlivům, odvrácení od materiálních hodnot k duchovním hodnotám, přechod od extroverze k introverzi, extrospekci střídá introspekce. Velice častý je sklon ke konservatismu. (Jesenský, 2000, s. 282-283)

Haškovcová (1990) konstatuje, že se ve stáří mění hierarchie osobních hodnot, postoje k sobě samému, k druhým lidem a ke společnosti. U sebehodnocení pak může vzniknout rozpor mezi tím, jak člověka hodnotí společnost a mezi subjektivním vědomím vlastní hodnoty. (Jarošová, 2006, s. 28)

Pro psychické stárnutí jsou typické změny poznávacích (kognitivních) schopností (zpomaluje se psychomotorické tempo, častá nechuť řešit problémy), změny paměti a učení (nižší koncentrace pozornosti, obtížné vybavování si některých názvů), změny emocionality (někdy přecitlivělost, snížená schopnost ovládat své emoce) či zpomalení psychomotorické a percepční činnosti (zpomaluje se rychlost reakce a rozhodování). (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185-197)

1.3 Chorobné procesy ovlivňující stáří

„Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku. Má však jiné dimenze než v raných decenních.

V praxi považujeme za zdravého takového geronta, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a má neporušenou sociální homeostázu.“ (Pacovský, 1990, s. 61)

Osoby seniorského věku jsou z hlediska zdravotního stavu vysoce heterogenní. Specifický je vysoký výskyt chronických a degenerativních onemocnění. Nemocnost narůstá až do nejvyšších věkových skupin, ženy všech věkových skupin vykazují větší počet zdravotních komplikací. U seniorů nad 80 let se vyskytuje vysoká polymorbidita (současný výskyt několika chorob najednou). Spektrum nemocí se mění s narůstajícím věkem. (Pidrman, 2007, s. 13)

Nejčastěji se vyskytující chorobné poruchy u současných seniorů:

➤ *Ateroskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy.*

A) Ischemická choroba srdeční (akutní infarkt myokardu, chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností).

B) Postižení mozkových tepen (mozkové cévní příhody, mozkové mrtvice, ochrnutí – nejčastěji hemiparéza či hemiplegie, multiinfarktová demence apod.).

C) Postižení tepen dolních končetin (může vést až k amputaci dolních končetin).

V současnosti lze účinně ovlivňovat rizikové faktory aterosklerózy a tím oddalovat nebo eliminovat její projevy. Mezi hlavní rizikové faktory aterosklerózy patří kromě samotného věku poruchy metabolismu tuků (vysoká hladina cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), nedostatek pohybu, obezita, kouření. (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 24)

➤ *Obstrukční choroba bronchopulmonální.*

Toto onemocnění vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením sliznic a pokožky. Časté jsou otoky zvláště dolních končetin. Nejčastější příčinou bývá chronický zánět průdušek, obvykle jako důsledek kouření. Prevencí je omezení nikotinismu, zlepšení životního prostředí a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest hrozící alergizací, zvláště u dětí.

➤ *Osteoartróza.*

Jedná se o degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které je odlišné od procesu stárnutí chrupavky.

Příčinou osteoartrózy bývá vrozená dispozice (nižší odolnost chrupavky), ale především přetěžování a drobná poranění kloubů. Zvláště závažná jsou postižení kloubů dolních končetin – kyčlí, kolen i drobných kloubů nohou. Prevencí je klouby nepřetěžovat, správná obuv, korekce ortopedických abnormalit (např. drobné asymetrie končetin zvládnutelné i úpravou obuvi).

➤ *Osteoporóza.*

Osteoporóza je vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti (density) a zvýšením rizika zlomenin. Onemocnění je časté u žen v klimakteriu a vede ke změně postavy (snížení výšky, nahrbený postoj), bolesti zad, obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech (tzv. „krček“ stehenní kosti, předloktí). Rizikem je deficitní strava, kouření, nadměrná konzumace kofeinu či drastické dlouhodobé redukční diety ve středním věku. (Kalvach, 1997, s. 54)

Důležitá je prevence již v mladším věku. K prevenci patří zejména fyzická aktivita a smíšená strava s dostatečným množstvím vápníku (sýry, mléko) a vitamínu D (ryby, vejce). (Dienstbier, 2009, s. 82-83)

➤ *Poruchy zraku.*

Stařeckou poruchu zraku, která začíná již po 45. roce věku, nazýváme presbyopií, jedná se o zhoršení elasticity oční čočky, která znemožňuje zaostřit obraz nablízko. (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 25)

S věkem se zhoršuje schopnost vnímání intenzity světla a rychlost, jakou se lidé dokáží přizpůsobit horším světelným podmínkám (neboli schopnost adaptace oka na vidění za šera). Stejně tak se zhoršuje i funkce opačná – schopnost regenerace oka (schopnost znovu vidět po oslnění). Další změnou je posun ve vnímání barev – starší lidé vidí v nažloutlejších odstínech. Červenou, oranžovou a žlutou barvu (barvy v blízkosti žluté části spektra) rozpoznávají poměrně dobře, ale zelenou, modrou a fialovou již rozlišují mnohem obtížněji. Tento problém se však objevuje až kolem osmdesátého roku. Staří lidé také pomaleji zpracovávají zrakové podněty a pro přesnou identifikaci potřebují pozorovat delší dobu. Velice často se ve stáří vyskytuje šedý zákal (katarakta) a zelený zákal (glaukom).

Bromley (1988) odhaduje, že zhruba 75 procent seniorů potřebuje brýle, a řada z nich nevidí zcela dobře ani s jejich pomocí.

➤ *Poruchy sluchu.*

V průběhu dospělosti sluch postupně slábne. Již v padesáti letech má řada lidí horší sluch.

Kosti středního ucha (kladívko, kovadlinka, třmínek) s přibývajícím věkem často tvrdnou, což má vliv na přenos zvuku, především zvuku o vysokých frekvencích. Staří lidé mohou trpět i tzv. tinitem („zvonění v uších“). „Zvonění v uších“ potlačuje ostatní zvukové signály a může být zdrojem trápení. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27-32)

Ke zhoršení sluchu, kterému říkáme presbycusis (stařecký sluch), většinou dochází ve velmi vysokém věku. Velmi často bývají příčinou zhoršení sluchu ušní zátka, které lze ovšem snadno odstranit. Existuje riziko, že další generace seniorů mohou mít závažnější problémy s nedoslýchavostí až hluchotou než dnešní senioři - nadměrné množství hluku v mládí. (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 25)

➤ *Demence.*

Demence vzniká v důsledku poškození mozku, nejčastější příčinou demence ve stáří je Alzheimerova nemoc spolu s multiinfarktovou demencí. Ve většině případů se jedná o stav nevratný. (Coni, Davison, Webster, 1992, s. 84-85)

Demence se může objevit kdykoli v průběhu dospělého života, s věkem se však zvyšuje pravděpodobnost onemocnění demencí. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 177)

2 DEMENCE

2.1 Vymezení pojmu demence

Pojem demence vznikl spojením latinských slov *de* (bez) a *mens* (mysl, rozum). Jedná se o získanou (sekundární) poruchu inteligence, která vzniká až po druhém roce ontogenetického vývoje. Demence má většinou progredující charakter, s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. V průběhu času mohou některé demence svoji progresi zpomalit či dokonce zastavit. (Müller, 2006, s. 18-19)

Demence (F00 – F03) je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definována jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“ (Koukolík, Jiráček, 1999, s. 16)

„*Demence je oslabení rozumových schopností. Jde o snížení již vyvinuté inteligence, duševních schopností, v jejichž důsledku dochází k rozpadu schopností rozumových, soustředění, pracovního výkonu a sebeovládání.*“ (Rheinwaldová, 1999, s. 84).

„*Demence v první řadě postihují tzv. kognitivní (poznávací) funkce – paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejvýraznější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – halucinacím a iluzím. Mohou se také, většinou přechodně, objevit rovněž závažné poruchy myšlení – bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence.*“ (Mühlbacher, 2008, s. 41)

O demenci se často hovoří jako o „nemoci stáří“, ale občas se vyskytuje také u lidí mladších 65 let. Mezi 45. a 54. rokem demenci trpí jen 0,025 procenta populace. U 65letých osob je rozsah výskytu stále nižší než jedno procento, ale ve skupině mezi 65. a 70. rokem už stoupá na 2,5 procenta. Potom se každých pět let procento zdvojnásobuje. Demence tak převládá mezi velmi starými lidmi. U osob ve věku 85 let a starších trpí demencí každý pátý. V České republice žije zhruba sto tisíc osob s demencí (což je přibližně 1 % populace). (Buijsen, 2006, s. 17)

Podle Buijssena (2006, s. 18) není přesná příčina demence známá. Není však pochyb o tom, že ve vývoji nemoci hrají roli genetické faktory. Výzkumy dokázaly, že příímí příbuzní lidí s demencí mají dvakrát vyšší riziko, že se u nich vyvine demence, než ostatní. Také je známo, že je vyšší riziko vzniku demence u lidí, kteří někdy v životě utrpěli vážné poranění lebky, a také u těch, kteří mají chronický vysoký tlak. Zvýšený krevní tlak zvyšuje riziko výskytu nejen vaskulární demence, ale také zdvojnásobuje riziko vzniku Alzheimerovy nemoci.

Obecná diagnostická kritéria pro demenci:

➤ *Úbytek paměťových funkcí.*

Úbytek paměťových funkcí se nejnapadněji projevuje při učení novým informacím, postupně dochází i k obtížím ve vybavování si starších vědomostí. S poruchami paměti bývají často spojeny poruchy pozornosti. Nemocný člověk má problém se soustředit a nic nového se nenaučí. S postupem času může dojít k tak závažnému úbytku paměťových kompetencí, že si nemocní nedovedou vybavit ani svoje jméno apod.

➤ *Úbytek dalších kognitivních funkcí.*

Jedná se především o kvalitu myšlení. Myšlení je nevýbavné, rigidní, stereotypní. Nemocný člověk není schopen zpracovávat ani běžné informace, není schopen plánovat, organizovat či rozhodovat se. Myšlení se rozpadá, je nesouvislé. Postupně dochází ke ztrátě logického myšlení.

➤ *Apraxie.*

Jedná se o úpadek naučených motorických dovedností, stereotypů, a o ztrátu schopnosti užívat běžné nástroje (např. nůž, nůžky). Nemocný člověk najednou neví, jak se předmět používá.

➤ *Poruchy řeči.*

Tyto poruchy mohou odrážet narušené myšlení (např. se může objevit ulpívavý verbální projev u nemocného, stereotypně opakuje jednu větu). U člověka nemocného demencí může dojít ke vzniku afatických poruch. Nemocný člověk přestává rozumět mluvené a psané řeči, není schopen se adekvátně vyjádřit. Narůstá nechuť komunikovat s okolím.

➤ *Poruchy emotivity.*

Tyto poruchy jsou typickým příznakem demencí. U nemocného dochází ke zhoršení kontroly emocí (zvýšený sklon k emoční labilitě, dráždivosti, někdy i k afektům). Toto emoční napětí se může projevovat i tělesným neklidem (nutkání k stereotypním pohybům). V pokročilejším stadiu demence, může být nemocný člověk citově oploštělý a apatický.

➤ *Poruchy motivace.*

Motivace může být zúžena u většiny nemocných. Tento problém může vést až k úplné ztrátě iniciativy a zájmu o cokoli (apaticko-abulický syndrom). Motivace může být jednostranně akceptovaná, často se jedná o projev určitého odbrždění nějaké pudové složky (např. potřeba sexuality, jídla).

(Vágnerová, 1999, s. 137-138)

➤ *Poruchy spánku.*

Poruchy spánku jsou častým doprovodným příznakem demence. U poruch spánku je typický posun cyklu spánku a bdění. Někdy může docházet až ke spánkové inverzi, která se projevuje tendencí k noční aktivitě a denní ospalosti. Velice důležitý je dostatek pohybu nemocného a přiměřená fyzická aktivace. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 75)

U nemocných demencí dochází ke zhoršení celkové adaptability. Přestávají respektovat běžné normy chování, ztrácejí schopnost empatie, stávají se bezohlednými, velice často egocentrickými a sobeckými. Tito lidé nepocítují žádnou vinu a později mizí i pocity studu. S úpadkem paměti také souvisí porucha orientace v prostředí. Nemocní jsou dezorientováni, neví, kde se nachází, bloudí i v dobře známém prostředí. Postupně může dojít až ke ztrátě identity. (Vágnerová, 1999, s. 139)

2.2 Diagnostika demencí

Zřejmě nejrozšířenějším testem psychických a paměťových schopností, který spolehlivě určuje střední a těžkou demenci u nás, je mezinárodně široce užívaný Folsteinův MMSE (Mini-Mental State Examination) (tab. 1), „mini vyšetření“ duševního stavu. Test MMSE vyšetřuje některé neuropsychologické funkce poškozené syndromem demence – paměť, řeč, jazyk, časoprostorovou orientaci. (Koukolík, Jirák, 1999, s. 12)

Maximální skóre MMSE testu je 30 bodů. Za hraniční se při diagnóze demence považuje hodnota skóre 23, méně než 23 svědčí pro poruchu kognitivních funkcí. (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 19-20)

„Jedná se o otázky vyžadující znalosti, kterými by měl disponovat každý normálně stárnoucí člověk, třeba i nepříliš inteligentní.“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 180)

Stuart-Hamilton (1999, s. 181) dále uvádí, že dotazník spolu s klientem vyplňuje osoba, která o klienta pečuje, a to pro případ, kdyby si klient nevzpomněl na činnosti z předešlých dní.

Protože je test MMSE zaměřen spíše na diagnostiku Alzheimerovy nemoci, je vhodné doplnit jej testem zaměřeným na vyhledávání vaskulárních demencí, který se nazývá Hachinskeho skóre. (Koukolík, Jiráček, 1999, s. 14)

Tab. 1. MMSE (Mini-Mental State Examination)

Max. počet bodů	Orientace
5	Jaký je rok? (roční doba?) Měsíc? Den v týdnu? Sdělte dnešní datum.
5	Kde jsme? V jakém státě? Městě? Nemocnici? Patře?
	Rozsah pozornosti
3	Vyšetřující pojmenuje tři objekty, jeden za sekundu. Pacient pojmenování opakuje. Podle potřeby vyšetřující pojmenovávání opakuje, tolikrát, než nemocný správně předměty pojmenuje. Počet opakování se registruje.
	Pozornost a počítání
5	100 – 7... a dále. Za každý správný výsledek 1 bod. Po pěti odpovědích testování končí.
	Paměť
3	Vyšetřující se zeptá na tři výše jmenované objekty. Za každou správnou odpověď je 1 bod.
	Řeč
9	Pojmenovat tužku a náramkové hodinky. Za správnou odpověď 1 bod. Opakujte: „Žádné kdyby nebo ale...“ Za správné opakování 1 bod. Tříčlenná instrukce: „Do pravé ruky uchopte list papíru. Přeložte jej uprostřed. Položte jej na zem.“ Za každý správný krok 1 bod. Udělejte, co je zde napsáno: „Zavřete oči“. „Napište větu“. „Nakreslete dva pětiúhelníky, které se částečně překrývají“. Za každý správný úkon 1 bod.
30	Celkový počet bodů

(Koukolík, Jiráček, 1999, s. 13)

Čtvrté vydání Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (DMS IV) uvádí následující obecná kritéria diagnózy demence:

A. Rozvoj poruch poznávacích funkcí, které se projevují:

A1: poškozením paměti (poškozením paměti naučit se nové informace nebo vybavit si dříve naučené informace),

A2: jednou (nebo větším počtem) následujících kognitivních poruch:

- afázií
- apraxií
- agnózií
- poruchou exekutivních (výkonnostních) funkcí (plánování, organizování, sekvencování, abstrahování).

B. Defekty kognitivních funkcí uvedené jak v kritériu A1, tak v kritériu A2, jsou příčinou významného poškození funkce ve společnosti nebo v zaměstnání, a v porovnání s předchozí úrovní představují významný pokles.

Lékař má možnost využít laboratorní vyšetření. V rámci laboratorních vyšetření se realizují vyšetření biochemická, sérologická a hematologická. Obvykle se využívají i zobrazovací metody. Kombinací uvedených vyšetření se dospěje k potvrzení nebo zamítnutí diagnózy demence a k určení pravděpodobné příčiny. (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 45)

2.3 Klasifikace demencí

V odborné literatuře můžeme najít několik klasifikačních schémat. V Evropě je rozšířené schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize). Toto schéma se používá převážně v medicínské praxi.

V odborné literatuře se častěji než schéma Mezinárodní klasifikace nemocí užívá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (DMS IV.). (Mühlpachr, 2004, s. 51)

Pro ne-lékařské potřeby je velmi praktické užívat Švédské schéma (Swedish Konsensus on Dementia and Dementia diseases). Do třídění demencí vnáší topografické, patofyziologické a neuropsychiatrické hledisko. (Koukolík, Jiráček, 1999, s. 29)

Dle tohoto třídění lze demenci rozdělit podle příčiny do 3 základních skupin:

➤ *Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence.*

- Alzheimerova choroba.
- Korová nemoc s Lewyho tělisky (pokládána za variantu Alzheimerovy choroby).
- Demence při Parkinsonově chorobě.
- Huntingtonova chorea.
- Pickova choroba.
- Další vzácně se vyskytující demence.

➤ *Ischemicko-vaskulární demence.*

Způsobeny kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Mezi tyto faktory řadíme především cévní poruchy, které pak vedou k mozkovým infarktům. Do této skupiny demencí řadíme:

- Multiinfarktová demence (vzniká po mnohočetných infarktech mozkové kůry).
- Vaskulární demence s náhlým začátkem (stejný obraz a průběh jako multiinfarktová demence).
- Binswangerova choroba (vzniká především na podkladě vysokého krevního tlaku).
- Další vzácné typy vaskulárních demencí.

➤ *Symptomatické (sekundární) demence.*

Způsobeny řadou různých nemocí, úrazů, intoxikací.

- Demence infekčního původu (např. demence při AIDS).
- Demence způsobené nekonvenčními infekčními činiteli (Creutzfeldtova-Jakobova choroba).
- Poúrazové demence.
- Demence při mozkových nádorech.
- Tzv. paraneoplastické demence (při nádorových onemocněních).
- Demence na podkladě intoxikací (alkoholová demence, demence při chronickém zneužívání drog apod.).
- Metabolicky podmíněné demence (demence při selhávání jater nebo ledvin).
- Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí.
- Demence při nedostatku některých vitamínů.
- Demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem mozkomíšního moku.
- Další vzácně se vyskytující demence.

(Mühlpachr, 2008, s. 51-52)

2.4 Stadia demence

Byla vypracována řada stupnic k určení hloubky demence. Dostatečně podrobná, reprodukovatelná a přesná je sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny z roku 1982:

1. *Bez postižení kognitivních funkcí.*

Žádné stížnosti na paměť nejsou. V průběhu rozhovoru nejsou zřejmé paměťové poruchy.

2. *Počínající postižení kognitivních funkcí.*

Klient si stěžuje na poruchy paměti zejména v následujících směrech:

- a) zapomíná, kam položil běžně užívané předměty
- b) zapomíná jména lidí, které dobře znal

V průběhu rozhovoru nejsou zřejmé poruchy paměti. Nápadné poruchy nejsou v osobním ani v profesionálním životě.

3. *Lehké postižení kognitivních funkcí.*

Objeví se funkční poruchy, a to ve více než jedné z následujících situací:

- a) jakmile se nemocný nalézá v místě, které do té doby nenavštívil, bývá zmatený
- b) spolupracovníci si všímají poklesu výkonu
- c) blízcí lidé si povšimnou poruchy paměti pro jména a obtíží při hledání slov
- d) z předneseného textu si nemocný pamatuje poměrně malé množství podrobností
- e) nemocný si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se setkal prvně
- f) nemocný ztrácí cenné předměty nebo zapomíná, kam je uložil
- g) v průběhu testování je u nemocného zřejmá porucha soustředění

4. *Středně těžké postižení kognitivních funkcí.*

Při pozorném vyšetřování jsou zřejmé poruchy v následujících doménách:

- a) zužuje se povědomí o současném a minulém dění
- b) v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy
- c) objevují se poruchy soustředění při počítání z hlavy
- d) poruchy v každodenní péči o sebe sama, např. při manipulaci s penězi

5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí.

Bez jistého stupně pomoci není nemocný schopen samostatného života. Dochází k dezorientaci v čase (datum, den v týdnu, roční doba apod.) nebo v místě. Nemocní v tomto stadiu si však pamatují vlastní jméno i jméno svého životního partnera a dětí. Nepotřebují pomoc k cestě na toaletu ani při jídle, s výběrem šatstva však mohou mít problémy.

6. Těžké postižení kognitivních funkcí.

Nemocní si přestávají vybavovat jméno svého partnera, přestože jsou na něm zcela závislí. O aktuálních událostech a mimořádných okamžicích svého života už nevědí téměř nic. Potřebují pomoc při každodenní péči, mohou být inkontinentní. Často se objevují bludy, neklid, úzkost či útočné chování.

7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí.

Postupně vyhasínají všechny řečové funkce. Pacienti vydávají pouze zvuky. Zaniká hybnost, nemocný není schopen chůze.

(Koukolík, Jirák, 1999, s. 16-18)

Vedle výše prezentované stupnice je rozsáhle používaná také zjednodušená prezentace stadií demence, která je rovněž uváděná v odborné literatuře. Ta demence podle symptomatologie rozděluje do tří stadií.

➤ *Mírná demence.*

Je patrný pokles paměti, který je na obtíž při každodenních činnostech, ale je možný soběstačný život. Nemocní si hůře zapamatovávají nové paměťové obsahy, často ztrácejí věci.

➤ *Středně těžká demence.*

Paměť je již narušena natolik, že to interferuje se schopností soběstačnosti. Nemocní nejsou schopni vykonávat smysluplné činnosti, paměť je narušena ve všech složkách.

➤ *Těžká demence.*

Postižení lidé jsou plně odkázáni na péči jiné osoby, nejsou schopni ani základní denní rutiny. Mají velmi těžké poruchy paměti ve všech složkách.

(Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 53)

2.5 Nejčastěji se vyskytující typy demencí

2.5.1 Alzheimerova choroba

Veřejnost o této nemoci poprvé informoval německý lékař Alois Alzheimer (1864-1915). V roce 1906 popsal na své přednášce úpadek mentálních funkcí lidského mozku, který je doprovázený změnami v mozkové kůře. Alzheimer své zjištění demonstroval na případě 51leté ženy Auguste D., která byla hospitalizována v Městském centru pro mentálně postižené ve Frankfurtu nad Mohanem na základě snížené schopnosti poznávat okolí a uvědomovat si sebe samu. Dále u ní byla zjištěna ztráta psychosociálních schopností, poruchy řeči, agresivní chování a měla i sluchové halucinace a bludy. Alois Alzheimer měl po její smrti možnost prozkoumat její mozkovou tkáň. Byla objevena nová nemoc, která byla o rok později pojmenována podle svého objevitele. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 11-12)

Vlivem stárnutí dochází ke snížení objemu a hmotnosti mozku. Stejně tak u Alzheimerovy choroby zjišťujeme mozkovou atrofii, tj. úbytek mozkové tkáně. Zánik mozkových buněk nejvíce postihuje nervové buňky tzv. cholinergního systému jenž je velmi důležitý pro mechanismus paměti. V mozku se také ukládá beta- amyloid, která tvoří krystalická jádra ložisek, kde odumírají nervové buňky. V nervových buňkách dochází k přeměně bílkoviny, která se nazývá TAU protein, a vznikají tzv. neuronální uzlíčky. Postižené nervové buňky pak zanikají. (Mühlbacher, 2004, s. 56-57)

Hátlová a Suchá (2005, s. 16) uvádí, že v počátečních stádiích Alzheimerovy choroby dochází ke změně osobnosti. Mezi první příznaky řadí sklony k zapomnětlivosti, ztrátu dřívějších zájmů, apatii či úpadek v etické a estetické sféře. Dále se vyskytují poruchy soudnosti, logického úsudku, řeči, prostorové orientace a představivosti. Postupně přicházejí poruchy kognitivních funkcí, zejména paměti, která bývá porušena ve všech složkách. Nejvíce bývá narušena krátkodobá paměť. V posledních stádiích Alzheimerovy choroby je paměť narušena tak silně, že dochází k amnestické dezorientaci nemocného. Lidé jsou pak zcela dezorientováni v místě, čase a nezřídka i v sociálních vztazích.

Jedná se o nejčastěji se vyskytující demenci, která má na svědomí zhruba 50 – 70 procent všech případů demencí (Stuart-Hamilton, 1999, s. 183)

Alzheimerova choroba obvykle probíhá 3 až 8 let. Muži na tuto chorobu umírají dříve než ženy.

Nemocní lidé většinou umírají na nějakou chorobu, kterou by stejně starý člověk bez Alzheimerovy choroby přežil (např. záněty průdušek, plic, následky úrazů). (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 54)

Stoprocentně účinná prevence nemoci dosud nebyla nalezena. Mezi nejrizikovější faktory, které Alzheimerovu nemoc podmiňují, patří věk. Výskyt nemoci před 60. rokem života je vzácný. U populace starší 65 let se vyskytuje u 5 % lidí. U osob starších 85 let je to jedna třetina až jedna polovina. Dalším negativním faktorem je nízká úroveň vzdělání a malá duševní aktivita. Z výzkumů vyplývá, že u vysokoškolsky vzdělaných lidí je výskyt tohoto onemocnění nižší. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 15-19)

Příznaky demence Alzheimerova typu:

Onemocnění se vyvíjí plíživě a nenápadně. Prvním příznakem bývá porucha paměti, která se projevuje zapomínáním běžných každodenních událostí (nemocný například zapomene vypnout vařič, zavřít vodu v koupelně apod.). Tito lidé neustále něco hledají, což zvyšuje jejich pocit nejistoty a napětí. Nemocný člověk není schopen odpovědět na otázku, co měl dnes k obědu, kde byl dnes na nákupu či koho potkal. Porucha paměti vede ke ztrátě schopnosti orientovat se v čase a prostoru. Nemocní se ztrácejí ve městě, netrefí známou cestou od autobusu, nevědí, zda je ráno či večer. Postupně se přidává i porucha řeči. Řeč je sice plynulá, ale často obsahově prázdná, nemocní často hledají správná slova. Vyskytují se i různé druhy apraxie, což je neschopnost provádět naučené úkony, např. odemykat a zamykat dveře. Velice často dochází k poruchám sexuálních funkcí. Může dojít buď k poklesu potence, avšak někdy může naopak dojít ke zvýšenému zájmu o sexualitu. V pokročilejší fázi onemocnění klesá schopnost komunikace s okolím, nemocní bývají apatičtí, přestávají poznávat kamarády, příbuzné. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 91)

Nemocní Alzheimerovou chorobou postupně přestávají dodržovat společenská pravidla. Objevují se osobnostní rysy jako je egocentrismus, negativismus, sobectví. Tito lidé bývají často podezíraví. (Vágnerová, 1999, s. 141)

Alzheimerovu chorobu lze rozdělit do tří stadií:

➤ *Lehké stadium.*

Toto stadium je spojeno s poruchami paměti, které si jedinec uvědomuje, mohou se začít objevovat poruchy aktivit běžného života, ztráta iniciativy a průbojnosti.

Nemocný člověk je relativně samostatný, ale občas potřebuje určité návody a pomůcky, cedulky, občasné zatelefonování, aby se mu připomenula návštěva lékaře apod.

➤ *Střední stadium.*

Poruchy paměti a intelektu se prohlubují. Jsou již výrazné poruchy aktivit běžného života, jedinci se hůře orientují v prostoru a čase. V tomto stadiu se mohou vyskytovat poruchy chování, nálad, spánku. Charakteristická je potřeba prakticky nepřetržitého dohledu a dopomoci při sebeobslužných aktivitách. Toto období je obdobím nejdelším. Trvá 2 až 10 let a pro pečující osobu je také obdobím nejnáročnějším.

➤ *Těžké stadium.*

Toto stadium se vyznačuje těžkou poruchou poznávacích funkcí, těžkou poruchou běžných denních aktivit, chování, obtíže při příjmu potravy, lidé jsou plně odkázáni na péči svého okolí. Nemocní lidé potřebují ošetrovatelskou péči.

(Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 37-38)

Holmerová, Jarolímová a Suchá (2007, s. 10) dále uvádí, že Alzheimerovou chorobou je v současné době postiženo 25 miliónů lidí na celém světě. V České republice žije zhruba 100 tisíc osob trpících Alzheimerovou nemocí. Neradostnou zprávou je, že vzhledem k neustále se prodlužujícímu věku budou tato čísla narůstat. Očekává se, že v roce 2050 bude jen ve Spojených státech 14 – 16 miliónů nemocných.

2.5.2 Demence při Parkinsonově chorobě

Nemoc byla poprvé uceleně popsána roku 1817 anglickým lékařem Jamesem Parkinsonem. (Berger, Kalita, Ulč, 2000, s. 7)

„Parkinsonova nemoc je degenerativní onemocnění bazálních ganglií spojené s úbytkem dopaminu v postižené tkáni. Vyskytuje se u postižených osob zpravidla ve věku od šedesáti let, výjimečně může začít už ve čtyřiceti letech. Pozvolna se vyvíjí rigidita, tj. plastická svalová ztuhlost. Z obličeje mizí výraz, nastává flekční držení horních končetin a klidový třes. Chůze je bez souhybů. U rigidity je nápadné zvýšení posturálního tonu; při pasivním ohnutí končetiny naskakuje sval zvyšováním napětí (tzv. příznak „ozubeného kola“). Tato dříve nevyléčitelná nemoc se dnes dá léčit medikamentózně, popř. operacemi na bazálních gangliích.“ (Sovák, 2000, s. 238)

Začátek onemocnění je většinou nenápadný. Především se jedná o bolesti ramen, zad, pocit ztráty výkonnosti, zácpu, poruchy spánku, tichý a monotónní hlas.

Tyto příznaky však doprovázejí i mnohá jiná onemocnění, a nejsou tedy příliš specifické. Později, za několik měsíců či let, se objevují 3 základní příznaky parkinsonismu: hypokineze, rigidita a tremor.

Nemocného k lékaři nejčastěji přivádí třes končetin. Tremor se postupně zhoršuje a je nápadný i při klidové poloze končetin. Jakmile nemocný rukama aktivně pohybuje, např. při oblékání, třes se zmírňuje. V pokročilejších případech se charakter tremoru může změnit, obvykle přetrvává i při pohybu a může obtěžovat např. při jídle (bryndání polévky apod.). Třes je závislý na emoci. Pocit strachu, rozrušení, úzkosti, ale i radosti třes zvyšuje. Tremor častěji postihuje ruce než nohy, a to buď na jedné straně těla, nebo asymetricky na obou. Vzácně se může objevit na břišních či hrudních svalech, na jazyku, rtech a bradě. V jiných případech se začne Parkinsonova nemoc projevovat hypokinezí a rigiditou bez doprovodného tremoru. Nemocní lidé si stěžují na slabost dolních končetin při chůzi nebo na neobratnost ruky při běžných výkonech, jako je zapínání knoflíků apod.. Hypokineze se projevuje výraznou chudostí obličeje (hypomimie) a snížením až vymizením souhybů končetin při chůzi. Nápadné je ochuzení gestikulace, obtížné vstávání ze židle, zpomalení chůze a řeči či obtížné překonávání překážek. Typickým příznakem parkinsonismu je ztížení startu zamýšleného pohybu. Nemocný je jakoby přikován na místě a když se dá konečně do pohybu, tak cupitá na místě (hypotonic freezing). V noci mají mnozí nemocní problémy s nespavostí, problémy jim činí přetočit se ze strany na stranu, změnit polohu. Rigidita se projevuje zvýšením svalového tonu především flexorů, ale i extenzorů, což má za následek flekční držení končetin a trupu.

U některých nemocných je zvýšená sekrece slin, potu, slz a kožního mazu, především v obličeji. Časté jsou poruchy vyprazdňování močového měchýře a tlustého střeva, zažívací obtíže či psychické poruchy. Nejčastější psychiatrickou komplikací přidruženou k Parkinsonově chorobě je deprese. (Berger, Kalita, Ulč, 2000, s. 29-31)

3 AKTIVIZAČNÍ PŘÍSTUPY K OSOBÁM SENIORSKÉHO VĚKU

3.1 Význam aktivizace u osob seniorského věku

Jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů bývá pojímána aktivita. Je to dáno tím, že všeobecně přispívá k jejich vyšší životní spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku (z dobře vykonané práce, smysluplně stráveného času, dobrých rodinných vztahů apod.), ale také proto, že přispívá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti, a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti. (Kozáková, Müller, 2006, s. 36)

Stuart-Hamilton (1999, s. 170-171) uvádí, že nejlepší strategií pro staré lidi je zůstat co nejaktivnější. Životní spokojenost je nejvyšší u seniorů, kteří se aktivně zapojují do společenských aktivit.

„Aktivizace je specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností.“ (Jurečková, 2003, s. 144)

Aktivizace čerpá z přirozených vlastností člověka být aktivním, je-li člověk pasivní, dochází k tělesným, sociálním i duševním atrofiím neboli poklesu tělesné a duševní kondice a sociálnímu stavu. K aktivizaci je třeba přistupovat s rozmyslem, důležité je respektovat přání a možnosti konkrétního člověka. Základem je individuální přístup. (Kalvach, 1997, s. 82)

Aktivizaci chápeme jako:

- prevenci fyzického, duševního, společenského či duchovního chátrání;
- cestu k uspokojení fyzických, psychických, společenských a duchovních potřeb;
- to, co dává příležitost k úsměvu a dává smysl a hodnotu životu;
- možnost užívat si života, mít se z čeho a na co těšit.

(Jurečková, 2003, s. 144)

Úkolem aktivizačních programů je aktivizace klienta. Základními východisky pro tuto činnost jsou znalost situace klienta, jeho životní historie, zájmová orientace, profesionální zaměření, rodinná struktura a zdravotní stav. (Vostrovská, 1998)

Rheinwaldová (1999, s. 12-13), ve své publikaci uvádí, že účinné a vyhledávané jsou takové aktivity, které plně uspokojují potřeby seniorů. Aktivizační program musí dávat seniorům příležitost uplatňovat všechny své schopnosti a funkce.

V ranějších vývojových stádiích je člověk aktivizován především profesní činností, rolí v rodině, volnočasovými aktivitami, apod.

Po ukončení pracovní činnosti člověk ztrácí hlavní složku aktivní činnosti, svou profesní roli. Tato změna s sebou často přináší velkou dávku volného času. Pro seniora je žádoucí, aby ho užitečně a smysluplně využil způsobem, který mu dodá pocit uspokojení, užitečnosti a přispěje k udržení duševního i fyzického zdraví.

U všech aktivizačních postupů platí, že druh aktivity nemůžeme stanovit podle svého nápadu nebo plánu, ale je třeba obrácené cesty, což je směr od klienta k poskytovateli služby. A ten mu jen podá ruku k další cestě za kvalitou jeho života s respektováním svobodné vůle ke spolupráci. (Vostrovská, 1998)

Rheinwaldová (1999, s. 20-21) dále uvádí, že úspěch každého aktivizačního programu v domovech pro seniory závisí zejména na nadšení personálu, tvořivé přípravě programů a na připravenosti obyvatel.

V domovech pro seniory v ČR vedou aktivizační programy většinou zdravotní sestry nebo sociální pracovnice, jen výjimečně mají v domovech ergoterapeuta. V domovech pro seniory, kde si mohou dovolit ergoterapeuta nebo jiného pracovníka speciálně vyškoleného ve vedení terapeutických programů, by měl mít programovou náplň domova na starosti tento pracovník. Jeho úkolem je například navrhovat aktivizační programy, hodnotit jejich prospěšnost a koordinovat je s ostatními aktivitami a denním chodem domova. Obecně však můžeme říci, že aktivizační pracovník je ten, který aktivizuje. Mohou to být tedy pracovníci v sociálních službách v přímé péči, sociální pracovníci či zdravotní sestry.

3.2 Oblasti aktivizace u osob seniorského věku

V současné době žije velká část seniorů v zařízeních sociálních služeb (Domovy pro seniory, Domy s pečovatelskou službou atd.). Aktivizací seniorů se však zabývají i zdravotnická zařízení, denní centra či vzdělávací instituce. (Kozáková, Müller, 2006, s. 39)

Kozáková a Müller (2006, s. 37-38) dále uvádí některé oblasti aktivizace seniorů:

- rehabilitační péče ve zdravotnictví (například fyzioterapeutické postupy),
- podpora rovnosti příležitostí na trhu práce a podpora zaměstnávání seniorů jako prodloužení „aktivní“ fáze jejich života,
- dostatečná nabídka různých forem institucionálně vedeného vzdělávání seniorů (např. kurzy či přednášky organizované v oblasti neziskového i státního sektoru, univerzity třetího věku, akademie třetího věku),
- dostatečná nabídka možností uplatňování zájmových aktivit (četba, jízda na kole, turistika, procházky, zahrádkářství, ruční práce, křížovky),

- dostatečná nabídka možností společenského života (tu nabízejí např. kluby důchodců, centra pro seniory, denní stacionáře, divadla, knihovny),
- rovnost příležitostí zapojit se do společenského života.

Rheinvaldová (1999, s. 23) ve své publikaci vymezuje oblasti aktivizace takto:

- rukodělné práce, tvořivé činnosti,
- společenské programy, hry, hudba, tanec,
- sport, cvičení, sportovní hry,
- činnosti venku v přírodě,
- náboženské programy,
- vzdělávací programy.

3.3 Vzdělávání osob seniorského věku

V současné době je vzdělávání chápáno jako celoživotní proces. Jedním z důležitých požadavků celoživotního vzdělávání je, aby bylo zpřístupněno všem. Cílem celoživotního vzdělávání je vytvořit takové podmínky a vzdělávací příležitosti, aby lidé cítili potřebu vzdělávat se a také mohli tuto svou potřebu uspokojit v průběhu celé své životní dráhy, tedy i v seniorském věku. (Mühlpachr, 2004, s. 132)

V padesátých letech vznikla vědní disciplína gerontopedagogika (gerontogogika). Gerontopedagogika je v širším slova smyslu definována jako teoreticko-empirická disciplína zaměřená na pomoc, péči a podporu seniorů. Jejím hlavním posláním je pomoci najít úctu k vlastnímu bytí a zodpovědnost za svůj život a vymezit novou roli stáří v postmoderní době. (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 52)

3.3.1 Význam vzdělávacích aktivit u osob seniorského věku

Jako každý cílevědomý proces, tak i vzdělávání seniorů má své poslání. To se vymezuje ve dvou rovinách:

- *ve vztahu k jednotlivci (seniorovi),*
- *ve vztahu ke společnosti.*

Ve vztahu k seniorovi mohou vzdělávací aktivity znamenat:

- rozšíření možnosti uspokojovat vzdělávací potřeby seniora,
- příležitost navozovat, stimulovat a udržovat vývojový potenciál člověka v seniorském věku,
- podporu možnosti svobodné volby seniora v rámci životní dráhy,
- podporu přijetí úloh seniorského věku,

- zdroj životního elánu,
- prostředek obohacování života osob seniorského věku.

Vzdělávání může usnadnit komplexní chápání vývojových etap v průběhu lidského života, a tím podpořit úspěšný přechod a adaptaci na změnu způsobu života ve stáří. Může usnadnit orientaci v nových životních situacích a omezeních, které s sebou nese stárnutí člověka, a tím se vyhnout jeho patologickým projevům.

Ve vztahu ke společnosti vzdělávání seniorů představuje:

- možnost společenské podpory života ve stáří,
- obohacení pozitivního modelu plnohodnotného života člověka v každé jeho etapě,
- pozitivní prvek při utváření názoru společnosti na stáří,
- integrující prvek mezigeneračního pochopení, mezigenerační solidarity.

(Bočková, 2000, s. 22)

Klevetová, Dlabalová (2008, s. 52) uvádí následující funkce vzdělávání v seniorském věku:

- *preventivní,*
- *anticipační,*
- *rehabilitační,*
- *posilovací.*

Funkce preventivní je naplňována různými opatřeními, které za předpokladu, že jsou prováděny v jistém předstihu, pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a stáří. Anticipační funkce přispívá k pozitivní připravenosti na změny životního stylu, k nimž dochází ve spojení s odchodem do důchodu. Funkce rehabilitační je spojena se znovuobnovováním a udržováním fyzických a psychických sil. Posilovací funkce je považována za nejvýznamnější. Přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v seniorském věku, k podpoře jejich aktivity. (Mühlpachr, 2004, s. 138)

3.3.2 Formy vzdělávání osob seniorského věku

Univerzity třetího věku (U3V)

Nejznámějšími vzdělávacími příležitostmi pro seniory se v Evropě staly univerzity třetího věku.

Jedná se o oficiálně uznané instituce, které umožňují občanům seniorského věku studium vysokoškolské (univerzitní) úrovně v nejrůznějších oborech. V České republice jsou postupně zaváděny podle možností příslušné vysoké školy a podle zájmů zúčastněných seniorů. U nás se realizuje tento typ studia v rámci celoživotního vzdělávání. (Bočková, 2000, s. 24)

První U3V vznikla ve Francii roku 1973 na Univerzitě společenských věd v Toulouse. Ve střední Evropě se myšlenka U3V ujala nejdříve v Polsku (1975). V České republice vznikla první U3V v roce 1986 v Olomouci z iniciativy Československého červeného kříže a ve spolupráci s UP, o rok později byla založena U3V v Praze na UK. V současnosti je studium pro seniory organizováno zhruba na 45 vysokých školách či fakultách ČR.

V roce 1977 bylo založeno Mezinárodní sdružení U3V – AIUTA (Association Internationale des Universités du Troisième Age), které sídlí v Toulouse. Mezi základní cíle AIUTA patří:

- podporovat zakládání a další růst U3V po celém světě,
- navazovat kulturní a vědecké kontakty mezi členy,
- podporovat navazování styků v oblasti regionálních zájmů,
- koordinovat činnost mezi členy,
- poskytovat členům informační služby,
- spolupráce s organizacemi, jejichž činnost se týká vyššího vzdělávání.

(Mühlpachr, 2004, s. 139-140)

Studium zpravidla probíhá ve dvou až tříletých vzdělávacích cyklech. Během školního roku se uskuteční průměrně 15 dvouhodinových přednášek, na které navazuje seminář. Účastník studia se nemusí, ale může podrobovat zkouškám, konat kolokvia či vypracovávat písemné úkoly. (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 76)

Na U3V se může přihlásit každý občan, který dovršil určitý věk (na U3V v Olomouci je to 50 roků), výjimku tvoří invalidní důchodci. Na některých univerzitách se vyžaduje, aby měl uchazeč střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou, na jiných je jediným požadavkem ochota a schopnost vyhovět nárokům tohoto vysokoškolského studia. (Bočková, 2000, s. 24)

V posledních letech vystupuje do popředí sociálně psychologická funkce, kterou má vzdělávání v rámci U3V plnit. Důraz se klade především na prevenci možného sociálního napětí mezi mladou a starší generací (tzv. ageismus^{*}). (Mühlpachr, 2004, s. 140)

^{*} „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.“ (Vidovičová, 2005, s. 113)

Akademie třetího věku (ATV)

ATV uspokojují vzdělávací potřeby seniorů zejména v těch oblastech, kde nejsou sídla vysokých škol. ATV jsou organizovány pod záštitou různých organizací (např. Český červený kříž). Charakteristickým znakem je přístupnost výkladu a přizpůsobování obsahu potřebám a individuálním zájmům občanů v seniorském věku. (Mühlpachr, 2004, s. 139)

V České republice zahájila činnost první akademie třetího věku v roce 1983 v Přerově. Rozsah studia byl deset setkání. Přednášky spojené s diskusí se uskutečňovaly ve čtrnáctidenních intervalech. Vedle přednášek a diskusí se uplatňují i další aktivity jako např. exkurze, práce v zájmových kroužcích, pohybově turistické programy, tématické vycházky. ATV představují středně náročnou formu vzdělávacích aktivit pro seniory. (Bočková, 2000, s. 25)

Základní linie obsahového zaměření vzdělávacích cyklů:

- medicínsko-gerontologická orientace si všímá poznatků přispívajících ke zdravému stárnutí,
- občansko-sociální vzdělávání, podporuje porozumění seniorů sociálním změnám v současnosti,
- oblíbený tématický okruh představuje kultura, historie, literatura, ekologie,
- zájmové aktivity (ošetřování květin v bytě, heraldika atd.),
- samotný vzdělávací cyklus může pro mladší seniory představovat „příprava na stáří“,
- cvičení, jóga pro starší mohou tvořit samotný vzdělávací cyklus zaměřený na pohyb.

(Petřková, Čornaničová, 2004, s. 78-79)

Studium na akademii není podmíněno dosažením určité úrovně vzdělání. Vzdělávací programy jsou určeny lidem, kteří dosáhli věkové hranice nároku na starobní důchod či se jí přiblížili. Horní věková hranice pro zařazení do studia se obvykle neurčuje. (Bočková, 2000, s. 25)

Kluby aktivního stáří

Kluby aktivního stáří plní obdobnou funkci jako akademie třetího věku. Odlišují se neformálními vztahy mezi studenty, rozvíjením osobních zájmů seniorů a uspokojováním potřeby vzájemného kontaktu. (Bočková, 2000, s. 26)

Kluby aktivního stáří se zaměřují na organizaci zájmové činnosti seniorů. Klubová činnost je různorodá, zaměřuje se na organizaci širokého spektra aktivit jako jsou:

- návštěvy kulturních akcí,
- kulturně-tvořivé aktivity (například nacvičování scének),
- výstava ručních prací,

- besedy s lékařem,
- vzdělávací aktivity,
- poznávací zájezdy,
- sportovně-rekreační aktivity apod.

(Petřková, Čornaničová, 2004, s. 79)

Petřková a Čornaničová (2004, s. 80-81) ve své publikaci uvádí další inspirativní typy vzdělávacích programů pro seniory, mezi které můžeme zařadit letní univerzitní kurzy pro seniory (např. Elderhostel), poznávací zájezdy pro seniory zaměřené na vzdělávání, řádné vysokoškolské studium či Senorgymnázia.

3.4 Speciálněpedagogické terapie u osob seniorského věku

3.4.1 Vymezení terapie

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu).“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 41)

Terapeutické přístupy aplikují terapeuti, což jsou profesionálové, kteří prošli patřičným vzděláváním (hlavně formou výcviku) a mají osobnostní předpoklady v rámci jednotlivých terapií. (Müller, 2005, s. 13)

„Speciálněpedagogické terapie buď navazují na léčbu (doplňují léčbu) nemocí v oblasti medicíny, nebo slouží jako svébytný druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností – přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace – ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.“ (Valenta, Müller, 2007, s. 125).

Speciálněpedagogické terapie jsou realizovány za určitých podmínek, které ovlivňují jejich průběh a výsledky.

Mezi hlavní podmínky řadíme zejména dodržování zákonitostí souvisejících s průběhem a zajištěním terapeutického procesu včetně prostředí, v němž proces probíhá, a také smysluplná součinnost terapeuta, klienta a obsahu jako hlavních činitelů terapeutického procesu. (Kozáková, Müller, 2006, s. 42)

3.4.2 Činnostní a pracovní terapie

Jedná se o dva vzájemně se překrývající terapeutické přístupy. Činnostní a pracovní terapii lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (například manipulací s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, emoce, myšlení či osobnostní strukturu společensky a individuálně přijatelným směrem. Praktickým rozdílem mezi činnostní a pracovní terapií může být snad jenom skutečnost, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje k jistému konkrétnímu výrobku - výsledku práce, kdežto činnostní terapie je zaměřena na vlastní pracovní úkon, na činnost samotnou. (Müller, 2007, s. 26-27)

Pojem ergoterapie vznikl z řeckého slova *ergon* (práce) a *terapie* (léčba). Jedná se o zdravotnickou disciplínu, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým nebo intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, které přispívají k obnově postižených funkcí.

V ergoterapii je velice důležitý výběr aktivity. Při hledání vhodné činnosti je nezbytné, aby činnost sama o sobě měla smysl, měla by být rozvržena tak, aby klient byl schopen práci dokončit a aby ho pokud možno bavila. Aby mohl ergoterapeut používat aktivitu jako léčebný prostředek, musí být schopen osobu analyzovat v aktivitě, musí vědět, jak je aktivita běžně prováděna, pomocí čeho, kde a kým. Ergoterapeut musí vědět, co pro danou osobu znamená provádět danou aktivitu. (Müller, 2005, s. 252-256)

Program ergoterapie ve stáří by měl být blízký stylu života seniora. Ergoterapie by měla být stanovena společně s klientem (seniorem) a s ohledem na jeho životní zkušenosti, životní podmínky a individuální potřeby. Ergoterapie u seniorů se zaměřuje zejména na zachování, obnovu nebo zlepšení soběstačnosti, na zlepšení kvality a důstojnosti života seniora a na snahu probouzet nové zájmy u těchto osob.

U osob seniorského věku ergoterapie pomáhá vytvářet příjemné prostředí a aktivuje celý organismus, a to jak po stránce fyzické, tak psychické. (Kubínková, Křížová, 1997, s. 66-72)

3.4.3 Arteterapie

Pojem arteterapie vznikl spojením slov umění a terapie. Z latinského *ars* (umění) a řeckého *therapeia* (léčení). Jako první použila výraz *art therapy* Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA. (Šicková-Fabricsi, 2008, s. 26)

V užším slova smyslu můžeme arteterapii vymežit jako léčbu výtvarným uměním. Ve speciální pedagogice je arteterapie nejvíce používanou expresivní terapií. Je to dáno tím, že využívá velkého potenciálně terapeutického potenciálu výtvarných činností – především kresby. Kresba je významný komunikační prostředek. Jedná se o specifický druh jazyka, který dokáže nahradit nedostatky běžně požívané řeči. (Müller, 2006, s. 40)

Nizozemský psychoterapeut Petzold definuje arteterapii takto: „*Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.*“ (Šicková-Fabricsi, 2008, s.31)

Arteterapie může být použita samostatně, ale i v kombinaci s ostatními expresivními terapiemi. Metody arteterapie lze rozdělit do několika skupin – volný výtvarný projev, tematický výtvarný projev, výtvarný projev při hudbě, skupinové výtvarné činnosti, řízený výtvarný projev. (Müller, 2006, s. 40)

Výtvarná tvorba představuje odpočinkovou tvůrčí činnost, která určitým způsobem obohacuje život člověka a je pro člověka přirozená. Spontánní výtvarná tvorba obohacuje tvořivost člověka a podporuje sebeuzdravující procesy. Umožňuje také sebevyjádření na základě neverbálních prostředků. Vzhledem k tomu, že výtvarná tvorba užívá primárně neverbálních prostředků, je přístupná i lidem, pro které je slovní vyjadřování z různých důvodů těžké. Pro malbu, kreslení a modelování je charakteristický pohyb. Rychlé či pomalé pohyby podněcují smysly a vyvolávají vizuální, citové a někdy i duchovní prožitky. U starších osob má výtvarná tvorba vždy nějakou spojitost se současnými i minulými životními zkušenostmi. Pro inspiraci k tvorbě lze využít různých materiálů – rodinné fotografie a vzpomínkové předměty, obrázky, pohlednice atd. (Campbellová, 2000, s. 25-26)

Arteterapie se dá aplikovat buď formou individuální nebo formou skupinovou. Při individuální arteterapii má klient arteterapeuta k dispozici jen pro sebe. Navazují úzký kontakt, vzniká intenzivní emociální zážitek styku s chápajícím člověkem. Skupinová arteterapie má velký sociální význam. Lidé mohou vzájemně sdílet své pocity, mohou se podpořit, dochází k předávání zpětné vazby. Skupinová arteterapie je pro arteterapeuta náročnější.

Hůře se dosahuje diskretnosti, skupinu je náročnější organizačně zvládnout, vyžaduje větší pohotovost a obratnost terapeuta a hlavně je jednotlivci věnováno méně času než u arteterapie individuální. (Müller, 2005, s. 60)

Šicková-Fabrics (2008, s. 61-62) ve své publikaci dělí cíle arteterapie na individuální a sociální. K individuálním cílům patří uvolnění, sebeprožívání a sebevnímání, poznání vlastních možností, růst motivace a osobní svobody, rozvoj fantazie, nadhled či celkový rozvoj osobnosti. Mezi sociální cíle řadí autorka vnímání a přijetí druhých lidí, jejich ocenění, navázání kontaktů, zapojení do skupiny, komunikace, společné řešení problémů, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, pochopení vztahů nebo vytváření sociální podpory.

U seniorů je arteterapie využívána například jako nástroj k cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty, jako pomůcka k rehabilitaci jemné motoriky a také jako činnost, která umožňuje seberealizaci a posiluje vlastní sebehodnocení. Arteterapie osobám seniorského věku pomáhá v přizpůsobení se nové situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifickým důchodového věku a s ním spojeným změnám v sociální i ekonomické oblasti. Arteterapie se seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility a stimulovat kreativitu. (Šicková-Fabrics, 2008, s. 65-67)

3.4.4 Muzikoterapie

Pojem muzikoterapie vznikl z latinského *musica* (hudba) a řeckého *therapeia* (léčení, cvičení). Muzikoterapie tedy znamená léčení neboli pomoc člověku hudbou. Využívá hudby jako léčebného prostředku. Kromě pojmu muzikoterapie se občas používá jeho český překlad hudební terapie. (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 21)

Muzikoterapie je prováděna kvalifikovanou osobou a během terapeutického procesu muzikoterapie využívá zvuku, hudby a hudebních elementů (harmonie, melodie, rytmus). Muzikoterapie umožňuje naplnění nejrozličnějších fyzických, emocionálních, intelektuálních, sociálních a jiných potřeb klientů. Cíle muzikoterapie jsou nehudební a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, např. rozvoj komunikace, léčba, učení, zvýšení kvality života, motivace, osobní rozvoj, sebevyjádření apod.

Americká muzikoterapeutická asociace (The American Music Therapy Association, AMTA) definuje muzikoterapii takto: „*Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy.*“ (Müller, 2005, s. 169)

Podle počtu klientů, kteří se podílejí na terapeutickém procesu, rozlišujeme formu *individuální* a *skupinovou*.

Individuální forma muzikoterapie předpokládá samostatnou práci klienta s terapeutem. Klient si na muzikoterapii přináší svá životní témata, která jsou později zpracována pomocí zvukové projekce. Směr muzikoterapie určí terapeut na základě potřeb klienta. Skupinová forma muzikoterapie využívá skupinovou dynamiku, která je definována jako „*souhrn skupinového dění a skupinových interakcí*.“

Od terapeuta se očekává dobrá znalost základních fází skupinové dynamiky a specifík odvozených z diagnostických obrazů klientů. Skupina může být malá (3 - 8) nebo velká (8 - 15).

Terapeut společně s klientem (seniorem) rozhodne, která forma muzikoterapie je vzhledem k možnostem a potřebám klienta vhodná. (Zelevá, 2007, s. 40)

Müller (2005, s. 183) ve své publikaci uvádí, že sestavování terapeutických skupin vyžaduje určitou dovednost. U skupin, které jsou krátkodobé a orientované na symptomatickou terapii se doporučují homogenní složení skupiny klientů, kteří do terapie přicházejí s podobnými problémy. Naopak u dlouhodobých skupin, které jsou zaměřené na komplexní rozvoj osobnosti, by skupina měla být natolik heterogenní, aby poskytla dostatek rozmanitých vzorů pro sociální učení a chování.

Ve stejné publikaci se autor vedle individuální a skupinové formy muzikoterapie zmiňuje také o muzikoterapii hromadné a o kombinaci předešlých forem. Hromadná muzikoterapie se provádí s mnoha fyzicky přítomnými klienty zároveň. V hromadné muzikoterapii je oslabena zpětná vazba a zvýšené riziko nebezpečné manipulace s klientem. Hromadná muzikoterapie se proto využívá omezeně. Kombinací předešlých forem terapie se rozumí spojení muzikoterapie individuální a skupinové, individuální a hromadné nebo skupinové a hromadné.

Rozlišujeme receptivní a aktivní muzikoterapii. U receptivní muzikoterapie je pozornost zaměřena především na poslech hudby, šumů, zvuků nebo ticha. Receptivní muzikoterapie využívá bohatou fonotéku klasické i moderní hudby. Recepce hudby (její vnímání a přijímání) zahrnuje celkové pochopení zvuků v prostoru, jenž je závislé na individuálních zkušenostech a hudebních schopnostech klienta. (Zelevá, 2007, s. 142)

Při aktivní muzikoterapii se klient do terapeutického procesu zapojuje zpěvem (vokální projev), hrou na tělo či hudební nástroj (instrumentální projev). Klienti se mohou účastnit terapeutické činnosti, aniž by po nich bylo požadováno hudební vzdělání nebo jakékoliv hudební zkušenosti. (Valenta, Müller, 2007, s. 135)

Mezi muzikoterapeutické cíle u seniorů můžeme zařadit např. rozvoj hrubé a jemné motoriky, zvýšení sebevědomí, zlepšení interpersonálních dovedností a sociálních interakcí s druhými, rozvoj sociálních vztahů, posilování vlastní identity, zvýšení kvality života, rozvoj kreativity, osobnostní rozvoj apod. Pohybové aktivity mohou seniorům pomoci udržet svou nezávislost a schopnost samostatně o sebe pečovat.

Pro seniory může mít konkrétní druh hudby vzpomínkový efekt, vybaví se jim například jejich mládí, co prožívali atd. Hudba má pro seniory také relaxační účinky, uvolňuje jejich nahromaděné emoce, které způsobují stres. (Müller, 2005, s. 184)

3.4.5 Dramaterapie

„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ (Valenta, 2006, s. 7)

The British Association for Dramatherapists (1979) definuje dramaterapii takto: *„Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.“* (Valenta, 2007, s. 23)

Ve světě existují dva přístupy k systémovému pojetí dramaterapie:

- *Drama as Therapy* (jedná se o pojetí dramaterapie jako svébytného psychoterapeutického postupu).
- *Drama in Therapy* (využití dramaterapeutických postupů v rámci „velkých“ psychoterapeutických škol – např. Gestalt).

Zaměříme-li se na pojmání dramaterapie jako svébytné terapeuticko-formativní disciplíny, pak nám dramaterapie zapadá do systému expresivních terapií využívajících blahodárného vlivu kreativity v rámci jednotlivých múz, tedy do systému arteterapie v širším pojetí, a to vedle vlastní arteterapie, muzikoterapie, taneční terapie, biblioterapie či poetoterapie. (Müller, 2005, s. 101)

K. Majzlanová (1999) ve své publikaci uvádí, že cíle dramaterapie jsou velmi variabilní.

Při práci se seniory můžeme za specifický cíl vytyčit cvičení paměti, rozvoj kreativity, fantazie, sebedůvěry či schopnost uvědomění toho, co ve svém životě dokázali a že jejich další život má smysl.

Za základní prostředek dramaterapie označujeme improvizaci. Je to dáno tím, že improvizace lépe než strukturovaná hra odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, rozvíjí spontaneitu, buduje schopnost okamžité reakce a zapojení do spolupráce v societě a v neposlední řadě má improvizace nejbližší ke skutečnému životu. Mezi další prostředky dramaterapie lze zařadit mimická a řečová cvičení, dramatickou hru, verbální hru a hru v roli, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutkovou a maňáskovou hru, pantomimu či mýty a příběhy.

Rozlišujeme několik forem dramaterapie. Jedním z klíčů dělení forem dramaterapie může být to, zda klient na terapii dochází z domova nebo je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a dramaterapeut organizuje setkání v rámci této organizace. Ambulantní forma dramaterapie je většinou realizována prostřednictvím občanských sdružení, neziskového sektoru, speciálních škol či denních center, zatímco klinická forma dramaterapie je věcí léčeben, psychiatrických oddělení nebo klinik. U ambulantní formy je na dramaterapii nahlíženo jako na nosný terapeuticko-formativní postup, v druhém případě je dramaterapie brána za komplementární (doplňkovou) terapii. Třetí formou dle výše přijatého klíče je realizace dramaterapie v denních sanatoriích a stacionářích, které jsou většinou zaměřeny na doléčování klientů s neurotickou a psychotickou zkušeností.

Podle počtu klientů můžeme dramaterapii členit na individuální a skupinovou. Individuální dramaterapie je sporadickou záležitostí, s níž nemáme v naší zemi dostatek zkušeností. Ve světě se tato forma dramaterapie využívá především u pacientů s pervazivní vývojovou poruchou a u mentálně postižených klientů. Skupinová dramaterapie je základní organizační formou všech paradivadelních systémů. Dramaterapeutické skupiny můžeme členit na koedukované (smíšené pohlaví) a izosexuální. Dále lze skupiny dělit podle druhu a typu postižení na homogenní a na heterogenní. (Valenta, 2007, s. 31-35)

Dramaterapie má v porovnání s ostatními divadelně-terapeutickými postupy nejširší klientelu. Nejpočetnější skupinu tvoří lidé s mentálním postižením, další nejfrekventovanější skupinou jsou klienti s psychiatrickou diagnózou, mladí lidé se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a v neposlední řadě také gerontologičtí klienti. (Pipeková, Vítková, 2000, s. 47)

Dramaterapie se seniory má svá specifika, která vyplývají z involučních zákonností. K hlavním úkolům dramaterapie s osobami seniorského věku patří smysluplné využití času a snaha o posílení integrity ega spojená s budováním pocitu satisfakce.

Terapeut pracující s touto klientelou musí být poučen v oblasti gerontopsychologie a důležitá je také přímá zkušenost se zvláštnostmi osobnostní struktury geriatrického člověka.

Anglická dramaterapeutka Dorothy Langleyová popisuje tři cílové okruhy pro dramaterapeutickou práci se seniory:

- Obohacení života především té skupiny seniorů, kteří po odchodu do důchodu neví co dělat se svým volným časem, cítí se být opuštěni a unudění, klesá jim sebevědomí.
- Specifická edukace, zaměřená na rozvoj sociálních schopností, rehabilitaci a rozvoj asertivity. Mnoho sociálních dovedností lze posilovat dramaterapeutickými technikami.
- Psychoterapie obsahující dramaterapii může být způsobem, jak vyřešit neurotické konflikty. Mnoho starých lidí se potřebuje vyrovnat s nevyřešenými problémy, skrytými traumaty, velkými změnami.

(Valenta, 2007, s. 231-233)

Obdobně jako dramaterapii lze vymezit teatroterapii, ale s tím rozdílem, že kromě samotného procesu je kladen důraz na produkt, tj. na výsledný divadelní tvar inscenace a na divadelní představení před publikem. Teatroterapie se jako vědecká disciplína začala formovat v 80. letech 20. století. (Müller, 2005, s. 137)

3.4.6 Biblioterapie

Pojem biblioterapie vznikl z řeckého *biblion* (kniha) a *therapeia* (léčba). V širším slova smyslu můžeme biblioterapii vymezit jako léčbu knihou.

Čížková (1981) biblioterapii vymezuje jako „*prostředek personálně-sociálního růstu jedince a klinický proces využívající vybranou literaturu, tvořivé psaní a film s diskusí řízenou terapeutem s cílem integrace citové a rozumové sféry osobnosti za účelem dosažení sebeuvědomění či nápravy.*“ (Valenta, Müller, 2007, s. 147-148)

Křivohlavý (1987) definuje biblioterapii jako „*záměrné a systematické využívání knih (beletrie, poezie, článků, apod.) osobně čtených čtenářem, stejně jako předčítaných posluchači v rámci psychoterapie.*“ (Müller, 2005, s. 152)

Svoboda (2007, s. 13) definuje biblioterapii takto: „*biblioterapie je terapeutická disciplína, která využívá mluveného a psaného slova k terapeutickým účelům.*“

Existuje řada definic biblioterapie, jejich autoři nejčastěji zdůrazňují následující aspekty:

- biblioterapie je zaměstnání knihami, léčení textem, využívání čtení anebo využití jakékoliv literární práce k výchově i léčbě, záměrné a systematické využívání knih, psychoterapeutické a léčebně rehabilitační působení atd.,

- biblioterapie slouží k léčebnému využívání u duševně nemocných pacientů, u zdravotně oslabených, nemocných, při komplexní léčbě v nemocnicích, v domovech pro seniory,
- biblioterapie by měla probíhat pod supervizí lékaře, psychiatra či pod vedením proškoleného knihovníka.

Většina autorů chápe biblioterapii jako vědu, soubor technik, program či proces, který patří výhradně do prostředí medicínského, zatímco minimum definic předpokládá, že by biblioterapii mohl vést psycholog, pedagog, speciální pedagog, popř. biblioterapeut.

V pedagogickém pojetí navazuje biblioterapie na poznatky mladých disciplín bibliopsychologie, bibliopedagogiky, ale zároveň i pedagogiky, psychologie, speciální pedagogiky, psychoterapie či lékařství. (Svoboda, 2007, s. 13-14)

Mezi hlavní cíle biblioterapie u seniorů patří seberealizace a zvýšení sebevědomí, vzbuzení nových zájmů, odvrácení pozornosti od vlastních problémů, socializace a stimulace komunikace s prostředím, rozvoj divergentního myšlení, rozvoj kognitivních funkcí, překonávání depresivních rozlad, změna postojů a hodnot či urychlená adaptace na novou životní situaci. (Valenta, Müller, 2007, s. 147-148)

Podle počtu zúčastněných klientů můžeme biblioterapii rozdělit na individuální a na skupinovou. Dále se biblioterapie dělí na aktivní a pasivní. Při aktivní terapii se sami klienti zúčastňují „tvorby literárních děl“ nebo biblioterapeutických prvků v rámci samotné terapie. Při pasivní biblioterapii se sami klienti fyzicky nezúčastňují. Důraz je kladen na jejich pasivní přijímání podnětů za účelem vnitřního navození žádoucích emočních stavů a prožívání. (Müller, 2005, s. 152-153)

3.4.7 Taneční terapie

Americká asociace pro taneční terapii definuje taneční terapii jako „*psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka.*“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 204)

V taneční terapii je tanec chápán jako terapeutický pohyb, kde do pozadí ustupuje estetická stránka a naopak se zdůrazňují psychické faktory (zlepšení emotivity, schopnost neverbální komunikace apod.), fyzické faktory (zlepšení koordinace pohybů, rovnováha) i sociální (schopnost komunikace ve skupině). (Hátlová, Suchá, 2005, s. 28-29)

Štílec (2003, s. 17) zdůrazňuje, že při vytváření pohybových programů pro seniory je důležité, aby byl jedinec seznámen s tím, proč má být aktivní, jaký vliv na něj může pravidelné cvičení mít.

Při cvičení se seniory je nutné vycházet z jejich zdravotního stavu, který může mít určitá omezení. Proto si musíme uvědomit, že zdravotní stav může seniora limitovat v zapojení se do aktivit.

Pohybová aktivita ovlivňuje fyzickou stránku člověka, ale působí také pozitivně na psychiku, posiluje schopnosti a dovednosti člověka. Obecně můžeme říci, že pohyb může seniorům pomoci udržet svou nezávislost a schopnost samostatně o sebe pečovat. Při tanci dochází k tomu, že hudba a rytmus motivují člověka k pohybu, a tím mu umožňují překonat jeho fyzické nebo psychické omezení.

Pro seniory nemocné demencí je nejvhodnější formou taneční terapeutická hodina, která probíhá v kruhu. Nemocní tak mají možnost vzájemně se pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta, který je součástí jejich kruhu.

Aktivity probíhající v kruhu napomáhají při překonávání bariér, dodávají pocit bezpečí, jednoty a také odvalu k předvádění pohybů. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 204)

V České republice bohužel zatím neexistuje rozvětvená praxe specializovaných tanečních terapeutů, ani systém jejich vzdělávání. Před časem však v Praze jednorázově proběhl tříletý výcvik taneční a pohybové terapie pod vedením amerických lektorů registrovaných v ADTA (American Dance Therapy Association). (Müller, 2005, s. 220)

3.4.8 Zooterapie

Výjimečné postavení mezi metodami terapeutické činnosti praktikovanými ve speciálněpedagogické praxi zaujímá zooterapie či animoterapie. Onu výjimečnost lze spatřovat v terapeutickém prostředí, kterým je zde kromě člověka jiný živý tvor. Může jít o jakákoli společenská zvířata, avšak nejčastějšími podněcovateli terapeutického vztahu jsou psi a koně. V prvním případě hovoříme o canisterapii a ve druhém o hipoterapii. (Renotírová, Ludíková, 2006, s. 67)

Mezi další hojně využívaná zvířata můžeme zařadit kočky, hlodavce (myši, morčata, křečky, králíky apod.), želvy, hady, rybičky nebo různé exotické obojživelníky a plazy. I tato zvířata se dají poměrně lehce ochočit a jsou zajímavá na pozorování.

Mojžíšová, Lacinová a Šemberová (2000) zooterapii definují jako „*souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.*“ (Velemínský, 2007, s. 30)

Zvíře dokáže v člověku vyvolat silné emoce, potěší ve smutných chvílích, může pomoci i od fyzické bolesti, přináší pocit pohody a uvolnění, pozitivně ovlivňuje vnímání stresu a do jisté míry odstraňuje únavu. Zvířata napomáhají psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, samostatnosti a nezávislosti či uspokojovat potřeby jistoty a bezpečí. (Müller, 2005, s. 279)

Z hlediska aktivizace seniorů je vhodné využívat canisterapii nebo felinoterapii. Využití felinoterapie se doporučuje zejména u těch seniorů, kteří mají nedostatek sociálních kontaktů. Kočka pro seniory znamená zpestření jejich života, pomáhá jim uvolnit se, odreagovat se. Kočka může u seniorů také vyvolávat vzpomínky na vlastní zvířata, která dříve měli, a tím stimulovat rozvoj paměti. (Velemínský, 2007, s. 276)

3.4.8.1 Canisterapie

Autorkou pojmu canisterapie se v roce 1993 stala Jiřina Lacinová, která byla zároveň se sdružením Filia průkopníkem a osvětovým pracovníkem v tomto oboru. Termín canisterapie se skládá z latinského *canis* (pes) a z řeckého *therapeia* (léčba). (Velemínský, 2007, s. 60)

Jedná se o jednu z forem zooterapie, která se snaží o využití zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem.

V širším slova smyslu canisterapií rozumíme chování psa v domácnostech běžné populace, kde se pes stává členem rodiny a zároveň působí terapeuticky. V užším slova smyslu canisterapie představuje využití psa v podpůrné alternativní terapii, kde pes napomáhá v navození vzájemného kontaktu mezi klientem a terapeutem, k celkovému rozvoji či aktivizaci klienta. (Müller, 2005, s. 288)

Galajdová (1999) definuje canisterapii jako „*způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka.*“ (Velemínský, 2007, s. 60)

Koncem 20. století se začalo rozlišovat, zda jde o terapii za „pouhé“ účasti psa (AAA), nebo se jedná o terapii pomocí psa (AAT).

➤ AAA (*Animal Assisted Activities*).

Tato metoda je charakteristická tím, že nemá specifické cíle, jedná se o aktivity, které vyplývají spontánně z přítomnosti psa a z požadavků klienta. Výsledky terapie jsou těžko měřitelné a můžeme je hodnotit jen podle toho, zda je klient spokojen, do jaké míry je aktivní a do jaké míry se zlepšila kvalita života klienta.

AAA můžeme dělit na formu pasivní (nejjednodušší forma, pes má pozitivní vliv už jen svou přítomností a klient se o něj nemusí starat) a formu interaktivní (pes je v zařízení přítomen neustále a klienti o něj pečují, nebo pes dochází na terapie pravidelně v danou dobu).

➤ *AAT (Animal Assisted Therapy).*

Pro tuto metodu je charakteristická záměrná, plánovitá a cílená intervence, která je garantována speciálně vyškoleným profesionálem z resortu zdravotnického, školského nebo sociálního, podle toho v jakém zařízení terapie probíhá. Pes je nezbytnou součástí terapie. Výsledky terapeutického působení jsou objektivně pozorovatelné a měřitelné.

Podle počtu klientů můžeme canisterapii členit na individuální a skupinovou. Individuální forma canisterapie bývá častěji preferována u imobilních klientů a stěžejní částí této terapie je tzv. relaxační část. Skupinová forma canisterapie má tu výhodu, že uspokojí více klientů najednou. Tato forma bývá preferována spíše u mobilních klientů a stěžejní částí této terapie bývá tzv. aktivní část. (Müller, 2005, s. 289)

Canisterapie se účastní celá řada subjektů, a to buď přímo nebo nepřímo. Za účastníky canisterapie považujeme chovatele psa, majitele psa (psovoda), canisterapeutického psa, specialisty v pomáhajících profesích, klienta, zdravotně sociální instituci, rodinu nebo jiné sociální prostředí klienta. Velice důležitým úkolem všech účastníků canisterapeutického procesu je vzájemně spolupracovat na realizaci procesu canisterapie, vše potřebné připravit, koordinovat a evaluovat. Při canisterapii není vždy přítomnost všech členů nutná, zásadní je provázanost, vzájemné porady a konzultace pro práci s jednotlivými klienty.

U osob seniorského věku může canisterapie zmírňovat stres a pocity osamělosti, rozvíjet sebevědomí, sebedůvěru, jemnou motoriku a podporovat tyto osoby v činnosti. Zvířata posilují fyzickou kondici. Canisterapie také může pozitivně ovlivňovat celkový zdravotní stav seniorů. (Velemínský, 2007, s. 61)

Pro seniory umístěné do domovů pro seniory, kteří často propadají postupné rezignaci a dlouhodobé nečinnosti, představují zvířata naplnění jejich neuspokojených potřeb náklonnosti, blízkosti, starostlivosti, důvěry, lásky a radosti. Usnadňují zapojování nově příchozích obyvatel do nového prostředí a vytvářejí pro ně pocit domova, pomáhají lépe snášet stresové situace. Obyvatelé se v přítomnosti zvířat stávají vyrovnanějšími a trpělivějšími. (Zvířata v domovech nejen pro seniory, 1999. s. 39)

3.5 Kinezioterapie

Kinezioterapii řadíme mezi hlavní léčebné metody v rehabilitaci a zároveň patří k nejčastěji využívaným. Jejím hlavním cílem je dosažení správného nebo potřebného provedení pohybu jako předpokladu pro realizaci motorických činností běžného života. Jedná se o využití vědecky zdůvodnitelných a empiricky prokazatelně efektivních pohybů k udržení ohrožené funkce tělesného ústrojí nebo k jejímu znovuzískání, pokud byla funkce ztracena. Kinezioterapie je prováděna pouze zdravotníkem. (Dvořák, 2007, s. 22-31)

„Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá prostředků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy.“ (Hátlová, 2003, s. 34)

Terapie pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Kinezioterapie se prostřednictvím pohybu snaží získat přístup k pacientovi a dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „já“ a jeho možností.

Kinezioterapie se dotýká mnoha oborů, přímo zasahuje do oblasti kineziologie, psychologie nebo medicíny a aplikuje poznatky pedagogiky a didaktiky. (Hátlová, 2002, s. 35)

Dle počtu pacientů můžeme kinezioterapii rozdělit na individuální a skupinovou. Individuální kinezioterapie umožňuje individuální přístup jak po stránce somatické, tak i psychické, intenzivní a úzkou spolupráci nemocného a terapeuta. Tato forma kinezioterapie je však náročnější na čas. Do individuální kinezioterapie můžeme zařadit například cvičení při periferních parézách, nácvik koordinace při centrálních obrnách či instruktáž při specifických poruchách pohybového systému (např. skoliózy).

Skupinová kinezioterapie představuje cvičení dvou a více pacientů s podobnou diagnózou. Tato forma kinezioterapie je z hlediska využití času terapeuta ekonomičtější, ale není již tak cílená a specifická jako kinezioterapie individuální.

Dále můžeme kinezioterapii dělit dle zaměření na některou složku pohybu:

- na zvětšení svalové síly (např. funkčně oslabené svaly a svalové skupiny),
- zvětšení rozsahu pohybu v kloubu (např. u poúrazových stavů či u omezení rozsahu kloubní pohyblivosti pro vazivovou kontrakturu),
- na rychlost pohybu nebo pohybové reakce,
- zlepšení koordinace pohybu, tvorbu správných pohybových stereotypů (např. korekce držení těla, chůzového stereotypu po úrazech a operacích dolních končetin),

- celkové zlepšení kondice (např. cvičení u kardiovaskulárních a plicních onemocnění, u dlouhodobě nemocných),
- schopnost relaxace.

Kinezioterapie podněcuje aktivitu seniorů, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím.

Pohybová aktivita je u starších osob předpokladem udržení nezávislosti na cizí pomoci. Za prokázané můžeme považovat, že pravidelné tělesné cvičení zpomaluje proces stárnutí. Zlepšuje adaptační schopnost organismu na zátěž a předchází svalovým atrofiím, předchází vzniku chorob ve stáří.

Obecně se ví o příznivém vlivu tělesného cvičení na předcházení a léčení hypertenze a ischemické choroby srdeční. Tělesnou činností ovšem nejvíce prospíváme především prevencí onemocnění pohybového ústrojí. Snížení pohybové činnosti totiž patří mezi bezprostřední příčiny odvápnění kostí a vzniku osteoporózy, která je jednou z nejčastějších chorob ve stáří. Tělesná aktivita přispívá k uchování pocitu dobré pohody a duševní svěžesti seniorů a podporuje pocit sebejistoty. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 189-190)

3.6 Trénink paměti

Paměť patří mezi kognitivní (poznávací) funkce psychiky, které nám pomáhají poznávat svět kolem sebe, orientovat se v něm. Do paměti ukládáme dovednosti, vědomosti či vzpomínky, které tvoří naši osobní historii, naši osobní individuální identitu. (Štěpánková, Steinová, 2009, s. 13)

Lidský mozek obsahuje více než deset miliard neuronů, které přenášejí informace. Ve stáří však dochází k úbytku těchto neuronů v mozku a dochází k tomu, že se vedení nervových vláken zpomaluje a smyslové orgány pomalu degenerují. Tyto změny paměť ovlivňují, a proto se může ve stáří paměť zhoršovat. Trénování paměti podporuje činnost mozku až do vysoké věku, protože nutíme-li mozek pracovat, vytvářejí se v něm nová nervová spojení a patologické změny v mozku ustupují. Naopak - jestliže informace uložené v paměti nevyužíváme, mozek neprocvičujeme, naše schopnosti zanikají a paměť se zhoršuje. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 46-48)

Důležité je, aby byli senioři seznámeni s tím, jak mozek pracuje, kde se v mozku uchovávají informace, proč zapomínáme a proč je vhodné paměť cvičit. Trénování paměti je u seniorů velmi důležité, protože kognitivní funkce jsou nezbytné pro zachování soběstačnosti těchto osob. Trénování paměti má také pozitivní dopad na sebedůvěru seniorů.

Dále při trénování paměti dochází k rozvoji komunikačních schopností, což pozitivně ovlivňuje sociální kontakty osob seniorského věku. Způsobů, jakými lze paměť aktivovat, je velké množství. Někdo může navštěvovat univerzity třetího věku, někdo se učí cizí jazyk či ovládat počítač. Někdo pravidelně luští křížovky nebo navštěvuje programy na cvičení paměti.

Nejefektivnějším tréninkem paměti je namáhat mozek v reálném životě. Velmi účinné je pravidelné řešení hádanek pro zábavu, řešení křížovek, matematických úloh, konverzace v cizím jazyce, práce s počítačem, stolní hry (např. scrabble), vzdělávací kurzy, znalostní kvízy apod.

Největší organizací propagující a realizující kognitivní trénink v ČR je Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging, kterou v roce 1998 založila Danuše Steinová.

Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging nabízí lektorované kurzy, které se nezaměřují pouze na zlepšení paměti, ale také na zvýšení sebevědomí, na procvičování dalších kognitivních funkcí a hlavně na zlepšení kvality života seniorů jako takového. (Štěpánková, Steinová, 2009, s. 9-16)

3.7 Aktivizační přístupy k seniorům s demencí

Alzheimerova nemoc a jiné demence vyžadují celostní a multidisciplinární přístup pravděpodobně ještě více než jiná významná onemocnění. Důležitou součástí v managementu demencí tvoří nefarmakologické přístupy. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 117)

Při péči o lidi s demencí pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li aktivita používána správně, dokáže člověka pozvednout na duchu. Vhodná aktivita může rozptýlit depresi či zklidnit nervozitu a neklid. (Zgola, 2003, s. 148)

Aktivity, které při práci s nemocným volíme, musí být přiměřené stavu nemocného. Měly by adekvátně ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku, psychosociální kontakty a saturovat senzorické funkce. Aktivity by vždy měly podporovat silné stránky nemocného a nezdůrazňovat ty slabé. (Pidrman, 2007, s. 94)

3.7.1 Reminiscenční terapie

Termín reminiscence vznikl z latinského *reminiscere* (vzpomenout si, rozpomenout se) a je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání.

Slovník cizích slov definuje reminiscenci jako vzpomínku, ohlas, úvahu vycházející ze vzpomínky.

Britský geriatr Woods (1992) reminiscenci definuje jako „*hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou.*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21)

Reminiscence využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů a vychází ze skutečnosti, že i v pokročilé fázi demence, zůstává dlouhodobá paměť zachována. Cílem reminiscenční terapie je zlepšení stavu člověka, posílení lidské důstojnosti a zlepšení komunikace a pomoc a podpora rodinným pečovatelům.

Princip reminiscenční terapie spočívá v obklopení seniora prostředím, které v něm vzbuzuje jistotu a důvěru.

Důvěrným prostředím se myslí prostředí v době, kdy byl člověk zdravý a úspěšný. Jednotlivá témata je důležité volit individuálně s ohledem na biografii nemocného či podle složení skupiny. Vhodné je vybírat zážitky, které jsou hluboce emocionální, jako například narození dítěte, svatba, první láska, vojna, taneční hodiny, plesy, rodinné a společenské události, zaměstnání atd.

Součástí reminiscenční terapie je práce s biografií. Tato forma reminiscence pracuje s informacemi o člověku získanými od něho samotného nebo rodinných příslušníků. Dále s rodinnými fotografiemi, hudbou filmy, knihou, staršími předměty (mlýnek na kávu, valcha, staré pero, pracovní nářadí, staré váhy, rám na vyšívání atd.).

Záleží na přístupu a kreativitě každého terapeuta, jaké prostředky si při reminiscenční terapii zvolí. Důležité je mít o člověku co nejvíce informací. Znalost životního příběhu nemocného nám pomáhá ho pochopit a vědět jak k němu přistupovat. Reminiscence je účinnou aktivizační metodou, která by měla být součástí dobré praxe v péči o osoby postižené demencí.

Reminiscenční terapie může být buď individuální nebo skupinová. Individuální reminiscenční terapie je určena hlavně těm seniorům, kteří se sami staní společnosti. Skupinová reminiscenční terapie je účelnější než reminiscenční terapie individuální. Zlepšuje komunikaci celé skupiny a podporuje dobré vztahy ve skupině. (Hojgrová, 2010, s. 42-43)

Z mnoha výzkumů vyplývá, že čím je demence hlubší, tím je efekt reminiscenční terapie výraznější a zlepšení nápadnější. Také se podařilo prokázat, že účast seniorů na reminiscenci pomohla významně zlepšit výkon v testu MMSE. (Janečková, Vacková, 2010, s. 100)

Terapie je vhodná jak pro zdravé seniory (aktivizační a preventivní význam), tak především pro seniory s demencí. Přestože tyto osoby trpí poruchami krátkodobé paměti, často si velice dobře vybavují dávno minulé události. (Holmerová, Rokosová, Suchá, 2003, s. 26-35)

Během reminiscenční terapie je důležité dodržovat určité zásady:

- příjemné prostředí,

- pohodlné oblečení,
- přiměřená vzdálenost mezi jednotlivými účastníky terapie,
- stejná výšková úroveň pro všechny účastníky terapie (sedící na židlích apod.),
- nespěchat, příliš neorganizovat,
- důraz na nonverbální prostředky,
- vstřícný postoj vůči všem sdělením,
- respektovat všechny účastníky terapie.

(Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 186)

3.7.2 Videotrénink interakcí

Videotrénink interakcí (dále jen VTI) je poměrně novou intervenční metodou, která vznikla na počátku 80. let 20. století v Nizozemsku. V zahraničí je tato metoda známá pod názvem Video Interaction Guidance (VIG). V České republice jsme se s VTI seznámili v roce 1993. Byl založen nevládní organizací SPIN.

VTI lze využít všude tam, kde je potřebné posilovat pozitivní prvky komunikace. Jako efektivní se metoda VTI ukazuje v rodinách s dětmi nebo při zkvalitňování vztahů mezi personálem a uživateli v různých typech zařízení, např. v domovech pro seniory. Tuto metodu lze využít ve školách při interakcích učitel - žák, jako pomoc učitelům při práci s dětmi se speciálními potřebami apod.

Česká Alzheimerovská společnost (ČALS) začala tuto metodu používat i u osob trpících demencí. Videotrénink interakcí usnadňuje komunikaci nám i nemocnému člověku, se kterým se můžeme naučit komunikovat.

Cílem této metody je zlepšení přístupu k lidem postiženým demencí. Centrálním tématem VTI je komunikace. Jedná se o krátkodobou a intenzivní formu pomoci. Tato metoda spočívá v tom, že si do ruky vezmeme kameru a po nějakou dobu budeme nemocného natáčet. Poté si videozáznam pustíme a budeme sledovat naše a jeho reakce, tato část práce s nemocným je nejdůležitější. VTI tedy představuje pořizování záznamů, analýzu těchto záznamů a diskusi ve skupině.

Videotrenéry bývají pracovníci různých profesí, především se jedná o pomáhající profese (psychologové, sociální pracovníci, učitelé, speciální pedagogové a poradenští pracovníci). Pro tuto práci je videotrenér způsobilý na základě výcviku, který v České republice organizuje občanské sdružení SPIN.

Průběh VTI

➤ *Natáčení.*

Videotrenér pořizuje zhruba 10 – 15 minutový záznam interakce v prostředí nemocného (při jídle, hře apod.). Nenatáčíme konflikty, dáváme přednost úspěšným momentům interakce.

➤ *Analýza videonahrávky.*

Videotrenér provede analýzu nahrávky. Analýza bývá často doprovázena mikroanalýzou (krok za krokem zastavovaných užitečných momentů interakce).

Ukázky, které videotrenér vybere, by nemocným měly pomáhat rozvíjet jejich možnosti a objevit a zdůraznit jejich silné stránky. Důležité je neupozorňovat na selhání.

➤ *Zpětnovazebný rozhovor.*

Videotrenér a nemocný si společně prohlížejí vybrané úseky nahrávky. Společné sledování nahrávky je startovním bodem pro diskusi. Cílem je posílení užitečných vzorců komunikace.

V současné době působí v České republice více než 140 kvalifikovaných videotrenérů a 15 VTI supervizorů. (Beaufortová, 2002, s. 3-16)

3.7.3 Realitní orientace

Tento terapeutický postup vznikl v padesátých letech minulého století v USA a do Evropy se rozšířil na počátku osmdesátých let. Realitní orientace se snaží zlepšit celkovou orientaci, zmenšit zmatenost a maximalizovat nezávislost a sociální interakci nemocného.

Realitní orientace představuje jeden z nejstarších psychologických přístupů k lidem s demencí, jehož efektivnost potvrzuje dostatek vědeckých důkazů svědčících pro to, že se jedná o účinný nástroj ke zvládnutí kognitivních a behaviorálních změn při demenci.

Cílem této terapie je dosáhnout, aby všichni členové ošetřujícího týmu při každém kontaktu s pacientem postiženým demencí poskytovali informace, které mu pomohou v orientaci. S terapií se začíná již při vstávání, kdy ošetřující informují pacienta, že je ráno a kolik je hodin, kde se nacházejí a co budou dělat. Důležité je pacientovi sdělovat informace způsobem, jakým vedeme běžný rozhovor. Měli bychom nemocného informovat o čase o místě, kde se nachází, představit se, představit ostatní kolegy a připomenout, kdo jsou ostatní lidé, se kterými se setkává. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 174-175)

V rámci realitní orientace se dnes již běžně používá nástěnka realitní orientace, na níž je uvedeno, který den v týdnu dnes je, který měsíc, kolikátého je, kde jsme, jaké je venku počasí, kteří zaměstnanci mají službu a jaké události během dnešního dne proběhnou. Nástěnku můžeme považovat za jakousi spojnicí mezi dvěma podobami realitní orientace. První podobou je realitní orientace ve čtyřadvaceti hodinách a druhou podobou jsou skupinová a individuální sezení. Čtyřadvacetihodinová realitní orientace je neustále probíhající proces využívaný při veškerých interakcích v průběhu celého dne. (Walsh, 2005, s. 163)

Důležitou součástí terapie je také oslovení pacienta správným způsobem, vždy mu říkáme pane (pacientkám paní) a oslovujeme příjmením.

Ve středoevropských podmínkách často užíváme tituly, proto je vhodné i v péči o pacienty s demencí, abychom je používali, někteří pacienti si to přejí. V zásadě však platí, že vždy respektujeme oslovení, které si nemocný přeje. Pokud si pacient přeje, abychom ho oslovovali křestním jménem, používáme křestní jméno, kterému bude předcházet oslovení pane/paní. Oslovení je důležitým nástrojem k podpoře pacientovy sebedůvěry a důstojnosti.

Realitní orientace je zvláště důležitá pro pacienty, kteří kromě kognitivní poruchy trpí poruchou smyslovou, zhoršením zraku nebo sluchu. Těmto lidem bychom měli orientaci zprostředkovat pomocí ostatních smyslů, za pomoci kompenzačních pomůcek a podobně.

Za součást realitní orientace se také považuje vytvoření takového prostředí, které pacientům usnadní orientaci. Jedná se například o barevné označení pokojů a společných prostor. Například jinak barevné budou pokoje, jinak toalety a společné místnosti budou také sladěny do určité barvy. Dále je vhodné označit směry k pokojům jednotlivých barev barevnými šipkami. Důležité je označit dveře místností, které se často používají nápisem a obrázkem – toalety, kuchyně apod. Pacienti si tak postupně spojí jednotlivé symboly, barvy a označení a budou se lépe orientovat i ve stadiu pokročilé demence.

Důležité je věnovat pozornost prostředí pacientů také v noci. Ve tmě se každý orientujeme obtížněji a pro pacienty s demencí to platí o to více. Velice vhodné je mírné osvětlení i v nočních hodinách, které umožní nemocným dostatečnou orientaci a zabrání zbytečným pádům. Měly by se odstranit světelné podněty, které pacienta ruší (např. pouliční osvětlení, reflektory kolemjedoucích automobilů). Toho můžeme docílit například dostatečně silnými závěsy.

Veškeré pokyny personálu by měly být klidné, jednoduché a srozumitelné. Nemocného demencí bychom nikdy neměli opravovat a kritizovat za chyby. Naopak, pokud pacient našemu pokynu porozumí, udělá něco správně, vždy bychom ho měli pochválit. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 175-178)

3.7.4 Další formy aktivizace u seniorů s demencí

Při práci s nemocnými demencí můžeme využívat i jiné formy terapie, například validační terapii či rezoluční terapii. Jelikož je u nás využití validační a rezoluční terapie ojedinělé, problematiku těchto terapií zmiňuji pouze okrajově.

3.7.4.1 Validace terapie

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů k lidem postiženým demencí. Tento přístup byl koncipován sociální pracovnící Naomi Feilovou a získal si velkou pozornost již v 80. letech. Naomi Feilová tuto metodu vypracovala na základě vlastních zkušeností z praxe. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 114)

Princip validační terapie spočívá v tom, že se zaměříme na minulost nemocného. Důležité je respektovat jeho opakované prožívání zážitků z mládí, jelikož jsou pro něj velice důležité a prostřednictvím živých vzpomínek se nemocný může v poslední fázi svého života pokusit vyřešit některé neuzavřené události z minulosti. (Walsh, 2005, 164-166)

Při validační terapii terapeut „nikdy neříká ne“. Přijetí tématu nemocného a postupná práce s ním je základním východiskem validace. Například: nemocný se nechce zúčastnit určité činnosti, protože chce jet za sestrou. Terapeut říká: *„Ano, pojedeme spolu za sestrou, ale potřebuji tu nejdřív něco dodělat, pojd'te mi s tím pomoci, potom pojedeme, kam budete chtít“* – mezitím se nemocný uklidní, s odpovědí je spokojen a věnuje se jinému tématu. Odmítnutí jeho tématu (*„sestra už pět let nežije“*) by vedlo k neklidu a agresivitě. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 125)

Validační terapie klade důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti člověka. Validovat znamená vzít na vědomí city jiných, i když se nám zdají nelogické. (Walsh, 2005, s. 164-166)

3.7.4.2 Rezoluční terapie

Rezoluční terapie bývá doporučována při komunikaci s osobami s Alzheimerovou nemocí, kteří již nejsou schopni orientovat se v realitě. Tato terapie bere v potaz základní city a skryté významy, má charakter paměťové terapie. Rezoluční terapie předpokládá, že cokoliv nemocný řekne teď, je pro něj realitou a nemá smysl snažit se změnit. Spíše naopak bychom se této realitě měli snažit porozumět, pro nemocného člověka má totiž hluboký a reálný význam. Tyto reality se většinou týkají dějů uplynulého života.

Lidé s Alzheimerovou chorobou často hovoří o svých rodičích jako o žijících postavách. Nemůžeme tedy udělat nic jiného, než nemocnému pomoci procházet těmito skutečnostmi a sami se do nich snažit proniknout.

Rezoluční terapie proto zakazuje, aby naše realita opravovala realitu nemocných osob. Musíme ji přijímat jako plnohodnotnou skutečnost. V komunikaci zmatených jedinců vidí rezoluční terapie pokusy o vyjádření potřeby. Tyto projevy obsahují jednak skryté významy, a jednak základní pocity. Cílem terapie je tyto významy a pocity vyhledat a prozkoumat je. Rezoluce by pro nás měla představovat stálý přístup ke starším lidem s demencí v pokračujícím čase jejich života. (Walsh, 2005, s. 164-169)

Výsledkem terapie musí být pocit nemocné osoby, že je přijímána, že má svoje já. Předpokladem rezoluční terapie je také znovuzískání sebedůvěry a důstojnosti člověka. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 115-116)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

4.1 Cíl šetření

Hlavním cílem šetření bylo zmapovat aktivizační programy, které jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory v Olomouckém kraji, zjistit, které z nabízených aktivizačních programů jsou seniory využívány nejčastěji a zda o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy či muži.

4.2 Metodika šetření

Pro tuto práci byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník představuje nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů. „Slovo „dotazník“ se spojuje s „dotazováním“, s otázkami. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ (Gavora, 2000, s. 99)

Dotazníkové šetření proběhlo v lednu 2011 ve vybraných domovech pro seniory v Olomouckém kraji. Dotazník (viz. příloha č. 1) obsahoval 24 otázek a byl zcela anonymní, a to zejména z toho důvodu, aby se zvýšila upřímnost odpovědí. Dotazník nebyl časově náročný na vyplnění a jednotlivé položky byly jasné a srozumitelné.

V dotazníku byly použity otázky uzavřené, polouzavřené i otevřené. Uzavřené otázky se vyznačují tím, že respondentovi navrhuje určitý počet předem připravených odpovědí, z nichž si respondent může vybrat. U polouzavřených otázek je respondentovi předkládáno několik odpovědí, z nichž si má jednu vybrat. Pokud respondentovi nevyhovuje žádná z navrhovaných odpovědí, tak může zvolit nabídku „jiná odpověď“. Otevřené otázky nenabízejí respondentovi žádné hotové odpovědi. Respondent si odpověď vytváří sám. Nevýhodou těchto položek je jejich volnost, která může působit potíže při vyhodnocování dotazníku. (Chrásky, 2007, s. 165-168)

4.3 Vzorek šetření

Vzorek šetření tvořili sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji. Šetření bylo zaměřeno na domovy pro seniory v Olomouckém kraji s kapacitou do sta obyvatel. Celkem bylo osloveno 12 domovů pro seniory v Olomouckém kraji. Z 12 domovů pro seniory bylo 8 domovů osloveno elektronickou poštou a ve 4 domovech byla uskutečněna osobní návštěva. Elektronickou poštou byly kontaktovány ty domovy, které nebylo možné navštívit osobně, a to z důvodu horší místní dostupnosti. Dva domovy pro seniory spolupráci odmítly.

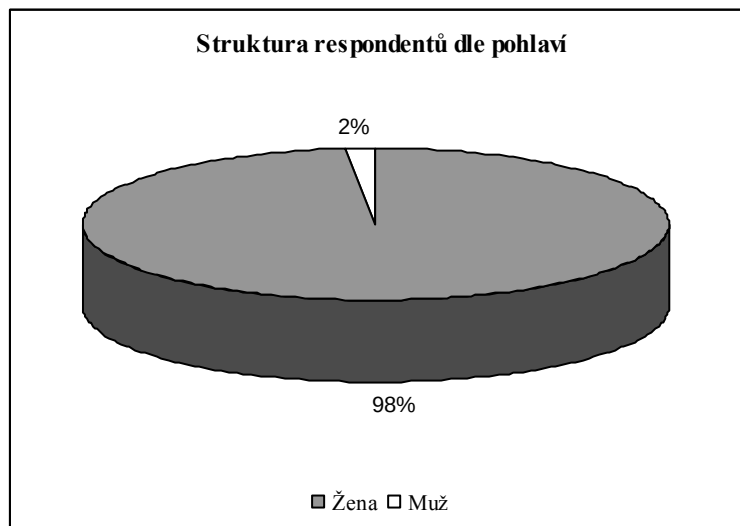
Žádosti o spolupráci na šetření vyhovělo 10 domovů pro seniory v Olomouckém kraji, a to konkrétně Domov pro seniory Štítý, Domov pro seniory Libina, Domov pro seniory Hrubá Voda, Domov pro seniory „František Náměšť na Hané“, Domov pro seniory Radkova Lhota, Domov pro seniory Soběsuky, Domov pro seniory Kostelec na Hané, Domov pro seniory Javorník, Domov pro seniory Uničov a Domov pro seniory Mohelnice.

Respondenti byli předem seznámeni se způsoby odpovědí na otázky v dotazníku. Společně byla domluvena lhůta potřebná k vyplnění dotazníků a termín pro vyzvednutí vyplněných dotazníků. Z 65 rozdaných dotazníků bylo vráceno správně vyplněných dotazníků 65, což znamená, že návratnost byla stoprocentní.

4.4 Analýza výsledků šetření

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

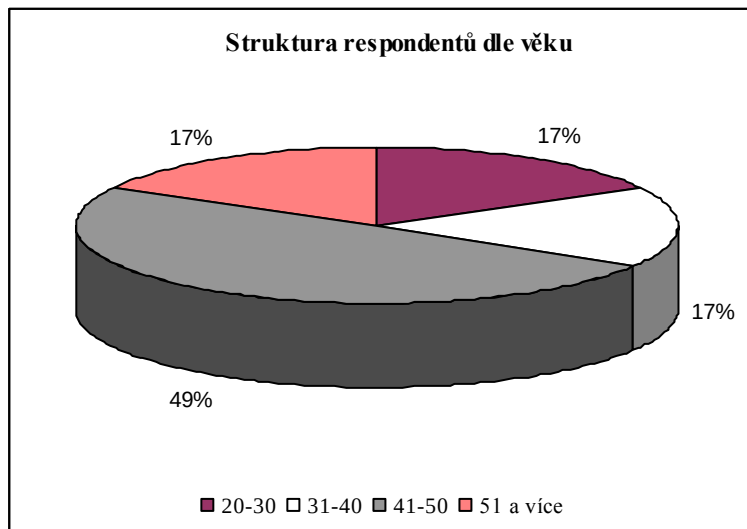
Graf 1: Struktura respondentů dle pohlaví



Z první dotazované otázky jsme zjišťovali pohlaví respondentů. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 65 (100 %) dotázaných respondentů bylo 64 (98 %) žen a 1 (2 %) muž. Tento výsledek jsme předpokládali, jelikož nám potvrdil skutečnost, že jsou v pomáhajících profesích ve větším zastoupení ženy než muži.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

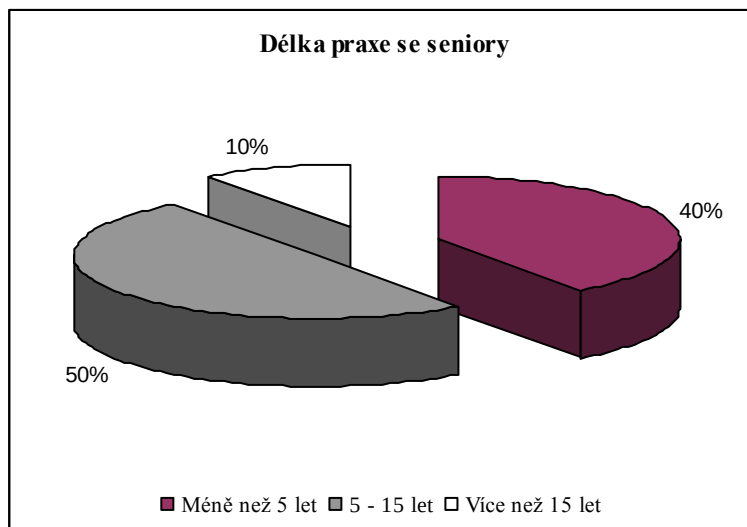
Graf 2: Struktura respondentů dle věku



Z celkového počtu respondentů 65 (100 %) bylo 32 (49 %) respondentů ve věkové kategorii „41 – 50“ let, 11 (17 %) respondentů ve věkové kategorii „20 – 30“, 11 (17 %) respondentů uvedlo věkovou kategorii „31 – 40“, 11 (17 %) respondentů uvedlo věkovou kategorii „51 a více“ let. Graf přehledně znázorňuje, že největší zastoupení mezi dotázanými respondenty měla věková kategorie „41 – 50“ let. Poměrně nízký počet zastoupení měla odpověď „20-30“ let, což může být dáno tím, že se ženy mezi 20. a 30. rokem věnují spíše mateřským povinnostem a profesní kariéru v tomto období často řadí až na druhé místo.

Otázka č. 3: Jaká je délka Vaší praxe se seniory?

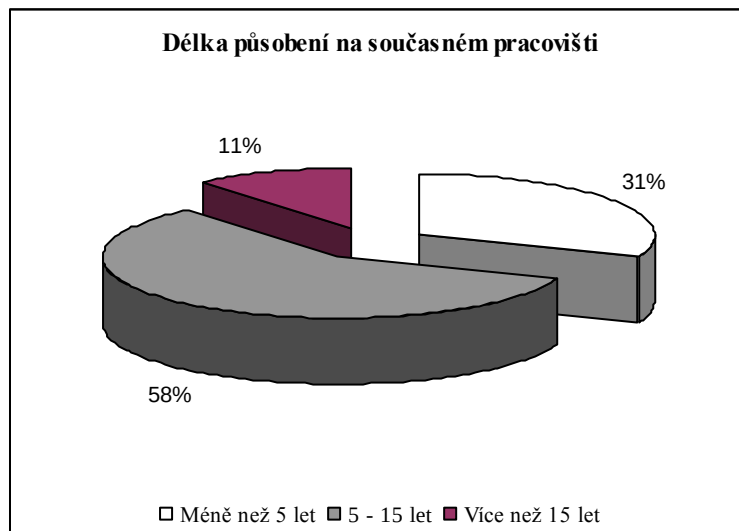
Graf 3: Délka praxe se seniory



Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) je délka praxe se seniory u 37 (50 %) respondentů „5 – 15“ let, 16 (40 %) respondentů uvedlo „méně než 5“ let a 12 (10 %) respondentů zvolilo možnost „více než 15“ let. Šetření ukázalo, že většina respondentů pracuje se seniory „5 – 15“ let, z čehož lze usuzovat, že se jedná o zkušené sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Tento výsledek souvisí s faktem, že většina sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji spadá do věkové kategorie „41-50“ let.

Otázka č. 4: Na Vašem současném pracovišti působíte:

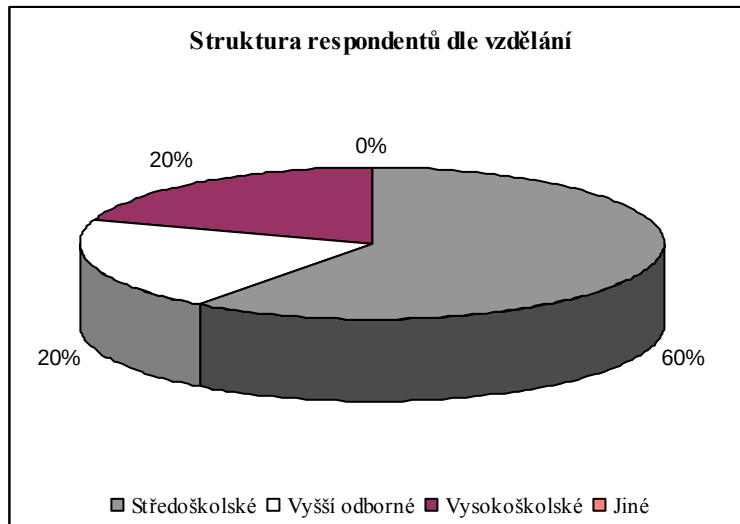
Graf 4: Délka působení na současném pracovišti



Z grafu je patrné, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) na současném pracovišti působí 38 (58 %) respondentů „5 - 15“ let, 20 (31 %) respondentů odpovědělo „méně než 5“ let, 7 (11 %) respondentů uvedlo odpověď „více než 15“ let. Graf č. 4 přehledně zobrazuje, že většina dotázaných respondentů na současném pracovišti působí 5 - 15 let. Pouze 7 respondentů zvolilo odpověď „více než 15“ let.

Otázka č. 5: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je:

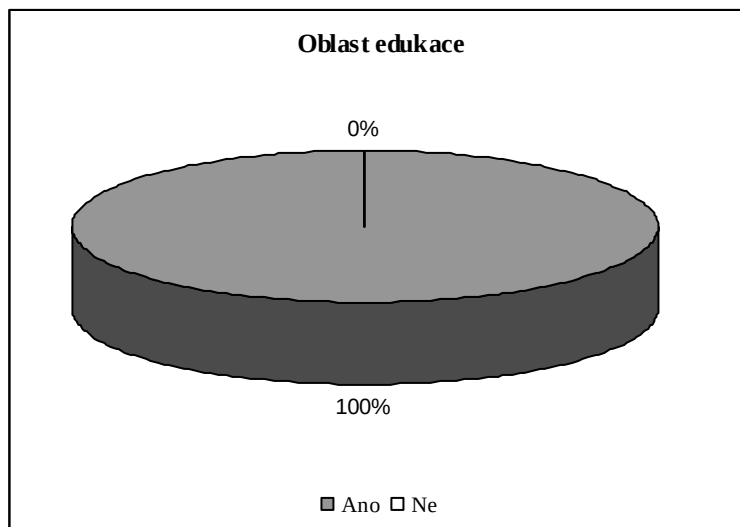
Graf 5: Struktura respondentů dle vzdělání



V otázce č. 5 jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání v oboru respondentů. Z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 39 (60 %) respondentů odpovědělo, že dosáhlo středoškolského vzdělání, 13 (20 %) respondentů uvedlo „vyšší odborné vzdělání“, 13 (20 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, odpovědi „jiné“ nevyužil žádný (0 %) respondent. Šetření ukázalo, že nejpočetnější skupinu z dotázaných respondentů tvořili sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří dosáhli středoškolského vzdělání.

Otázka č. 6: Snažíte se ve Vašem oboru dále vzdělávat?

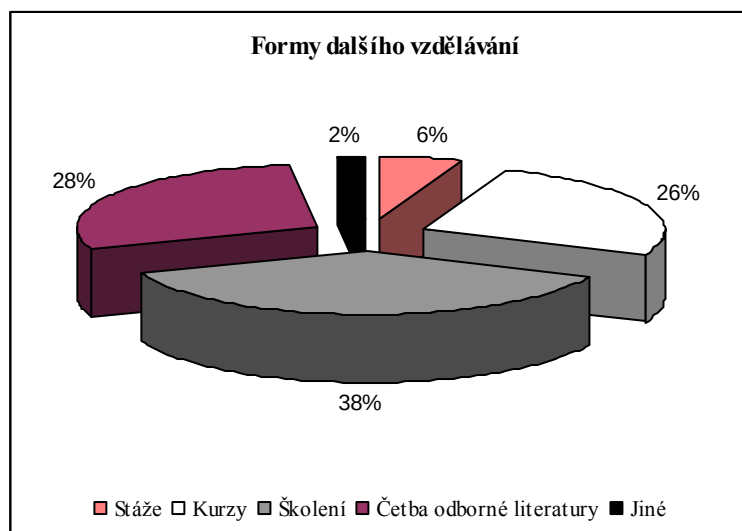
Graf 6: Oblast edukace



Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) odpovědělo na otázku 65 (100 %) respondentů „ano“, žádný (0 %) respondent neuvedl možnost „ne“. Z grafu vyplývá, že se všichni dotázaní respondenti snaží ve svém oboru dále vzdělávat, což je velmi důležité pro získávání nových znalostí a zkušeností, a s tím souvisejícím poskytováním odborné a kvalitní péče v domovech pro seniory.

Otázka č. 7: Pokud ano, jakým způsobem:

Graf 7: Formy dalšího vzdělávání

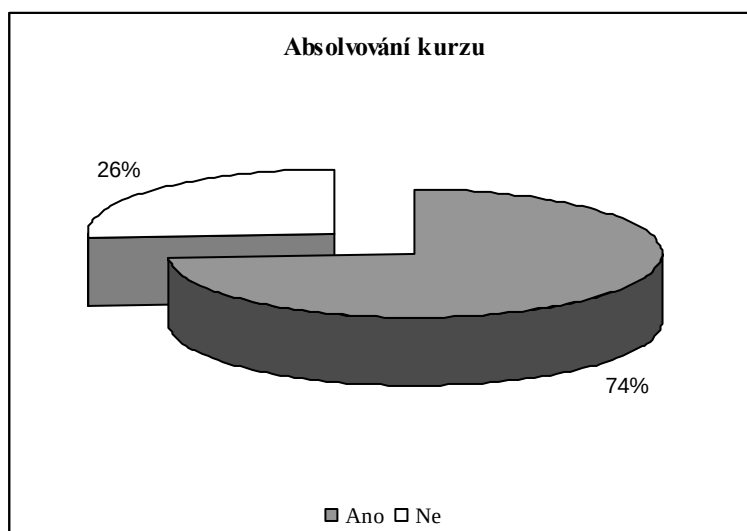


Otázka č. 7 navazovala na předchozí otázku. V této otázce jsme se tázali respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně, jakou formou se dále vzdělávají. Celkem bylo získáno 144 odpovědí. Odpověď „školení“ byla zvolena 55krát (38 %). Odpověď „četba odborné literatury“ byla zvolena 41krát (28 %). Odpověď „kurzy“ byla zvolena 37krát (26 %). Odpověď „stáže“ byla zvolena 8krát (6 %) a odpověď „jiné“ byla zvolena 3 (2 %) respondenty.

Do kategorie „jiné“ dotázaní respondenti nejčastěji uváděli internet a studium na VOŠ. Z šetření vyplynulo, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji považují další vzdělávání v oboru za důležité a přínosné. Dokonce se po prodiskutování této otázky ukázalo, že by pracovníci uvítali i více vzdělávacích akcí za rok.

Otázka č. 8: Prošla/prošel jste nějakým speciálním kurzem zaměřeným na aktivizaci seniorů?

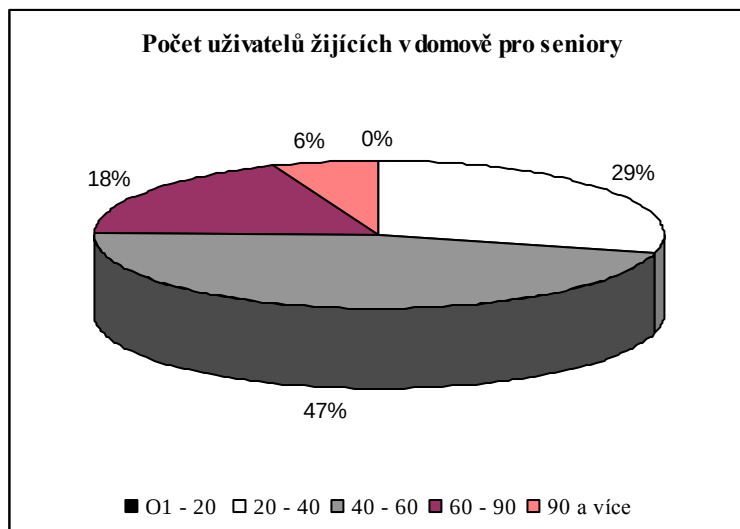
Graf 8: Absolvování kurzu



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 48 (74 %) dotázaných respondentů na otázku „Prošla/prošel jste nějakým speciálním kurzem zaměřeným na aktivizaci seniorů?“ odpovědělo „ano“, 17 (26 %) respondentů odpovědělo „ne“. Většina respondentů uvedla, že se nejednalo o kurz primárně zaměřený na aktivizaci seniorů, ale že v rámci jiných kurzů či seminářů byla určitá část věnována aktivizaci. Myslíme si, že respondenti, kteří na otázku odpověděli záporně, se kurzu nezúčastnili například z důvodu nedostatku finančních prostředků. Po konzultaci bylo zjištěno, že někteří sociální pracovníci v zařízení pracují teprve krátce, takže je možné, že se tito pracovníci na kurz zaměřený na aktivizaci teprve chystají.

Otázka č. 9: Kolik uživatelů žije ve Vašem zařízení?

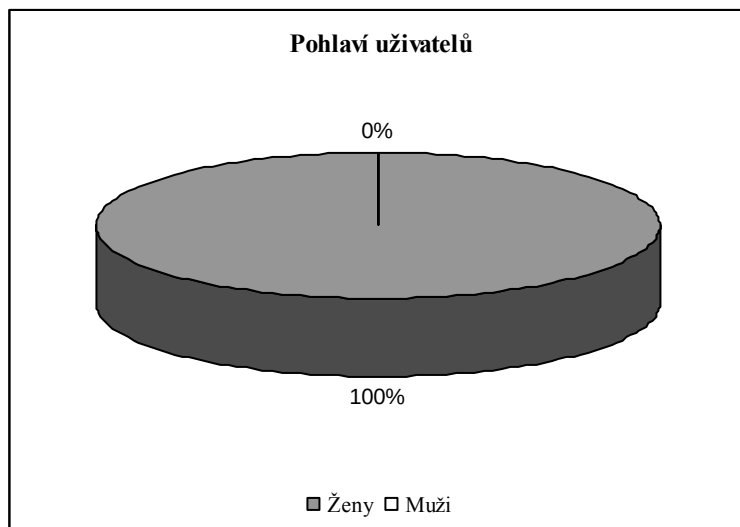
Graf 9: Počet uživatelů žijících v domově pro seniory



Otázka č. 9 byla jako první zaměřena na uživatele domova pro seniory. Z grafu je patrné, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 30 (47 %) dotázaných respondentů odpovědělo „40 - 60“, 19 (29 %) respondentů zvolilo možnost „20 – 40“, 12 (18 %) respondentů odpovědělo „60 - 90“, 4 (6 %) respondenti uvedli odpověď „90 a více“. Možnost „1 - 20“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. Z grafu č. 9 je na první pohled patrné, že většina domovů pro seniory v Olomouckém kraji, v nichž šetření proběhlo, co se týče počtu uživatelů, spadá do kategorie „40 - 60“. Vzhledem k tomu, že bylo šetření zaměřeno na domovy pro seniory v Olomouckém kraji s kapacitou do sta obyvatel, tak byla možnost „90 a více“ horní hranicí.

Otázka č. 10: Jaké pohlaví uživatelů převažuje ve Vašem zařízení?

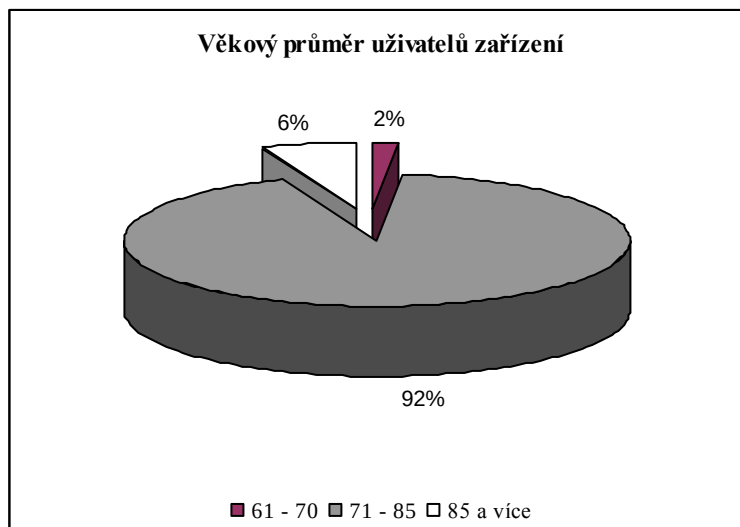
Graf 10: Pohlaví uživatelů



Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 65 (100 %) respondentů uvedlo odpověď „ženy“, odpověď „muži“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. Z grafu je na první pohled zřetelná převaha zastoupení žen. Tato názornost poukazuje na známý fakt, že ženy jsou ve starší populaci více zastoupeny, proto nás tento výsledek nepřekvapil.

Otázka č. 11: Jaký je věkový průměr uživatelů Vašeho zařízení?

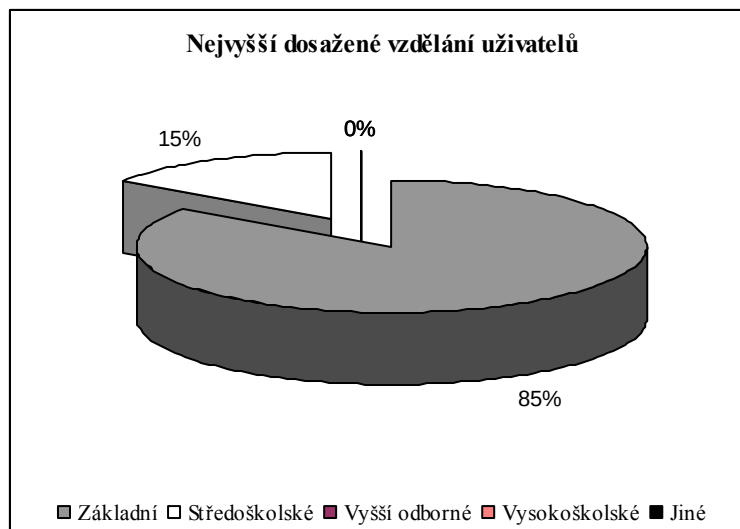
Graf 11: Věkový průměr uživatelů zařízení



Z celkového počtu dotázaných respondentů 65 (100 %), na otázku odpovědělo 60 (92 %) respondentů „71 -85“ let, 4 (6 %) respondenti uvedli odpověď „85 a více“ let, odpověď „61 – 70“ let zvolil 1 (2 %) respondent. Graf č. 11 znázorňuje, že většina uživatelů domovů pro seniory v Olomouckém kraji s kapacitou do sta obyvatel spadá do věkové kategorie „71 – 85“ let. Pouze dvě procenta respondentů uvedla, že je věkový průměr uživatelů jejich domova „61 - 70“ let. Na základě těchto výsledků lze předpokládat, že se dnešní generace seniorů snaží co nejdéle setrvat v domácím prostředí a dokud jim to jejich zdravotní stav umožňuje, tak se o sebe starají sami. Velkou pomoc pro seniory žijící v domácím prostředí může představovat podpora rodinných příslušníků či využití pečovatelské služby.

Otázka č. 12: Jaké je nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání uživatelů Vašeho zařízení?

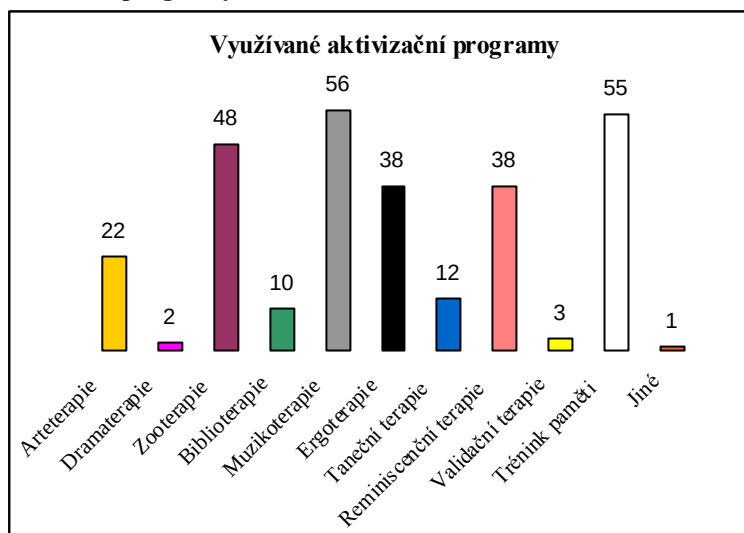
Graf 12: Nejvyšší dosažené vzdělání uživatelů



Na otázku odpovědělo z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 55 (85 %) respondentů „základní vzdělání“, 10 (15 %) respondentů uvedlo možnost „středoškolské vzdělání“. Odpovědi „vyšší odborné“, „vysokoškolské“ a „jiné“ nezvolil žádný (0 %) respondent. Graf č. 12 přehledně zobrazuje, že nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním uživatelů domovů pro seniory je vzdělání základní. Značný vliv na vzdělanost dnešních seniorů mohla mít doba, ve které tito lidé vyrůstali. V dřívější době nebyl vzdělávání přikládán příliš velký význam. Mnoho seniorů svůj život prožilo na vesnici, kde bylo neustále mnoho práce. Děti proto ukončily základní školu, popřípadě se vyučily a šly pomáhat pracovat do rodinného hospodářství.

Otázka č. 13: Které z uvedených aktivizačních programů ve Vašem zařízení využíváte?

Graf 13: Využívané aktivizační programy

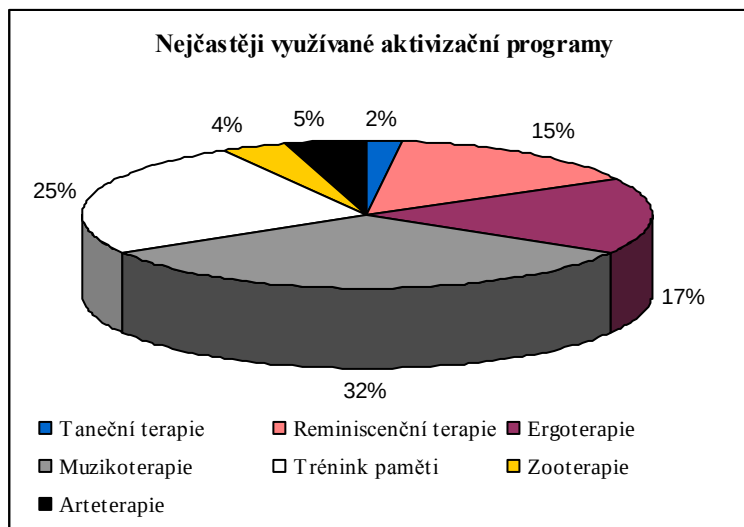


V otázce č. 14 jsme zjišťovali, které z uvedených aktivizačních programů jsou v domovech pro seniory v Olomouckém kraji využívány. Respondenti mohli na tuto otázku zvolit více odpovědí. Celkem bylo získáno 285 (100 %) odpovědí. Respondenti měli na výběr z následujících možností: arteterapie, dramaterapie, zooterapie, biblioterapie, muzikoterapie, ergoterapie, taneční terapie, reminiscenční terapie, validační terapie, trénink paměti, nebo mohli do položky „jiné“ dopsat svoji odpověď. Graf č. 13 přehledně zobrazuje četnosti jednotlivých variant. Nejčastěji voleným aktivizačním programem byla „muzikoterapie“, která byla zvolena 56krát (20 %). Odpověď „trénink paměti“ byla zvolena 55krát (19 %). Odpověď „zooterapie“ byla zvolena 48krát (17 %). Odpověď „ergoterapie“ a „reminiscenční terapie“ byla zvolena shodně 38krát (13 %). Odpověď „arteterapie“ byla zvolena 22krát (8 %). Odpověď „taneční terapie“ byla zvolena 12krát (4 %). Odpověď „biblioterapie“ byla zvolena 10krát (4 %). Odpověď „validační terapie“ byla zvolena 3krát (1 %). Odpověď „dramaterapie“ byla zvolena 2krát (1 %), možnost „jiné“, uvedl pouze 1 (0 %) respondent. Do kategorie „jiné“ respondenti nejčastěji uváděli poznávací zájezdy, výlety, vaření, návštěvy kaváren a cukráren, sportovní hry, bohoslužby či filmový klub.

Potěšujícím zjištěním pro nás bylo, že je nabídka aktivizačních programů v domovech pro seniory v Olomouckém kraji relativně pestrá.

Otázka č. 14: Které aktivizační programy jsou seniory nejvíce využívány?

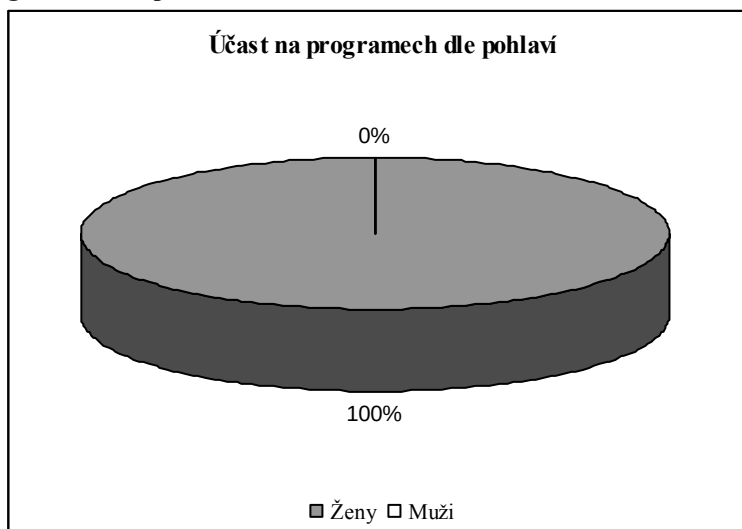
Graf 14: Nejčastěji využívané aktivizační programy



I na otázku č. 14 mohli respondenti uvést více odpovědí. Celkem bylo získáno 107 odpovědí. Odpověď „muzikoterapie“ byla zvolena 35krát (32 %). Odpověď „trénink paměti“ byla zvolena 27krát (25 %). Odpověď „ergoterapie“ byla zvolena 18krát (17 %) a odpověď „reminiscenční terapie“ byla uvedena 16krát (15 %). Odpověď „arteterapie“ byla zvolena 5krát (5 %). Odpověď „zooterapie“ byla zvolena 4krát (4 %). Odpověď „taneční terapie“ byla zvolena 2krát (2 %). Z grafu vyplývá, že mezi nejčastěji využívané aktivizační programy v domovech pro seniory v Olomouckém kraji patří muzikoterapie a trénink paměti. Účast (neúčast) na aktivizačních programech může být ovlivněna zdravotním stavem seniora, kdy se často starší lidé nemohou účastnit aktivit, kterých by se za jiných okolností rádi zúčastnili, aktuální náladou či pohledem seniora na život. Výběr aktivizačních programů může ovlivňovat i skutečnost, zda senioři svůj život prožili ve městě či na venkově, kdy se jejich zájmy mohou lišit.

Otázka č. 15: Zúčastňují se nabízených aktivizačních programů ve Vašem domově více ženy či muži?

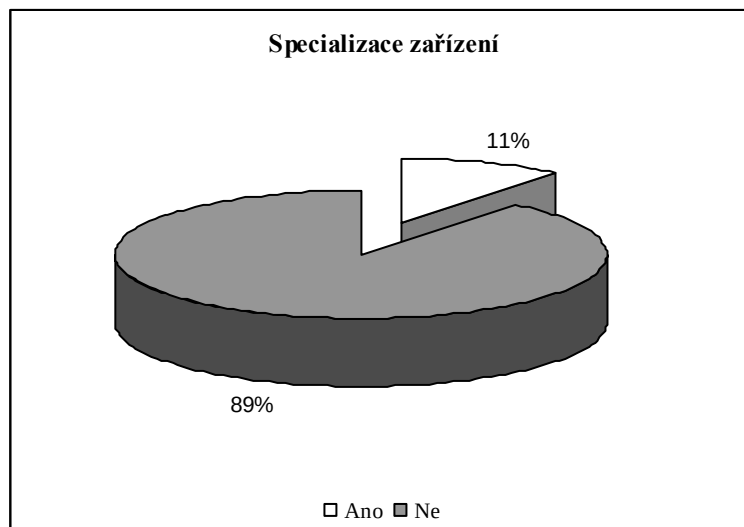
Graf 15: Účast na programech dle pohlaví



Z této dotazované otázky jsme zjišťovali, zda se aktivizačních programů v domovech pro seniory v Olomouckém kraji zúčastňují častěji ženy či muži. Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 65 (100 %) respondentů uvedlo odpověď „ženy“. Odpověď „muži“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. Převaha ženského pohlaví může být dána tím, že z celkového počtu uživatelů v domovech pro seniory převažují ženy, jelikož se dožívají vyššího věku než muži.

Otázka č. 16: Specializuje se Vaše zařízení na určitou terapii?

Graf 16: Specializace zařízení

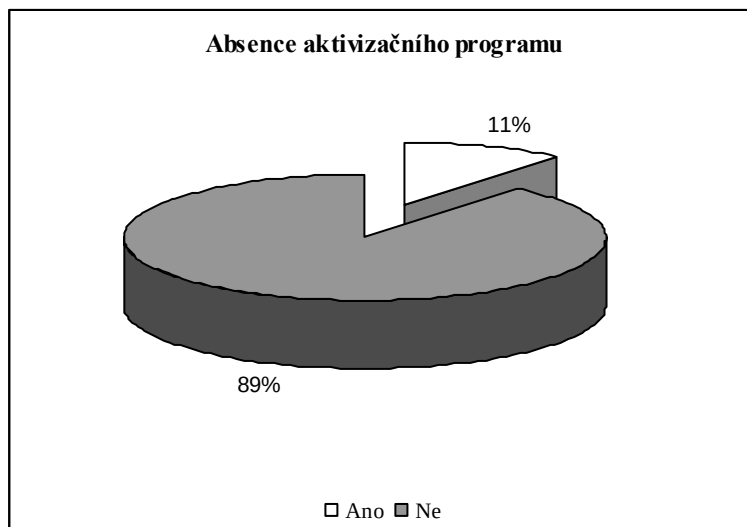


Z grafu vyplývá, že z celkového počtu dotázaných respondentů 65 (100 %) 58 (89 %) respondentů odpovědělo „ne“, 7 (11 %) respondentů zvolilo možnost „ano“.

Respondenti, kteří zvolili možnost „ano“, dále v dotazníku pokračovali otázkou č. 17: „Pokud ano, tak na jakou?“, kde respondenti nejčastěji uváděli odpověď „trénink paměti“, „ergoterapie“, „arteterapie“ a „zooterapie“. Vzhledem k tomu, že v domovech pro seniory v Olomouckém kraji, ve kterých bylo šetření realizováno, nepracuje pracovník, který by prošel speciálním terapeutickým výcvikem, tak lze předpokládat, že se nejedná o specializaci zařízení jako takovou, nýbrž že se prvky některé z terapií využívají častěji než jiné aktivizační programy.

Otázka č. 18: Postrádáte ve vašem zařízení nějaký aktivizační program?

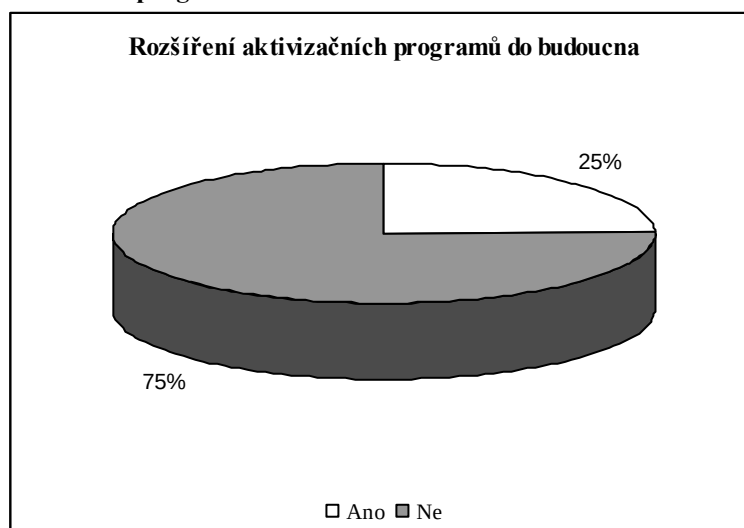
Graf 17: Absence aktivizačního programu



Z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 58 (89 %) respondentů uvedlo odpověď „ne“, 7 (11 %) respondentů zvolilo možnost „ano“. Respondenti, kteří uvedli možnost „ano“, pokračovali v dotazníku otázkou č. 19: „Pokud ano, tak jaký a co Vám brání v jeho poskytování?“. Většina z dotázaných respondentů uvedla, že v zařízení postrádá „ergoterapii“. Jako důvod neposkytování terapie respondenti nejčastěji uváděli nedostatek financí na kvalifikovaného pracovníka.

Otázka č. 20: Usilujete do budoucna o rozšíření poskytování aktivizačních programů ve Vašem zařízení?

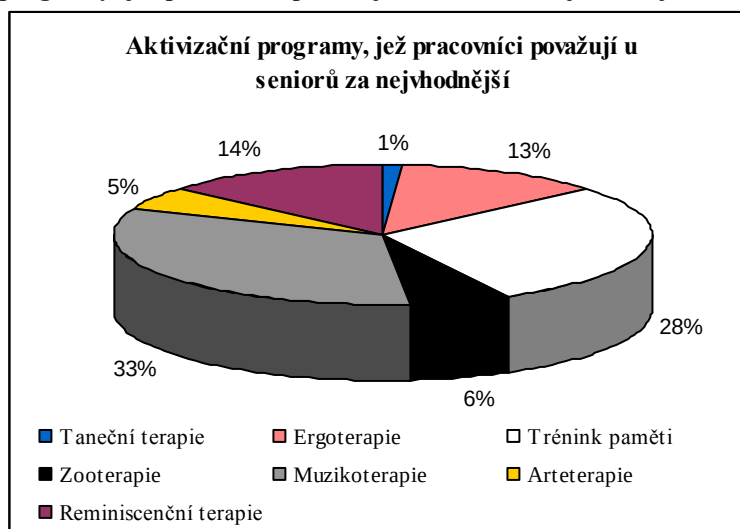
Graf 18: Rozšíření aktivizačních programů do budoucna



Z grafu je patrné, že z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 49 (75 %) respondentů uvedlo odpověď „ne“, pouze 16 (25 %) respondentů zvolilo možnost „ano“. Respondenti, kteří zvolili odpověď „ano“, pokračovali v dotazníku otázkou č. 21: „Pokud ano, tak o jaké?“. Odpověď „zooterapie“ byla zvolena 4krát. Odpověď „reminiscenční terapie“ byla zvolena 4krát. Odpověď „ergoterapie“ byla zvolena 4krát, stejně jako odpověď „taneční terapie“. Odpověď „muzikoterapie“ byla zvolena 3krát. Odpovědi „validační terapie“ a „arteterapie“ byly shodně uvedeny 1krát. Rozšíření nabídky aktivizačních programů zcela jistě souvisí s dalším vzděláváním sociálních pracovníků v domovech pro seniory. Respondenti, kteří na otázku č. 21 odpověděli „zooterapie“, jsou si zřejmě vědomi blahodárného účinku zvířete na člověka. Zvíře dokáže člověka potěšit ve smutných chvílích, zmírnit pocity osamělosti či uspokojit potřebu jistoty a bezpečí. Zvíře pro seniory představuje zpestření jejich života.

Otázka č. 22: Která z terapií je podle Vás pro seniory nejvhodnější?

Graf 19: Aktivizační programy, jež pracovníci považují u seniorů za nejvhodnější

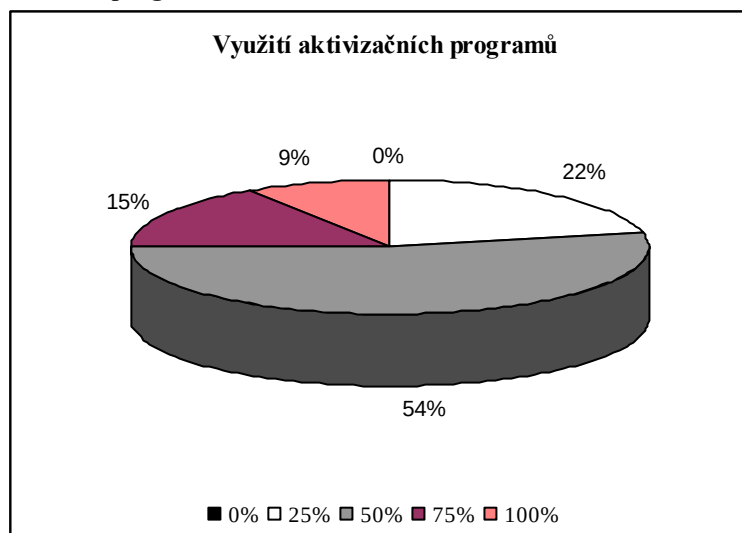


Celkem bylo získáno 95 odpovědí. Z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 31 (33 %) respondentů uvedlo odpověď „muzikoterapie“, 27 (28 %) respondentů odpovědělo „trénink paměti“, 13 (14 %) respondentů zvolilo možnost „reminiscenční terapie“, 12 (13 %) respondentů odpovědělo „ergoterapie“, 6 (6 %) respondentů odpovědělo „zooterapie“, 5 (5 %) respondentů uvedlo možnost „arteterapie“ a 1 (1 %) dotázaný respondent uvedl odpověď „taneční terapie“.

Z grafu je patrné, že odpověď „muzikoterapie“ uvedlo nejvíce dotázaných respondentů. Na základě výsledků, které jsme získali lze konstatovat, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji mají určitý přehled a představu o tom, které aktivizační programy jsou pro seniory vhodné a které méně vhodné.

Otázka č. 23: Kolik uživatelů ve Vašem zařízení využívá aktivizačních programů?

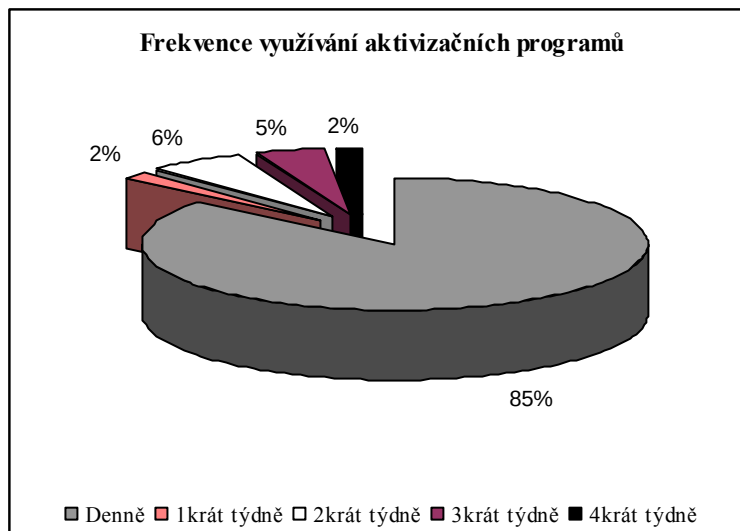
Graf 20: Využití aktivizačních programů



V této otázce jsme zjišťovali, kolik seniorů se v domovech pro seniory zapojuje do aktivizačních programů. Respondenti si mohli vybrat z pěti možností: a) 0 %, b) 25 %, c) 50 %, d) 75 %, e) 100 %. Graf přehledně zobrazuje, že z celkového počtu dotázaných respondentů 65 (100 %) 35 (54 %) respondentů odpovědělo „50 %“, 14 (22 %) respondentů uvedlo odpověď „25 %“, 10 (15 %) respondentů zvolilo odpověď „75 %“, 6 (9 %) respondentů odpovědělo „100 %“ a 0 (0 %) respondentů uvedlo možnost „0 %“. Účast seniorů na aktivizačních programech se odvíjí od motivace, osobnostních vlastností, zdravotního stavu či předešlých zájmů seniorů. Příčinami nezájmu o aktivizační programy může být například obava seniorů z přítomnosti cizích lidí či strach experimentovat s novými zážitky, s něčím, co je jim cizí. Senioři se mohou strachovat, že budou muset dělat něco, co neznají, čemu nerozumí. Tato představa pro ně může být frustrující.

Otázka č. 24: Jak často aktivizační programy ve Vašem zařízení provádíte?

Graf 21: Frekvence využívání aktivizačních programů



V poslední otázce jsme zjišťovali frekvenci využívání aktivizačních programů v domovech pro seniory v Olomouckém kraji. Z celkového počtu respondentů 65 (100 %) 56 (85 %) respondentů uvedlo možnost „denně“, 4 (6 %) respondenti odpověděli „2krát týdně“, 3 (5 %) respondenti uvedli odpověď „3krát týdně“, 1 (2 %) respondent odpověděl „1krát týdně“ a 1 (2 %) respondent uvedl odpověď „4krát týdně“. Potěšujícím zjištěním bylo, že ve většině domovů pro seniory v Olomouckém kraji jsou aktivizační programy zcela běžnou denní činností. Odpovědi dotázaných respondentů nás příjemně překvapily.

4.5 Závěr šetření a návrhy pro praxi

Úvod praktické části diplomové práce byl věnován cílům práce, popisu metodiky práce a popisu šetřeného vzorku. Nejvíce času bylo věnováno analýze jednotlivých položek v dotazníku. Údaje z dotazníku byly vyhodnoceny a zpracovány pomocí programu Microsoft Excel, který napomohl výsledky interpretovat pomocí grafů.

Prvních osm otázek sloužilo ke specifikování respondentů. Výběr respondentů nebyl omezen věkem ani pohlavím. Úvodní otázky zjišťovaly pohlaví, věk, délku praxe se seniory, dobu působení na současném pracovišti a nejvyšší dosažené vzdělání v oboru dotázaných respondentů. Výsledky šetření ukázaly, že z 65 dotázaných respondentů bylo 64 respondentů ženského pohlaví, největší zastoupení v šetření měla věková kategorie „41-50 let“. Většina dotázaných respondentů se seniory pracuje „5-15 let“ a stejně tak většina z nich na současném pracovišti působí „5-15 let“. Většina dotázaných respondentů dosáhla středoškolského vzdělání.

Následující dvě otázky byly zaměřeny na oblast vzdělávání respondentů. Z šetření vyplynulo, že z celkového počtu 65 dotázaných respondentů se 65 respondentů v oboru dále vzdělává, nejčastější formou dalšího vzdělávání jsou podle výsledků šetření školení a četba odborné literatury.

Otázky č. 9, 10, 11 a 12 se věnovaly charakteristice uživatelů žijících v domovech pro seniory v Olomouckém kraji. Tyto otázky byly zaměřeny na pohlaví, věkový průměr uživatelů, nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání uživatelů a na počet uživatelů žijících v domovech pro seniory. Z výsledků je patrné, že počet uživatelů, žijících v domovech pro seniory je ve většině domovů „40-60“ a jednoznačně v domovech převažuje ženské pohlaví. Většina uživatelů domovů spadá do věkové kategorie „71-85 let“ a nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání uživatelů domova je „základní“.

Otázky č. 13, 14 a 15 byly spojeny s cílem diplomové práce, kterým bylo zjistit, jaké aktivizační programy jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory v Olomouckém kraji, které z nabízených aktivizačních programů jsou seniory využívány nejčastěji a zda o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy či muži. Dotazníkové šetření ukázalo, že v domovech pro seniory je seniorům nabízena arteterapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, ergoterapie, trénink paměti, zooterapie, dramaterapie, biblioterapie, taneční terapie a validační terapie. Do kategorie „jiné“ respondenti nejčastěji uváděli poznávací zájezdy, výlety, vaření, návštěvy kaváren a cukráren, sportovní hry, bohoslužby či filmový klub.

Mezi nejčastěji využívané aktivizační programy v domovech pro seniory v Olomouckém kraji patří muzikoterapie a trénink paměti. Také se nám podařilo zjistit, že o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy než muži.

Následující otázky měly za úkol zjistit, zda se domovy pro seniory v Olomouckém kraji specializují na určitou terapii, zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách v zařízení postrádají nějaký aktivizační program a zda do budoucna v zařízení usilují o rozšíření poskytování aktivizačních programů. Z šetření vyplynulo, že se domovy pro seniory ve většině případů na žádnou z terapií nespecializují a také žádný aktivizační program v zařízení, ve kterém pracují, nepostrádají. Pouze 7 respondentů uvedlo, že by si přáli nabídku aktivizačních programů rozšířit. Na otázku „Usilujete do budoucna o rozšíření poskytování aktivizačních programů ve Vašem zařízení?“ odpovědělo 49 respondentů z 65 záporně.

Poslední tři otázky v dotazníku zjišťovaly, která z terapií je podle dotázaných respondentů pro seniory nejvhodnější, kolik uživatelů využívá aktivizačních programů, a jak často aktivizační programy v zařízení provádí. Podle většiny dotázaných respondentů je pro seniory nejvhodnější terapií muzikoterapie. V domovech pro seniory v Olomouckém kraji se aktivizačních programů většinou zúčastňuje 50 % uživatelů a ve většině domovech pro seniory se aktivizační programy aplikují denně.

Z výsledků šetření vyplynulo, že je nabídka aktivizačních programů v domovech pro seniory v Olomouckém kraji relativně pestrá, a že jsou nabízené aktivizační programy seniory navštěvovány v dostatečné míře. Po zpracování a vyhodnocení výsledků jsme zjistili, že zřejmě největším nedostatkem v domovech pro seniory v Olomouckém kraji bude skutečnost, že zde nedochází k poskytování speciálněpedagogických terapií, jak respondenti v dotazníku uváděli, ale většinou se jedná o aktivizační programy s rehabilitačně-výchovným přístupem, přičemž zde hovoříme pouze o prvcích jednotlivých terapií. Z výsledků šetření vyplývá, že s největší pravděpodobností dochází v náhledu pracovníků k záměně terapií s jinými aktivizačními programy. K tomuto závěru jsme dospěli na základě zjištění, že v těchto zařízeních není zaměstnaný žádný pracovník se speciálněpedagogickou specializací. Myslíme si, že by bylo vhodné zaměstnat speciálního pedagoga, který by se v domovech na aktivizaci seniorů primárně zaměřil, a který by měl pro výkon aktivizace odborné vzdělání.

Domníváme se, že naše diplomová práce může posloužit pracovníkům, kteří s osobami seniorského věku pracují, a kteří si díky této diplomové práci mohou vytvořit ucelený přehled o aktivizačních programech využívaných při práci se seniory v domovech pro seniory. Práce může být určena také rodinám, které o seniora pečují a chtějí se o této problematice dozvědět více.

ZÁVĚR

Diplomová práce na téma „Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku“ byla rozdělena do dvou částí, části teoretické a části praktické.

Teoretická část práce byla rozdělena do tří kapitol. V první kapitole jsme se zabývali vymezením základních pojmů jako je stáří, stárnutí a osoba seniorského věku. Dále jsme se zaměřili na klasifikaci stáří z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického a na nejčastěji se vyskytující chorobné procesy ve stáří. V druhé kapitole objasňujeme pojmy „demence“, „Alzheimerova nemoc“ a „Parkinsonova choroba“. V poslední kapitole teoretické části práce popisujeme aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Cílem teoretické části diplomové práce bylo zmapovat a uvést aktivizační programy využívané při péči o seniory v domovech pro seniory a poskytnout čtenáři ucelený náhled na tuto problematiku. Domníváme se, že tento cíl byl splněn. V teoretické části jsme pracovali s odbornou literaturou, která nám napomohla podat ucelený přehled jednotlivých druhů aktivizačních programů využívaných u osob seniorského věku.

V praktické části jsou popsány cíle šetření, metodika šetření, vzorek šetření, analýza šetření a závěr šetření diplomové práce. Cílem praktické části diplomové práce bylo zmapovat aktivizační programy, které jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory v Olomouckém kraji, zjistit, které z nabízených aktivizačních programů jsou seniory využívány nejčastěji a zda o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy či muži. Domníváme se, že také tento cíl se podařilo splnit. Na základě šetření bylo zjištěno, že mezi využívané aktivizační programy v domovech pro seniory patří arteterapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, ergoterapie, trénink paměti, zooterapie, dramaterapie, biblioterapie, taneční terapie a validační terapie. Nejčastěji využívanými aktivizačními programy v domovech pro seniory jsou muzikoterapie a trénink paměti. Také se nám podařilo zjistit, že o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy než muži. Ke zpracování těchto informací nám napomohlo dotazníkové šetření, které bylo uskutečněno v deseti domovech pro seniory v Olomouckém kraji.

Ohlédneme-li se za naši diplomovou práci, můžeme konstatovat, že splnila svůj cíl, který byl stanoven na začátku. I když zpracování diplomové práce nebylo nikterak jednoduché, v každém případě pro nás byla práce na toto téma velice obohacující a přínosná.

Seznam použité literatury a použitých zdrojů

1. BARTKO, D. *Moderná psychohygienu*. 5. vyd. Bratislava: Obzor, 1984. 486 s. ISBN neuvedeno.
2. BEAUFORTOVÁ, K. *Videotrénink interakcí*. [online]. Poslední autorizace 2002 [cit 20.1.2011]. Dostupně z: [http://www.spin-vti.cz/texty/VTI_zaklady_metody.pdf].
3. BERGER, J., KALITA, Z., ULČ, I. *Parkinsonova choroba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 147 s. ISBN 80-85912-13-9.
4. BOČKOVÁ, V. *Celoživotní vzdělávání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 56 s. ISBN 80-244-0155-x.
5. BUIJSSEN, H. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.
6. CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.
7. CONI, N., DAVISON, W., WEBSTER, S. *Ageing : The Facts*. 2. vyd. Oxford: Oxford University Press, 1992. 206 s. ISBN 0-19-262149-1.
8. ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
9. DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
10. DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 104 s. ISBN 978-80-244-1656-4.
11. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

12. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie – pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0.
13. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 120 s. ISBN 80-246-0420-5.
14. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
15. HOJGROVÁ, V. Reminiscenční terapie. *Sociální služby*. 2010, roč. 12., č. 8-9, s. 42-43. ISSN 1803-7348.
16. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
17. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
18. HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 117 s. ISBN 80-244-1237-3.
19. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
20. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
21. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
22. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

23. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
24. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.
25. JUREČKOVÁ, P. Aktivizace seniorů. *Sociální práce*. 2003, roč. 2., č. 2, s. 140-152. ISSN 1213-6204.
26. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
27. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
28. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
29. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
30. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 161 s. ISBN 80-7169-716-8.
31. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
32. KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1.
33. LANDISCHOVÁ, E. *Teorie a praxe arteterapie taneční a výtvarné formy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 124 s. ISBN 978-80-7290-297-2.

34. LANGMAEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-x.
35. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
36. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
37. MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
38. MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7.
39. MÜLLER, O. *Psychopedie – Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 49 s. ISBN 80-244-1204-7.
40. MÜLLER, O. *Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 51 s. ISBN 80-244-1205-5.
41. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
42. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
43. PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.
44. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

45. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. 85 s. ISBN 80-85931-83-4.
46. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedie – Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 37 s. ISBN 80-244-1203-9.
47. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
48. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
49. SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
50. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
51. SUCHÁ, J. *Trénink paměti pro každý věk*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-438-0.
52. SVOBODA, P. *Poetoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 187 s. ISBN 978-80-244-1682-3.
53. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
54. ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0788-3.
55. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.

56. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
57. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 252 s. ISBN 978-80-247-1819-4.
58. VALENTA, M. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 139 s. ISBN 80-244-1358-2.
59. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
60. VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
61. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
62. VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. Praha: České centrum zdraví, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.
63. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.
64. ZELENIOVÁ, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.
65. ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.
66. *Zvířata v domovech nejen pro seniory: příručka pro návštěvní programy, držení a chování zvířat*. 2. vyd. Praha: Hestia, 1999. 39 s.

Klíčová slova

Stáří

Stárnutí

Osoba seniorského věku

Aktivizace

Terapie

Vzdělávání

Demence

Domov pro seniory

Key words

Old-age

Aging

Senior citizen

Activation

Therapy

Education

Dementia

Home for seniors

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji.

Příloha č. 1: Dotazník pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji.

Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové.

Jmenuji se Dagmar Jelínková, studuji obor Speciálně pedagogická andragogika na Ústavu speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci a pracuji na diplomové práci, která je zaměřena na aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Dovolte proto, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou zpracovány v mé diplomové práci. V případě zájmu budete s výsledky šetření seznámeni.

Pokud se rozhodnete dotazník vyplnit, prosím o zakroužkování správné odpovědi.

Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas, který dotazníku věnujete.

S pozdravem Dagmar Jelínková

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

3. Jaká je délka Vaší praxe se seniory?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 15 let
- c) více než 15 let

4. Na Vašem současném pracovišti působíte:

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 15 let
- c) více než 15 let

5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) jiné

6. Snažíte se dále ve Vašem oboru vzdělávat?

- a) ano
- b) ne

7. Pokud ano, jakým způsobem:

- a) stáže
- b) kurzy
- c) školení
- d) četba odborné literatury
- e) jiné

8. Prošla/prošel jste nějakým speciálním kurzem zaměřeným na aktivizaci seniorů?

- a) ano
- b) ne

9. Kolik uživatelů žije ve Vašem zařízení?

- a) 1 – 20
- b) 20 – 40
- c) 40 – 60
- d) 60 – 90
- e) 90 a více

10. Jaké pohlaví uživatelů převažuje ve Vašem zařízení?

- a) ženy
- b) muži

11. Jaký je věkový průměr uživatelů Vašeho zařízení?

- a) 61 – 70
- b) 71 – 85
- c) 85 a více

12. Jaké je nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání uživatelů Vašeho zařízení?

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské
- e) jiné

13. Které z uvedených aktivizačních programů ve Vašem zařízení využíváte?

- a) arteterapie
- b) dramaterapie
- c) zooterapie
- d) biblioterapie
- e) muzikoterapie
- f) ergoterapie
- g) taneční terapie
- h) reminiscenční terapie
- ch) validační terapie
- i) trénink paměti
- i) jiné.....

14. Které aktivizační programy jsou seniory nejvíce využívány?

.....

15. Zúčastňují se nabízených aktivizačních programů ve Vašem domově více ženy či muži?

- a) ženy
- b) muži

16. Specializuje se Vaše zařízení na určitou terapii?

- a) ano
- b) ne

17. Pokud ano, tak na jakou:

.....

18. Postrádáte ve vašem zařízení nějaký aktivizační program?

- a) ano
- b) ne

19. Pokud ano, tak jaký a co Vám brání v jeho poskytování:

.....

20. Usilujete do budoucna o rozšíření poskytování aktivizačních programů ve Vašem zařízení?

- a) ano
- b) ne

21. Pokud ano, tak o jaké:

.....

22. Která z terapií je podle Vás pro seniory nejvhodnější?

.....

23. Kolik uživatelů ve Vašem zařízení využívá aktivizačních programů?

- a) 0 %
- b) 25 %
- c) 50 %
- d) 75 %
- e) 100 %

24. Jak často aktivizační programy ve Vašem zařízení provádíte?

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Dagmar Jelínková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku
Název v angličtině:	The activation approaches to the senior citizens
Anotace práce:	Diplomová práce na téma „Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku“ je rozdělena do dvou částí, části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se zabývám vymezením základních pojmů jako je stáří, stárnutí a osoba seniorského věku. Dále se zaměřuji na klasifikaci stáří z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického a na nejčastěji se vyskytující chorobné procesy ve stáří. V druhé kapitole objasňuji pojmy „demence“, „ Alzheimerova nemoc“ a „Parkinsonova choroba“. V poslední kapitole teoretické části práce popisují aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. V praktické části jsou popsány cíle šetření, metodika šetření, vzorek šetření, analýza šetření a závěr šetření. Cílem šetření bylo zjistit, které aktivizační programy jsou seniorům nabízeny v domovech pro seniory v Olomouckém kraji, které z nabízených aktivizačních programů jsou seniory využívány nejčastěji a zda o nabízené aktivizační programy v domovech pro seniory jeví větší zájem ženy či muži.
Klíčová slova:	Stáří, stárnutí, osoba seniorského věku, aktivizace, terapie, vzdělávání, demence, domov pro seniory

Anotace v angličtině:	Diploma thesis, "Activation approaches towards old age people", is divided into two parts, theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter deals with the determination of basic concepts such as aging and old age person. After that I focus on the classification in terms of calendar, biological, social, psychological age and frequently occurring disease processes in old age. The second chapter explains the concepts of "dementia", "Alzheimer Disease" and "Parkinson's disease". In the last chapter, I describe the theoretical approaches to activating people of senior age. The practical part describes the objectives of the investigation, investigation methodology, sample survey, analysis and conclusion of the investigation. The objective was to determine which activation programs are offered for seniors in homes for the elderly in the Olomouc region, which of those programs are used mostly by the seniors and whether the offered activation programs for the elderly seem more interested in women or men.
Klíčová slova v angličtině:	Old-age, aging, senior citizen, activation, therapy, education, dementia, home for seniors
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazníky pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v domovech pro seniory v Olomouckém kraji
Rozsah práce:	88 stran
Jazyk práce:	Český