

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku

Possibilities for the development of cognitive function in the elderly

Bc. Nicola Veselovská

Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N0111A190014)

Studijní obor: N SPPG 2 (0111TA190014)

2022

Odevzdáním této diplomové práce na téma Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11. 4. 2022

Nicola Veselovská

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení při zpracování této diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala personálu z Domova pro seniory Háje za umožnění realizace výzkumného šetření, za vstřícnost a spolupráci. Rovněž velké poděkování patří klientům domova, kteří poskytli souhlas s realizací a uveřejněním rozhovoru a případové studie.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce s názvem „Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku“ se zabývá problematikou aktivizace seniorů, prostřednictvím které dochází k rozvoji či alespoň uchování stávajících schopností seniora. Zároveň je snaha prostřednictvím aktivizace předcházet vzniku poškození kognitivních funkcí, které se vlivem stáří přirozeně oslabují.

V teoretické části je popsáno a charakterizováno vývojové období stáří, dále kognitivní funkce a jejich možné poruchy vyskytující se u osob v seniorském věku. Zde se práce zaměřuje na popis demence, Alzheimerovy choroby a Parkinsonovy nemoci, na možné příčiny vzniku, průběh onemocnění a klinické projevy, důsledky a terapeutické přístupy. Třetí kapitola představuje stěžejní část, neboť se zde práce zabývá možnými nefarmakologickými přístupy a aktivizací osob v seniorském věku.

V empirické části jsou popsány aktivizační činnosti, které realizuje Domov pro seniory Háje, kde bylo výzkumné šetření prováděno. Empirická část se zaměřuje na aktivizaci intaktních klientů i klientů trpících Parkinsonovou nemocí. Dále jsou v této části předloženy a popsány ukázky ze čtyř aktivizačních bloků, které byly realizovány jak s intaktními klienty, tak také s klienty s Parkinsonovou nemocí. Následně je uvedeno zhodnocení rozhovorů realizovaných s vybranými klienty a jedna případová studie s klientkou s Parkinsonovou nemocí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Aktivizace, demence, domov pro seniory, kognitivní funkce, Parkinsonova nemoc, stáří

## **ABSTRACT**

This diploma thesis entitled „Possibilities of the development of cognitive functions in the elderly“ deals with the issue of activation of seniors, through which there is a development or at least the preservation of existing abilities of seniors. At the same time, the effort is to prevent damage to cognitive functions, which naturally weaken due to old age.

The theoretical part describes and characterizes the developmental period of old age, cognitive functions and their possible disorders occurring in the elderly. Here the work focuses on the description of dementia, Alzheimer's disease and Parkinson's disease, the possible causes, the course of the disease and clinical manifestations, consequences and therapeutic approaches. The third chapter is a key part, because the work deals with possible non-pharmacological approaches and activation of seniors.

The empirical part describes the activation activities carried out by the Home for the elderly Háje, where the research was carried out. The empirical part focuses on the activation of intact clients and clients suffering from Parkinson's disease. Furthermore, examples from four activation blocks, which were implemented with both intact clients and clients with Parkinson's disease, are presented and described in this section. Subsequently, an evaluation of interviews conducted with selected clients and one case study with a client with Parkinson's disease is presented.

## **KEYWORDS**

Activation, cognitive function, dementia, home for the elderly, old age, Parkinson's disease

## Obsah

ÚVOD.....	8
1 OBDOBÍ STÁŘÍ.....	10
1.1 Periodizace stáří.....	11
1.2 Proměny ve stáří.....	12
1.2.1 Psychické změny.....	12
1.2.2 Tělesné změny.....	13
1.2.3 Sociální změny.....	14
1.3 Úspěšné stárnutí.....	15
1.4 Životní styl seniorů a vyrovnávání se se stářím.....	16
1.5 Demografický vývoj v ČR.....	19
2 KOGNITIVNÍ FUNKCE.....	23
2.1 Vymezení kognitivních funkcí.....	23
2.1.1 Pozornost.....	23
2.1.2 Zrakově-prostorové schopnosti.....	24
2.1.3 Paměť.....	25
2.1.4 Jazyk a řečové schopnosti.....	26
2.1.5 Myšlení.....	26
2.1.6 Exekutivní funkce.....	27
2.2 Poruchy kognitivních funkcí vyskytující se u osob v seniorském věku.....	27
2.2.1 Příčiny poruch kognitivních funkcí.....	29
2.2.2 Demence.....	29
2.2.3 Alzheimerova choroba.....	31
2.2.4 Parkinsonova nemoc.....	34
3 MOŽNOSTI ROZVOJE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ SENIORŮ.....	37
3.1 Univerzita třetího věku.....	37
3.2 Kognitivní trénink.....	38
3.3 Pohybová a taneční terapie.....	41
3.4 Reminiscenční terapie.....	41
3.5 Orientace realitou.....	43
3.6 Validace.....	43
3.7 Lifestyle approach.....	44

4 AKTIVIZACE SENIORŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY HÁJE .....	45
4.1 Cíle výzkumného šetření .....	45
4.2 Výzkumné otázky.....	45
4.3 Metodologie výzkumu.....	46
4.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	47
4.5 Charakteristika Domova pro seniory Háje .....	48
4.5.1 Realizované aktivizační činnosti v DS Háje .....	49
4.5.2 Ukázka hodiny z Klubu Albert Einstein .....	55
4.5.3 Ukázka skupinové aktivizace s intaktními seniory .....	58
4.5.4 Ukázka skupinové aktivizace se seniory s Parkinsonovou nemocí.....	60
4.5.5 Ukázka aktivizace zaměřené na jemnou motoriku a grafomotoriku u seniorů s Parkinsonovou nemocí .....	62
4.6 Rozhovory s klienty .....	64
4.7 Případová studie.....	66
4.8 Závěry výzkumného šetření .....	68
ZÁVĚR .....	72
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ .....	74
SEZNAM PŘÍLOH .....	79

## ÚVOD

Stáří nedomyslitelně patří k životu každého jedince. V současnosti je všeobecně známo, že populace stárne. Jedním z důvodů je, že se lidé dožívají vyššího věku, než tomu tak bylo v minulosti. Ovšem také jedinec v seniorském věku je vybaven kognitivními funkcemi, které nás provází po celý život. Nicméně se zvyšujícím se věkem dochází k přirozenému oslabování těchto funkcí. Téma diplomové práce s názvem „Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku“ se zaměřuje právě na seniory a možnosti aktivizace, prostřednictvím kterých je možné seniory rozvíjet či alespoň uchovávat jejich schopnosti. Což je zejména u seniorů velmi podstatné, neboť aktivizací lze preventivně působit proti trvalému narušení kognitivních funkcí a tomu, že by jedinec o tyto důležité funkce přišel. S obdobím stáří však souvisí také neustále se zvyšující riziko rozvoje různých chorob a onemocnění, které výrazně ovlivňují kvalitu života jedince. Tato práce se nebude zabývat všemi chorobami, ale bude zaměřena zejména na demenci, Parkinsonovu nemoc a Alzheimerovu chorobu.

Na tomto základě je stanoven hlavní cíl diplomové práce, a to zmapovat problematiku rozvoje kognitivních funkcí u seniorů v Domově pro seniory Háje. Zároveň nastínit možnosti, jakými aktivizační pracovníci v domově rozvíjí seniory a tím napomáhají k zachování přiměřené míry kvality života. Následně je stanoven dílčí cíl, který se zaměřuje na seniory s Parkinsonovou nemocí. V souvislosti s těmito cíli jsou uvedeny výzkumné otázky.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je tvořena třemi hlavními kapitolami. První kapitola se zabývá popisem a charakteristikou vývojové etapy stáří a jejím členění. Tato kapitola poukazuje na možné proměny, a to jak psychické, tělesné i sociální, se kterými se musí mnoho seniorů vyrovnávat. Dále jsou zmíněny a popsány strategie, které jedinci využívají při vyrovnávání se se stářím a postupnou změnou životního stylu. Je zde zmíněn také demografický vývoj v ČR, který dokazuje a potvrzuje tvrzení o stárnoucí populaci. Následující kapitola se zabývá jednotlivými kognitivními funkcemi, jejich definováním, charakteristikou a popisem významu pro život jedince. Poté je tato kapitola zaměřena také na poruchy kognitivních funkcí, které se mohou vyskytovat v seniorském věku, tedy demence, Alzheimerova choroba



a Parkinsonova nemoc. Třetí, tedy poslední kapitola teoretické části se věnuje samotné aktivizaci seniorů a možnostmi, kterými lze seniory rozvíjet. Jsou zde zmíněny a popsány ty nejčastěji využívané aktivity a nefarmakologické terapie a postupy. Jedná se například o kognitivní trénink a trénink paměti, reminiscenční terapii či pohybovou a taneční terapii.

Čtvrtá kapitola je věnována empirické části této práce. Výzkumné šetření je realizováno metodami kvalitativního charakteru, a to zúčastněným pozorováním, polostrukturovaným rozhovorem a případovou studií jednoho klienta s Parkinsonovou nemocí. Pro realizaci výzkumného šetření je vybrán Domov pro seniory Háje na Praze 4. V této kapitole jsou stručně popsány všechny formy a druhy aktivizace, které domov klientům nabízí. Aktivity jsou popsány na základě pozorování. Dále jsou zde popsány ukázky hodin aktivizace, které jsem osobně vedla a připravovala všechny činnosti a materiály. Jedná se o ukázku z klubu Albert Einstein, skupinové aktivizace s intaktními klienty, dále skupinová aktivizace s klienty s Parkinsonovou nemocí a aktivizace zaměřené na jemnou motoriku a grafomotoriku taktéž u klientů s PN. Poté je věnován prostor na vyhodnocení realizovaných rozhovorů s klienty. Následně je uvedena případová studie klientky s Parkinsonovou nemocí. V samotném závěru kapitoly je pozornost věnována zhodnocení celého výzkumného šetření spolu s odpověďmi na výzkumné otázky.

Závěr diplomové práce je tvořen přílohami. V prvních dvou přílohách jsou uvedeny vzory informovaného souhlasu ředitelky s realizací výzkumného šetření v domově a informovaný souhlas klientů s poskytnutím a uveřejněním rozhovorů. Podepsané informované souhlasy jsou k nahlédnutí u autorky práce. Dále jsou uveřejněné přepisy všech realizovaných rozhovorů, a to s aktivizačními pracovníky a klienty domova. Poslední dvě přílohy tvoří sada úkolů a pracovní listy, které navazují na ukázky z hodin aktivizace realizovaných v domově a popsány v podkapitolách empirické části.

## 1 OBDOBÍ STÁŘÍ

V problematice seniorského věku vstupuje do popředí několik základních pojmů. Jedná se o pojem stáří, stárnutí, kvalita života nebo gerontologie. Stáří představuje závěrečnou vývojovou etapu v životě člověka. Toto období je charakteristické probíhajícími involučními změnami, jejichž rychlost nelze určit (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Tím se dostáváme k pojmu stárnutí, o kterém Kalvach (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s.153) uvádí, že jde o „...*dlouhodobý proces podmíněný genetickou dispozicí, opotřebováním, akumulováním různých poškození a chyb i dalšími faktory*“. Dále autor uvádí, že tempo involučního procesu je individuální a vlivem probíhajících změn u člověka hovoříme o fenotypu stáří, který je modifikován různými faktory (psychickými, funkčními, životním stylem nebo prostředím).

Věda, která se stárnutím a stářím zabývá, se nazývá gerontologie. Tento pojem je řeckého původu a znamená „*geron = starý člověk, logos = věda*“ (Minibergerová, Dušek, 2006, s.5). Čeledová a kol. (2016, s.17) ve své publikaci člení gerontologii podle směru zájmu na experimentální, klinickou a sociální. Experimentální se dle autorů zabývá příčinami a průběhem stárnutí živých organismů. Klinická gerontologie neboli geriatric se zaměřuje na zdravotní stav osob ve vyšším věku, se zájmem o možné choroby a jejich léčení. Poslední směr, gerontologie sociální, se zaměřuje na celkový život jedince, na jeho sociální vztahy a působení ve společnosti.

Vývojová etapa stáří je nevyhnutelnou součástí života, kterou si musí projít každý živý tvor. A to z toho důvodu, že má specifický význam v lidském životě. Erikson (In Vágnerová, 2000) vnímá jako hlavní úkol stáří dosažení integrity v pojetí vlastního života. Tím myslíme to, aby jedinec v tomto období byl schopný přijmout svůj život jako celek, pochopit jeho smysl a také se vyrovnat s koncem života, jakožto nevyhnutelným důsledkem. Dosažení integrity má několik nezbytných podmínek (Říčan In Vágnerová, 2000):

1. jedinec by neměl nic předstírat, měl by být pravdivý sám k sobě,
2. měl by se smířit s vlastním životem, takovým, jaký byl, a tak jej také přijmout,
3. měl by být schopen chápat život ve všech souvislostech,

4. je možné vnímat vlastní život jako součást celé společnosti, a to jak ve vztahu k minulosti (k historii společnosti), tak také ve vztahu k budoucnosti a dalším generacím.

Typické pro tuto životní fázi je bilancování jedinců a ohlížení se zpět do minulosti. Senioři v rámci bilancování hodnotí svůj život a přemýšlí o smyslu života. Často kladou sami sobě otázky, zda se jim v životě vše podařilo tak, jak si představovali, zda naplnili všechny své cíle, úkoly a plány. Ne vždy však na své otázky naleznou odpovědi (Mlýnková, 2011).

## 1.1 Periodizace stáří

Mnozí autoři zabývající se touto problematikou se shodují, že dle vývojově psychologického hlediska lze stáří datovat od 60, případně 65 let věku jedince. Světová zdravotnická organizace (In Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s.18) období stáří dělení na patnáctileté fáze:

1. rané stáří (počínající stáří): 60-74 let
2. vlastní stáří (pokročilý věk): 75-89 let
3. dlouhověkost: 90 a více let

„Vzhledem k demografickému vývoji a zlepšování funkčního stavu seniorů je v současnosti za počátek stáří považován věk 65 let...“ (Holmerová In Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s.18). Z tohoto důvodu autorka dále uvádí výstižnější členění:

1. mladí senioři: 60-74 let
2. staří senioři: 75-84 let
3. velmi staří senioři, dlouhověkost: 85 a více let

Další tradiční rozlišování stáří, které je autory používáno, je kalendářní, biologické a sociální stáří. **Kalendářní stáří** představuje dosažení stanoveného věku, který vychází z průměrného průběhu života a biologického stárnutí. Jak již bylo několikrát zmíněno, stárnutí je vysoce individuální proces, tudíž se může stát, že někdo stárne dříve a rychleji, někdo zase později a pomaleji než určený průměr. V takovém případě se u jedince jeho

individuální biologický věk neshoduje s průměrným věkem kalendářním. Pro určení kalendářního stáří je typická periodizace uvedená výše. **Biologické stáří** se (na rozdíl od kalendářního) orientuje více individuálně na určitého jedince, neboť jde o dosažení určitých involučních změn. Tyto změny jsou spojené s poklesem zdraví, funkčními deficity, poklesem výkonnosti či vyšším rizikem nemocí. **Sociálního stáří** jedinec dosahuje po určitých sociálních změnách, které jsou typické pro dané období. Jedná se o změny sociálních rolí, postojů, změny spojené s životními událostmi jako například odchod do penze či ovdovění (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

## 1.2 Proměny ve stáří

Podle Minibergerové (2006) se stárnutí u člověka projevuje jako řada změn, které se objevují v oblastech: psychologické, biologické i sociální. Veškeré biofyziologické změny probíhají v čase a jsou nezvratné, neboť nakonec způsobují zánik organismu.

Blatný a Šolcová (Blatný ed. 2016, s. 157) zdůrazňují, že se stárnutí týká všech aspektů člověka: „*mění se vzhled, tělesné funkce, aktivity, vnímání času, sociální okolí*“. Stárnoucí jedinec se však nevyrovnává pouze se změnami, které vnímá a vidí na sobě samém, ale také na druhých lidech, s nimiž se stýká, případně se musí vyrovnat s jejich trvalým odchodem. Veškeré tyto proměny způsobují změnu v zaběhlém životním řádu jedince.

Je patrné, že veškeré projevy / proměny, které na sobě jedinec pociťuje a vidí, probíhají v návaznosti, vzájemně se ovlivňují a vytváří tzv. bio-psycho-sociální model změn (Dvořáčková, 2012). Díky tomuto modelu si lze uvědomit, že proměny zasahují celou osobnost člověka a všechny jeho složky jako celek.

### 1.2.1 Psychické změny

Typickým znakem stáří bývá snížení adaptačních mechanismů, tedy snížená schopnost jedince se přizpůsobit novým požadavkům, mezilidským vztahům a ulpívají spíše k stereotypnímu způsobu života. Dále vlivem stáří dochází k postupnému úbytku

kognitivních funkcí, které se projevuje selháváním paměti, narušením vnímání nebo myšlení (Farková, 2009).

Co se týče paměti, tak se zhoršuje především krátkodobá paměť. Toto zhoršení se projevuje tím, že si jedinec hůře pamatuje nové události. Oproti tomu staré události jsou zachovány, ale může se měnit pohled na vzpomínky, a to jak obsahově, tak i emočně (Minibergerová, Dušek, 2006).

Významnou roli mají také involuční změny spojené se smyslovým vnímáním. U zraku se jedná o změny akomodace, častý výskyt presbyakúzie, čili úbytek sluchové ostrosti a klesá také čich a chuť. Veškeré změny mají vliv nejen na vzhled jedince, ale také na jeho chování. Objevují se pocity nedůvěry, nejistoty, nadměrné sebezpozorování těla a funkcí orgánů (Dvořáčková, 2012). Změnami v oblasti percepce se zabývá také Minibergerová (2006, s.8) „U 90 % starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, zrak slábne, obtížně se adaptuje na tmou, dochází k zúžení zorného pole. U 30 % starých lidí se objevuje zhoršení sluchové percepce, uši obtížně vnímají vysoké tony, jsou citlivé na šumy“. V důsledku zhoršené percepce dochází k vyšší míře ohrožení bezpečnosti jedince, snížení schopnosti komunikace a celkovému omezení výkonu.

Další změny se mohou projevit také v oblasti citového prožívání, a to zejména u osob s patologickým typem osobnosti. Typickým projevem u těchto osob je emoční labilita. Ta se projevuje častým střídáním nálad a zvýšenou plačtivostí. Mnoho jedinců pociťuje také úzkost, deprese a převažuje u nich nadměrný strach z nemoci či strach o svůj budoucí život (Mlýnková, 2011).

### **1.2.2 Tělesné změny**

Stav tělesné složky a její proměny ve stáří je velmi individuální a ovlivňuje jej několik faktorů, například dosavadní životní styl každého jedince. Velmi častou involuční změnou je snížená schopnost spontánní pohybové aktivity, která může být způsobena nižším rozsahem pohybu v kloubech, snížení výkonu řídicích center apod. Nejvýznamnějším projevem bývá degradace svalové hmoty, zvýšení procenta tělesného tuku a snížení tělesné hmotnosti (Hráský, Brunc In Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014).

Co se týče biologických změn souvisejících s procesem stárnutí, jsou na první pohled zjevné. Jedinci jsou méně odolní vůči infekcím, zvyšuje se u nich riziko vzniku nádorových onemocnění, hojení ran je pomalejší, pružnost vaziva se ztrácí atd. Dle Langmeiera (2006) se nejzávažnější biologické přeměny projevují v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují regulaci tělesných a duševních pochodů.

Dochází také ke změnám spojeným s výškou a váhou jedince. Příčinou chůze v mírném předklonu, která je pro seniory typická, je postupné ochabování kosterních svalů, které tudíž nedokáží udržet postavu vzpřímenou. V důsledku řídnutí a postupné křehkosti kostí jsou senioři více ohroženi možnostmi úrazů a zlomenin. Vzhledem k tomu, že může dojít také k úbytku kloubní chrupavky, je negativně ovlivněna možnost pohybu jedince a vyskytuje se intenzivní bolestivost kloubů (Mlýnková, 2011).

Vágnerová (2000) uvádí jako další faktory ovlivňující průběh stárnutí: dědičné předpoklady a důsledky vlivů prostředí. Ve stáří se značně proměňuje také zevnějšek jedince, což ovlivňuje jeho sociální status ve společnosti. V důsledku toho lidé nazírají na jedince jako na „starce“ a podle toho se k němu také chovají. Na zevnějšku jedince se může odrážet jeho celkový, tělesný i psychický stav.

Pacovský (In Vágnerová, 2000) popisuje Diogenův syndrom, tedy syndrom zanedbaného starce, který se projevuje ztrátou motivace k péči a úpravě vlastního zevnějšku a neudržování hygienických návyků. Tento syndrom se nejčastěji objevuje u jedinců, kteří jsou osamělí, a tudíž nemají důvod a motivaci o sebe pečovat.

### **1.2.3 Sociální změny**

Sociální změny se projevují změnou sociálních rolí, postojů a sociálního potenciálu. Typickou životní událostí, se kterou se jedinec v pokročilém věku musí vyrovnat, je odchod ze zaměstnání a přesun do starobního důchodu. V důsledku této změny se mění celý životní režim jedince, objevuje se nadbytek volného času, zároveň však může dojít k poklesu životní úrovně vlivem nižšího finančního příjmu nebo sociální izolace (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). „*Člověk ztrácí svůj sociální status produktivního člověka a přijímá nový, naprosto*

*anonymní. Je řazen mezi všechny ostatní důchodce. Je lidmi považován za neprospěšného, neuznávaného a nevyužitelného jedince ve společnosti“ (Pejšová, 2015, s.10)*

Dvořáčková (2012) ve své publikaci zmiňuje tzv. syndrom prázdného hnízda, jakožto událost, která také poznamenává život stárnoucího jedince. Jedná se o odchod dětí z rodiny, kdy se manželé ocitají sami a musí nalézt nový způsob života bez dětí. Mnohým párům se to podaří a sblíží se, u jiných se prohloubí prázdnota. Posléze mnohdy dochází k získání nové sociální role, a to role prarodiče.

Langmeier (2006) hodnotí roli prarodiče jako velmi důležitou, neboť se jedná o vítanou, pozitivní a silně emočně prožívající roli v životě člověka. Kromě toho, že děti zpravidla přinášejí radost do rodiny a nový smysl života pro seniory, vnášejí do jejich života opět hru a možnost seberealizace. Skrze komunikaci s dítětem, předáváním určitých vzpomínek, rodinných tradic a hodnot vytvářejí také rodinou historii. Kromě toho plní také funkci výukovou „...učí mladé i mnoha hlubším hodnotám a postojům a učí je nakonec i svou smrtí – pomáhají svým blízkým, aby hleděli vyrovnaněji na vlastní smrt a plněji si uvědomovali svoji odpovědnost ke své rodině i k širší společnosti“ (tamtéž, 2006, s.209).

Člověk v období stáří se nevyrovnává pouze se změnami, které se týkají pouze jeho osoby. Mnohdy se musí vyrovnat se smrtí svých přátel, vrstevníků nebo svého partnera, což představuje jednu z nejtěžších životních událostí v životě člověka. I přesto, že smrt k lidskému životu neodmyslitelně patří, bolavé rány z odchodu blízké osoby se u některých lidí nezahojí. To, jak se s úmrtím blízkých jedinci vyrovnávají se liší, u někoho se může vyvolat strach z vlastní smrti a někdo chce také odejít ze světa, neboť ztratil smysl života (Minibergerová, Dušek, 2006).

### **1.3 Úspěšné stárnutí**

Mnozí autoři si uvědomují, že období stárnutí a stáří není charakteristické pouze výše zmíněnými (negativními) změnami jedince a chorobami. Z toho důvodu se objevily termíny, které mají poukázat také na pozitivní stránky tohoto životního období. Mezi tyto pojmy patří například: „úspěšné stárnutí, produktivní stárnutí, správné stárnutí či pozitivní stárnutí“ (Blatný ed, 2016).

První, kdo použil termín úspěšné stárnutí, byl Baker v roce 1958. Pozornost společnosti vůči tomuto termínu však začala narůstat až v roce 1987 v souvislosti s autory Rowenem a Kahnem. „*Koncepce úspěšného stárnutí se objevila jako výsledek záměru autorů oddělit změny související s chorobami od změn souvisejících se stárnutím jako takovým*“ (Blatný ed, 2016, s. 159). Z tohoto důvodu začali rozlišovat stárnutí na patologické (tedy poznamenané těžkými chorobami), normální (vykazující typické změny pro daný věk) a úspěšné (vykazující málo nebo menší funkční změny). Rowe a Kahn vytvořili tři podmínky týkající se jedince tak, aby bylo možné hovořit o úspěšném stárnutí (In Blatný ed, 2016, s.160):

1. absence nemoci a handicapu
2. vysoká úroveň psychických a fyzických funkcí
3. aktivní účast na životě

Pod pojmem úspěšné stárnutí si však nepředstavujeme pouze zdravotní (fyzický) stav jedince a počet diagnostikovaných chorob, nýbrž celou škálu dalších oblastí, které mají významný podíl na život stárnoucího jedince. Máme na mysli finanční zajištěnost, produktivitu, nezávislost, optimismus, zvládání běžného života či aktivity jedince a navozování/udržování sociálních vztahů. Je tedy důležité jedinci nabídnout a vytvořit adekvátní aktivity, prostor a podmínky pro úspěšnou seberealizaci (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Aby byla koncepce úspěšného stárnutí naplněna, je důležitá jakákoli pravidelná aktivizace seniorů. Nečinnost má velmi negativní dopad na všechny složky jedince a může vést také k urychlení involučních změn. Co se týče fyzického stavu, tak při dlouhodobé nečinnosti dochází k atrofii svalů a v nejhorším případě k imobilizaci jedince. Další oblasti, a které má nečinnost jedince vliv jsou sociální a psychická, kdy se může u jedinců vyskytovat podnětová či emoční deprivace (Langmeier, Krejčířová, 2006).

#### **1.4 Životní styl seniorů a vyrovnávání se se stářím**

Životní styl člověka se vyvíjí a mění důsledku životních situací, zastávajících sociálních pozic a rolí, a to v průběhu celého života. Z toho vyplývá, že každé životní období



má svůj specifický životní styl a jinak tomu není ani u osob v seniorském věku. Jedním z faktorů, které významně proměňují životní styl, je fyzický stav a zdraví. Jak již bylo uvedeno výše, jedinec v seniorském věku se potýká s úbytkem fyzických sil a přibývajících nemocemi, což jej v životě limituje. Druhou proměnou je nárůst určité svobody, kdy se jedinec může svobodně rozhodovat o svém času a aktivitách. Třetí významnou proměnou je odchod jedince do důchodu, což představuje v životě člověka výrazný okamžik/milník (Sak, Kolesárová, 2012).

Staří lidé, jak již bylo zmíněno, se upínají ke stereotypům, mají rádi stejný režim a hůře se vyrovnávají nebo adaptují na změny. To souvisí také s bydlením, kdy se většina seniorů snaží žít ve vlastní domácnosti, případně v blízkosti rodinných členů, ale zároveň chtějí být samostatní a nezávislí na pomoci jiné osoby. Pokud však jedinec není schopen žít samostatně (nedostatečné příjmy, zhoršení hybnosti, omezená sebeobsluha) a rodina se o něj z různých důvodů nemůže starat, odchází do různých zařízení poskytujících sociální péči. Tato situace představuje (mnohdy negativní) změnu, která zcela mění dosavadní život jedince, na který byl zvyklý a musí se s novou situací vyrovnávat (Minibergerová, Dušek, 2006).

Pokud se zaměřujeme na život seniorů, neměli bychom opomenout také jejich potřeby, které se pochopitelně vlivem postupujícího věku mění. U seniorů dochází ke změně hodnotové orientace potřeb s tím, že nejdůležitější pro ně jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. V souvislosti s fyziologickými potřebami preferují příjem potravy, vyprazdňování, odpočinek a spánek nejen v noci, ale také přes den, dále potřeba být bez bolesti, být v teple a pohodlí. Naopak potřeba příjmu tekutin, sexuální potřeby, hygienická péče či úprava zevnějšku bývají odsouvány do pozadí (Mlýnková, 2011). V souvislosti s vyššími potřebami autorka dále vyzdvihuje potřebu jistoty a bezpečí, seberealizace či potřebu být uznáván druhými lidmi. Významnou roli u osob v seniorském věku hraje také potřeba komunikace, která může být často zanedbávána (tamtéž, 2011).

To, jakým způsobem se člověk vyrovnává se stářím a přizpůsobuje se problémům, které jsou typické pro toto období, je rozdílné. Vždy závisí na mnoha faktorech, ať na osobnosti jedince, emočním prožíváním, tak i na způsobu jeho života. Pokud bychom se zaměřili na konkrétní modely / strategie vyrovnávání se se stářím, uvádí se pět základních

strategií, na kterých se autoři shodují. Srnec (In Štěpánková a kol, 2014, s.22) uvádí charakteristiky strategií, jež řadí od optimistické k pesimistické:

1. *Konstruktivní strategie* – tato strategie podle Srnce (In Štěpánková a kol, 2014) prezentuje optimistický postoj k životu, člověk akceptuje věk a věnuje se dále svým zájmům. Minibergerová (2006) tuto charakteristiku rozšiřuje o soběstačnost jedince, vysokou míru přizpůsobivosti a navazování sociálních vztahů. Langmeier (2006) zdůrazňuje, že se jedná zpravidla o jedince, kteří prožili šťastný život, a to od dětství, přes dospělost, manželství a rodičovství.
2. *Strategie závislosti* – charakteristická pasivitou a přenecháváním odpovědnosti na druhých lidech. Dvořáčková (2012) dále doplňuje, že se jedná o člověka, který má rád své pohodlí a bezpečí, neví, co je pro něj nejlepší a je snadno ovlivnitelný.
3. *Obranná strategie* – jedná se o člověka, který je spíše pesimistický, odmítá přijmout změny stáří, odmítá pomoc druhých, nechce se měnit a lpí na zvyklostech. Tento postoj zaujímají převážně lidé, kteří byli společensky a profesionálně úspěšní a neztotožňují se s myšlenkou odchodu do důchodu (Dvořáčková, 2012).
4. *Strategie hostility* – postoj hostility neboli nepřátelství zaujímají lidé, kteří hledají viníky za své životní prohry, často obviňují lidi kolem sebe a jsou k nim nepřátelští, podezíraví až s projevy agrese. Zároveň se dožadují lítosti, nic jim není dobré a snaží se vyhledávat konflikty, a to zejména s mladými lidmi, kterým jako by záviděli jejich mládí (Dvořáčková, 2012).
5. *Strategie sebenenávisti* – tento postoj je víceméně shodný s předchozí strategií, až na to, že nenávist a zlobu obrací člověk vůči sobě samému. Často se vyskytuje pocit osamělosti a zbytečnosti. Pomalu se začíná vytrácet elán do života, jedinec se uzavírá do sebe a přestává společensky žít. Svou existenci vnímá kriticky a smrt považuje za vysvobození (Minibergerová, Dušek, 2006). „V anamnéze nalézáme často ambivalentní vztahy vůči rodičům, neuspokojivý manželský život...“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s.208).

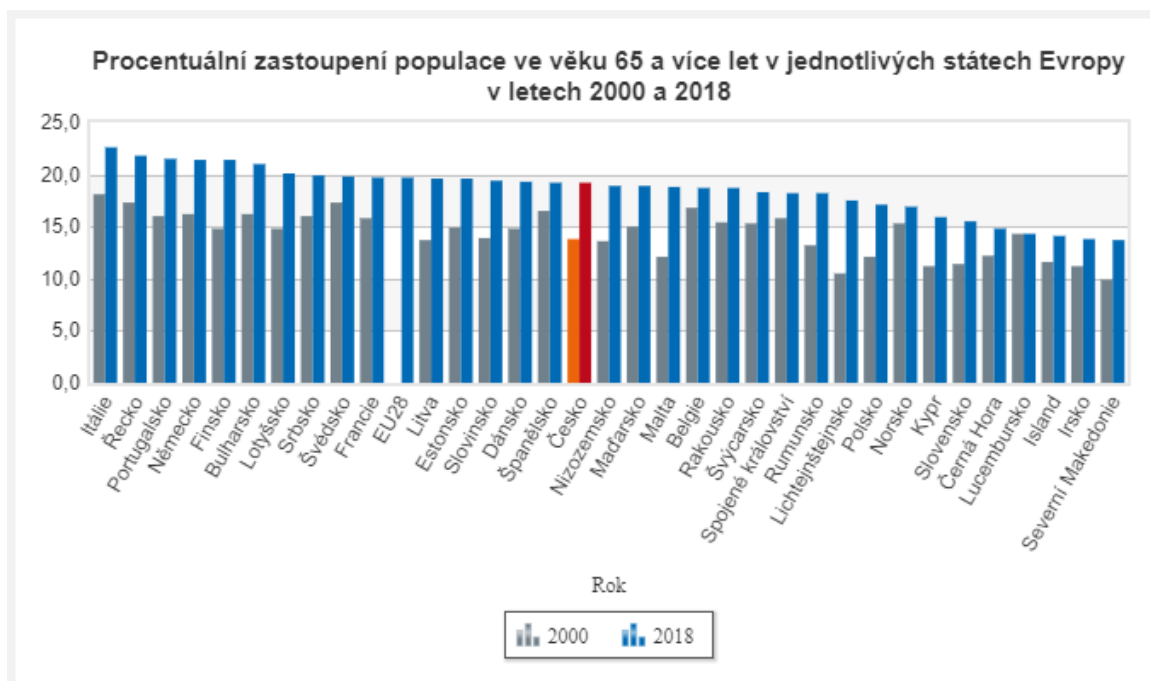
## 1.5 Demografický vývoj v ČR

*„Demografie (řecky demos – lid, grafo, -ein – popisovat) je věda, která se zabývá reprodukcí lidských populací, studuje podmínky, které ji ovlivňují a hledá zákonitosti, kterými se proces demografické reprodukce řídí“ (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s.28).*

Je všeobecně známo, a dokládají to mnozí autoři v publikacích, že populace stárne. A to nejen v České republice, ale celosvětově. Toto tvrzení dokládá například Srnec (In Štěpánková a kol. 2014, s. 15) *„podíl ekonomicky aktivních osob se snižuje, a naopak počet osob starších 65 let (65+) narůstá. Na demografické stárnutí reagují nadnárodní organizace i jednotlivé státy Evropy vyhlášením strategických priorit“*. Toto tzv. populační stárnutí může být způsobeno několika faktory, podle nich poté hovoříme o stárnutí relativní či absolutní. Ke stárnutí relativnímu dochází vlivem nízké porodnosti, tím pádem úbytku dětí a mladých lidí. Stárnutí absolutní má dva možné směry, a to jednak dožívání se vyššího věku a za druhé zestárnutí početných generací (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Tato tvrzení dokládají také přiložené grafy a tabulka vytvořené Českým statistickým úřadem (online). Graf 1 demonstruje nárůst populace nad 65 let mezi lety 2000 a 2018, a to v mnoha evropských státech. Pokud bychom se zaměřili na Českou republiku, tak je patrné, že v roce 2000 jedinci nad 65 let tvořili zhruba 14 % z celkového počtu obyvatel. V roce 2018 tvořili již necelých 20 % české populace. Z toho vyplývá, že nárůst osob nad 65 let za 8 let je v České republice o zhruba 6 %.

Graf 1: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2018



Zdroj: Český statistický úřad

Tabulka 1 je zaměřena na demografický vývoj v České republice v letech 2016 až 2020. Prezentuje jednak celkový nárůst obyvatel, dále rozdíly v poměru mužů a žen, a rozvržení obyvatel podle věku. Pro naše účely je v této tabulce stěžejní právě rozdělení obyvatel podle věku. Pokud se nejprve zaměříme na nejmladší kategorii, tedy 0-14 let, vidíme, že je nejméně zastoupená. V roce 2016 tuto kategorii tvořilo 1 647 275 osob a v roce 2020 to bylo 1 719 741 osob. Nárůst za toto období 4 let činí 72 466 osob. Nejpočetnější kategorii tvoří jedinci ekonomicky aktivní, tedy jedinci ve věku 15 až 64 let. Tato skupina je sice nejpočetnější, ale jako u jediné dochází k postupnému úpadku jedinců v tomto věkovém rozmezí. Poslední věkovou kategorií jsou jedinci ve věku 65 a více let. V roce 2020 bylo zaevidováno 2 158 322 osob nad 65 let. Nárůst této kategorie za dané rozmezí byl o 169 400 osob. Což je více než dvojnásobek nárůstu u nejmladší věkové kategorie. Ze všech již zmíněných informací logicky vyplývá, že se zvyšuje také hranice průměrného věku populace, a to z 42,0 let na 42,6 let v rozmezí 4 let.

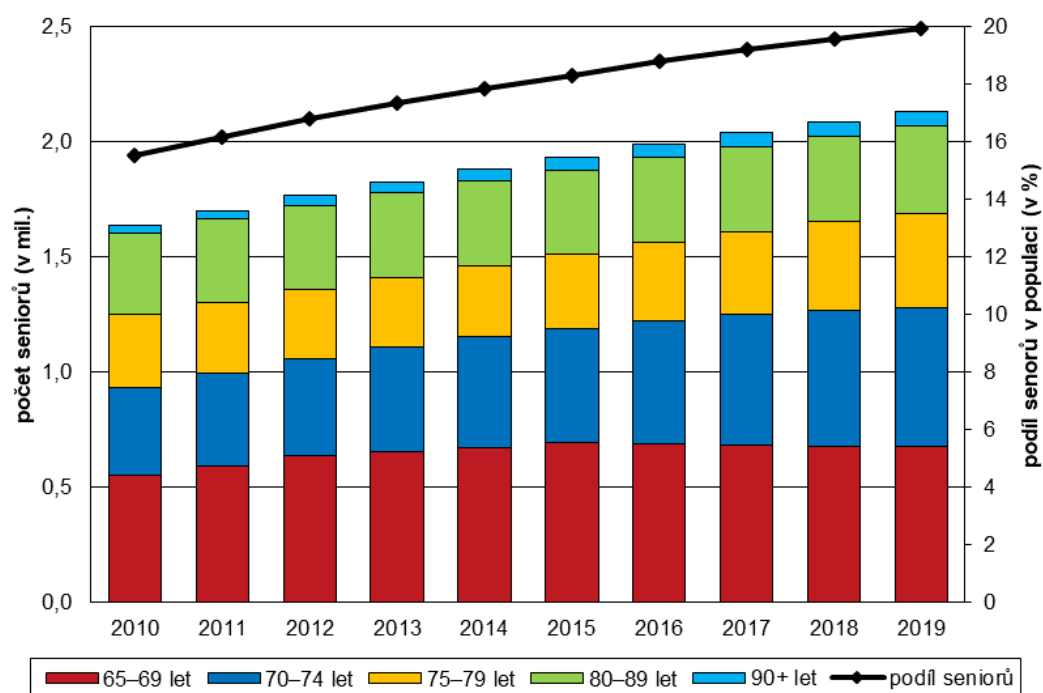
Tabulka 1: Demografický vývoj celá ČR

		2016	2017	2018	2019	2020
Počet obyvatel celkem		10 578 820	10 610 055	10 649 800	10 693 939	10 701 777
v tom podle pohlaví	muži	5 200 687	5 219 791	5 244 194	5 271 996	5 275 103
	ženy	5 378 133	5 390 264	5 405 606	5 421 943	5 426 674
v tom ve věku (let)	0-14	1 647 275	1 670 677	1 693 060	1 710 202	1 719 741
	15-64	6 942 623	6 899 195	6 870 123	6 852 107	6 823 714
	65 a více	1 988 922	2 040 183	2 086 617	2 131 630	2 158 322
Průměrný věk		42,0	42,2	42,3	42,5	42,6

Zdroj: Český statistický úřad, *Demografický vývoj celá ČR*

Z grafu 2 je taktéž patrné, že osob nad 65 let neustále přibývá. V roce 2010 žilo na území České republiky přibližně 1,64 milionů osob ve věku 65 a více let. V roce 2019 bylo zaznamenáno již 2,13 milionů seniorů. Z toho vyplývá, že v období mezi lety 2010 a 2019 vzrostl počet seniorů téměř o půl milionu. Dále je možné vidět, že počet seniorů se zvyšuje ve všech věkových kategoriích. Nejpočetnější skupinu představují nejmladší senioři, tedy senioři 65-69 let, kterých bylo na konci roku 2019 téměř jedna třetina (679 tisíc). Další velmi početnou skupinu tvoří senioři ve věku 70-74 let, kterých bylo 603 tisíc. Věkovou skupinu 75-79 let tvořilo 409 tisíc osob a skupinu 80-89 let 441 tisíc osob. Nejméně zastoupenou skupinou je věková kategorie 90 a více let. Devadesátníků bylo na konci roku 2019 63 tisíc. Věku 100 a více let se v tomto období dožilo 713 obyvatel a z toho 515 bylo žen.

Graf 2: Počet a podíl seniorů v obyvatelstvu ČR k 31.12.



Zdroj: Český statistický úřad, Senioři v ČR v datech, rok 2021

## 2 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Kognitivní neboli poznávací funkce jsou závislé na činnosti centrální nervové soustavy. Díky těmto funkcím jsme schopni poznávat a uvědomovat si okolní svět, ale i sebe samotné. Svou funkčností nám umožňují zpracovávat informace, a to od samého vstupu informace, přes její uložení až po výstup. Kognitivní funkce provázejí člověka od narození a jsou pro něj a jeho celý život nezbytné. S přibývajícím věkem však dochází k poklesu a zhoršování kognitivních funkcí, a to v důsledku úbytku buněk v centrální nervové soustavě. Obecně lze říci, že s postupným věkem klesá zejména rychlost zpracování informace, pracovní paměť či fluidní inteligence (Štěpánková a kol., 2014).

### 2.1 Vymezení kognitivních funkcí

Sternberg (In Štěpánková a kol., 2014, s.118) mezi kognitivní funkce řadí pozornost, vědomí, vnímání, paměť, jazyk, myšlení a tvořivost. Jarolímová (Holmerová a kol., 2014) doplňuje výčet kognitivních funkcí o řečové funkce, orientaci a exekutivní funkce. Pod pojmem exekutivní funkce si představíme schopnost plánování, organizování a dokončení činností či aktivit, schopnost řešení problému či emocionální seberegulace.

#### 2.1.1 Pozornost

Hartl (2004, s.195) definuje pozornost jako „*zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt nebo děj*“.

Jedná se o psychickou funkci, která může být zaměřena na předměty a jevy okolo nás, na naše vlastní tělo a vjemy, které nám vysílá či na vlastní mysl. S pozorností se pojí několik základních funkcí – výběrovost, koncentrace, přenášení pozornosti v percepčním poli neboli vigilita (Říčan, 2009). Výběrovost spočívá v záměrném vybírání podnětů, které v danou chvíli na člověka působí a kterými se bude zabývat. Tato ochranná funkce je velmi důležitá, neboť chrání před zahlcením, během dne na člověka neustále působí mnoho podnětů a není v jeho možnostech se zabývat všemi. Zpravidla jsou vybírány podněty, které

jsou pro daného jedince důležité, nebo nové. Koncentrace pozornost nám umožňuje soustředit se na podnět po určitou dobu (Klucká, Volfová, 2016).

*„Vigilita pozornosti se s rostoucím věkem zhoršuje, naopak selektivita pozornosti zůstává poměrně stabilní, zhoršuje se však při poškození mozku úrazem nebo degenerativním onemocněním“* (Kulišťák In Klucká, Volfová, 2016, s.14). Protože je pozornost spojena s mnoha dalšími kognitivními funkcemi například vůle či paměť, její narušení ovlivní také tyto funkce.

Pozornost lze dělit na záměrnou a bezděčnou či na selektivní a difúzní. Záměrná, neboli cílená pozornost, je řízená vůlí a využíváme ji při soustředění se na nějaký předmět či činnost například učení. Bezděčná spočívá v tom, že něco upoutá naši pozornost bez toho, aniž bychom záměrně chtěli (náhlá událost, bolest). Při selektivní pozornosti se soustředíme pouze na jeden děj a vnímání ostatních je potlačeno. Opak je difúzní jinak rozptýlená pozornost, při které vnímáme více dějů najednou (Jakubeková, online).

### **2.1.2 Zrakově-prostorové schopnosti**

Tato schopnost spočívá ve vnímání, chápání a vykládání zrakových a prostorových informací. Pod pojmem zrakově-prostorové schopnosti si představujeme vizuokonstrukční, vizuomotorické a percepční schopnosti. Jedná se o oblasti, které bývají negativně ovlivněny procesem stárnutí či poškozením centrální nervové soustavy. Potíže osob v seniorském věku, které spadají do této oblasti, výrazně negativně ovlivňují běžné každodenní fungování jedince v životě. Tyto potíže mohou souviset s určováním polohy a směru pohybu, manipulací s předměty, s orientací vlastní osoby v prostoru, jedinci často nejsou schopni řídit automobil a dochází také k narušení psaní (Klucká, Volfová, 2016).

Narušením této oblasti mnohdy dochází k výskytu apraxie. Hartl (2004, s.23) apraxii definuje jakožto *„ztráta schopnosti vykonávat úkoly běžné v denním životě, aniž jsou porušeny schopnosti intelektové, motorické a senzorické“*.



### 2.1.3 Paměť

Paměť představuje „*schopnost přijímat, podržet a znovu oživit minulé vjemy*“ (Hartl, 2004, s.171). „*Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sebe sama, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti, dovednosti*“ (Jiráček a kol., 2009, s.13).

Jedná se o psychickou funkci, která souvisí s dalšími důležitými kognitivními funkcemi, například pozorností a myšlením. Prostřednictvím paměti jsme schopni přijímat, uchovávat a posléze vybavovat potřebné informace. Paměťový proces se skládá ze tří fází – vstřípení, uchování a vybavení. Narušení paměti se může projevat ve všech zmíněných fázích (Klucká, Volfová, 2019).

Dělení paměti je velmi rozmanité. Lze ji rozdělovat podle analyzátorů, způsobu ukládání či délky uchování. Pokud bychom se zaměřili na délku uchování informace, rozlišujeme paměť krátkodobou a dlouhodobou. Krátkodobá, též pracovní paměť, slouží k zapamatování si informací na velmi krátkou dobu, nejčastěji při řešení aktuálního problému. Kapacita krátkodobé paměti je omezená, uvádí se, že většina lidí je schopna si zapamatovat 5-9 jednoduchých prvků. Dlouhodobá paměť umožňuje vybavení informací i poté, co jsme ji vypustili z mysli a zabývali se něčím jiným (Říčan, 2009). Dlouhodobou paměť můžeme dále členit na paměť implicitní a explicitní. Díky implicitní paměti si osvojujeme schopnosti a dovednosti (jízda na kole), aniž bychom si to museli uvědomovat. Explicitní paměť se dále rozděluje na sémantickou – obecné informace, platná fakta, a epizodickou – osobní zážitky (Klucká, Volfová, 2016).

Pokud chceme, aby se informace z krátkodobé paměti dostala do dlouhodobé, je třeba si ji opakovat. Uložené informace se v paměti nějakou dobu uchovávají, ale je nutné počítat s jejich úbytkem, neboť začíná také proces zapomínání. Může dojít také k tomu, že již uložené informace jsou nahrazeny novými a aktuálnějšími. (Říčan, 2009).

Každý má určitou kapacitu paměti, ovšem pravidelným trénováním může dojít k jejímu zlepšení. Zároveň cvičení paměti působí také jako prevence krátkodobých a dlouhodobých obtíží. „*Dobře fungující paměť nám pomáhá lépe se orientovat v těžkých životních situacích a lépe zvládat životní úkoly*“ (Křivohlavý, 2001, s.133).

#### 2.1.4 Jazyk a řečové schopnosti

Hartl (2004, s.102) popisuje jazyk jako „*system vyjadřovacích a dorozumívacích prostředků znakové povahy užívaný k ústnímu a písemnému sdělování*“. Existují dvě základní kategorie při užívání jazyka. Jedná se o produkci a porozumění. Produkce spočívá ve slovním předáváním myšlenky jinému posluchači. Proces porozumění jazyka probíhá opačně, jedinec vyslechne sdělovanou informaci, připojí k tomu význam a na závěr získá smysl informace (Klucká, Volfová, 2016).

Řeč je „*schopnost člověka vyjádřit členěnými zvuky obsah vědomí a používat prostředky slovní i mimoslovní, neoddělitelnou součástí řeči je i emoční složka a situační souvislosti*“ (Hartl, 2004, s.234). Jedná se o specificky lidskou schopnost, prostřednictvím které vědomě užíváme jazyka ve všech jeho formách. Nejedná se však o schopnost vrozenou, od narození máme pouze dispozice, které je potřeba v průběhu života rozvíjet (Klenková, 2006).

Řečové schopnosti jako takové bývají zachovány i ve vysokém věku jedince. V důsledku stáří může být narušena verbální fluence, která spočívá v narušené schopnosti plynule nacházet vhodná slova. U osob s demencí se může vyskytovat problém s vybavováním slov a často užívají chybná slova, což se označuje jako parafrázie. Afázie neboli úplná ztráta schopnosti komunikovat se může vyskytovat u jedinců po poškození centrální nervové soustavy – nejčastěji po cévní mozkové příhodě (Klucká, Volfová, 2016).

#### 2.1.5 Myšlení

„*Poznávací proces probíhající mezi člověkem a okolím, proces analýzy, syntézy a odvozených operací, je sociálně podmíněn a významně svázan s řečí*“ (Hartl, 2004, s.144).

Prostřednictvím myšlení jsme schopni účelně jednat, to znamená, že nám umožňuje analyzovat vztahy mezi jevy a posléze předvídat jevy, které mohou nastat. Jedná se o velmi širokou škálu jevů a informací, které myšlení zpracovává – co vidíme, čteme, jak se v danou chvíli cítíme či naše vzpomínky. Myšlení probíhá jak vědomě, tak i nevědomě (Říčan, 2009).

Východiskem a produktem myšlení jsou pojmy. Pojmy vznikají na základě seskupování charakteristických znaků a vlastností pro určitou skupinu. Tento proces se

nazývá kategorizace, tedy uspořádání poznatků do smysluplných celků. Důležitou složkou při vytváření pojmů je také jazyk, neboť pojmy musíme označit, pojmenovat. Veškeré pojmy vytváří určitou soustavu, kde jsou pojmy nadřazené, podřazené, obecné či konkrétní (Helus, 2018).

### **2.1.6 Exekutivní funkce**

Exekutivní funkce neboli řídicí funkce jsou nadřazené všem ostatním kognitivním funkcím. Ovlivňují účelné chování člověka a umožňují nám řešit problémy, plánovat, zahájit či ukončit nějakou činnost (Klucká, Volfová, 2016). Koukolík (2012, s.353) popisuje exekutivní funkce jako „...skupina kognitivních funkcí, do nichž se počítá schopnost tvořit a uskutečňovat plány, tvořit analogie, respektovat pravidla sociálního chování, řešit problém, adaptovat se na nečekané proměny okolností, vykonávat větší počet činností současně, umisťovat jednotlivé události v čase a prostoru...“

Exekutivní funkce nepracují samostatně. Jejich důležitou součástí jsou vůle a určité schopnosti jedince, jako například schopnost kontrolovat a případně opravovat chyby, dále také zaměřovat pozornost chtěným směrem a eliminovat nežádoucí podněty. Důležitá je také sebekontrola jedince, to, do jaké míry dokáže předvídat následující děje, jaké si stanovuje cíle, zda jsou realistické a splnitelné či schopnost vymezovat priority (Durkáčová, online).

## **2.2 Poruchy kognitivních funkcí vyskytující se u osob v seniorském věku**

V období stáří je zcela přirozené, že dochází k postupnému úbytku kognitivních funkcí. Kognitivní poruchu Hartl (2004, s.109) definuje jako „proces zhoršujícího se myšlení, paměti, snížení schopnosti učení a soustředění...“.

Suchá (2008, s.16) uvádí několik změn kognitivních funkcí vyskytujících se v období stáří:

1. zpomalení celkového psychomotorického tempa,
2. zhoršení vstřípivosti i výběrovosti u novodobé paměti,
3. rigiditu v myšlení a jednání,

4. zhoršení koncentrace a zvýšená psychická unavitelnost,
5. snížení smyslové výkonosti,
6. ochuzení fantazie a omezení tvořivosti.

K posouzení kognitivních funkcí můžeme využít různé testy. Nejčastěji používaný je *Mini-Mental State Examination* (MMSE) podle Folsteina. Dr. Hayley Willacy (online, 2017) popisuje tento test jako „...běžně používaný soubor otázek pro screening kognitivních funkcí. Toto vyšetření není vhodné pro stanovení diagnózy, ale může být použit k indikaci přítomnosti kognitivních poruchy, například u osob s podezřením na demenci nebo po úrazu hlavy“. Dále uvádí, že administrace testu trvá přibližně 10 minut a úlohy jsou zaměřeny na orientaci, krátkodobou paměť a fungování jazyka. Jedinec může získat maximálně 30 bodů – skóre 25-30 se považuje za normální, 21-24 představuje mírné poškození, 10-20 střední poškození a méně než 10 těžké poškození kognitivních funkcí. Jako nevýhoda MMSE se jeví přílišná citlivost na vzdělání testovaného jedince. Toto omezení spočívá v tom, že vysoce vzdělaní jedinci i s mírnou demencí mohou vykazovat výsledky v odpovídající normě. Naopak jedinci s nízkým vzděláním a bez kognitivní poruchy mohou vykazovat výsledky v pásmu demence (Dash, Villemarette-Pittman, 2005).

Dalším možným testem je *Addenbrook Cognitiv Examination* (ACE-R). Tento test je oproti MMSE citlivější k časným stádiím demence a poskytuje také informace o možném typu demence (Alzheimerova choroba, frontotemporální demence, vaskulární demence). Test je rozdělen do pěti domén: pozornost/orientace, paměť, verbální fluence, jazyk a zrakově-prostorový skór. Maximální počet bodů, které jedinec může získat je 100. Doba administrace je 15-20 min. „Cenný je údaj *VLOM ratio*, tj. poměr výsledků ve verbální fluenci + jazykových subtestech a orientaci + paměti. Tento poměr nám pak naznačí směr diagnostické úvahy, a to buď k Alzheimerově chorobě (při relativně horším výjONU v paměti + orientaci), anebo k frontotemporální demenci (při relativně horším výkonu ve verbální fluenci a jazykových úkolech)“ (Štěpánková a kol., 2014, s.128). V současné době se v zahraničí používá již pokročilejší verze tohoto testu, a to ACE-III, který se však jen nepatrně liší v některých subtestech (Bruno, Shurmann Vignaga, online).

Hojně užívaným screeningovým nástrojem bývá také Test kreslení hodin, který je možné využít také při komplexnějším neuropsychologickém testování. Jedná se o poměrně

jednoduchou zkoušku, při které má jedinec nakreslit hodiny, ciferník s číslicemi a následně dokreslit ručičky ukazující daný čas. Jedinec při tomto typu testu může dosáhnout maximálně 5 bodů, přičemž za normální skóre se považuje dosažení čtyř nebo pěti bodů. Hodnotí se kvalita provedení kruhu, umístění číslic a ručiček. Test nemusí odhalit mírná kognitivní poškození, a proto je vhodné jej kombinovat s dalšími testy (Dash, Villemarette-Pittman, 2005).

### 2.2.1 Příčiny poruch kognitivních funkcí

Faktorů, které negativním způsobem ovlivňují kognitivní schopnosti a způsobují jejich narušení, působí mnoho. Nejčastějšími příčinami bývá pasivita jedince a nepoužívání jednotlivých kognitivních funkcí, dále nadměrný stres či patologické procesy v mozku v důsledku chorob (Suchá, 2008). Další možné faktory, které mohou způsobit kognitivní poruchy jsou popsány níže, podle konkrétních chorob.

### 2.2.2 Demence

*„Demence je popisný pojem odvozený od latinského kořene de mens, který označuje pokles úrovně duševní činnosti“* (Mühlpachr, 2001).

Hartl (2004, s.44) demenci definuje jako *„získané chorobné oslabení rozumových schopností, postižena paměť, myšlení, řeč a úsudek, orientace, narušeny i osobní aktivity, jako je mytí, oblékání, osobní hygiena“*. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, dále MKN-10 (online, 2022) řadí demenci pod diagnózu F00-F03 a popisuje ji 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, chápání, 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“*. Shodně projevy popisuje také Jiráček (2013), podle něhož vede demence k narušení kognitivních funkcí, nekognitivních funkcí, tedy aktivit všedního dne a v neposlední řadě k poruchám chování, emotivity a spánku.

Vágnerová (In Černá a kol., 2015) popisuje vznik demence na základě organického poškození centrální nervové soustavy, s tím, že toto poškození může mít řadu příčin. Dále (tamtéž, 2015, s.207) uvádí tři skupiny, podle kterých demenci dělíme z etiologického hlediska:

1. primárně degenerativní demence (atroficko-degenerativní demence) – do této skupiny řadíme Alzheimerovu chorobu, demenci při Parkinsonově chorobě a další vzácně se vyskytující demence. „*Jde o procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů*“ (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s.19).
2. sekundární demence – na vzniku demence v této kategorii se podílí řada faktorů. Jde například o posttraumatickou demenci, infekční či metabolické, demence při endokrinním onemocnění, při tumorech apod. (Pidrman, 2007).
3. demence smíšeného typu

Jiráček a kol. (2013) dále demenci dělí na kortikální, subkortikální a kortikosukortikální. Mezi hlavní příznaky kortikální demence patří poruchy paměti, apraxie, agnozie či afázie. U subkortikální demence (např. u Parkinsonovy nemoci) se nejprve projevuje narušení exekutivních funkcí, poté je patrné zpomalení psychických pochodů, přítomnost deprese či apatie.

Pro stanovení diagnózy demence je stěžejní moment, kdy jedinec přestává zvládat běžné denní aktivity, selhává v zaměstnání, sebeobsluze či sociálních vztazích. Až v tuto chvíli se může jednat o demenci. Dnes je snaha diagnostikovat již mírné poruchy kognitivních funkcí, které ještě nelze považovat za demenci. Jedinec s mírnou kognitivní poruchou dokáže v běžném životě fungovat bez výrazného narušení. Začínají se u něj však objevovat prvotní projevy, kterých si všímá, jakožto například problém s pamětí, myšlením apod. Je tedy vyšší riziko zhoršování stavu a vzniku demence (Konrád, online).

Jelikož se o jedná o závažné narušení celé osobnosti jedince, je důležité se věnovat také prevenci demence. O problematice prevence však mnoho informací nemáme a mnozí autoři se v jednotlivých faktorech rozcházejí. Jako rizikové faktory bychom mohli zmínit

zdravotní aspekty, dosažený stupeň vzdělání, zaměstnání, životní příběh jedince, jeho osobnost. Významný vliv má také sociální prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, neboť může ovlivňovat projevy, a to jak pozitivním, tak i negativním způsobem (Černá a kol., 2015).

### 2.2.3 Alzheimerova choroba

Alzheimerova demence představuje nejčastější příčinu demence. „*Alzheimerova choroba je závažné neurogenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronu (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně)*“ (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s.29).

MKN-10 (online, 2022) řadí demenci u Alzheimerovy nemoci pod diagnózu F00. Dále ji dělí na formu s časným nástupem (F00.0), s pozdním nástupem (F00.1) a demenci atypického nebo smíšeného typu (F00.2). Časná forma postihuje jedince již před 65. rokem a charakteristický je rychle se zhoršující průběh. Forma s pozdním nástupem má pozvolnější průběh a projevuje se u jedince po 65. roce, obvykle kolem 70. roku věku jedince. Zvěřová (2017) dělí Alzheimerovu demenci také do dvou skupin podle doby začínajících projevů, a to na formu presenilní a senilní.

Jedná se o nevléčitelné onemocnění, které nastupuje pozvolně, výrazně ovlivňuje kvalitu života jedince a vede až k úplnému rozvratu osobnosti. Prvních příznaků si obvykle nejprve všimne okolí jedince než on samotný. Mezi prvotní příznaky obvykle řadíme zapomětivost, ztrácení předmětů, narušení exekutivních funkcí a narušenou orientaci v prostoru. Vlivem plynulého progresu se u jedinců vyskytuje apraxie, kdy nejsou schopni vykonávat zaměstnání, ani běžné denní aktivity, a tudíž se stávají závislými na péči druhé osoby (Fertařová, Ondriová, 2020).

Podle stupně narušených funkcí lze Alzheimerovu chorobu rozdělit do tří stupňů (Jirák a kol, 2013, s.102): lehká, střední a těžká. Autor ještě uvádí, dalo by se říci takový předstupeň, který předchází těmto třem stupňům. Jedná se o anamnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí. Tato forma spočívá v lehkém narušení jedné složky paměti, a to

zejména složky epizodické. Narušení však není tak závažné jako při demenci. Jedinci zasaženi touto formou jsou schopni vykonávat běžné denní aktivity a jsou plně soběstační.

1. *lehká demence* – tato fáze se vyznačuje poruchami paměti, zejména pracovní paměti, jedinci mívají potíže se zapamatováním si nových informací, často ztrácí osobní věci nebo neustále něco hledají. Může se stát, že již v tomto stádiu demence zapomínají jména příbuzných či zaměňují jejich tváře. Může se také objevovat dezorientace, avšak zatím pouze na méně známých místech. Již v této fázi dochází k počínajícím poruchám aktivit denního života, a to zejména v profesním životě a ve složitějších aktivitách. Rovněž se mohou objevit emoční poruchy. Již v této fázi je typické, že u jedinců dochází relativně brzy ke snížení náhledu choroby a změnám souvisejícím s vlastní osobou (Jiráček a kol., 2013).
2. *střední demence* – v této fázi dochází k podstatnému prohloubení potíží spojených s vykonáváním běžných denních činností, kdy již nejsou schopni vést bezproblémový samostatný život. Jedinci nejsou schopni vykonávat činnosti spojené s péčí o domácnost, ani péčí o vlastní osobu. V důsledku snížené soběstačnosti jsou odkázáni na pomoc druhé osoby, a to v osobní hygieně či oblékání. Velmi často se objevuje inkontinence moči. Výrazně je narušena také časoprostorová orientace, kdy jedinci bloudí i na dobře známých místech (na ulici), neorientují se ve dnech, měsících, ročních obdobích či v režimu dne. Jedinec není schopný se jasně a správně vyjadřovat, nepamatuje si nedávné události, nepoznává blízké osoby a zvyšuje se riziko sociální izolace. Toto období trvá ze všech tří nejdéle, a to dva až deset let, přičemž jedinec po celou tuto dobu potřebuje neustálý dohled a péči druhé osoby (Mlýnková, 2011).
3. *těžká demence* – v tomto stádiu dochází k ještě zásadnějšímu narušení a prohloubení všech již zmíněných obtíží. V důsledku dalšího masivního úbytku kognitivních funkcí jsou jedinci dezorientováni, a to jak v čase, tak i prostoru. Často se stává, že jedinec bloudí i v pro něj dobře známém prostředí (ve vlastním bytě hledají lůžko nebo vůbec neví, kde se nacházejí) a jeho bezprostředním okolím. V této fázi jedinci nepoznávají ani své příbuzné. Jelikož je velmi silně narušena sebeobsluha jedince, stávají se plně závislými na péči jiné osoby, a to i v pomoci se stravováním. Prohlubují se také poruchy chování, jedinci mohou



být až agresivní či mohou záměrně ničit předměty (Zvěřová, 2017). Jiráková a kol. (2013) také dodává, že jedinec v této nejtěžší fázi mnohdy není schopný vykonávat téměř žádné aktivity denního života. Objevuje se apraxie, agrafie, alexie, dále také motorické postižení a v důsledku toho se někteří jedinci stávají imobilními.

Je důležité zmínit, že i u Alzheimerovy choroby platí to, že průběh nemoci je u každého jedince jiný a zcela individuální. Nelze s určitou jistotou tvrdit, že veškeré zmíněné projevy postihnou všechny pacienty, nebo s jakou rychlostí bude nemoc postupovat. Nicméně Česká alzheimerovská společnost (online, 2015) vytvořila desatero projevů, které se u Alzheimerovy choroby vyskytují nejčastěji:

1. ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit pracovní úkoly,
2. problémy s vykonáváním běžných činností,
3. problémy s řečí – typické zapomínání slov či nesprávné nahrazování, vytvořené věty nejsou mnohdy smysluplné,
4. časová a místní dezorientace – ztrácí se na ulici, ve vlastním domě, neví, kde jsou, jak se na místo dostali ani jak se vrátí domů,
5. špatný nebo zhoršující se racionální úsudek – projevuje se tím, že nepoznávají blízké osoby ani členy rodiny, mohou se neadekvátně obléknout (například si obléknou několik halenek najednou),
6. problémy s abstraktním myšlením,
7. zakládání věcí na nesprávné místo,
8. změny v náladě nebo chování – bezdůvodné náhle změny nálad,
9. změny v osobnosti,
10. ztráta iniciativy – naprostá pasivita jedince.

Ke změnám v osobnosti a charakteristických rysů dochází poměrně brzy. Jedinci ztrácí osvojená estetická a etická pravidla, návyky, zvyky a stávají se nápadnými svým chováním. Vlivem onemocnění mění či úplně ztrácí své dosavadní zájmy a koníčky, jsou více egocentričtí, podezřívaví a dochází k narušení sociálních vztahů a vazeb s okolím. Dále se objevují poruchy emocí, které se projevují emoční plochostí a labilitou. Jedinci mohou trpět depresemi, paranoiou či bludy (Pidrman, 2007).

Jako nejvýznamnější rizikové faktory vzniku Alzheimerovy demence, patří věk. Konrád (online) však zdůrazňuje, že ani v dnešní době není příčina demence zcela známá. Jako faktory, které se podílejí na vzniku uvádí: genetické dispozice, vlivy prostředí, stravování, životní styl jedince, vysoký krevní tlak, diabetes a zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi.

V oblasti terapie Alzheimerovy choroby lze aplikovat dva způsoby léčby. Jak již bylo uvedeno, jedná se o nevléčitelnou chorobu, avšak pomocí včasné a komplexní terapie můžeme pozitivně ovlivňovat další vývoj nemoci. Jedná se terapie za působení farmakologické či nefarmakologické léčby. Těmito způsoby se snažíme působit na celou osobnost jedince a všechny jeho složky (Zvěřová, 2017). Dle Pidrmana (2007, s.93) je hlavním cílem léčby „...stabilizace nemocného, oddálení progresu, oddálení přechodu onemocnění do těžších stadií“. Dále také uvádí, že díky léčbě umožňujeme jedinci být co možná nejdéle soběstačným, díky čemuž se oddaluje jeho závislost na péči druhé osoby či nutnost hospitalizace.

#### **2.2.4 Parkinsonova nemoc**

Parkinsonova nemoc spadá mezi neurodegenerativní onemocnění, ke kterému dochází poškozením či odumřením nervových buněk v bazálních gangliích. Jedná se o oblast mozku, která řídí pohyb. Za normálních okolností tyto nervové buňky produkují látku dopamin. Při jejich poškození se snižuje tvorba dopaminu, kterého není dostatečné množství, což způsobuje pohybové problémy Parkinsonovy nemoci. Příčina odumírání těchto nervových buněk není dosud známá (National Institute on Aging, online).

Onemocnění bývá diagnostikováno nejčastěji kolem 58-60 roku věku jedince (Jiráková, Holmerová, Borzová a kol., 2009). MKN-10 (online, 2022) přiděluje demenci u Parkinsonovy choroby diagnózu F02.3.

Roth (Sekyrová, Růžička a kol., 2009) popisuje prvotní příznaky u Parkinsonovy nemoci jako necharakteristické, to znamená, že mohou doprovázet mnohá jiná onemocnění, tudíž nesměřují k jednoznačnému stanovení správné diagnózy. Mezi tyto necharakteristické příznaky řadí například bolesti ramen a zad, ztráty výkonnosti, poruchy spánku, tichost a

monotónnost hlasu, zhoršení písma, deprese či snížení sexuální výkonnosti. Teprve později se u jedinců objevují čtyři typické příznaky onemocnění tedy „*třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost a chudost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy stoje a chůze*“ (tamtéž, 2009, s.25).

Rektor a kol. (In Bachurová, 2005) tyto projevy rozšiřují o další, i když méně časté. Jedná se například o poruchy funkce vegetativního systému, tedy poruchy termoregulace či potíže s močením, dále psychické problémy, jako panické ataky či výskyt demence. Pokud se podíváme na všechny zmíněné příznaky, které se u jedince mohou objevit, je patrné, že onemocnění postihuje všechny složky osobnosti a výrazně ovlivňuje způsob a kvalitu život.

Demence u Parkinsonovy nemoci bývá poměrně častá. „*Demence je převážně podkorového typu. Progreduje porucha exekutivních funkcí, paměti a abstraktního myšlení*“ (Vališ, 2019). Většinou se jedná o demenci lehkého až středního stupně. Rozdíl oproti Alzheimerově chorobě je v tom, že u jedinců zůstává zachovaný náhled na nemoc, tudíž si své onemocnění plně uvědomují. Mezi typické příznaky demence řadíme poruchy paměti, potíže s pozorností a soustředěním či osobnostní změny. Jedinci jsou často apatičtí, ztrácejí zájem a motivaci k činnostem, což se projevuje například tím, že sami od sebe nezapočnou nějakou aktivitu. Potřebují někoho, kdo je k činnosti vybídne a v průběhu je podporuje. Velmi často se objevují také poruchy nálad a časté výkyvy. Dále mohou jedinci trpět zrakovými či sluchovými bludy a halucinacemi (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol, 2009).

Dodnes není známa žádná léčba, které by onemocnění vyléčila či zastavila. Avšak vhodným působením na jedince je možné potlačit jednotlivé příznaky a tím pozitivně ovlivňovat celkový život jedince. „*Léčba Parkinsonovy nemoci nespočívá pouze ve farmakoterapii. Nutností je komplexní péče o pacienta zahrnující rehabilitaci, psychoterapii, edukaci a sociální péči*“ (Masopust a kol., 2016). V rámci rehabilitace jsou stěžejní fyzické a logopedické cviky pomáhající při poruchách hlasu či chůze, třesu a ztuhlosti svalů. To, do jaké míry je léčebné působení efektivní, ovlivňuje také jedinec samotný. Je důležité, aby nezastával pasivní postoj, nýbrž v sobě probudit vůli a motivaci ke cvičení a překonávání překážek. Nedílnou součástí úspěšné léčby je také rodina jedince a jeho blízcí, kteří pro něj představují značnou oporu (Roth, Sekyrová, Růžička a kol., 2009).

Syndrom Parkinson plus je označení pro skupinu neurologických stavů podobajících se Parkinsonově nemoci, avšak se specifickými vlastnostmi. Nejčastěji se do skupiny Parkinson plus řadí: progresivní supranukleární obrna (způsobuje problémy s rovnováhou, ztuhlost svalů, problém s pohybem těla a pohybem očí), mnohočetná systémová atrofie (způsobuje problémy s rovnováhou, koordinací, řečí, ztuhlost svalů, pomalý pohyb těla, problém s dýcháním, trávením či srdeční frekvencí). Průběh onemocnění je rychlejší než u Parkinsonovy nemoci, také problémy s řečí a polykáním jsou častější a rychle se zhoršující. Výrazně častěji se objevují také deprese. Oproti tomu třes u Parkinson plus se vyskytuje jen zřídka (University of Michigan Health, online).

### 3 MOŽNOSTI ROZVOJE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ SENIORŮ

Na základě všech již zmíněných informací je zřejmé, jak důležitou roli v přístupu k seniorům představuje jejich aktivizace. Především pokud pracujeme se seniory, kteří trpí různou formou demence nebo poruchou kognitivních funkcí, je aktivizace a snaha o zachování zbývajících kompetencí naším hlavním cílem (Černá a kol., 2015). Ta může mít různé podoby, ale jejím hlavním cílem a zaměřením je zvládnání každodenních činností. S tím souvisí sebeobsluha, sociální interakce s druhými, samostatnost, rozvoj nebo alespoň uchování kognitivních funkcí a další aktivity, jejichž nácvikem napomáháme k zajištění vyšší míry kvality jedincova života (Slowík, 2016).

Aktivizační programy je možné realizovat v jakékoli fázi stárnoucího jedince. V rámci prevence působí programy na zdravé stárnoucí jedince s cílem zachovat jejich schopnosti co nejdéle. V rámci léčebného procesu se jedná buďto o vlastní terapie nebo sekundární prevenci. Vlastní terapie je využívána například jakožto kognitivní rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě. Sekundární prevence bývá realizována například u osob s počínající demencí, usiluje o zlepšení kvality života jedince a zpomalení choroby (Langmeier, 2006).

Nikdy bychom při práci se seniory neměli zapomínat na to, že veškeré aktivity, které s jedincem provádíme, musí respektovat jeho individuální možnosti a musí odpovídat přání člověka. „...*důležité je pomoci mu nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i dlouhodobějších cílů, umožnit mu prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu*“ (Langmeier, 2006. s.213).

#### 3.1 Univerzita třetího věku

Univerzity třetího věku (U3V) v současné době představují pravděpodobně nejznámější vzdělávací instituci, která se zaměřuje na seniory. Úplně první U3V byla založena ve Francii v roce 1973 a založil ji profesor Pierre Vellase. Jeho hlavní myšlenkou bylo vytvořit vzdělávací příležitosti pro stárnoucí jedince. V České republice vznikla první U3V v Olomouci v roce 1986. Dnes mohou senioři studovat téměř na všech vysokých školách v ČR (Špatenková, Smékalová, 2015).

Studium na U3V přináší do života seniora určité zpestření či vystoupení ze stereotypního způsobu fungování. Dalším pozitivem univerzit je možnost sociální interakce s vrstevníky, navazování nových kontaktů a nácvik sociálních dovedností (Suchá, 2008).

V České republice je studium U3V považováno za jednu z forem celoživotního vzdělávání. Studium je realizované formou vybraných přednášek, avšak neodpovídá akreditovaným studijním oborům na vysokých školách. Z toho vyplývá, že U3V neposkytuje komplexní vysokoškolské vzdělání. Jedná se tedy o neprofesionální, ale především zájmové vzdělávání, neboť si jedinci mohou vybrat obor, který je zajímavý. Prostřednictvím studia získávají senioři nové znalosti, dovednosti a sociální kontakty. U3V umožňuje seniorům aktivně vyplňovat volný čas a uspokojuje jejich potřebu seberealizace a potřebu dále se vzdělávat. V neposlední řadě také pozitivně působí na jejich fyzické i psychické zdraví (Nováková, Lorenzová, 2020).

### **3.2 Kognitivní trénink**

Kognitivní trénink, zejména trénink paměti, je u osob v seniorském věku velmi důležitý, neboť posiluje kognitivní funkce, které bývají mnohdy narušeny. Při kognitivním tréninku se zaměřujeme na krátkodobou i dlouhodobou paměť, orientaci v čase i prostoru, logické myšlení či komunikační dovednosti. Nejčastěji je kognitivní trénink realizován formou různých cvičení a her, jako například pexeso, karty či člověče, nezlob se! (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019). Hošková (2012) tyto hry rozšiřuje o úkoly na papíře, skládání puzzle či aktivity s využitím mnoha různých pomůcek, jako například kognitivní sada či magnetická tabule apod.

Kognitivní trénink je možné realizovat buď individuálně nebo skupinově. Skupinová forma bývá preferovanější, neboť je pro seniory více motivující, pokud pracují ve skupině vrstevníků, nežli samostatné individuální cvičení. Zároveň podněcuje jedince v socializačním procesu, sociální interakci s ostatními seniory a dává příležitost ke vzpomínání či výměně dosažených zkušeností a znalostí (Hošková, online).

Základním principem tréninku by měla být zábavnost a odlehčenost procvičování tak, abychom jedince zaujali a motivovali k činnosti. Opačný efekt, tedy demotivaci a nechuť ke spolupráci, můžeme zaznamenat, pokud volíme trénink kognitivních funkcí formou drilu (Klucká, Volfová2016). „...*postupujeme od nácviku jednoduchého zaměření pozornosti a zlepšení psychomotorického tempa, přes procvičování prostorové představivosti, řeči, počítání, vizuálního vnímání, prostorově-konstrukčního myšlení a paměti, k nácviku složitějších a vyšších kognitivních úloh, abstrakce a procvičování exekutivních funkcí*“ (tamtéž, 2016, s.20).

Každý tréninkový blok by měl trvat maximálně 45 minut, neboť je to optimální délka, po kterou jsou senioři schopni udržet pozornost a plně se soustředit na činnosti. Pokud volíme skupinovou formu trénink, tak by měla být skupina tvořena sedmi až deseti lidmi. V tomto počtu je zajištěna intenzivní práce s každým členem a tím trénink plní svou funkci. V každém bloku by se měly kombinovat skupinové a individuální činnosti, mělo by docházet k pravidelnému střídání aktivit – volíme aktivity verbální, neverbální, poslechové, výtvarné či písemné. Veškeré realizované aktivity a formy působení kognitivního tréninku by měly odrážet každodenní život jedince. To znamená, že v životě člověka jsou situace, kdy je potřeba, aby byl schopný pracovat sám, ale jsou také situace, při kterých musí umět spolupracovat. Stejně tak by měl být schopný reagovat a vypořádat se se slovními či písemnými úkoly, měl by umět poslouchat a vyhodnocovat neverbální podněty (Klucká, Volfová, 2016).

Před začátkem každého bloku je důležité odstranit případné rušivé podněty z okolí a zajistí, aby zúčastnění senioři byli adekvátně vybaveni např. aby u sebe měli podle potřeby brýle. Každý tréninkový blok je sestaven z určitých etap, které by měly být zachovány na každém setkání. Hošková (2012) vytvořila schéma hodiny o sedmi etapách:

1. *Začátek setkání* – každé setkání bývá zahajováno pozdravem a představením členům dané skupiny, žádoucí je také zopakování jmen zúčastněných seniorů. Pokud to situace vyžaduje, tak v této etapě probíhá přivítání se s novými členy nebo naopak rozloučení s odcházejícími členy.
2. *Ukotvení v realitě* – tato etapa cílí na funkční orientaci seniora v čase, místě a událostech dne. Autorka do této etapy zahrnuje aktivity zaměřené

na připomenutí vlastní identity a místa, kde se nacházejí, součástí je také zprostředkování zpráv o dění ve světě či jejich městě a připomenutí významných svátků či událostí z minulosti.

3. *Koncentrační cvičení* – při tomto typu cvičení musíme vždy vycházet z individuálních možností každého jedince a jeho případných smyslových omezení. Pokud volíme aktivity typu tužka-papír, dbáme důraz na dostatečně velká písmena a obrázky či potřebný kontrast barev. U cvičení zaměřených na poslech je důležitá hlasitost a srozumitelnost zvukového zdroje.
4. *Tréninkové úkoly* – bývají voleny úkoly se zvyšující se náročností, opět však vycházíme z individuálních možností a osobního tempa každého seniora. Zejména v této etapě je důležitá motivace seniora, aby měl chuť zadané úkoly plnit a aby jej to bavilo. S tím souvisí také to, že senior vždy musí vědět, proč dané cvičení dělá, k čemu to vede a co mu to přináší.
5. *Sebereflexe a závěrečné hodnocení* – v této části bloku senioři zhodnotí vlastní práci během tréninku nebo zhodnotí zaznamenaný pokrok během pravidelné účasti na trénincích. (Klucká, Volfová, 2016).
6. *Upoutávka na příští hodinu* – tato etapa spočívá v motivaci seniorů k dalšímu učení, a to i v jejich volném čase. Je možné některým seniorům zadat také jednoduché domácí úkoly.
7. *Závěr tréninkového bloku* – je tvořen závěrečným rozloučením, při kterém je možné využít např. zpěv, pozdrav, tleskání či mávání.

Během celého procesu se neustále snažíme vytvářet příznivou pracovní atmosféru. Dle přístupu C. R. Rogerse preferujeme přístup zaměřený na člověka. „*Za tři zásadní faktory považujeme nepodmíněnou akceptaci klienta, autentičnost terapeuta a individuální přístup*“ (Klucká, Volfová, 2016, s.23). Nedílnou součástí kognitivních tréninků je neustálá motivace seniorů, oceňování jejich dosažených úspěchů a poskytování zpětné vazby, která se by měla být pozitivně laděná a zaměřená na jejich pokroky (tamtéž, 2016).



### 3.3 Pohybová a taneční terapie

Jakákoli možná fyzická aktivita seniora je vždy pozitivně vítána. Ať již ve formě pravidelných delších procházek, jednoduchých cviků či taneční aktivity. V dlouhodobém horizontu je patrné, že veškerá fyzická aktivita seniora podporuje zlepšení či alespoň uchování stávající úrovně. Jedná se o oblasti emocionality, kognice, sociální sféry či celkového fyzického stavu jedince. Dále pozitivně ovlivňují také držení těla, rovnováhu, zlepšují kvalitu spánku či chuť k jídlu (Fertařová, Ondriová, 2020).

Tanec a hudba v seniorech obvykle vyvolávají pozitivní emoce, tudíž je vhodné tyto aktivity zařazovat při práci se seniory. Jejich prostřednictvím dochází ke snadnější nonverbální komunikaci a pozvolnému získávání sebedůvěry. Tanec a vnímání hudby slouží také jako prostředek motivace, jednak k vlastnímu pohybu, ale také jako oživení zájmu o život a okolní svět. „*Vnímání hudby a příjemné atmosféry, vyjádření emocí a pozitivní zpětná vazba ze strany terapeuta působí na psychiku seniora pozitivně*“ (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s.100).

### 3.4 Reminiscenční terapie

Jedná se o metodu, při které pracujeme se vzpomínkami jedince. Společně s ním se snažíme rozpomenout si na příjemné, významné a pro jedince důležité věci a okamžiky z jeho dosavadního života (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009). Terapii je vhodné realizovat u jedinců, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale dokáží si vybavit situace z minulosti. Lze ji však využívat také u zdravých seniorů, kdy plní funkci preventivní a mobilizační. Efektivně cílí na zlepšení komunikace jedinců a posílení lidské důstojnosti. Terapii lze provádět individuálně či skupinově (Fertařová, Ondriová, 2020). Při skupinové formě by neměl počet účastníků převyšovat osm členů, a to z toho důvodu, aby byla zajištěna individuální práce s každým členem. Každá skupinová reminiscenční terapie má svou strukturu, tedy začátek, průběh a ukončovací část. Délka jednoho bloku se pohybuje kolem 45 minut, přičemž je důležité brát v potaz schopnosti klientů spočívajících v udržení pozornosti (Klucká, Volfová, 2016).

Aby byla terapie co nejúspěšnější, je potřeba znát všechny předešlé aktivity a důležité okamžiky v životě člověka. K tomu, abychom tyto potřebné informace o životě jedince získali, je stěžejní spolupráce s jeho rodinou, která poskytne veškeré informace. Další možností je využití starých fotografií nebo předmětů, které u jedince vyvolávají vzpomínky na mládí. Velmi často se využívá tzv. životopis seniora, který je sestaven samotným jedincem ve spolupráci s rodinou. Do životopisu jsou uváděny všechny důležité okamžiky v životě jedince, dosažené cíle, a to jak v rodinném, profesním, tak i společenském životě. Další možností je tzv. „memory book“ neboli album, které je sestaveno z fotografií, obrázků, ale také z útržků ze starých novin či jedincovo vysvědčení z dob, kdy docházel do školy. Na shodném principu funguje také tzv. „memory box“ neboli krabice, ve které jsou předměty připomínající jedincův předchozí život, jako například oblíbená kniha, památník apod. V současné době existuje také „memory room“, tedy místnost, které je vybavena nábytkem a předměty připomínající dobu, ve které senioři vyrůstali (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Součástí reminiscenční terapie je také reminiscenční hudební terapie. V této formě terapie je využívána známá hudba, zvuky či samotný zpěv. Stimulující zvuky a hudba zlepšují náladu jedince a vyvolávají v něm většinou pocit štěstí a radosti, zároveň pozitivně působí také na paměť jedince. Za stimulující zvuky považujeme reminiscenční hudbu, klasickou hudbu, zvuky přírody, zvuky vodopádu. Při výběru vždy vycházíme z přání a preferencí samotného jedince. Dalšími využívanými metodami v rámci reminiscenční terapie bývají tanec, recitace a sledování starých filmů. Další možností jsou kreativní metody, pomocí kterých vyjadřuje vzpomínky prostřednictvím těla či výtvarných prostředků. Mezi tyto metody patří pantomima, kresba, modelování, šití či psaní na stroji (Fertaľová, Ondriová, 2020). Hojně jsou využívány také vůně, neboť prostřednictvím čichu a vůní se nám uchovává mnoho vzpomínek. Mezi tyto podněty řadíme aromatické druhy koření, vůni kávy, květin nebo parfémů (Klucká, Volfová, 2016).

### 3.5 Orientace realitou

Orientace realitou patří mezi nejstarší používané přístupy k pacientům, obzvláště tedy k pacientům s demencí. V současné době jsou používány pouze určité prvky této metody, a to z toho důvodu, že při soustavném aplikování sice došlo ke zlepšení orientace pacienta, ale na druhé straně přístup vyvolal jeho celkový diskomfort. Při využívání této metody umístíme na viditelné místo kalendáře, kde je uveden aktuální den, měsíc či roční období. Dále můžeme pacientovi na viditelné místo napsat adresu, na jaké se nachází, jméno a mnoho dalších informací, díky kterým by se lépe navrátil do reality při krátkých paměťových výpadech. Pro zlepšení prostorové orientace je vhodné využívat označení pomocí piktogramů či barevné označení. Přístup je využitelný u pacientů, které je možné pomocí zmíněných pomůcek zorientovat v realitě, nejčastěji se jedná o pacienty s lehkým až středně těžkým stadiem onemocnění (Fertal'ová, Ondriová, 2020).

Holmerová (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009) podrobněji popisuje již zmíněný diskomfort pacienta, který je vyvolán soustavným a důsledným aplikováním tohoto přístup. Celkový diskomfort rozšiřuje dále o zhoršení stavu pacienta s možností vyprovokováním nežádoucího chování. Důvod, proč tomu tak je, uvádí takový, že pacienti s demencí vnímají a interpretují realitu jiným způsobem. Jako příklad zmiňuje moment, kdy si pacient myslí, že jeho blízký je naživu a očekává jeho návštěvu, a to i přesto, že osoba již nežije. Pokud bychom v této situaci pacienta uvedli do reality a řekli mu pravdy, vyvoláme v něm pocit smutku a stesku. Posléze sice pacient pravdu, kterou jsme mu sdělili, zapomene, avšak pocit smutku v něm přetrvává. Vhodnější je, pokud s těmito myšlenkami efektivně pracujeme, tedy využíváme princip validace.

### 3.6 Validace

Autorkou validační terapie užívané při práci s jedinci s demencí je Naomi Feil. Autorka po ukončení studia oboru sociální práce začala pracovat se staršími lidmi a ze svých vlastních zkušeností vycházela také při rozvíjení tohoto modelu. Při využití validační terapie je kladen důraz na minulost, neboť ta ovlivňuje jedincovu přítomnost. Pracovník volí specifickou formu komunikace, díky které ověřuje a akceptuje postoje a pohled seniora

na realitu. Rozhovor se zaměřuje na části minulosti, které ovlivňuje současný stav seniora. Přičemž cílem není mít shodné názory s pacientem, ale naopak respektovat svět, ve kterém jedinec žije. Jedná se o přístup aktivního naslouchání, respektování a nevnučování jiných názorů, což podněcuje seniory k vyplavení potlačovaných emocí a tím pádem se zmírňuje stres či případná úzkost (Fertařová, Ondriová, 2020).

*„Jedná se o citlivé zobecnění zkušenosti pečujícího o lidi s demencí. Principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu“* (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s.96). Pro snadnější pochopení autor využívá již výše zmíněnou situaci, kdy jedinec očekává příchod blízké osoby, která již není naživu. V tuto chvíli, s využitím přístupu validace, se snažíme komunikovat s jedincem o dané osobě, o jeho životě či o jejich společných zážitcích. Nesnažíme se jedince přesvědčit o realitě, na druhé straně jej ale ani neutvrzujeme a nerozvíjíme jeho chybné představy. Vždy hlavním cílem komunikace a celkově toho přístupu je zklidnění jedince (tamtéž, 2009).

### **3.7 Lifestyle approach**

Každý jedinec může mít své specifické návyky a rituály, které jsou pro něj důležité, neboť mu dodávají pocit jistoty, bezpečí a struktury. Z tohoto důvodu je dobré znát a respektovat jedincovy zvyklosti, což také výrazně usnadňuje péči o danou osobu. Jedná se tedy o jakýsi vypracovaný „manuál k pacientovi“, ve kterém jsou uvedeny všechny důležité informace. Nejčastěji zde bývá popsán režim dne, v kolik hodin stává, jak se stravuje, co má a nemá rád, v čem potřebuje pomoc druhé osoby a co zvládá vykonat sám. Zdrojem důležitých informací o pacientovi je buď samotný jedinec nebo jeho rodina (Fertařová, Ondriová, 2020).

Pokud se stane, že nejsou pacientovi zvyklosti respektovány, ale naopak zanedbávány, může dojít k neklidu až agresivitě ze strany pacienta. Na základě těchto negativních projevů může dojít k farmakologickému či fyzickému omezení, což vede ke zhoršení celkového stavu jedince (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

## **4 AKTIVIZACE SENIORŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY HÁJE**

V předchozí kapitole jsem se věnovala aktivizaci seniorů z teoretického hlediska. V této kapitole představím aktivizační činnosti, které realizují aktivizační pracovníci v konkrétním zařízení, tedy v Domově pro seniory Háje. Ve výzkumné části mé diplomové práce představím cíle výzkumu, využití metody pro získání potřebných dat a dále výzkumný vzorek. Pozornost bude věnována také charakteristice vybraného zařízení s popisem aktivizačních činností, které pro své klienty realizují. Dále detailněji popíši průběh některých aktivizačních hodin, kterých jsem se účastnila a osobně je vedla. V neposlední řadě uvedu také jednu případovou studii klienta s Parkinsonovou nemocí.

### **4.1 Cíle výzkumného šetření**

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat problematiku rozvoje kognitivních funkcí u seniorů ve vybraném domově seniorů. Konkrétně šetření probíhalo v Domově pro seniory Háje. Chtěla jsem nastínit možnosti, jakými aktivizační pracovníci rozvíjí seniory, čímž jim napomáhají k zachování přiměřené míry kvalita života.

Vedle hlavního cíle byl stanoven také dílčí cíl výzkumného šetření. Jednalo se o snahu poukázat na možné rozdíly v činnostech či rozvoji u intaktních seniorů a seniorů s Parkinsonovým onemocněním.

### **4.2 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených výzkumných cílů jsem stanovila několik výzkumných otázek (dále VO), které zní takto:

- VO1: Jaké aktivity je vhodné využívat k rozvoji kognitivních schopností u seniorů?
- VO2: Jak často je vhodné tyto aktivity zařazovat do denních činností seniorů?
- VO3: Jakým způsobem může sám senior rozvíjet své schopnosti, bez řízené činnosti nebo dohledu pracovníka domova?
- VO4: Navštěvují senioři v domově aktivizační činnosti pro ně určené?

- VO5: Existují rozdíly v aktivizaci, realizovaných činnostech či pomůčkách využívaných k rozvoji kognitivních schopností u intaktních seniorů a seniorů s Parkinsonovou nemocí?
- VO6: Jsou oblasti, na které se při aktivizaci seniorů s Parkinsonovou nemocí zaměřují aktivizační pracovníci více či méně?

### 4.3 Metodologie výzkumu

Pro získání potřebných dat k naplnění cílů a k zodpovězení výzkumných otázek výzkumu jsem zvolila metody kvalitativního charakteru. Podle Hendla (2016) kvalitativní výzkum probíhá dlouhodobě a za intenzivního kontaktu s výzkumným souborem. Jako přednost tohoto typu výzkumu autor uvádí získání podrobného popisu a vhledu při zkoumání. Naopak mezi nevýhody kvalitativního výzkumu autor řadí nízkou zobecnitelnost na populaci, subjektivní ovlivnění výsledků výzkumníkem či časovou náročnost výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo v Domově pro seniory Háje, a to od října 2021 do března 2022.

Pro výzkum byly využity konkrétní metody: zúčastněné pozorování klientů a aktivizačních pracovníků při aktivizačních programech, dále rozhovor s aktivizačními pracovníky a vybranými klienty a v neposlední řadě na základě získaných informací jsem vytvořila případovou studii klienta s Parkinsonovou nemocí. Hendl (2016) zúčastněné pozorování charakterizuje jako nejdůležitější metodu kvalitativního výzkumu, při kterém se pozorovatel aktivně účastní dění, je v osobním vztahu s pozorovanými a sbírá potřebná data. Další zvolenou metodou byl polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Rozhovor byl veden jak s aktivizačními pracovníky, tak také se samotnými klienty. Veškeré rozhovory byly nahrávány a následně přepsány. Rozhovor s aktivizačními pracovníky byl zaměřen především na jejich práci a přístup k seniorům a jejich rozvoji, jimi realizované aktivizační činnosti, využívané pomůcky při aktivizaci a jejich spolupráci s dalšími aktéry. Struktura rozhovoru se několika otázkami lišila v návaznosti na cílovou skupinu seniorů, ale některé otázky byly pro oba respondenty shodné. Obdobně byl sestaven a veden rozhovor také s klienty. Na základě získaných informací z rozhovoru a pozorování jsem zpracovala případovou studii předem vybraného klienta s Parkinsonovou nemocí. Při sestavování

případové studie jsem se zaměřila na minulost i přítomnost klienta, na jeho vzdělání, zaměstnání, rodinu, volný čas, pobyt v Domově pro seniory Háje a jeho účast na aktivizačních programech. Důraz byl kladen také na zdravotní stav v souvislosti s Parkinsonovou nemocí, tedy nástup prvotních příznaků, diagnostika, vývoj onemocnění a současný stav.

Veškerá data získaná výzkumným šetřením jsou zpracována anonymně a na základě informovaného souhlas všech respondentů. Zároveň informovaný souhlas od ředitelky zařízení povoluje uveřejnění názvu Domov pro seniory Háje. Vzor informovaných souhlasů je uveden v příloze diplomové práce, vyplněné informované souhlasy jsou k dispozici u autorky diplomové práce. V příloze jsou taktéž uveřejněny přepisy všechny realizovaných rozhovorů.

#### **4.4 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořili klienti a aktivizační pracovníci z Domova pro seniory Háje v Praze. Z řad klientů se jednalo o intaktní seniory a seniory s Parkinsonovou nemocí. Pro účely rozhovoru bylo vybráno celkem 7 klientů. Z tohoto počtu byl 1 klient s Parkinsonovou nemocí a 6 intaktních klientů. Výběr vhodných klientů k rozhovoru byl záměrný a po předchozí poradě s aktivizačními pracovníky působícími na jednotlivých odděleních. Shodně probíhal také výběr 1 klienta s Parkinsonovou nemocí, se kterým byl taktéž realizován rozhovor, na jehož základě byla sestavena případová studie. Další část výzkumného souboru tvořili dva aktivizační pracovníci, kteří se přímým způsobem podílí na rozvoji seniorů, nabízí a realizují aktivizační činnosti. Jednalo se o aktivizační pracovníci (dále R1), která působí na oddělení s klienty s Parkinsonovou nemocí a aktivizačního pracovníka (dále R2), který působí na oddělení s intaktními klienty. S těmito pracovníky jsem vedla rozhovor a zároveň jsem se účastnila jejich aktivizačních programů a činností. Přepsané rozhovory jsou uveřejněné v příloze, rozhovor R1 příloha 3 a rozhovor R2 příloha 4. Taktéž jsou uveřejněny také přepisy rozhovorů s klienty, a to v příloze 5 až 11.

Všichni klienti i aktivizační pracovníci, se kterými jsem přišla do bližšího kontaktu, k výzkumu přistupovali pozitivně, byli velmi vstřícní a ochotní. Všichni byli předem

seznámení s průběhem a významem výzkumného šetření. Dále byli ujištěni o zachování anonymity a bylo zdůrazněno, že se jedná o výzkumné šetření založené na dobrovolnosti tudíž, že například nemusí odpovídat na otázky, na které nechtějí. Na základě těchto informací poskytli souhlas s pozorováním při činnostech a uveřejněním rozhovoru prostřednictvím informovaného souhlasu. Několik oslovených klientů s poskytnutím rozhovoru nesouhlasilo, a to ze zdravotních či jiných důvodů.

## **4.5 Charakteristika Domova pro seniory Háje**

Domov pro seniory Háje se nachází na Praze 4. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je hlavní město Praha. Své služby poskytuje od roku 1994. Domov pro seniory nabízí pobytové sociální služby osobám nad 65 let, přičemž kapacita domova je stanovena na 186 trvale ubytovaných klientů. Dále nabízí také odlehčovací služby, denní stacionář pro osoby s Parkinsonovou nemocí a dětskou skupinu Paleček pro děti zaměstnanců domova. Areál domova je tvořen třemi propojenými budovami, které jsou dále rozděleny na sedm oddělení. Klienti, kteří nejsou schopni sebeobsluhy se nachází v budově A, která je přizpůsobena vyšším požadavkům potřebné péče. V této budově je zřízeno také oddělení pro klienty s Parkinsonovou nemocí. Budova B slouží klientům, kteří jsou plně soběstační. Součástí poskytovaných služeb je ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování sociálního kontaktu, sociálně terapeutické či aktivizační činnosti (Domov pro seniory Háje, online).

Klienti mohou libovolně využívat také další služby, které jim domov nabízí. Mezi tyto služby a možné aktivity spadá knihovna, kulturní mírnost, společenský sál, relaxační místnost, ZOO koutek s ptactvem, kavárna, galerie s vystavenými obrazy, kulečnickový či ping-pongový koutek, rotoped a v neposlední řadě mohou navštívit kapli. Dále mohou trávit volný čas na jedné ze dvou zahrad, jedna obklopuje budovu zvenku a druhá jakožto otevřené atrium uvnitř budovy. Zde se nachází skleník, terasa a Fit park. Jelikož se jedná o velké zařízení, kde jsou jednotlivé budovy průchozí, jsou v celém domově po chodbách umístěny orientační ukazatele a šipky a na všech dveřích jsou cedulky s popiskem. Toto opatření podporuje orientaci klientů po domově a možnost jejich samostatného pohybu.



Jak jsem již zmiňovala výše, domov je rozdělen na sedm oddělení s tím, že kapacita klientů se na jednotlivých odděleních liší. Každé oddělení má svého kmenového aktivizačního pracovníka. Ten realizuje skupinové aktivizace pro klienty daného oddělení, zajišťuje také individuální aktivizace či spolupracuje s dalšími aktivizačními pracovníky na vytváření programů pro celý domov. Aktivizační pracovníci mají vytvořený stálý rozvrh aktivit tak, aby byla zajištěna pravidelnost a orientace klientů v náplni jednotlivých dní. Nově v domově zavedli, že každé ráno se rozhlasem vyhlašuje program na daný den, aby klientům připomněli, co je čeká za činnosti a případně je na ně pozvali. Nicméně před každým programem aktivizační pracovník obchází všechny klienty na svém oddělení a připomíná jim danou aktivitu pro případ, že by rozhlas neslyšeli. Pokud to je potřeba, pomáhá klientům s přesunem na místo, kde se aktivity konají.

#### **4.5.1 Realizované aktivizační činnosti v DS Háje**

V rámci výzkumného šetření jsem měla možnost účastnit se všech dále zmíněných typů aktivizace. Zvolenou metodou, zúčastněného pozorování, jsem získala potřebné informace o průběhu a zaměřenosti daných aktivit. Zaměřila jsem se také na přístup aktivizačních pracovníků ke klientům a na samotné klienty, tedy jak během činností spolupracují s aktivizačním pracovníkem i mezi sebou, zda jsou aktivní a komunikativní. Tím, že si každý klient může libovolně, podle svých zájmů, zvolit aktivity, kterých se chce účastnit, tak byli všichni účastníci velmi aktivní. Na každém setkání panovala velmi pozitivní atmosféra. Klienti s aktivizačním pracovníkem spolupracovali, projevovali zájem o dané aktivity a témata a vzájemně komunikovali. Pokud si někdo z klientů během bloku potřeboval odpočinout, tak mohl aktivitu přerušit nebo úplně odejít. Aktivizační pracovníci klienty neustále povzbuzovali, chválil a motivovali. Zároveň klientům připomínali, že každý pracuje podle svých možností tak, aby je v případě cvičení nic nebolelo a nepřepínali se.

Aktivizaci, která je v domově realizována, je možné rozdělit do tří skupin. Jedná se o individuální aktivizaci, skupinovou aktivizaci a zájmové kluby a dílny. V rámci individuální aktivizace aktivizační pracovník pravidelně dochází za klienty na svém oddělení. Cílem této formy aktivizace je navázání kontaktu s klientem, příjemně strávený volný čas, posílení paměti, udržení tělesné kondice, získání nových informací či upevnění

zájmu o klientovi záliby. Individuální aktivizace umožňuje aktivizačnímu pracovníkovi zaměřit se na konkrétní aktivity, které daný klient potřebuje, vychází se tedy z konkrétního klienta, jeho potřeb, přání, možností a schopností. Zpravidla se nejčastěji jedná o rozhovor, poslech hudby, předčítání klientovi, podporu sebeobslužných dovedností, trénink jemné a hrubé motoriky, trénink paměti či práci na počítači. V oblasti fyzické kondice jsou voleny aktivity jako trénink chůze, pokud je potřeba trénink chůze s chodítkem, kondiční cvičení na lůžku či v sedu a dále je možnost vycházek mimo areál domova. Účast klienta na individuální aktivizaci je zcela dobrovolná. Aktivizační pracovník klienta osloví, zda chce aktivity vykonávat, případně jej motivuje k účasti, ale nijak jej nenutí.

Další možnou formou je skupinová aktivizace, která se koná na každém oddělení jednou týdně, a to vždy v dopoledních hodinách. Cíle jsou obdobné jako u individuální aktivizace, ale důraz je zde kladen také na sociální interakci a navazování nových kontaktů mezi klienty. V rámci skupinové aktivizace jsou nabízené tyto aktivity: kondiční cvičení, kondiční cvičení pro klienty s Parkinsonovou nemocí či klub Albert Einstein (trénink paměti pro náročné). Skupinová aktivizace trvá vždy jednu hodinu. Její náplň a realizované aktivity se liší podle daného seskupení klientů. R1 uvádí, že při práci s klienty s Parkinsonovou nemocí je během aktivizací věnována pozornost nejvíce samotnému fyzickému tréninku, který zabírá podstatnou část hodiny. Struktura všech skupinových aktivizací, vztahující se ke kondičnímu cvičení, je však shodná na čemž se shodují R1 i R2. Na samotném začátku je přivítání klientů, úvodní slovo aktivizačního klienta a poté se pokračuje představením klientům. Po této části se přechází k orientaci klienta v čase, místě a aktuálních situacích. To znamená, že aktivizační pracovník podává informace nebo se klientů ptá a oni odpovídají o daném dni, tedy datum, roční období, významné aktuální či historické události, svátky či narozeniny. Po ukotvení v orientaci se přesouvá na kondiční cvičení v sedu na židlích, případně na invalidním vozíku. Během tohoto cvičení dochází k zahřátí a protažení celého těla od hlavy až k patě. Jsou voleny cviky protahovací, lehce posilovací, uvolňovací a na závěr relaxační. U klientů s Parkinsonovou nemocí se zaměřuje pozornost na procvičení velkých kloubů, procvičení jemné motoriky a mimických svalů. Aktivizační pracovníci často využívají cvičební pomůcky například činky, masážní míčky, gummy atd. Každý klient cvičí podle svých fyzických možností a pokud si potřebuje odpočinout, tak cvičení přeruší. Poté nastává čas na trénink paměti. V této části se využívají kvízy, hádanky, doplňování,

přesmyčky, přísloví, obrázky a mnohá další cvičení. Na závěr hodiny mají klienti za úkol zopakovat nějaké informace, o kterých si povídali na začátku. Poté aktivizační pracovník klientům připomene, co budou mít daný den k obědu, pozve je na odpolední aktivity, poděkuje jim za účast a společně se rozloučí.

Klub Albert Einstein se od skupinové aktivizace (neboli kondičního cvičení) liší v tom, že je pozornost věnována pouze tréninku paměti. Tento klub cílí na intaktní klienty bez kognitivních poruch (i těch mírných), neboť prováděné aktivity mají vysokou náročnost. Opět se využívají pomůcky jako obrázky, vytvořené karty, kvízy, doplňování, kognitivní sady pro trénink paměti atd. Jednotlivá cvičení klienti plní buď samostatně, nebo v malých skupinách. Kombinuje se také forma plnění úkolu, a to ústní a písemná.

Třetí možností aktivizace, kterou klienti domova mohou navštěvovat, jsou zájmové kluby a dílny. Každý den v odpoledních hodinách jsou realizovány některé aktivity, které spadají do této kategorie a mohou se jich účastnit klienti z celého domova. Některé aktivity se pořádají každý týden, některé jednou za dva týdny apod., podle zájmu klientů. Jelikož do této kategorie spadá velké množství aktivit, rozdělím je na tři oblasti. První oblast se zaměřuje na sportovní aktivity, druhá na výtvarné aktivity, a třetí oblast zahrnuje všechny ostatní aktivity. Mezi sportovní aktivity patří klub šipek, klub tance v sedě a sportovní klub. Cílem těchto aktivit je smysluplně strávený volný čas, navazování sociálních kontaktů, udržení fyzické kondice, rozvoj hrubé a jemné motoriky, dodržování pravidel a vnímání hudby a schopnost cvičit v rytmu (v případě tance v sedě). V rámci sportovního klubu si klienti mohou vybrat sport z aktuální nabídky, nejčastěji florbal, kuželky, petanque, šipky či venkovní střílení z luku za příznivého počasí. Na začátku hodiny aktivizační pracovník klienty přivítá a proběhne krátká rozcvička v sedu na židlích. Poté aktivizační pracovník seznámí klienty s průběhem aktivit a s pravidly dané hry. Během samotné hry se konají pravidelné krátké přestávky na odpočinek a dodržení pitného režimu. Po ukončení hry následuje volná diskuse, kdy si klienti vyměňují názory na úspěch či neúspěch ve hře. Poté se oznámí výsledky hry, tedy počet získaných bodů a určení vítěze. Tím je aktivita ukončena, aktivizační pracovník poděkuje klientům za účast a společně se rozloučí. Klub tance v sedě probíhá velmi podobně, akorát zde po celou dobu aktivizační pracovník předevičuje dané pohyby a klienti jej napodobují.

Mezi výtvarné aktivity zařadím keramickou dílnu, klub ručních prací a výtvarnou dílnu. Cíl těchto aktivit spočívá ve smysluplném trávení volného času, navazování sociálních kontaktů, posílení paměti, fantazie a představivosti, koncentrace pozornosti a procvičení jemné motoriky. Díky těmto aktivitám se klienti seznamují s různými, pro někoho neznámými, technikami (malba, kresba, koláže, práce s keramickou hlinou), materiály či pomůckami. Klienti si také mezi sebou předávají své zkušenosti. Při výtvarných aktivitách je po celou dobu kladen důraz na hygienu čili důkladné mytí rukou klientů a používání ochranných zástěr, aby nedošlo k jejich ušpinění. Po úvodním slovu a přivítání klientů následuje seznámení s tématem daného bloku a ukázka výsledného výtvaru. Poté aktivizační pracovník popíše postup pracovní činnosti, v jakém pořadí se co provádí, kdy použít jakou pomůcku atd. Tyto instrukce dále poskytuje během celého výtvarného bloku, pokud je potřeba a klient si postup nepamatuje. Po ukončení činnosti následuje společná diskuse, kdy klienti sdílí své názory na úspěch / neúspěch při tvorbě, na zajímavost dané techniky či výtvaru a navrhnou možnosti další tvorby. Aktivita končí rozloučením a poděkováním za účast.

Poslední oblast tvoří ostatní možnosti aktivizace, kam jsem zařadila cestovatelský klub, klub hrátky s hudbou, klub kulinářský, klub společenské hry, pánský klub a relaxace s psychologií:

Prostřednictvím cestovatelského klubu klienti zažijí příjemně strávený volný čas, dochází k navazování sociálních vztahů, posílení paměti a díky zajímavých a různorodých témat si rozšiřují také vědomosti. Téma daného bloku je předem prodiskutováno s klienty a odráží se od jejich zájmů či přání. Aktivizační pracovník se před každým blokem připravuje na dané téma. Dohledává informace z internetu či literatury, zajistí doprovodný obrázkový a filmový materiál. Po zahájení cestovatelského bloku a přivítání klientů, aktivizační pracovník uvede dané téma a přednáší klientům připravená fakta, případně se prezentují obrázkem či se promítá film. Následuje volná diskuse, kdy si klienti vyměňují názory na dané téma, případně sdělují osobní zkušenosti k tématu z doby, které si pamatují anebo se jí aktivně účastnili. Poté se klienti společně domluví na tématu pro příští klub. Aktivita končí rozloučením a poděkováním klientů za jejich účast.

Klubem hrátky s hudbou se aktivizační pracovníci u klientů snaží o udržení a rozšíření jejich schopností a vědomostí, které vedou k přirozenému vnímání hudby. Před touto aktivitou je potřeba, aby se na ni aktivizační pracovník podrobně připravil. Musí vybrat několik vhodných skladeb pro jednotlivá cvičení, připravit cvičení k tréninku jednotlivých oblastí, vybrat vhodné rytmické nástroje a v neposlední řadě připravuje životopis vybraného skladatele či zpěváka a zjišťuje zajímavosti z jeho života. Na úvod bloku je zařazeno relaxační cvičení v sedě, během kterého dochází k uvolnění celého klientova těla. Provádí se dechová, hlasová či artikulační cvičení. Poté se přechází k tréninku paměti, který je zaměřený na hudební pojmy. Klienti například poznávají skryté písně, rozpoznávají název písně zašifrovaných v přesmyčkách nebo na základě předložených obrázků musí poznat název písně. V rámci aktivizace v tomto klubu je pozornost věnována zejména tréninku sluchu. Ten je realizován různými způsoby. Klienti například poslouchají skladbu a po jejím skončení mají určit hudební nástroje, které zaslechli. Další možností tréninku je poznávání písně pouze podle melodie či rytmu. Dále je možné propojit trénink sluchu a trénink paměti, kdy mají klienti za úkol určit a zapamatovat si několik po sobě jdoucích zvuků a poté je zopakovat. S tím souvisí také trénink rytmu za použití rytmických nástrojů jako jsou ozvučná dřívka, bubínky apod. Probíhá to například tak, že někdo ze skupiny předvede určitý rytmus a ostatní jej musí zopakovat. Ať individuálně či celá skupina najednou. Závěr bloku je věnován prezentaci připraveného životopisu dané osobnosti aktivizačním pracovníkem. Po prezentaci následuje závěrečný poslech písně / skladby, která souvisí s danou osobností. Poté následuje volná diskuse, poděkování klientům za účast a rozloučení.

Během kulinářského klubu se aktivizační pracovníci snaží o příjemně strávený volný čas klientů, navazování nových přátelství, posílení a trénink paměti či procvičení jemné motoriky. Součástí této aktivity bývá také reminiscenční terapie, a to formou rozpomínání se na rodinné recepty, způsob stolování v rodině či oblíbená jídla v dětství apod. Výběr receptů se odráží od zájmu a přání klientů. Mnohdy se jedná o recepty a jídla, která měli rádi v dětství, nebo je už dlouhou dobu neměli anebo se chtějí naučit nějaký nový recept. Aktivizační pracovník před klubem nakoupí potřebné suroviny, nejlépe společně s některými účastníky klubu. Mnohdy je potřeba upravit či přepsat přesné postupy při vaření / pečení na papír většího formátu a větším písmem či za využití počítače a vytvoření

prezentace i s obrázky. Opět je kladen důraz na hygienu a čistotu klientů, kteří tudíž mají k dispozici pracovní oděv (zástěry), aby nedošlo k jejich ušpinění. Po úvodním slovu a přivítání klientů klubu následuje připomenutí již dohodnutého receptu. Poté se klienti spolu s aktivizačním pracovníkem domluví na rozdělení pracovních činností, tedy kdo co krájí, hněte, loupe apod. Samotný průběh činnosti je pod neustálým dohledem aktivizačního pracovníka, který klientům pomáhám, pokud je potřeba. Zároveň dbá na bezpečnost klientů, zajišťuje prevenci úrazu, případně pokud k úrazu dojde, tak klienta náležitě ošetří. Po ukončení činnosti následuje volná diskuse, klienti sdílí názory na průběh / úspěch / neúspěch při přípravě pokrmu. Po společné konzumaci vytvořeného pokrmu klienti hodnotí jeho kvalitu, případně sdělují návrhy na možná zlepšení. Poté se společně domluví na receptu pro příští klub, aktivizační pracovník jim poděkuje za účasti a rozloučí se.

Prostřednictvím klubu společenských her dochází ke smysluplnému trávení volného času, navazování sociálních kontaktů, vzájemné komunikaci, posílení paměti či procvičení jemné motoriky. Výběr společenských her závisí na zájmu klientů. Po úvodním slovu a přivítání klientů se vyberou jednotlivé společenské hry. Současně může probíhat hned několik her najednou, to závisí na počtu a zájmech klientů. Pokud se hraje více her současně, každá hra probíhá u samostatného stolu, aby nedocházelo k vzájemnému narušování. Nejčastěji jsou voleny hry jako například: karty (Žolíky, Mariáš), Člověče, nezlob se!, Pexeso, Domino, Šachy, Dáma, Kostky a další společenské hry. Oblíbené jsou také hry s využitím papíru a tužky například Země, město..., Lodě apod. Po ukončení her následuje diskuse, sdělení výsledků a vyhlášení vítězů. Poté si společně zvolí hry pro příští klub. Aktivizační pracovník klientům poděkuje za účast a rozloučí se.

Pánský klub, jak již vychází z názvu, poskytuje klientům příjemně strávený volný čas v ryze pánské společnosti. Umožňuje vzájemný sociální kontakt, působí na posílení paměti a v rámci různorodých témat dochází k rozšíření vědomostí klientů. Klienti se společně s aktivizačním společníkem předem domluví tématu pro konzultaci. Aktivizační pracovník se na dané téma připraví, nashromáždí informace z internetu a literatury, a to včetně doprovodného obrazového či hudebního materiálu. Po přivítání klientů se představí téma daného bloku. Aktivizační pracovník odprezentuje obrazový a hudební materiál doplněný o verbální komentář a sdělení nalezených informací. Témata jsou různorodá jedná

se například o válečnou a historickou tematiku, sport, moto, věda a další oblasti podle zájmu klientů. Pokud je blok zaměřen na téma, ke kterému má někdo z účastníků blízko, věnuje se mu či má osobní zkušenost, tak může doplňovat prezentaci aktivizačního pracovníka nebo mu může pomoci při její přípravě. Po prezentaci následuje diskuse a výměna názorů na dané téma. Poté společně zvolí téma pro příští klub a rozloučí se.

Relaxace s psychologem je aktivita, která není pod vedením aktivizačního pracovníka, ale psychologa. Relaxace probíhá ve speciálně vybavené multisenzorické místnosti. V místnosti na klienty působí mnoho stimulujících prvků, a to vizuální, akustické, vonné či hmatové. Místnost vybavena polohovacími křesly, židlemi, speciálním kobercem, monitorem, CD přehrávačem, difuzéry, aroma lampami a světelnými vodními válci. Je velmi prostorná tak, aby každý klient měl kolem sebe dostatek místa a nebyl rušen v relaxaci. Vše je v příjemných neдрáždivých barevných odstínech. Je vítáno, aby byli klienti během relaxace bez bot, aby se mohli dotýkat speciálního koberce, který je taktéž stimuluje – je to klientům nabídnuto nikoli přikázáno. Na úvod jsou klienti přivítáni a vyzváni, aby pohovořili o svém aktuálním psychickém a fyzickém rozpoložení. Následně psycholog představí zaměření dané relaxace, její účinky, způsoby cvičení a uvedení vybraných technik pro dané setkání. Následuje krátké protažení těla v sedu. Poté se klienti posadí / položí tak, aby jim to bylo příjemné a cítili se pohodlně. Samotné provedení relaxace a téma imaginace je různé podle uskupení daných klientů. Jedno z možných témat je imaginace rodného domu. Po celou dobu klienti relaxují podle vlastních možností. Psycholog zdůrazňuje, aby nikdo nezacházel do nepříjemných stavů, nenutil se a nevzdoroval nutkání usnout. Po hlavní části bloku probíhá společné sdílení prožitků, vyvolaných mentálních a fyzických obsahů. Následně pokud je potřeba, psycholog provede psychologické ošetření emocí, poskytuje podporu, případně nabízí možnou individuální konzultaci. Na závěr proběhne poděkování klientům za jejich účast a rozloučení.

#### **4.5.2 Ukázka hodiny z Klubu Albert Einstein**

Klub Albert Einstein se realizuje jednou týdně a trvá hodinu. Jak jsem již zmiňovala, klub cílí na intaktní seniory, neboť náročnost zadávaných úkolů je vysoká. Pro praktickou ukázkou jsem zvolila sadu úkolů, které měli klienti vyřešit. Celá sada úkolů v příloze 12.

Na začátku byli klienti seznámeni se zadáním jednotlivých cvičení. Poté měli čas na jejich vypracování. Na přiloženou sadu úkolů potřebovali zhruba 35-40 minut. Úkoly plnili písemně a samostatně. Poté proběhla kontrola, kdy klienti četli řešení úkolů, případně jsme o výsledcích diskutovali. Daná sada úkolů cílila na rozvoj paměti, myšlení, logického uvažování, vnímání detailů i celku, slovní zásobu, koncentraci pozornosti, orientaci na ploše, vizuomotoriku a procvičení jemné motoriky a grafomotoriky.

V prvním cvičení měli klienti za úkol nejprve si obrázky pojmenovat a poté si je zapamatovat (nemuseli ve stejném pořadí). Následně v pátém a desátém cvičení si měli na dané obrázky vzpomenout a co nejvíce jich napsat. Tento úkol se zaměřoval zejména na paměť a schopnost jedince si znovu vybavit již zapamatované informace mezitím co plnil jiná cvičení a na obrázky nemyslel. Klíčové také bylo poznání obrázku a správné pojmenování, tedy adekvátnost slovní zásoby. Jelikož měl klient slova napsat, tak došlo také k procvičení jemné motoriky a grafomotoriky.

Ve druhém cvičení měli klienti za úkol vytvořit české ekvivalenty k přejatým slovům. Šlo tedy o znalost a pochopení smyslu předloženého slova a vytvoření vhodného slova v českém jazyce. Při tomto cvičení klienti procvičovali slovní zásobu, paměť, pochopení a vybavení si pojmu, myšlení, jemnou motoriku a grafomotoriku. Obzvláště u tohoto cvičení mě klienti velmi mile překvapili, neboť všichni dokázali alespoň k nějakým přejatým slovům vytvořit český ekvivalent. Samozřejmě počet správně vytvořených slov se lišil (někdo z klientů měl všechny, někdo půlku).

Ve třetí cvičení měli klient za úkol doplnit chybějící písmenka tak, aby odhalili názvy hlavních měst. Doplnkovým úkolem bylo k danému hlavnímu městu napsat příslušný stát. Toto cvičení bylo zaměřeno na paměť, myšlení a myšlení v souvislostech, koncentraci pozornosti, slovní zásobu, zeměpisné znalosti klienta a orientaci ve světě. Doplnování chybějících písmen do názvů šlo klientům velmi dobře a zvládli odhalit všechna hlavní města správně. U některých klientů nastal drobný problém s přiřazením města do příslušného státu, ale všichni klienti alespoň nějaké státy uvedli správně. Při kontrole cvičení jsem si uvedené státy a hlavní města ukazovali na mapě, což sloužilo jako podpora při orientaci klientů.

Čtvrté cvičení bylo věnováno homonymům, kdy měli klienti k danému slovu napsat co nejvíce významů. Úkol cílil na paměť, logické myšlení, slovní zásobu, jemnou motoriku



a grafomotoriku. Při kontrole klienti jednotlivě četli zapsané věty nebo slovní spojení, které vymysleli a poté jsme se společně snažili přijít na rčení či přísloví obsahující dané slovo. Hodnocení se zaměřovalo na obsah výpovědi, tedy smysluplnost napsaných vět a správné použití homonym. Úroveň grafomotoriky, úhlednost a čitelnost písma či případné gramatické chyby hodnoceny nebyly.

Cílem šestého cvičení bylo přiřadit „zvířecí“ přídavné jméno k jednomu podstatnému jménu tak, aby vznikla smysluplná spojení. Vždy jedno přídavné jméno z levého sloupce patřilo k jednomu podstatnému jménu z pravého sloupce. Toto cvičení procvičovalo paměť, koncentraci pozornosti, logické myšlení a myšlení v souvislostech a vizuomotoriku. Při hodnocení někteří klienti říkali, že na některá spojení nejprve nemohli přijít, nejprve tedy spojili slova, kterými si byli jistí a poté pomocí „vylučovací metody“ doplnili zbývající. Ukázalo se ale tedy, že pokud si nevěděli rady, tak si ale byli schopni nalézt systém či jiný postup ke správnému řešení.

Úkolem sedmého cvičení bylo zakroužkovat či jinak označit čísla, která se objevovala dvakrát. Cvičení bylo zaměřeno na rozvoj zrakového vnímání, orientaci na ploše, vizuomotoriku a koncentraci pozornosti. Všichni klienti cvičení zvládli vyřešit správně a bez větších obtíží. Obdobné zaměření na rozvoj daných oblastí, bylo také ve cvičení osmém. Zde měli klienti za úkol nalézt a podtrhnout názvy českých řek, které byly ukryté ve větách. Tento úkol opět klientům nečinil větší obtíže.

V devátém cvičení se měli klienti pokusit složit co nejvíce slov za použití písmen z uvedeného slova. Jediné pravidlo bylo, že se každé písmeno může ve slově objevit jen tolikrát, kolikrát je obsaženo v zadaném slovu. Tímto cvičením klienti rozvíjeli myšlení, slovní produkci, koncentraci pozornosti, jemnou motoriku a grafomotoriku. Počet vytvořených slov se lišil, ale každý klient dokázal alespoň nějaká slova vymyslet.

Úkolem jedenáctého cvičení bylo správně dokreslit druhou polovinu obrázku tak, aby byla přesným zrcadlovým odrazem. Toto cvičení rozvíjelo koncentraci pozornosti, orientaci na ploše, vizuomotoriku, schopnost vnímat detaily a celek a jemnou motoriku.

U posledního dvanáctého cvičení měli klienti za úkol spojit běžně užívaný výraz s jeho puristickou variantou. Opět cvičení cílil na myšlení, a to logické a v souvislostech,

slovní zásobu, orientaci na ploše, vizuomotoriku a jemnou motoriku. Při vyhodnocení klienti uváděli, že u některých slov pouze tipovali nebo zvolili vylučovací metodu řešení.

#### **4.5.3 Ukázka skupinové aktivizace s intaktními seniory**

Zúčastnění klienti seděli v kruhu tak, aby dobře viděli na aktivizačního pracovníka. Kolem sebe museli mít dostatek prostoru, aby mohli pohodlně cvičit. Skupinová aktivizace trvala jednu hodinu, s tím, že byl daný blok rozdělen na čtyři části. První část byla věnována přivítání a ukotvení klientů v čase a místě. Druhou část tvořilo nenáročné kondiční cvičení. Třetí a zároveň hlavní část byla věnována tréninku paměti. V závěru hodiny proběhlo relaxační cviky, vyhodnocení bloku, pozvání na odpolední aktivity a rozloučení s klienty. Během celého bloku bylo důležité klienty neustále chválit, motivovat a povzbuzovat, a to zejména při kondičním cvičení.

Ukotvení klientů v čase a místě – nejprve jsme s klienty určili jaký je den, kolikátého je, jaký je měsíc / roční období a kdo má ten den svátek. U svátku jsme se na chvíli zdrželi a klienti měli říct, zda znají někoho s daným jménem, a to jak z jejich blízkého okolí, tak i ze známých osobností. Když klienti jmenovali někoho ze známých osobností, tak jsme si společně řekli, čím se proslavil (herec, zpěvák, politik atd.) a případně vyjmenovali nějaké jeho dílo, publikaci, vynález či film, ve kterém hrál. Poté jsem klientům přečetla zajímavosti týkající se daného jména, tedy jeho původ, význam apod. Této části bloku bylo věnováno deset minut.

Kondiční cvičení – všechny prováděné cviky byly verbálně doprovázeny a bylo potřeba klientům připomínat, že každý cvičí podle svých možností tak, aby bylo cvičení příjemné a nic je nebolelo. Nejprve jsme začali cviky zaměřenými na hlavu. Tedy otáčení hlavy do stran, pokládání k rameni, polokruhy a přitahování brady k hrudi. Poté jsme přešli na ramena a ruce. Zde probíhalo přitahování ramen k uším, kroužení v zápěstí / loktech / ramenou. Dále jsme měli předloktí položené na stehnech a zvedali jsme ruce vzhůru. Poté jsme procvičili prsty tím, že jsme střídali sevření prstů v pěst a následné natažení. Následně jsme horní končetiny pokrčili v loktech a dotýkali jsme se postupně všemi prsty palce a vždy párkrát poklepali (palec – ukazovák, palec – prostředník, palec – prsteník atd.). Po procvičení

horních končetin jsme se přesunuli na střed těla. Zde jsem využívala cviky založené na otáčení se do stran, předklony a vytahování se vzhůru. Následovaly cviky na dolní končetiny. Opět formou kroužení, vytáčení, zvedání vzhůru na výdrž, dupání / cupitání či střídavé zvedání paty a špičky. Při cvičení jsem využívala také cviky na pravolevou orientaci – předpažíme levou / pravou ruku či levou rukou se dotknu pravého kolene a přitáhnu k tělu. Na závěr jsem klientům rozdala dva gumové kroužky, do středu jsem umístila dřevěné kolíky a klienti házeli na cíl (kolíky). Zvolila jsem tuto aktivitu formou hry čili každý kolík měl určitou hodnotu bodů. Po hodů všech klientů jsme počítali, kolik kroužků se podařilo umístit na kolíky a kolik bodů jsme celkem nasbírali. Kondičnímu cvičení jsem věnovala patnáct minut, neboť nebylo cílem klienty unavit, ale naopak je nabudit na další aktivity.

Trénink paměti – v této části jsem měla připraveno několik cvičení zaměřených na paměť, myšlení a jelikož měli klienti odpovídat slovně, tak také zaměření na komunikaci a slovní produkci. Jelikož trénink paměti představuje hlavní část bloku, ve své přípravě jsem si na něj vyčlenila dvacet pět minut.

1. Na začátku jsme si zvolili písmeno, na které jsme jeden po druhém vymýšleli nejprve podstatná jména, poté názvy měst a části lidského těla. Toto cvičení klienti zvládli výborně a neustále měli chuť vymýšlet další a další slova.
2. Poté jsem klientům rozdala papírové proužky s předepsanými přesmyčkami na téma potraviny a pokrmy. Když klient přesmyčku správně rozluštil, tak dostal další proužek. Opět jsem zvolila aktivitu formou soutěže, klient, který měl na konci nejvíce rozluštěných přesmyček, vyhrál. Pokud se stalo, že klient na pokrm nemohl přijít, tak jsem se mu snažila poradit z čeho to je vyrobeno, jakou to má konzistenci, chuť apod. Když ani poté nevěděl, tak jsem mu napověděla počátečním písmenem, případně jsem mu přesmyčku vyměnila za jinou.
3. Při dalším cvičení měli klienti za úkol určit stát podle třech typických pojmů pro daný stát. Vždy jsem řekla trojici slov a jeden klient odpověděl, takto se všichni prostřídali. Pokud klient, který byl na řadě, nevěděl nebo odpověděl chybně, tak jsem se mu snažila konkrétněji napovědět. Například: lední hokej,

javorový list, zima / turban, kari, Hinduismus / Tatry, Borovička, halušky / Wimbledon, Královna, kanál La Manche.

4. Následující cvičení bylo zaměřeno na matematické operace, a to sčítání a odčítání. Předem jsem si připravila řetězec, kdy jsme začínali na čísle šest ( $6 + ? + ? - ? + ? =$ ). Poté jsem klientovi řekla příklad  $6 + 5$ , klient příklad spočítal, odpověděl a další klient pokračoval  $11 + 7$  a takto jsme pokračovali, dokud se nevystřídali všichni klienti, pro každého byly dva až tři příklady. Výsledek žádného příkladu nebyl vyšší než dvacet. Většině klientů počty nečinili žádné problémy, někdo si pomáhal počítáním v tichosti a někdo pomocí počítání na prstech. Všichni se ale dopočítali ke správnému výsledku.
5. Na závěr této části jsem klientům řekla čtyři úkoly: objednat se k zubaři, reklamovat rozbitou pračku, vyzvednout čistý kabát z čistírny a dojít se psem k veterináři na očkování. Klienty jsem vyzvala, aby se pokusili tyto úkoly zapamatovat, a ještě několikrát jsem jim je zopakovala.

Závěrečná relaxace s masážními míčky – klienti obdrželi masážní míčky a prostřednictvím přejíždění, poklepávání a hnětení míčku jsme si masírovali a uvolňovali prsty, ramena a celé horní i dolní končetiny. Následně jsme si míček podávali a házeli z ruky do ruky. Po ukončení aktivity jsem vyzvala klienty, aby se pokusili si vzpomenout na řečené úkoly. Nikdo z klientů si sice nevzpomněl na všechny čtyři úkoly, ale společnými silami je vyjmenovat dokázali. Tato část trvala deset minut.

#### **4.5.4 Ukázka skupinové aktivizace se seniory s Parkinsonovou nemocí**

Klienti po celou dobu seděli v kruhu tak, aby viděli na aktivizačního pracovníka. Aktivizace trvala jednu hodinu a blok byl rozdělen na čtyři části. V úvodní první části došlo k ukotvení klientů v čase a místě. Ve druhé části proběhl krátký trénink paměti. Třetí část byla věnována kondičnímu cvičení, které je u této skupiny klientů velmi důležité a z celého bloku mu je věnováno nejvíce času. Při čtvrté části jsme se vrátili, k již řečeným informacím o zajímavosti daného dne a dále jsme s nimi pracovali. Na závěr jsem klientům poděkovala za účast a rozloučili jsme se.

Ukotvení klientů v čase a místě probíhalo obdobným způsobem jako u předešlé ukázky. Také jsme si řekli, jaký je den, datum, měsíc a roční období. Dále jsme si povídali o jménu, které mělo ten den svátek, tedy o jeho původu a významu a také jsme vyjmenovávali významné či známé nositele tohoto jména. V den skupinové aktivizace bylo výročí 146 let od udělení patentu na telefon. Klientů jsem se na úvod ptala, kdo vynalezl telefon a v jakém roce si myslí, že byl patent udělen. Následně jsem klientům přečetla několik informací vztahujících se k této události. Této části bylo věnováno deset minut.

Obsahem druhé části bylo cvičení na paměť, myšlení a slovní produkci. Úkolem klientů bylo určit slova s mnohoznačným významem. Vždy jsem přečetla nápovědu, podle které měli klienti přijít na společný pojem. Kdo z klientů věděl odpověď, tak ji vyřknu nahlas. Příklad: luštěnina a součást dalekohledu / kost a zahradní nářadí / český skladatel a mléčný produkt / přepravka a hovorově chytrá hlava / hlodavec a součást počítače / hmyz a část pušky apod. Této části jsem věnovala pouze pět minut, neboť jsem měla v plánu se k dalšímu cvičení vrátit až po kondičním cvičení.

Následnou část tvořilo kondiční cvičení. Jelikož se jednalo o klienty s Parkinsonovou nemocí bylo potřeba brát v potaz projevy onemocnění, které jedinci ztěžovali vykonávat cviky správně a neupozorňovat na ně či na nesprávné provedení cviku. Tím mám namysli především třes, ztuhlost, mimovolní pohyby, bolest při nějakém pohybu, nestabilitu, otoky či křeče. Z tohoto důvodu bylo důležité klienty často motivovat a chválit, neboť pohybová aktivita je pro ně velmi důležitá. Veškeré cviky byly prováděny v sedě a byl kladen důraz na správné sezení a dýchání klientů, pokud to bylo možné. Na úvod jsem zvolila cviky na rozprouzení krve v těle, tedy rytmické kmitání rukama podél těla, úklony do stran či otáčení se do stran za jednou rukou. Poté jsem se zaměřila na hlavu, ramena a horní končetiny, střed těla a dolní končetiny. Jednotlivé cviky byly velmi podobné cvikům z předešlé ukázky. Důležitou součástí cvičení byly také cviky na mimické svaly a svaly v orofaciální oblasti. Zde jsem volila cviky typu nafouknutí a splasknutí tváří, špulení rtů, smích a mračení, cenění zubů, pohyby jazyka apod. Dále jsem zařadila také několik cviků na rozvoj pravolevé orientace a orientace na vlastním těle. Ke cvičení jsem využila také činky, se kterými jsme vykonali pár cviků – předpažení horní končetiny s činkou, upažení s činkou či vytažení vzhůru. Na závěr této části jsem zvolila uvolňovací a do určité míry

relaxační cviky. Kondiční cvičení zabralo třicet minut z celého bloku. Cviky byly prováděny v pomalém tempu a podle individuálních možností tak, aby je cvičení nebolelo a nebyli po něm unavení.

Po kondičním cvičení jsme se navrátili k zajímavosti aktuálního dne, tedy udělení patentu na telefon. Ptala jsem se klientů na otázky vztahující se k informacím, které jsem ji četla v úvodní části. Na tuto část jsem měla předem připravených osm karet větších rozměrů s obrázky telefonu různého typu, od těch nejmodernějších po ty nejstarší. Postupně jsem tyto karty klientům ukazovala, poté jsem je položila do středu kruhu tak, aby na ně všichni viděli. Následně jsem klienty vyzvala, aby se pokusili telefony seřadit dle vývoj od nejstaršího typu k nejnovějšímu. Poté co se klientům podařilo karty správně seřadit jsme se o daných telefonech blíže bavili. Povídali jsme si o tak jaký typ telefonu si pamatují například z dětství, zda vůbec měli doma telefon, jaký mají dnes, k čemu jim slouží atd. Při této práci jsem částečně pracovala se vzpomínkami klientů, tedy zapojení prvků z reminiscenční terapie. Této části jsem věnovala patnáct minut. Poté jsem už jen klientům poděkovala za účast a rozloučili jsme se.

#### **4.5.5 Ukázka aktivizace zaměřené na jemnou motoriku a grafomotoriku u seniorů s Parkinsonovou nemocí**

Při nácviku jemné motoriky a grafomotoriky klienti seděli u stolu. Důležité bylo neustále dbát na správné sezení dle individuálních možností klientů. Daná skupina jedinců byla velmi různorodá, klienti se nacházeli v různých stupních onemocnění, a tudíž se lišila také jejich úroveň schopností. Z tohoto důvodu bylo nutné přistupovat ke klientům individuálně a nějaké aktivity uzpůsobit jednotlivým klientům. Celý blok trval třičtvrtě hodiny. Níže zmíněné použité pracovní listy v příloze 13.

Před samotnými aktivitami na grafomotoriku jsem zařadila cviky na procvičení a prokrvení rukou a prstů. K tomu jsem využila cviky jako kroužení zápěstím, dotýkání se palce s ukazovákem, palce s prostředníkem a dále až k malíku. Dále jsme si položili dlaně na stůl a podle mých instrukcí měli klienti zvednout či poklepávat prsty například levý palec a pravý prsteník. Další vhodný cvik spočíval v tom, že jsme měli ruce sevřené v pěst a

následně jsme rozevřeli a napnuli všechny prsty. Tento cvik má dvě varianty, nejprve sevření v pěst, kdy je palec mimo a poté sevření s palcem uvnitř. Následný cvik zaměřený na ramena spočíval v tom, že jsme předpažili a celými pažemi jsme napodobovali křivku ležaté osmičky. Poté jsem klientům rozdala masážní míčky, kterými jsme si masírovali dlaně, celé paže, dále jsme míček tiskli v dlaních či přejížděli a kutáleli míčkem po stole, předávali jsme si jej z ruky do ruky a poté jsme se snažili jej nadhodit a opět chytit. Této přípravě před dalšími aktivitami jsem věnovala deset minut.

Poté jsem klientům rozdala volný papír a tužku. Osvědčilo se používání tlusté trojhranné obyčejné tužky či pastelky, neboť podporovali správný úchop a také se klientům lépe drželi. Před samotným použitím psacího náčiní jsme si ukázali správný úchop tužky a po celou dobu bloku jsem správný úchop u klientů kontrolovala. Úkolem klientů bylo na papír nakreslit ležatou osmičku a několikrát ji obtáhnout, čímž došlo k uvolnění zápěstí. Dále jsem jim předložila pracovní list, který cílil také na uvolnění zápěstí. Klienti zde měli obtáhnout vyznačené spirály ve správném směru. U tohoto pracovního listu si klienti nacvičovali také schopnost obtáhnout spirálu bez natočení papíru, schopnost udržet směr a tvar a zároveň rozvíjeli vizuomotoriku, jemnou motoriku a grafomotoriku. Úroveň a rychlost provedení se výrazně lišila, někdo zvládl všechny spirály, někdo půlku a někdo od každé varianty jednu spirálu. Jak jsem již zmínila, tak skupina byla tvořena klienty s různým stupněm a různými projevy nemoci, tudíž bylo nutné přistupovat ke všem individuálně a brát v potaz omezení, která z onemocnění vyplývají. Této části jsem věnovala patnáct minut.

V hlavní části jsem klientům opět rozdala pracovní list, který byl zaměřen na rozvoj jemné motoriky, myšlení, paměti, vnímání detailů a celku, orientace na ploše, koncentraci pozornosti a vizuomotoriku. Úkolem bylo spojit čísla od 1 do 42 tak, aby vznikl obrázek. Před zahájením práce jsem se klientů zeptala, zda má někdo odhad, co je to za obrázek, ale nikdo z přítomných to nepoznal. Pár jedinců obrázek nepoznalo ani po spojení čísel. Klienti pracovali převážně samostatně, jen někdo občas potřeboval pomoc, neboť nemohl najít požadované číslo nebo nevěděl, jak čísla spojit. Co se týče počtu čísel 1-42, tak se to ukázalo jako ideální počet, neboť jich nebylo ani mnoho, aby došlo k dezorientaci, ale ani ne málo, aby to klientům nepřišlo příliš jednoduché. Všichni klienti zvládli správně spojit všechna

čísla, jen se lišila kvalita provedených čar. Klienti, kteří byli rychlejší a měli čísla spojená dříve, tak si mohli obrázek vybarvit. Pro toto cvičení bylo vyhrazeno zbylých dvacet minut.

Po hlavní části jsme ještě provedli krátké cviky na uvolnění rukou a prstů. Tyto cviky spočívali v protahování, třepání a vyklepávání tak, aby klienty po práci nic nebolelo nebo neměli křeče v prstech. Na závěr jsem klientům poděkovala za účast a rozloučili jsme se.

## 4.6 Rozhovory s klienty

Tato část výzkumu se zaměřuje na klienty žijící v Domově pro seniory Háje. S vybranými klienty byl veden krátký rozhovor, který obsahoval pouze otevřené otázky. Otázky se zaměřovaly na aktivity, které v domově navštěvují, jak často a proč je navštěvují, zda jim vyhovují spíše skupinové či individuální aktivizační činnosti a zda jsou spokojeni s aktivitami a prací aktivizačních pracovníků. Poté jsem se dotazovala také na jejich zájmy a koníčky, kterým se věnují. Věkové rozmezí dotazovaných klientů bylo 83 až 101 let.

Na otázku „*Do jakých aktivit se v domově zapojujete*“ všichni respondenti uvedli alespoň jednu aktivitu, tudíž se všichni aktivně zapojují do nějaké formy aktivizace. Největší zastoupení měly pohybové a sportovní aktivity, poté filmový, literární či pěvecký klub, dále keramika či klub Albert Einstein. V rámci hojně zastoupených pohybových aktivit v podobě kondičního cvičení se jedná také o trénink paměti. Za velmi oblíbenou aktivitu klienti považují také relaxaci s psychologem.

Další otázkou jsem se snažila zjistit, zda klienti na dané aktivity dochází pravidelně. Všichni respondenti se shodli v tom, že se snaží docházet pravidelně. Tudíž si sami uvědomují důležitost pravidelné docházky. R5 v rozhovoru uvedl, že se snaží chodit pravidelně, neboť to pro něj představuje řád dne.

Další otázka směřovala k tomu, zda klienti preferují skupinovou nebo individuální formu aktivizace. Z odpovědí klientů vyšlo najevo, že téměř všichni preferují skupinovou aktivizaci či kombinují obě formy. Pouze jeden respondent a klientka v rozhovoru k případové studii uvedli, že využívají pouze individuální formu aktivizace. R3 uvedla, že navštěvuje skupinové aktivity, neboť se tam setká s dalšími klienty, pohovoří spolu a tím se dostane do správné nálady. R5 vidí výhodu skupinových aktivit v tom, že se může



od odstáních něco dozvědět, jako například objektivní kritiku na vytvořené dílo. Naopak R8 preferuje individuální formu, neboť kvůli zdravotnímu stavu nemůže skupinové aktivity navštěvovat.

Následně jsem se klientů ptala, zda si myslí, že jim navštěvované aktivity něco přináší nebo proč se jich účastní. R3 uvedla, že se na nich dozvídá nové informace, které nevěděla. Dále také zastává názor, že takto odborně a kvalitně připravené aktivity od aktivizačních pracovníků si jedinec nemůže nahradit sám. R4 uvedla, že nepocituje žádný přínos navštěvovaných aktivit a jako důvod účasti uvedla dobrý pocit z toho, že pro sebe něco dělá. Obdobnou odpověď jsem dostala také od klientky R8, která však ještě zdůraznila, že díky cvičení se učí správně sedět. Pro klienta R5 je účast na aktivitách v domově vyloženě nutností, jakožto prevence před nudou a celodenním ležením v posteli. Shodný názor zastává také R7, která dochází na aktivity, aby nebyla jen v pokoji. R6 jako důvod účasti uvedla nutnost přemýšlení a „namáhání mozku“, což je z jejího pohledu v tomto věku velmi důležité. V neposlední řadě R9 aktivity navštěvuje, jelikož se poté cítí uvolněně a spokojeně.

Při dotazu, jak jsou klienti spokojeni s aktivitami i s prací aktivizačních pracovníků, jsem se od všech respondentů dozvěděla, že jsem velmi spokojeni. Kladně hodnotí různorodost a množství nabízených aktivit. Několik respondentů však uvedlo, že se stává, že se více aktivit realizuje ve stejný čas. Jako například R6, která by toto ráda změnila, neboť by ráda chodila na více aktivit, ale jelikož se realizují ve stejný čas, tak si musí vždy vybrat jen jeden. Jen klientka R7 uvedla, že by byla ráda, kdyby se realizovalo více aktivit, neboť s aktuálním výběrem není spokojená.

Poslední otázka se zabývala záliby a koníčky, kterým se klient věnuje ve volném čase. Jako oblíbené aktivity se ukázali procházky, luštění, četba, výtvarná činnost či společenské hry. Dále v odpovědích převládali aktivity jako sledování televize či poslech hudby. Několik klientů navštěvuje také místní kavárnu. Od některých klientů jsem se také dozvěděla, že si sami mezi sebou organizují různé aktivity, například odpolední karetní hry či nedělní sportovní aktivity na sále.

## 4.7 Případová studie

Klientka žije v DS Háje, je částečně mobilní a v roce 2011 jí byla diagnostikována Parkinsonova nemoc.

### Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1936 v Českých Budějovicích. Narodila se do úplné rodiny. Sourozence neměla. Matka ji porodila v 33 letech, porod byl komplikovaný a matka při něm málem zemřela. Otec byl okresním lékařem a matka byla celý život v domácnosti. Nejprve žila s rodiči v Českém Krumlově, poté se přestěhovali do Milevska. V roce 1942 byl otec pracovníčně přeložen do Sušice a domů jezdil jen v neděli. Tudíž klientku vychovávala jen matka a žily v bytě na okresním úřadě.

Klientka absolvovala měšťanskou školu, po které pokračovala na gymnáziu, kde byla rok, než došlo k jejich uzavření. Poté nastoupila a dostudovala zdravotnickou školu. Po absolvování maturitní zkoušky nastoupila u obvodního lékaře jako zdravotní sestra. Při zaměstnání vykonala půlroční kurz léčebné tělesné výchovy v Kladrubech. Následně studovala dálkově Defektologii (dnes speciální pedagogika) na Pedagogické fakultě, konkrétně obor somatopedie, ze které vykonala státní závěrečnou zkoušku. Až do odchodu do starobního důchodu pracovala v oblasti rehabilitace. Pět let pracovala v nemocnici v Písku a poté v roce 1960 se přestěhovala do Prahy a byla zaměstnaná na Praze 1.

V roce 1961 se provdala za muže, vystudovaného technika, se kterým žila až do jeho smrti. Spolu měli jednoho syna a žili v rodinném domě v Černošicích. Do starobního důchodu klienta odešla v 56 letech. Jejímu manželovi byla diagnostikována Alzheimerova choroba, tudíž se o něj musela postarat. I přesto však klientka uvedla, že až do konce měli krásný život. Během života klientka neprodělala žádná závažná onemocnění. Prodělala dvě operace, a to hysterektomii a stomii.

Klientka trpí Parkinsonovou nemocí, která se u ní začala projevovat před 11 lety, tedy v roce 2011, když jí bylo 75 let. Ve stejném roce jí byla nemoc také diagnostikována, a to po několika měsících od prvotních příznaků. Prvním projevem byl tremor v pravé ruce. Jelikož se tremor vyskytoval stále častěji, navštívila obvodního lékaře, který jí poslal na neurologii a tam se nemoc potvrdila. Pravidelně užívá léky. Po smrti manžela a vzhledem

ke zhoršujícímu se zdravotnímu stavu se klientka s rodinou domluvila na jejím přesunu do Domova pro seniory Háje, kde žije již několik let. V současné době klientka trpí poruchou rovnováhy, v důsledku čehož často dochází k pádům, dále se vyskytují mimovolní pohyby a svalová ztuhlost. Podle jejích slov začíná mít potíže s pamětí, neboť si stále častěji nemůže na něco vzpomenout a dělá jí potíž také vybavení pojmu a slovní produkce.

### **Rodinná anamnéza**

Klientka se provdala v roce 1961 za svého muže, se kterým měla syna. Společně žili v rodinném domě v Černošicích, kde nyní žije klientky syn s rodinou. Všichni členové rodiny mezi sebou měli krásný a harmonický vztah. Manžel je již po smrti. Klientka má 3 vnoučata. Syn klientku v domově navštěvuje dvakrát týdně, vnoučata a snacha méně, ale snaží se pravidelně. Žádného sourozenci klientka nemá.

### **Sociální anamnéza**

Klientka byla velmi milá a komunikativní. Nikdy prý nebyla příliš společenská a neměla mnoho přátel. Když už se s někým přátelila, tak si více rozuměla s muži než se ženami. V domově sdílí pokoj s další klientkou, ale s nikým jiným v kontaktu není.

Klientka uvedla, že dříve ráda a často navštěvovala divadla a také ráda sportovala a věnovala se turistice. To v současné době již není možné vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Nyní mezi její záliby patří luštění a sledování televize. Občas si také přečte noviny či knihu.

Do domova se přestěhovala po smrti manžela, neboť také její zdravotní stav se zhoršil a ona již nebyla schopná se o sebe postarat. V domově žije již několik let. Během života v domově nikdy nenavštěvovala ani nyní nenavštěvuje žádné skupinové aktivity. Využívá však individuální formu aktivizace. Za pomoci aktivizačního pracovníka trénují chůzi po chodbě, a to pravidelně každý den několik minut. Když ji přijde navštívit rodina, tak trénuje chůzi také s nimi. Aktivizační pracovník s klientkou také individuálně cvičí, vedou rozhovory a občasně zapojí také cvičení na trénink paměti. Tyto další individuální aktivity nejsou realizovány tak pravidelně jako trénink chůze. Jinak se klientka na pokoji věnuje svým zálibám. Celkově je s chodem domova a přístupem aktivizačního pracovníka i dalšího personálu velmi spokojená.

## **Doporučení**

Jelikož je klientka razantně proti skupinovým aktivitách, je důležité, aby se jí aktivizační pracovník nadále věnoval individuálně. Kladně hodnotím pravidelnost v trénování chůze. Doporučila bych zavést pravidelnost také v dalších aktivitách, které s klientkou realizují a klientka je vítá. Dále bych doporučila zařadit také venkovní vycházky s klientkou například na invalidním vozíku, neboť se sama ven nedostane. Jelikož Parkinsonova nemoc má negativní vliv také na řeč a komunikaci, doporučila bych zaměřit se na nácvik správného dýchání a procvičování motoriky mluvidel a mimických obličejových svalů.

## **4.8 Závěry výzkumného šetření**

V rámci výzkumného šetření jsem sledovala odpovědi na výzkumné cíle a výzkumné otázky, které byly stanoveny na počátku výzkumu. Hlavním cílem bylo prozkoumat problematiku rozvoje kognitivních schopností seniorů v Domově pro seniory Háje. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývá konkrétními aktivitami, které je vhodné využívat k rozvoji kognitivních schopností. Z výzkumu vyplynulo, že v DS Háje jsou možnosti aktivizace velmi různorodé. Domov realizuje skupinové aktivizace zaměřené na pohyb a sport, manuální činnosti a ruční práce, kreativitu, hudební či výtvarné aktivity, praktické dovednosti, získávání nových informací, trénink paměti a důležitou roli zastupuje také relaxace. Klienti mají také možnost využívat individuální aktivizaci, při které se aktivizační pracovník zaměřuje na potřebné oblasti daného klienta, ať už chůzi, trénink paměti, ukotvení v čase a místě či procvičení jemné motoriky a grafomotoriky a další možné činnosti. Ukázalo se, že pod pojmem aktivizace není myšleno pouze rozvíjení kognitivních funkcí seniorů, ale je důležité se zaměřit také na další oblasti a působit komplexně, pro co nejlepší výsledek, na čemž se shodli oba respondenti R1 i R2. V rámci rozvoje kognitivních funkcí a při tréninku paměti je dle obou respondentů vhodné využívat například hádanky, kvízy, přesmyčky, kartičky s abecedou a následné vymýšlení slov na dané písmeno, dále počty a matematické operace, tvorba rýmů či doplňování známých dvojic. Možnosti pro rozvoj

kognitivních funkcí je opravdu mnoho a vždy záleží na jednotlivém klientovi či skupině klientů.

Druhá výzkumná otázka se zabývá pravidelností aktivizace čili jak často je vhodné zařazovat jednotlivé aktivity mezi denní činnosti seniora. Z výzkumu vyplynulo, že odpověď na tuto otázku je velice individuální. Vždy záleží na schopnostech a možnostech daného klienta. Ale obecně bychom mohli říci a shodli se na tom oba dotazovaní aktivizační pracovníci, že čím častěji je jedinec součástí jakékoli aktivizace, tím je aktivizace účelnější. A to alespoň jednou týdně. Za ideální případ však považují zařazení aktivizačních činností do každého jedince dne. S tím, že se může jednat pouze o několika minutovou aktivizaci, ale opravdu každý den. Z tohoto vyplývá, že pravidelnost aktivizačních činností je velmi důležitá a jedině pravidelné působení aktivizace na jedince přináší tížený efekt. Také dotazovaní klienti se shodovali, že pokud již danou aktivitu navštěvují, tak se snaží docházet pravidelně, pokud to je možné.

Třetí výzkumnou otázkou jsem se snažila získat odpověď na to, jak může sám senior rozvíjet své schopnosti v domově, tedy bez řízené činnosti či dohledu pracovníka domova. Odpověď na tuto otázku není zcela jednoznačná, neboť se odvíjí od schopností a zejména zájmů jednotlivých klientů. Dotazovaní aktivizační pracovníci se shodli, že klienti mohou vykonávat vše, co je baví. A to jak v budově domova, tak i mimo domov. Jakoukoli činností, tedy aktivní i pasivní, dochází k různé formě aktivizace. R1 uvedla několik možností, které mohou klienti domova využívat, jedná se například o klavír, knihovnu, společný skleník, dále mohou chodit na procházky či hrát společenské hry, luštit křížovky anebo vykonávat manuální kreativní činnost na pokoji. R2 tyto možnosti doplnil o sportovní náčiní a stroje, které mají klienti volně k dispozici, dále také mohou navštěvovat kavárnu, která se nachází přímo v domově anebo využít místní počítač. Při dotazování klientů na jejich zájmy a koníčky, kterým se věnují, se nejčastěji jedná o procházky, luštění, hraní karet, četba či návštěva již zmíněné kavárny. Z řad pasivních aktivit klienti uváděli také sledování televize či poslech hudby.

Čtvrtá výzkumná otázka se ptá na to, zda klienti v domově mají zájem o dané aktivity a zda je využívají. Na základě výzkumu se ukázalo, že téměř všichni klienti využívají nějakou formu aktivizace, ať skupinovou či individuální. Oba dotazovaní aktivizační

pracovníci uvedli, že na jejich oddělení se do aktivizace zapojují všichni klienti. Někteří využívají skupinovou aktivizaci, někdo pouze individuální a u někoho se kombinují obě formy. R2 uvedl, že na jeho oddělení je zhruba polovina klientů, kteří využívají skupinovou formu aktivizace a polovina individuální, neboť by skupinovou práci z nejrůznějších důvodů nezvládli nebo se straní větší společnosti. Z dotazovaných klientů všichni uvedli, že navštěvují nějaké aktivity. Většina dotazovaných preferovala skupinovou formu aktivizace či kombinaci skupinové a individuální. Pouze jeden respondent a klientka v rozhovoru k případové studii uvedli, že využívají pouze individuální aktivizaci. V odpovědích dominovali pohybové a sportovní aktivity, relaxace s psychologem, filmový či literární klub, keramika či klub Albert Einstein a trénink paměti, který je v rámci skupinové aktivizace společně s kondičním cvičením.

Dále byl stanoven dílčí cíl výzkumu, který směřoval k poukázání na možné rozdíly v rozvoji intaktních seniorů a seniorů s Parkinsonovou nemocí. V souladu s tímto cílem byly stanoveny dvě výzkumné otázky. V pořadí pátá výzkumná otázka se zabývala existencí možnými rozdíly v realizovaných činnostech či využívaných pomůckách při aktivizaci intaktních seniorů a seniorů s Parkinsonovou nemocí. Z výzkumu vyplynulo, že drobné rozdíly existují. Jedná se jak o rozdíly v přístupu ke klientovi, tak v cílových oblastech aktivizace a částečně také ve využívaných pomůckách. R1 uvedla, že jsou tito klienti více urputní a když o něco stojí, tak to potřebují ihned. Zároveň vlivem onemocnění dochází k omezenému pohybu a vše jim trvá déle. Tudíž je potřeba projevit trpělivost, nespěchat na klienty a neustále je motivovat, nejen k pohybu, ale celkově do všech aktivit. Ukázalo se, že rozdíly v aktivizačních činnostech jako takových nejsou, ale pokud je potřeba, je důležité modifikovat jednotlivé aktivity individuálně pro daného klienta. Co se týče využívaných materiálů R1 uvedla, že je potřeba upravovat velikost a materiály připravovat na větší formách. Jelikož s nemocí souvisí také narušení jemné motoriky, manipulace s malými předměty či malým formátem, je po klienty náročná až nemožná.

Poslední, tedy šestá výzkumná otázka se ptá na to, zda jsou oblasti, na které se při aktivizaci seniorů s Parkinsonovou nemocí zaměřuje více. Ukázalo se, že i přesto, že se aktivizací snaží působit na celou osobnost klienta, existují rozdíly v jednotlivých oblastech. Primárně se zaměřují na pohyb, trénink chůze či kondiční cvičení, kterému při skupinové

aktivizaci věnují nejvíce času. Z výše popsané ukázkové hodiny je taktéž patrné, že je pozornost záměrně věnována také motorice mluvidel a procvičení mimických svalů, což u intaktních seniorů není potřeba. Do každé skupinové aktivizace jsou zařazeny také cviky na paměť a další kognitivní funkce, ale v porovnání s fyzickým tréninkem, v mnohem menší míře.

## ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem „Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku“ se zabývala především problematikou aktivizace seniorů. Čili tím, jaké existují metody a druhy aktivit pomocí, kterých lze posilovat či uchovávat a udržovat kognitivní funkce u seniorů. Cílem práce bylo zmapovat problematiku rozvoje kognitivních funkcí u seniorů ve vybraném zařízení, tedy v Domově pro seniory Háje. Jelikož v daném zařízení poskytují služby také seniorům s Parkinsonovou nemocí, byl stanoven dílčí cíl práce, a to poukázat na rozdíly v činnostech či rozvoji u intaktních seniorů a seniorů s Parkinsonovou nemocí. Ačkoli je v názvu práce uveden rozvoj kognitivních funkcí, nelze opomíjet ani ostatní složky osobnosti jako například pohyb a motoriku, neboť jsou jednotlivé složky vzájemně provázány a ovlivňují se navzájem. Tudíž je důležité komplexní působení a aktivizace jedince jako celku, pro co možná nejefektivnější výsledek.

Počáteční kapitola se zabývala vymezením vývojové etapy stáří a její periodizací, definováním významných pojmů pro toto období a popisem změn, které se ve stáří vyskytují, a to jak změny psychologické, tělesné, tak i sociální. Dále byly uvedeny strategie, pomocí kterých se senior se zmíněnými změnami a celkově s novou životní fází vyrovnává. Pozornost byla věnována také demografickému vývoji, tedy zastoupením seniorů v populaci v ČR. Druhá kapitola byla věnována kognitivním funkcím, tedy jejich charakteristice, popisem a zdůrazněním jejich důležitosti v životě jedince. Poté byli popsány nejčastější poruchy kognitivních funkcí, které se mohou u seniorů rozvíjet, tedy demence, Alzheimerova choroba či Parkinsonova nemoc. V těchto podkapitolách byla pozornost věnována popisu daných poruch, uvedením možných příčin vzniku, charakteristice jednotlivých fází vývoje poruchy a také vhodnými způsoby terapie. Třetí kapitola se orientuje již na konkrétní možnosti aktivizace seniorů. Přičemž byly uvedeny ty nejčastěji využívané aktivity a terapie, jako například kognitivní trénink a trénink paměti, reminiscenční terapie, pohybovou a taneční terapii či stále populárnější univerzity třetího věku.

Důležitost aktivizace osob v seniorském věku byla doložena také v empirické části diplomové práce. Před samotným začátkem výzkumného šetření bylo položeno šest výzkumných otázek. Prostřednictvím zvolených výzkumných metod, jako bylo zúčastněné



pozorování, řízený rozhovor a případová studie, se podařilo na všech šest otázek naleznout odpověď (viz. kapitola 4.8). Pozornost byla věnována Domovu pro seniory Háje, kde výzkumné šetření probíhalo, a všem realizovaným aktivizačním činnostem, které klientům nabízí, poté také aktivizačním pracovníkům, kteří dané aktivity a programy zajišťují, a v neposlední řadě také jednotlivým klientům, kteří měli pro tuto práci nepostradatelný význam. Dále byla pozornost věnována aktivitám, které domov pro seniory realizuje, ale také aktivitám, které klienti vykonávají samostatně bez dohledu aktivizačního pracovníka, čímž mohou také pozitivně ovlivňovat své schopnosti. Na základě výzkumného šetření byly sestaveny a uvedeny praktické ukázky z aktivizačních hodin, které byly realizovány v domově pod vedením autorky práce.

Tato diplomová práce dokládá důležitost aktivizace seniorů a vhodnost zařazení aktivizačních činností mezi každodenní činnosti jedince. Prostřednictvím této práce se mohou zájemci o danou problematiku dozvědět potřebné informace a lépe se v ní orientovat. Díky popsáním aktivizačním činnostem a doloženým praktickým ukázkám z aktivizačních hodin, se mohou zájemci inspirovat také po praktické stránce. Dále mohou zjištěné informace sloužit jako zpěvná vazba pro zařízení, ve kterém bylo výzkumné šetření realizováno.

## SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

### Seznam literatury

- BÍLKOVÁ, J., 2016. *Kognitivní trénink pro třetí věk: 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0067-5.
- BLATNÝ, M., (ed.), 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČERNÁ, M., a kol., 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DASH, P., VILLEMARETTE-PITTMAN, N., 2005. *Alzheimer's disease*. New York: Demos Medical Pub. ISBN 1-932603-12-3.
- DOSTÁLOVÁ, R., 2018. *Vztah pohybové aktivity a kognitivních funkcí u seniorů*. Praha, 124s. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variability*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2480-5.
- FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.
- HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4675-3.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

- HOLMEROVÁ, I., a kol., 2014. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- JIRÁK, R., a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0548-6.
- Když se paměť vytrácí... život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Přeložil Emílie HARANTOVÁ, Pavel DANKO. 2014. Praha: Tarsago Česká republika. ISBN 978-80-7406-248-3.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5580-9.
- KOUKOLÍK, F., 2011. *Lidský mozek*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4.
- KOZÁKOVÁ, R., 2020. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2896-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- McDOWELL, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0195165678.
- MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pečující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 80-7013-436-4.
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., a kol., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PEJŠOVÁ, M., 2015. *Podpora kognitivního rozvoje klientů v rámci Střediska sociálních služeb v okresním městě*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA, E., a kol. 2009. *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.

ŘÍČAN, P., 2009. *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-560-8.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.

STAUB, G., 2007. *Cvičení paměti pro soukromý život i povolání*. 1. vyd. Brno: Computer press. ISBN 978-80-251-1539-8.

SUCHÁ, J., 2008. *Trénink paměti pro každý věk*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-438-0.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

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

### **Seznam odborných časopisů**

BACHUROVÁ, H., 2005. Parkinsonova nemoc a s ní spojená porucha komunikace a řeči. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 15(3), 194-199s. ISSN 1211-2720.

HOŠKOVÁ, K., 2012. Kognitivní aktivizace seniorů. *Florence*. č.2, 5-6s. ISSN 1801-464X.

MASOPUST, J., VALIŠ, M., URBAN, A., KALNICKÁ, D., 2016. Psychické příznaky u Parkinsonovy nemoci. *Parkinson*. Praha: Společnost Parkinson, z.s., č.49, 8-19s. ISSN 1212-0189.

MŮHLPACHR, P., 2001. Syndrom demence z pohledu speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, 11(5), 297-304s. ISSN 1211-2720.

NOVÁKOVÁ, D., LORENZOVÁ, J., 2020. Motivation of seniors to learn at the Universities of the Third Age. *Sociální pedagogika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 8(2), 71-83s. ISSN 1805-8825.

OYEDEJI, L., 1992. Education for the Elderly Coping with Learning in Adult Years. *International Review of Education*. 38(4), ISSN 363-373.

VALIŠ, M., 2019. Parkinsonova nemoc. *Parkinson*. Praha: Společnost Parkinson, z.s., č.57, 8-15s. ISSN 1212-0189.

### **Seznam elektronických zdrojů**

BRUNO, D., SCHURMANN VIGNAGA, S. *Addenbrooke's cognitive examination III in the diagnosis of dementia* [online]. © 2019 [cit. 2021-11-6]. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=48068>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Jedná se o Alzheimerovskou chorobu? Deset příznaků, které by Vás měly varovat* [online]. © 2015 [cit. 2021-11-7]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v ČR v datech – 2020* [online]. © 2021 [cit. 2021-09-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2020>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři* [online]. [cit. 2021-09-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Veřejná databáze* [online]. [cit. 2021-09-23]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=profil-uzemi&uzemiprofil=31548&u=\\_\\_VUZEMI\\_\\_97\\_\\_19](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=profil-uzemi&uzemiprofil=31548&u=__VUZEMI__97__19)

DOMOV PRO SENIORY HÁJE. *O domově* [online]. [cit. 2022-1-10]. Dostupné z: <http://www.dshaje.cz/>

DURKÁČOVÁ, K. Mentem trénuj svůj mozek. *Exekutivní funkce* [online]. © 2015 [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/exekutivni-funkce/>

HOŠKOVÁ, K. *Kognitivní trénink* [online]. [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: <https://www.ftn.cz/kognitivni-trenink-668/>

JAKUBEKOVÁ, I. Mentem trénuj svůj mozek. *Pozornost* [online]. © 2014 [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/pozornost>

KONRÁD, J. *Demence není jen porucha paměti* [online]. © 2021 [cit. 2021-11-5]. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/demence-neni-jen-porucha-pameti>

KONRÁD, J. *Kognitivní poruchy ve stáří* [online]. © 2005 [cit. 2021-11-1]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/05/04.pdf>

MKN-10 2022, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. *F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických* [online]. [cit. 2022-1-15]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>

NATIONAL INSTITUTE ON AGING. *Parkinson's Disease* [online]. © 2017 [cit. 2021-11-8]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/parkinsons-disease>

UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH. *Parkinson-Plus Syndromes* [online]. © 2020 [cit. 2021-11-8]. Dostupné z: <https://www.uofmhealth.org/health-library/ty7243>

WILLACY, H. *Mini Mental State Examination* [online]. © 2017 [cit. 2021-11-5]. Dostupné z: <https://patient.info/doctor/mini-mental-state-examination-mmse#:~:text=The%20mini%20mental%20state%20examination%20%28MMSE%29%20is%20a,with%20suspected%20dementia%20or%20following%20a%20head%20injury.>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Informovaný souhlas s vykonáváním výzkumného šetření

Příloha 2 – Informovaný souhlas s uveřejněním rozhovoru

Příloha 3 – Přepis rozhovoru s aktivizačním pracovníkem

Příloha 4 – Přepis rozhovoru s aktivizačním pracovníkem

Příloha 5 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 6 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 7 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 8 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 9 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 10 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 11 – Přepis rozhovoru s klientem

Příloha 12 – Sada úkolů z ukázkové hodiny Klubu Albert Einstein

Příloha 13 – Pracovní listy z ukázkové hodiny aktivizace zaměřené na jemnou motoriku a grafomotoriku u seniorů s Parkinsonovou nemocí

## **Příloha 1 – Informovaný souhlas s vykonáváním výzkumného šetření**

### **Informovaný souhlas s vykonáním výzkumného šetření**

Vážená paní ředitelko,

žádám Vás o souhlas pro vykonání výzkumného šetření v rámci diplomové práce. Název práce je „*Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku*“. Cílem této práce je sledovat a popsat jakými možnostmi a aktivitami lze rozvíjet kognitivní funkce u seniorů. Výzkumné šetření probíhá v rámci navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika na Univerzitě Karlově v Praze.

Výzkumné šetření bude probíhat v Domově pro seniory Háje. Šetření bude realizováno v rámci zúčastněného pozorování seniorů během řízené aktivizační činnosti, rozhovorem s aktivizačním pracovníkem i zúčastněnými klienty a sestavením dvou případových studií vybraných klientů. Získaná data budou průběžně zaznamenávána a posléze zpracována v diplomové práci. Důraz je kladen na anonymitu, tudíž se nikde neobjeví žádné identifikační údaje.

Svým podpisem souhlasíte s výše uvedenými informacemi a uvedením názvu domova pro seniory v diplomové práci.

Podpis studentky

Podpis ředitelky DS Háje



## **Příloha 2 – Informovaný souhlas s uveřejněním rozhovoru**

### **Informovaný souhlas s uveřejněním rozhovoru v diplomové práci**

Byl/a jste požádán/a o poskytnutí rozhovoru za účelem získání dat k diplomové práci na téma „*Možnosti rozvoje kognitivních funkcí u osob v seniorském věku*“. Cílem této práce je sledovat a popsat jakými možnostmi a aktivitami lze rozvíjet kognitivní funkce seniorů. Výzkumné šetření probíhá v rámci navazujícího magisterského studia oboru Speciální pedagogika na Univerzitě Karlově v Praze.

Vaše spolupráce je dobrovolná a spočívá v poskytnutí rozhovoru. Důraz je kladen na anonymitu, tudíž se v zápisech rozhovorů nebudou objevovat žádné identifikační údaje. Není Vaší povinností odpovídat na všechny otázky a máte právo kdykoli od rozhovoru odstoupit.

Tímto Vás žádám o poskytnutí souhlasu k uveřejnění rozhovoru v diplomové práci. Svým podpisem souhlasíte s výše uvedenými informacemi.

Podpis studentky

Podpis respondenta

### **Příloha 3 – Přepis rozhovoru s aktivizačním pracovníkem (R1)**

Mohla byste se na úvod krátce představit, jaké je vaše vzdělání, jak dlouho se věnujete práci zaměřené na seniory, jak dlouho pracujete v DS Háje apod.

*„Jsem vystudovaná ergoterapeutka. Po gymnázium jsem studovala na Západočeské univerzitě v Plzni na fakultě zdravotnických studií, přímo obor Ergoterapie. Zde jsem získala bakalářský titul, kdy jsem státnicovala v roce 2020. V říjnu 2020 jsem nastoupila do DS Háje jako ergoterapeut a zároveň jsem také aktivizační pracovník na jednom patře. Myslím si, že kdybych neměla vystudovaný ten obor, který mám, tak bych aktivizačního pracovníka nemohla dělat tak jak dělám. I skrz to, že působím u osob s PN, kteří vyžadují specifický přístup“.*

Vidíte tedy jako výhodu to, že máte jiný pohled na péči a rozvoj seniorů, a to také z toho ergoterapeutického pohledu?

*„Ano, určitě to vnímám jako velkou výhodu. Upřímně si nedokážu představit, že bych měla dělat AP a měla bych jen nějaký kurz v sociálních službách. I když kvalita práce AP se samozřejmě odráží také od osobnosti, zkušenostech, jeho postoji k problematice, samostudiu a dalším vzděláváním. Mohu říci, že dodnes hodně čerpám ze školy, samozřejmě také od kolegů“.*

Mohla byste popsat, co vše spadá do náplně práce aktivizačního pracovníka?

*„V první řadě to je aktivizace klientů. Staráme se o to, aby nebyli pouze pasivní a neleželi na posteli ve svém pokoji. Staráme se o jejich program a snažíme se dosáhnout zlepšení jejich života tady v domově. Pro důstojné stárnutí a zachování kvality života je aktivizace velmi potřebná. Snažíme se klientům nabídnout takový program, aby to nebylo pouze o zábavě, ale abychom také rozvíjeli, případně zachovali jejich schopnosti, dovednosti, a to jak v ohledu fyzickém, tedy cvičení, trénink chůze apod., tak také kognitivních schopností například trénink paměti. Určitým způsobem se také zaměřujeme na jejich psychické zdraví a psychickou podporu. Dále se snažíme rozvíjet jejich sociální kontakty, prostřednictvím skupinových aktivit zprostředkováváme vzájemné kontakty klientů, aby se socializovali a nadále začleňovali do společnosti. Realizujeme aktivizační kluby pro celý domov, kdy se může kdokoli zúčastnit, dále také aktivizační činnosti na*

*jednotlivých patrech a samozřejmě individuální aktivizace. Dále se snažíme klientům napomáhat v tom, v čem potřebují například doprovodit do obchodu. Součástí práce je také spolupráce s rodinou. A u nás v domově to funguje tak, že každý AP má na starost jedno patro, s tím, že je zde sedm pater“.*

Jaké aktivizační činnosti realizujete v DS Vy a jak často?

*„Co se týče aktivizace, tak se věnuji skupinovým aktivitám, kde hodně cvičíme motoriku a trénujeme kognitivní funkce. Jsou realizované dvakrát týdně vždy v dopoledních hodinách. Dále pomáhám s filmovým klubem. Tím, že jsem také ergoterapeut, tak mám hodně individuálních aktivizací, při kterých opět cvičíme, trénujeme chůzi, trénink jemné motoriky, trénink kognitivních funkcí. Tyto individuální aktivity se snažím realizovat pravidelně alespoň jednou týdně, ale čím více, tím lépe, i třeba po čtvrt / půl hodině. Ovšem vždy podle individuálních možností a potřeb každého klienta“.*

Jak vypadá taková hodina skupinové aktivizace s klienty s Parkinsonovou nemocí?

*„Skupinová aktivizace trvá vždy šedesát minut s tím, že ale mohou klienti z jakýchkoli důvodů kdykoli odejít. My máme takový rámeček, jak by, tak nějak měla hodina vypadat, co by tam mělo být a podle toho se na hodinu připravujeme. Na úvod je zařazována orientace v čase, místě, ve světě a aktuálních událostí či denní zajímavosti. Největší význam přikládám kondičnímu cvičení, takže fyzickému tréninku. Ale pokaždé zařazují také něco z kognice, orientace v místě, čase, ve světě a samozřejmě se věnujeme také paměti. Na závěr klienty zvou na další odpolední aktivity, slavnosti apod.“.*

Kolik klientů máte na oddělení a kolik se jich zapojuje do aktivizačních činností, programů?

*„Na oddělení mám 20 klientů a všichni mají diagnózu Parkinsonovu nemoc. Mohu říci, že nějakým způsobem se do aktivizace zapojují úplně všichni klienti. Jsou zde klienti, kteří preferují skupinové aktivity, a naopak jsou také klienti, kteří trvají pouze na individuálních činnostech a většího počtu lidí se straní. Někoho je potřeba více motivovat a pobouzet do činností, ne však nutit, a někdo se účastní rád sám od sebe. Je to velmi individuální a vždy je potřeba vycházet z konkrétního jedince“.*

Je práce s jedinci s Parkinsonovou nemocí v něčem specifická, jiná než u intaktních seniorů?

*„Určitě ano. Lidé s PN jsou specifičtí klienti. Nemění se pouze jejich fyzické schopnosti, ale mohou u nich být také kognitivní změny a osobnostní změny. Takže z tohoto hlediska je péče někdy náročnější, třeba v tom, že tito lidé bývají více urputní a mnohdy vyžadují péči ihned. Náročnější to je také v tom, že je potřeba více trpělivosti. Parkinson je o chudosti pohybu, vše jde pomaleji. Co se týče psychické stránky, tak člověk ví, že se jeho stav bude zhoršovat a ve chvíli, kdy se zhoršení projeví, tak to má vliv na psychiku jedince a z naší strany je důležité projevit trpělivost, empatii a motivovat“.*

Sama jste říkala, že jde v nějaké míře o rozvoj, ale zejména o zachování stávajících schopností jedince po co nejdelší možnou dobu. Ale zajímalo by mě, zda i přesto při práci se seniorem postupujete podle předem stanoveného plánu nebo zda máte vytyčené cíle, ke kterých se snažíte dosáhnout?

*„Když jedinec přijde do domova, tak díky multidisciplinární spolupráci od sociálních pracovníků víme, zda je jedinec mobilní apod. Nejprve se klienta ujmou sociální pracovníci, poté přímá péče, tedy pečovatelky a zdravotní personál a poté se s klientem seznamujeme my, aktivizační pracovníci a informujeme klienta o možných způsobech aktivizace. Já se vždy klienta ptám na jeho fyzické schopnosti, psychické schopnosti, mnohdy to jde dobře odpozorovat, dále se zajímám o jeho zájmy, koníčky a hledáme pro něj nejlepší způsoby aktivizace. Já jako ergoterapeut mnohdy provádím různé vstupní ergoterapeutické vyšetření, tedy testy kognitivních schopností či soběstačnosti. U každého klienta musí mít aktivizace stanovený plán péče, cíle a zaměření na čem pracovat apod. Tento plán vždy vychází z možností, schopností a přání klienta“.*

Jsou oblasti, na které se při aktivizaci jedinců s Parkinsonovou nemocí zaměřujete více, méně nebo se snažíte působit komplexně na celou osobnost a všechny oblasti jedince?

*„Snažím se působit komplexně, ale zejména u osob s PN je velmi důležitý pohyb, kterému se více věnujeme. Tím mám namysli například kondiční cvičení nebo trénink chůze, ale také v určité míře jemnou motoriku. Z tohoto důvodu také při aktivizační skupině věnuji*

největší pozornost právě kondičnímu cvičení, které zabírá více než polovinu času z těch šedesáti minut“.

Využíváte při aktivizačních činnostech nějaké pomůcky, hry, kvízy či jiné materiály, případně, kde se inspirujete?

*„Ano, při každé aktivizaci jsou využívány nějaké pomůcky podle zaměřené daného bloku. Co se týče materiálů k nějakým zajímavostem či událostem, tak čerpám informace z internetu. Na trénink kognitivních funkcí existuje nespočetné množství pomůcek od obrázků po kartičky, takže obrazové či písemné materiály, cedulky, barevné kartičky abecedy, pexesa a další hry. Při kondičním cvičení využívám ježkové (masážní) míčky, overball, činky, therabandy a zařazuji také hry jako například hod na cíl či kuželky“.*

Liší se nějak tyto pomůcky nebo jejich provedení od pomůcek, které se využívají u intaktních seniorů?

*„Řekla bych, že pomůcky jako takové se nijak neliší. Jediné, co je potřeba upravovat, tak je velikost materiálu nebo kartiček, neboť práce s malým formátem je pro ně velmi náročná. Připravuji tedy materiály větších rozměrů. Dále jim nedávám drobné předměty, neboť manipulace s nimi, je pro klienty s PN náročná až nemožná. Spíše uzpůsobuji konkrétní cvičení, aby bylo více rozvíjející pro Parkinsoniky. Například pokud má klient problém s mluvou, tak po něm nevyžaduji dlouhá souvětí. Cílem je, aby klient danou aktivitu zvládl, tudíž mu poskytnu více času nebo mu pomůžu“.*

V rámci dopoledních aktivizačních činností se zde preferuje skupinová forma. V čem Vy osobně vidíte její výhody či nevýhody?

*„Individuální aktivizace je lepší v tom, že se zaměřuji na specifické potřeby daného klienta, přesně vím, jaký má klient problém, jaké jsou jeho schopnosti a podle toho s ním pracuji. To je velká výhoda individuální aktivizace a nevýhoda skupinové. Ve skupině mám klienty různých schopností a já musím udělat nějakou střední cestu, aby to zvládli všichni. Další nevýhoda, ale zároveň i výhoda je v počtu zúčastněných klientů. Pokud se jich sejde hodně, tak se nemůžu plně věnovat všem, což souvisí také s místem, kam se poté jen těžce vejdem. Ale na druhou stranu se tam všichni sejdou, seznamují se a poznávají, mohou si popovídat a je to pro ně příjemně strávený čas. Výhody skupiny jsou vzájemná motivace*

*klientů, navazování sociálních kontaktů, vzájemná komunikace a to, že klienti vidí, že na tom nejsou tak špatně, jak si myslí, což působí pozitivně na jejich psychiku. Obě formy mají své pro a proti, proto si myslím, že je vhodné začleňovat obojí“.*

Máte při těchto skupinových aktivitách stanovený maximální počet účastníků tak, aby byla činnost efektivní pro všechny zúčastněné nebo se mohou zapojit všichni klienti, kteří chtějí?

*„Maximální počet stanovený nemám. Zúčastnit se mohou všichni, samozřejmě jsou aktivity, u kterých je lepší menší počet, ale účast nikomu nezakazují“.*

Jakým způsob může sám senior ovlivňovat své schopnosti, bez řízené činnosti či dohledu pracovníka DS?

*„Vlastně vším, co ho baví. Klienti domova mohou vyžívat místní klavír, knihovnu a také skleník, kde mohou něco vypěstovat. Dále mohou chodit ven na procházky nebo sami si zorganizovat nějakou společnou činnost například hrát karty. Vhodným způsobem jsou například také křížovky a různé luštění či manuální kreativní činnost. Záleží na zájmech a schopnostech jedinců“.*

Jak důležitá je při práci se seniory jejich motivace? Popřípadě jakým způsobem klienty motivujete k aktivizačním činnostem?

*„Motivace je velmi důležitá. Jsou klienti, kteří se sami zajímají a mají chuť se účastnit aktivizace. Ale jsou také klienti, kteří se bojí, nejsou si jistí sami sebou a svými schopnostmi a tam je velmi důležité je motivovat a ujistit, že jim se vším pomohu a pokud budou chtít, tak že mohou kdykoli odejít. My vždy jen motivujeme, nabízíme, ale nikoho nenutíme. Na začátku je důležité klienta seznámit s realizovaným programem, danými aktivitami, představit mu, jak aktivity probíhají a poté motivují, aby to přišli zkusit. Žádné aktivity nejsou závazné, ale jsou dobrovolné a před každou činností obcházím jednotlivé klienty a zvu je, aby se jich účastnili. Jako vhodný způsob motivace se ukazuje vysvětlení jedinci, v čem je pro něj aktivita přínosná, co by tím mohl získat apod.“.*

#### **Příloha 4 – Přepis rozhovoru s aktivizačním pracovníkem (R2)**

Mohl byste se na úvod krátce představit – jaké je vaše vzdělání, jak dlouho se věnujete práci zaměřené na rozvoj seniorů, jak dlouho pracujete v DS Háje apod.?

*„Tak studoval jsem Evangelickou akademii, vyšší odborná škola. Skončil jsem titulem diplomovaný specialista. V rámci studia jsem zde absolvoval praxi a nabídli mi práci, takže tady pracuji pátým rokem v aktivizačním oddělení“.*

Mohl byste popsat, co vše spadá do náplně práce aktivizačního pracovníka?

*„Ze začátku to je o seznámení se s klienty, obeznámení klientů s nabídkou realizovaných aktivit, které mohou navštěvovat. Také seznámení s časovým harmonogramem. Poté samozřejmě samotná realizace, popřípadě příprava aktivity. A to buď individuální nebo skupinové. Skupinové aktivity bývají realizované pro jednotlivá oddělení zvlášť nebo pro všechny klienty domova. Dále také pomáháme klientům s přesunem na aktivity, kterých se chce účastnit“.*

Jaké aktivizační činnosti realizujete v DS Vy a jak často?

*„V rámci aktivních aktivit realizuji s kolegyní sportovní klub, který je v úterý a pátek. Poté za příznivého počasí organizuje procházky v přírodě. A jednou za měsíc mám na starost Cirkus Senior, kdy k nám přichází externí pracovník. Dále pasivní aktivity jako například příprava prezentací v rámci cestovatelského klubu či hudebního klubu. A poté každý pátek vedu skupinovou aktivizaci na mém oddělení“.*

Postupujete při práci s klienty podle nějakého předem stanoveného plánu nebo máte nějaké vytyčené cíle, ke kterým směřujete?

*„Ano, takový plán se sestavuje u každého klienta. Větší část je zaměřena na pečovatelky, které ho vypracovávají. My jako aktivizační pracovníci se v něm soustředíme na pohyblivost, na orientaci a jeho možnosti plánování samostatných aktivit. Poté se s klientem seznámíme, představíme mu aktivity a je to na bázi dobrovolnosti. Vždy klientům říkáme, že mají možnost navštívit aktivity v průběhu týdne, do ničeho nikoho nenutím“.*

S jakou skupinou klientů pracujete na Vašem oddělení? Účastní se všichni klienti z tohoto oddělení nějakých aktivizačních činností?

*„Na mém oddělení je 40 klient. Jsou zde klienti, kteří jsou schopní docházet na společné aktivity a pak tam jsou klienti kteří to z nějakého důvodu nezvládnou. Jsou například upoutaní na lůžko nebo by nezvládli zadání při tréninku paměti a při kondičním cvičení. Je to zhruba půl na půl. Za klienty, kteří se skupinových aktivit účastní, chodím jen abych je na aktivity pozval, aby byli orientovaní a případně jim pomáhám s přesunem. Za klienty, kteří se jich neúčastní, tak jdu za nimi na pokoj a individuálně s nimi pracuji. Dále mám na oddělení tři klienty, kteří nejsou schopni se zapojit do žádné aktivity. Tam je to vyloženě na bázi bazální stimulace, na chvíli se s nimi snažím udržet oční kontakt, říkám jim různé informace o daném dni nebo počasí, prostě aby chvílku poslouchali a někdo tam s nimi byl“.*

Pokud se tedy klienti chtějí účastnit aktivizačních činností, preferují spíše skupinové nebo individuální aktivity?

*„Na mém oddělení více preferují skupinové aktivity. Individuální aktivity spíše nevyžadují. Ale všichni vědí, že kdyby cokoli potřebovali, tak stačí říct a hned za nimi přijdu“.*

Mohl byste popsat, jak vypadá taková hodina skupinové aktivizace?

*„My máme metodiku, jak dělat skupinovou aktivizaci. Začíná pozdravením se a poptáním se, jak se kdo má, jak se cítí apod. Pokračujeme aktualitami dne a představením denního plánu. Poté je kondiční cvičení a nenáročné hry například hod na cíl. Následuje kognitivní část, kdy máme nějaké otázky, hádanky, přesmyčky a mnoho dalšího. Ke konci máme protažení a masáž terapeutickými míčky s bodlinami. Na závěr klientům řeknu, co bude k obědu a rozloučíme se“.*

Jsou oblasti, na které se při aktivizaci jedinců zaměřujete více, méně nebo se snažíte působit komplexně na celou osobnost a všechny oblasti jedince?

*„Snažím se působit komplexně. Samozřejmě lepší je pohybové cvičení v tom, že vidí, jaký cvik předvádím a oni ho jen napodobují. Horší to je u tréninku paměti a vytvoření jednotné úrovně daného cvičení, tedy aby to pro někoho nebylo příliš složité a někoho naopak jednoduché“.*



Využíváte při aktivizačních činnostech nějaké pomůcky, hry, kvízy či jiné (edukační) materiály, případně jaké a kde se inspirujete?

*„Využíváme různé pomůcky na sportovní hry, jak jsem již zmínil hod na cíl, takže terč, dřevěné kolíky a gumové kroužky. Dále používám šátky na jemnou motoriku. Čas od času cvičíme s činkami, overbally. Při tréninku paměti využívám výstřižky cvičení paměti, buď doplnění přísloví, přesmyčky, kartičky s abecedou, kdy poté na dané písmeno vymýšlíme jména, města atd. Při práci také využívám tablet, na kterém klientům pouštím písničky a oni se je snaží poznat. Často využívaný materiál jsou také různé obrázky například známých osobností nebo významných událostí. Inspiruji se na internetu nebo z různých publikací, které se zaměřují na rozvoj seniorů“.*

Když se Vám sejde skupina klientů, kteří jsou na různé úrovni schopností, upravujete jednotlivé aktivity, tak aby je mohli splnit všichni?

*„Když vidím, že klient zadaný cvik nechápe nebo neví, jak jej provést, tak mu to jdu znovu ukázat a pomůžu mu, když se jedná o pohybové cvičení. V případě kognitivního tréninku se snažím dopomoci klientům, kteří se snaží a chtějí odpovědět správně, ale v tu chvíli neví nebo si nemůže vzpomenout, tak mu dávám nápovědy. Ale pokud je to klient, který neví, cítí se nekomfortně vůči skupině a stydí se za to, tak jej vynechám, ať je ve skupině, ale necítí tento diskomfort“.*

V rámci aktivizačních činností se zde preferuje skupinová forma. V čem vidíte její výhody či nevýhody?

*„Výhoda skupinové práce je samotná skupina to, že se klienti vidí, jsou v kontaktu mezi sebou a vytvářejí si přátelství. Nevýhoda je v různorodosti klientů a jejich schopností. Někdo má zrakový či sluchový defekt, a to poté stěžuje celkovou práci se skupinou“.*

Máte při těchto skupinových aktivitách stanovený maximální počet účastníků, tak aby byla činnost efektivní pro všechny klienty nebo se mohou zapojit všichni klienti, kteří chtějí?

*„Maximální počet účastníků nemám. Většinou se každý týden sejdem v jiném uskupení, někdo má doktora, někdo se necítí dobře nebo jde na jinou aktivitu, tudíž není potřeba počet účastníků omezovat“.*

Jakým způsob může sám senior ovlivňovat své schopnosti, bez řízené činnosti či dohledu pracovníka DS?

*„Pokud je klient samostatný a pohyblivý, tak jsou tady prostory, kde si může sám zacvičit. Jsou zde ripstole, šlapací stroj na bázi rotopedu a ping-pongový stůl. Klienti mohou využívat také místní počítač. Dále je zde knihovna či kavárna, kam mohou libovolně docházet. Samozřejmě mají možnost opustit budovu, takže vyjít na procházku, na výlet nebo také do naší zahrady“.*

Jak často by podle Vás měly být aktivizační činnosti realizovány, tak aby byly efektivní a pozitivně ovlivňovaly jedince?

*„Podle mého názoru by bylo ideální, kdyby alespoň jednou za týden každý klient byl součástí nějaké aktivizace, ať té skupinové nebo individuální. Ale ne u všech to je možné, a ne všichni o to mají zájem. A pokud se bavíme o aktivitách, zájmech a koníčcích klientů, kterými se zabývají ve volném čase, tak samozřejmě co nejčastěji, klidně po krátkých intervalech, ale každý den“.*

Jak důležitá je při práci se seniory jejich motivace? Popřípadě jakým způsobem klienty motivujete k činnostem?

*„Někteří klienti spíše potřebují slyšet: pojd'te můžeme jít cvičit, hodilo by se Vám to a to. Pokud vyloženě neodmítnou, tak se je snažíme trochu popostrčit, aby nebyli jen na pokoji. Máme klienty, kteří jsou, a hlavně chtějí být aktivní, máme klienty, kteří nechtějí být aktivní a nechodí nikam, což musíme svým způsobem respektovat. A pak tu jsou klienti, kteří nechtějí danou aktivitu dělat v ten daný okamžik z různých důvodů, ale na tu aktivitu můžou dojít a v tu chvíli je potřeba je namotivovat pro danou činnost. A ve finále jsou poté sami spokojeni. Při dané aktivitě jim říkáme, že mohou cvičit podle sebe, pokud ale jen sedí a do činnosti se nezapojuje, tak jej chvíli necháme a pokud se ani poté nezapojí, tak se jej ptám, zda si myslí, že mu aktivita něco přináší nebo nikoliv. A na základě toho se dále rozhodneme, zda je vhodné, aby na danou aktivitu docházel nebo zda by pro něj bylo vhodnější něco jiného“.*

## **Příloha 5 – Přepis rozhovoru s klientem (R3)**

Kolik Vám je let?

„84“.

Jak dlouho žijete v DS Háje?

„Čtvrtý rok“.

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

„Snažím se vnutit všude. Pohybové aktivity, to hlavně. Třeba v pátek naše skupinové cvičení a v úterý dopoledne cvičení na sále. Pak filmy, příležitost je velká, jsem nebyla tolikrát v kině jako tady. Ráda chodím na různé pořady. Nadchla mě i relaxace s psychologem“.

Účastníte se jich pravidelně nebo jen občasně?

„Ano, snažím se chodit pravidelně. Když se stane, že nemůžu jít, tak mi to chybí. Ale závada tady je, že některé aktivity jsou ve stejný čas a těžko se rozhoduje, kam bych chtěla jít víc“.

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

„Ne ne, tohle mu odpustím, aby chodil jenom za mnou. Já mám ráda společné aktivity. Tam se potkám s dalšími, stačí si deset minut pohovořit a člověk se dostane do správné nálady“.

Jaké činnosti, kterých se účastníte, Vám nejvíce vyhovují a nejvíce Vás baví?

„Ty sportovní aktivity mě baví nejvíc. Mám pocit, že se hýbu a to mi dává taky dobrý pocit, že to doporučím každému. Dřív jsem byla zvyklá se hodně hýbat, hodně jsem chodila, ale v těchto letech už se člověk tolik nehýbe. Taky mě baví, když sem přijdou hosté, třeba muzikanti“.

Jaké aktivity Vám naopak činí potíže či Vás nebaví? Případně, co přesně Vám nejde?

*„Dřív jsem chodila do kroužku, kde jsme vyráběli něco rukama, ale to mi vůbec nešlo a ani mě to moc nebavilo, tak jsem tam byla asi třikrát a poté jsem přestala. Takhle jsem vzdala i keramiku“.*

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?

*„Třeba na těch filmech a pořadech se člověk leccos dozví a leccos neví, co si myslí, že tak a ono to je úplně onak. Je důležitý na ty aktivity stále docházet, protože člověk si to nemůže sám nahradit, to nejde“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

*„Nebýt personálu, tak jako nechodící se nedostanu nikam a jsem na nich závislá. Moc všechny chválím, mají ode mě jedničku. Skutečně se mi tady všechno moc líbí. Těch aktivit je tady skutečně moc a je možnost tam chodit“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Moc ráda čtu, k tomu je tady prostor veliký. Nebo se ráda koukám na televizi“.*

## **Příloha 6 – Přepis rozhovoru s klientem (R4)**

Kolik Vám je let?

*„99“.*

Jak dlouho žijete v DS Háje?

*„To já nevím. To bude asi rok, rok a půl“.*

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

*„Dřív jsem se účastnila. Ted' jsem líná a taky to zdraví. Akorát obyčejné cvičení jde“.*

Účastníte se jich pravidelně nebo jen občasně?

*„Na to cvičení chodím každý týden“.*

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

*„Ani jedno mi není nijak nepříjemné. I když tam jsme všichni a já něco nevím nebo nedokážu, tak to prostě nedokážu, nebudu si s tím dělat starosti“.*

Jaké činnosti, kterých se účastníte, Vám nejvíce vyhovují a nejvíce Vás baví?

*„To cvičení mě docela baví, proto chodím jenom tam“.*

Jaké aktivity Vám naopak činí potíže či Vás nebaví? Případně, co přesně Vám nejde?

*„Při cvičení nemůže dělat moc složitý cviky. A po tom cvičení se nás ptá na otázky, ale to je pro sečtělý lidi a já nic nevím. Kdyby tam ty otázky nebyly, tak by to bylo lepší“.*

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?

*„No, že by mi něco přinášely, to nevím, ale aspoň něco takhle se sebou dělám“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

*„Asi ne, nic bych nezměnila“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Nedělám skoro nic. Občas chodím na zahradu se projít nebo do kavárny na kávu“.*

## **Příloha 7 – Přepis rozhovor s klientem (R5)**

Kolik Vám je let?

*„Je mi 83 roků“.*

Jak dlouho žijete v DS Háje?

*„Žijeme tady s manželkou druhým rokem“.*

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

*„Já navštěvuji skoro všechno, protože se nerad nudím. V první řadě chodím na keramiku, pak literární a dramatický kroužek, pak chodím na sportovní aktivity, pak na pěvecký kroužek. Prostě využívám všech aktivit, s výjimkou vaření tedy. Chodím taky na relaxaci s psychologem“.*

Účastníte se jich pravidelně nebo jen občasně?

*„Téměř na všechny kroužky chodím pravidelně, to je pro mě rád. Když se promítá nějaký film, tak se rozhoduju podle toho filmu. Když si myslím, že se mi bude líbit anebo jsem ho už viděl a chci ho ještě vidět, tak tam jdu. Když se mi něco nelíbí, tak nejdu, nikdo mě nenutí“.*

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

*„Více ty skupinové aktivity. Je tam užší společnost, třeba v keramice jsou jenom dámy a já, ale člověk se s nimi zapovídá a ty dvě hodiny uplynou velmi rychle. Člověk se taky od ostatních něco dozví, třeba i kritiku na moje výtvary“.*

Jaké činnosti, kterých se účastníte, Vám nejvíce vyhovují a nejvíce Vás baví?

*„Nejvíce mě asi baví, ten literární kroužek. Ale i ostatní aktivity mám rád“.*

Jaké aktivity Vám naopak činí potíže či Vás nebaví? Případně, co přesně Vám nejde?

*„Nemůžu říct, že mi jde všechno na jedničku, ale nic, co by mě vyloženě nebavilo, tak to není. Občas mám nějaké omezení v pohybu při cvičení, kvůli zdravotním problémům, ale to už souvisí s věkem“.*

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?

*„Navštěvuji je, protože je to tady nutný. Za jedno nerad přes den ležím v posteli a pak je tady těch aktivit tolik, že si člověk může vybrat to, co ho baví. Při těch aktivitách je potřeba taky myslet, a to je důležitý. Třeba na relaxaci s psychologem si člověk taky hezky odpočine. Při literárním kroužku se dozvídám nové informace, které jsem nevěděl“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

*„Já si myslím, že to tady dělají dobře. Pokud ten člověk má zájem se zúčastnit, tak se zúčastní a dostane něco pro sebe navíc z těch aktivit i z těch aktivizačních pracovníků“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Začal jsem kreslit, když je víkend a nejsou žádné aktivity, tak si kreslím nebo vybarvuji různé mandaly. Dále se se ženou díváme na televizi, posloucháme hudbu nebo luštíme společně“.*

## **Příloha 8 – Přepis rozhovoru s klientem (R6)**

Kolik Vám je let?

„86“.

Jak dlouho žijete v DS Háje?

„Už jedenáct let“.

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

„No tak v úterý mám keramiku a odpoledne sportovní kroužek, ve středu chodím na literární kroužek, ve čtvrtek máme dopoledne cvičení a odpoledne taky něco je a v pátek chodím na Einsteina a odpoledne máme šipky. A v neděli si sami s ostatními organizujeme a chodíme na metanou do sálu“.

Účastníte se jich pravidelně nebo jen občasně?

„Ano, chodím pravidelně. Ze začátku, když jsem sem přišla, tak člověk je otřesený z nového prostředí a moc jsem na ně nechodila. Ale postupně jsem si zvykla a řekla jsem si, musíš něco dělat, tak jsem se snažila každý den něco dělat“.

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

„Nevyhledávám velkou společnost, ale na těch aktivitách nás zas tak moc není, takže to mi vyhovuje. Navíc tam mám několik přátel. Když se chci projít, tak řeknu personálu a on se mnou jde, ale jinak chodím jen na ty skupinové“.

Jaké činnosti, kterých se účastníte, Vám nejvíce vyhovují a nejvíce Vás baví?

„Baví mě úplně všechno stejně, jinak bych tam nechodila“.

Jaké aktivity Vám naopak činí potíže či Vás nebaví? Případně, co přesně Vám nejde?

„Podle mě mi žádné aktivity nedělají potíže nebo o tom aspoň nevím“.

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?



*„Jsou aktivity, u kterých namáhám mozek, a to je pro nás starší lidi moc důležité. A stále se učím něco nového, třeba jsem nikdy nedělala nic rukama a tady díky keramice a tak, jsem se to naučila“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

*„Je dobré, že je tady hodně možností, hodně kroužků, každý si vybere. Ale potíže je, když se sejdou dva kroužky ve stejnou dobu, já pak nevím, na který jít. Jinak bych nic neměnila“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Po obědě chodíme na kávu, tam si s ostatníma hezky popovídáme. Potom si občas z keramiky nosím hlínu na pokoj a něco tady vytvářím. Někdy se jdu projít, ale to musí jít někdo se mnou, sama se bojím. Mám ráda hudbu a poslouchám rádio nebo koukám na televizi, mám ráda detektivky nebo něco o zvířatech“.*

## Příloha 9 – Přepis rozhovoru s klientem (R7)

Kolik Vám je let?

*„Mě je 97“.*

Jak dlouho žijete v DS Háje?

*„Tady žiji už pět let“.*

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

*„No navštěvovala jsem všechno, ale teď už skoro nic. Přijde mi, že už tady nic není. Vždycky jsem jezdila na společné výlety. Teď jediné chodím na skupinové cvičení“.*

Účastníte se jich pravidelně nebo jen občasně?

*„Když se cítím dobře, tak ano. Na skupinové cvičení chodím každý týden“.*

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

*„Každou středu za mnou chodí a bud'to si povídáme nebo hrajeme třeba karty. A na skupinové chodím v to úterý. Ale neřekla bych, že mi něco vyhovuje víc a něco míň“.*

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?

*„Chodím na cvičení, abych se podívala pryč z pokoje, a to cvičení mě docela i baví“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

*„No asi bych dělala víc těch aktivit, dřív to bylo lepší. Teď mi přijde, že tady nic není“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Po obědě chodíme na kávu a potom se často procházím. Taky čtu noviny a časopisy“.*

## **Příloha 10 – Přepis rozhovoru s klientem (R8)**

Kolik Vám je let?

*„Za týden mi bude 102 let“.*

Jak dlouho žijete v DS Háje?

*„Jsem tady šestým rokem“.*

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

*„Všecko, co jsem mohla, tak jsem chodila. Já jsem byla všude. Ale teď už tak nemůžu. Dřív jsem chodila na sportovní hry, na vaření a háčkování. Teď se mnou občas cvičí“.*

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

*„Na skupinové jsem chodila dřív, teď už na ně nemůžu kvůli zdraví a tak. Občas sem někdo přijde na cvičení, tak to nějak zvládnou, ale někdy to je pro mě hodně náročné“.*

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?

*„Na tom cvičení mě třeba učí správně sedět. A aspoň takhle něco dělám, když už nic jiného nemůžu“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

*„Já bych neměla nic. Se vším jsem moc spokojená“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Když mě někdo vezme, tak ráda jezdím na procházky do parku. Pak hrajeme s ostatními z našeho patra karty, když to jde, tak každý den odpoledne hodinu. No a tady na pokoji se většinou koukám na televizi“.*

## **Příloha 11 – Přepis rozhovoru s klientem (R9)**

Kolik Vám je let?

*„91“.*

Jak dlouho žijete v DS Háje?

*„To nevím jistě, ale myslím, že šest nebo sedm roků“.*

Do jakých aktivit se v domově zapojujete?

*„No podle možností. Chodím na cvičení na sále. Nebo když se promítá film, tak se jdu podívat. Když můžu jít na relaxaci s psychologem, tak tam jdu ráda vždy se moc těším“.*

Účastníte se jich pravidelně nebo jen občasně?

*„Pravidelně“.*

Vyhovují Vám více skupinové aktivity společně s dalšími klienty domova nebo spíše individuální aktivity, jen aktivizační pracovník a Vy?

*„Spíše mám ráda ty skupinové. Sama cvičím, když mám rehabilitaci, jinak ne“.*

Jaké činnosti, kterých se účastníte, Vám nejvíce vyhovují a nejvíce Vás baví?

*„Určitě relaxace s psychologem, to je úžasné. A pak taky tělocvik“.*

Jaké aktivity Vám naopak činí potíže či Vás nebaví? Případně, co přesně Vám nejde?

*„Jak jsem řekla, tělocvik mě baví, ale dělám jenom nějaké jednoduché cviky, ty složitější nezvládám a nejdou mi“.*

Mohl/a byste popsat, zda Vám aktivity, které navštěvujete něco přináší nebo proč dané aktivity navštěvujete?

*„Po všech aktivitách se cítím moc dobře, jsem taková uvolněná“.*

Jak hodnotíte práci aktivizačních pracovníků? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

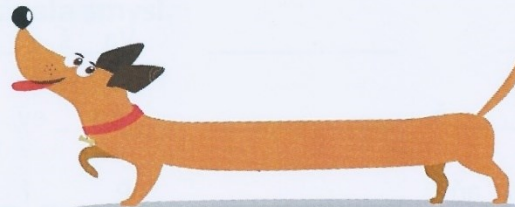
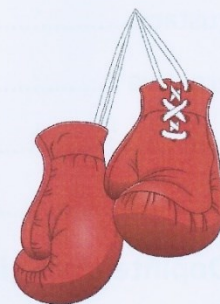
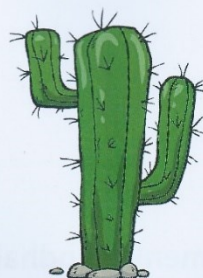
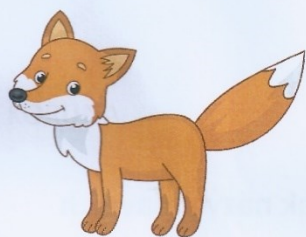
*„Ne, se vším jsem spokojená. A moc se mi líbí slavnosti, které tady pořádají“.*

Máte nějaké záliby, kterým se věnujete?

*„Opravdu ráda čtu, nic víc nepotřebuji. Občas se procházím po patře“.*

**Příloha 12 – Sada úkolů z ukázkové hodiny z Klubu Albert Einstein**

I Prohlédněte si následující obrázky a zapamatujte si je.



II K následujícím přejatým slovům vytvořte jejich české ekvivalenty.

euforie .....

labyrint .....

anémie .....

katarze .....  
degustace .....  
alternativa .....  
akcent .....  
amok .....

**III Doplňte chybějící písmenka a odhalte tak názvy hlavních evropských měst. Na řádek vedle napište také patřičný stát.**

P__a__a	_____	B__r__n	_____
__on__n	_____	V__e__	_____
__sl__	_____	He__in__	_____
__i__ab__n	_____	B__da__e__	_____
__í__	_____	Va__š__	_____
K__ __ __ň	_____	__y__ev	_____
L__b__aň	_____	P__ __ í__	_____

**IV Homonyma: Pokuste se najít a zapsat co nejvíce významů uvedených slov v různých souvislostech a také rčení a přísloví, v nichž se tato slova vyskytují:**

OKO

KOLO

KORUNA

**V** Vzpomeňte si na obrázky z první strany a vypište je.

**VI** Přiřadte vždy jedno „zvířecí“ přídavné jméno z levého sloupce k jednomu podstatnému jménu z pravého sloupce tak, aby uvedená spojení dávala smysl.

Paví	trh
Zaječí	paměť
Medvědí	mast
Norkový	oko
Sloní	úmysly
Tygří	česnek
Holubičí	můstek
Bleší	vydání
Kolibří	kožich
Oslí	povaha





Říkám, že to je holý nesmysl.

Pojďme sem, tady je vždycky nejvíc hub.

Záhadný kmet u jeho dveří zastavil a křídou na ně nakreslil znamení.

„Jen se trošku ohřejeme a hned zase půjdeme“, tvrdily jezinky.

Komora vašeho bytu se mi líbí, dá se tam nastrkat spousta přebytečných věcí.

Bohužel i v kalendáři se najdou chyby.

Hradbu zavalila vlna nepřátel.

**IX Složte co nejvíce slov jen za použití písmen ze slova: ŠLAMASTYKA. Slova mohou být libovolně dlouhá. Každé písmeno může být použito jen tolikrát, kolikrát je obsaženo v zadaném slovu.**

**X Vzpomeňte si znovu na obrázku z první strany a zkuste je všechny zpaměti vypsát.**

XI Zkuste správně dokreslit druhou polovinu obrázku, aby byla přesným zrcadlovým odrazem.



XII Trocha purismu, aneb slova, která se v češtině neujala. Zkuste správně spojit běžně užívaný výraz a jeho puristickou variantu.

Kapesník

Zelenochrupka

Ironie

Chřípoprach

Inspektor

Klapkobřinkostroj

Kalendář

Usmívka

Nosočistoplena

Pozorovák

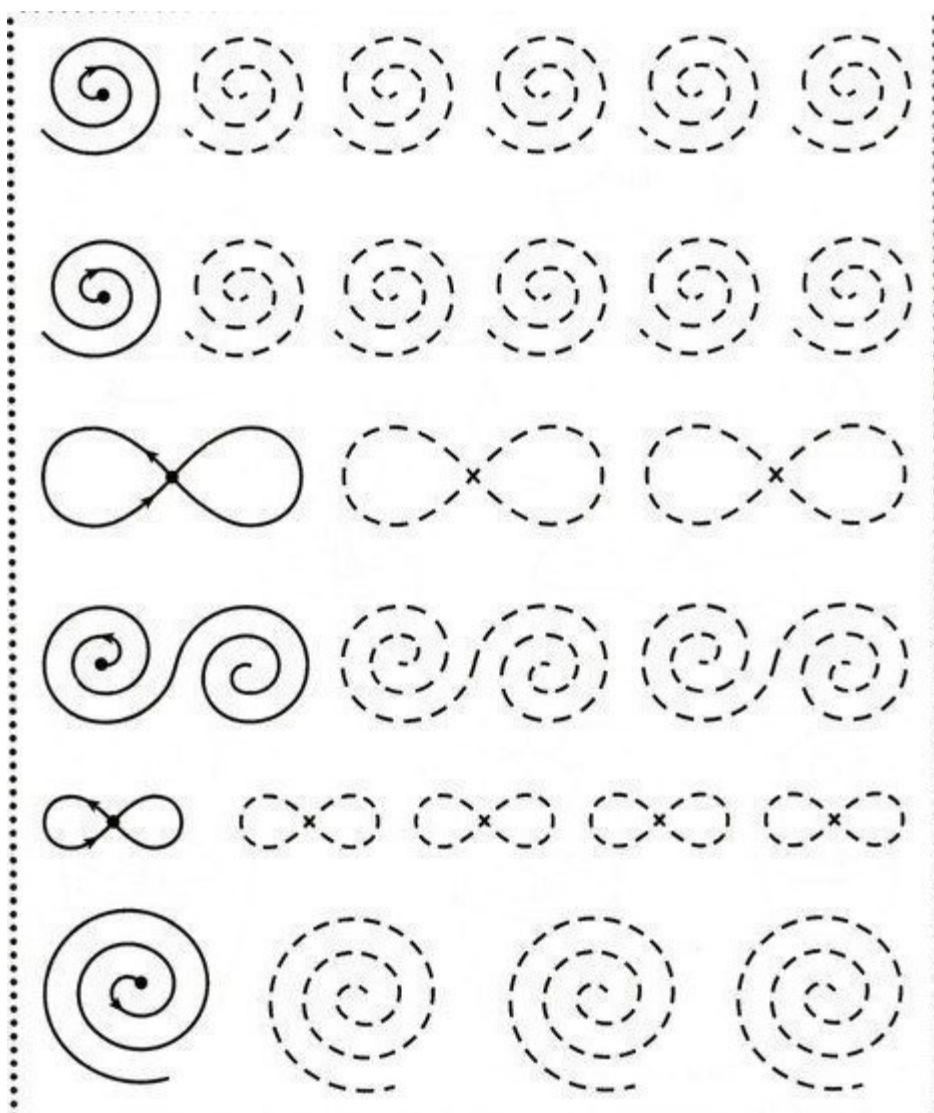
Letodník

klavír

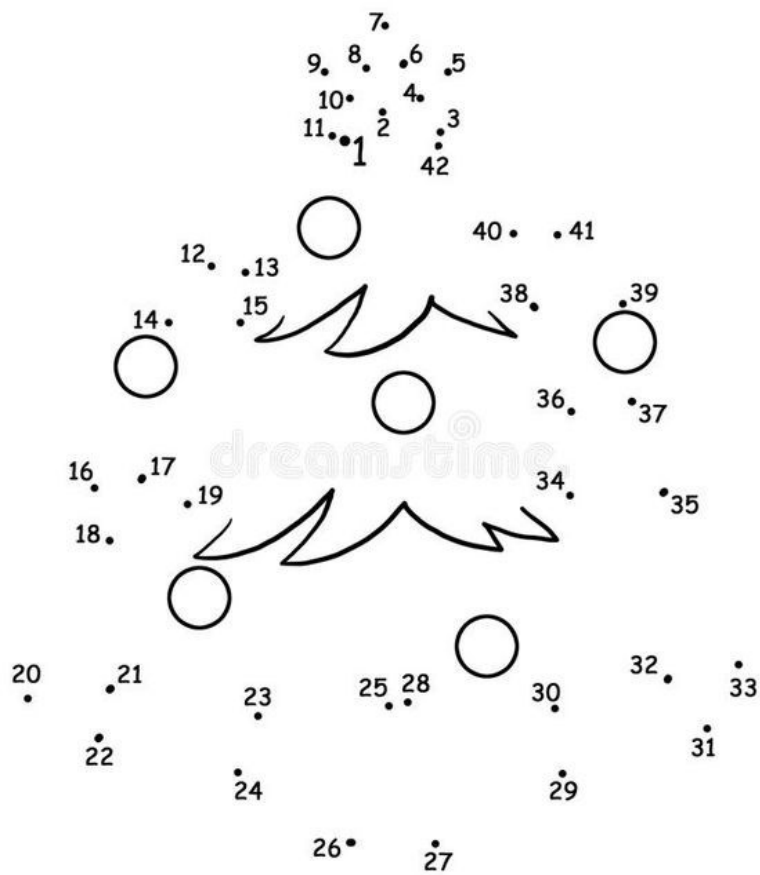
Salát

šňupavý tabák

**Příloha 13 – Pracovní listy z ukázkové hodiny aktivizace zaměřené na jemnou motoriku a grafomotoriku u seniorů s Parkinsonovou nemocí**



Zdroj: Pinterest (dostupné z: <https://cz.pinterest.com/pin/79305643429534139/>)



Zdroj: Pinterest (dostupné z: <https://cz.pinterest.com/pin/53128470594368646/>)