

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití ergoterapie u seniorů

Use of ergotherapy with seniors

Monika Stibůrková

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Využití ergoterapie u seniorů vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 18. 4. 2017

.....

podpis

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Barbaře Valešové Malecové, Ph.D. za cenné podněty a odborné připomínky při vedení mé bakalářské práce. Velké poděkování patří i pracovišti gerontocentra za umožnění realizace praktické části mé práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá možnostmi využití ergoterapie u osob seniorského věku. Měla by poukázat na rozmanitost možných terapeutických aktivit a vliv ergoterapie na klienty toho věku. Cílem práce je popsat činnosti skupinové ergoterapie v denním stacionáři, která zde probíhá prostřednictvím rukodělných činností a kondičního a kognitivního tréninku. Též by práce měla hodnotit adekvátnost jednotlivých činností, schopnost klientů provádět tyto činnosti a na závěr shrnout celkový dopad na klienty. Sběr dat probíhal prostřednictvím pozorování, analýzy dokumentů (individuálních karet, zpráv klientů, výsledků Barthel Indexu) a rozhovorů s pracovníky gerontocentra i s klienty. Rozhovory a výsledky pozorování jsem zaznamenávala písemně do svých poznámek, které jsem následně zpracovala.

KLÍČOVÁ SLOVA

ergoterapie, senior, stáří, denní stacionář, aktivizace, rukodělné činnosti, kognitivní trénink, kondiční trénink

ANNOTATION

This bachelor thesis looks into the possibilities of using occupational therapy with persons of senior age. It should draw attention to the diversity of suitable therapeutic activities and their impact on elderly people. The goal of this thesis is to describe the activities within group occupational therapy in a day care centre for the elderly, where it is conducted through handcraft activities and condition and cognitive training. The thesis should evaluate the adequacy of every single activity, the ability of clients of this particular facility to perform these activities and finally, summarize the overall impact on the clients. Data collection was conducted through observation, analysis of documents (individual card, medical reports, the results of the Barthel Index) and interviews with both the employees of the day care centre and its clients. I took detailed notes of those interviews and observations and I subsequently processed them.

KEYWORDS

ergotherapy, senior, age, day care centre, activation, handcraft activity, cognitive training, condition training

Obsah

1	Úvod.....	6
2	Ergoterapie	8
2.1	Vymezení ergoterapie.....	8
2.2	Cíle ergoterapie.....	10
2.3	Formy ergoterapie.....	11
2.3.1	Individuální	11
2.3.2	Skupinová.....	12
2.4	Skupiny činností	12
2.4.1	Aktivity každodenního života	13
2.4.2	Práce	14
2.4.3	Hra, zábava a volný čas	14
2.5	Ergoterapeutický program	15
2.5.1	Náležitosti ergoterapeutického programu	15
2.5.2	Fáze ergoterapeutického programu	15
2.5.3	Schéma ergoterapeutického setkání	16
3	Seniorský věk	18
3.1	Vymezení základních pojmů	18
3.1.1	Stárnutí	18
3.1.2	Stáří	19
3.2	Potřeby seniorů	20
3.3	Změny a problémy seniorského věku	22
4	Ergoterapie u seniorů	27
5	Ergoterapie v denním stacionáři.....	32
5.1	Informace o zařízení	32
5.2	Charakteristika vybrané skupiny klientů	32
5.3	Popis terapeutických aktivit.....	36
5.4	Závěrečné hodnocení terapeutického programu ve stacionáři.....	51
6	Závěr.....	55
7	Seznam použitých informačních zdrojů	57

1 Úvod

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala využití ergoterapie u seniorů jako téma mé bakalářské práce bylo to, že při seznamování s ergoterapií v rámci výuky na pedagogické fakultě Univerzity Karlovy pod vedením Mgr. Barbary Valešové Malecové, Ph.D. mě tento předmět a tím i tato expresivní terapie velice nadchla. Již od malička mě moje maminka vedla k různým ručním pracím a rozvíjela mou kreativitu a zálibení v těchto aktivitách. A právě do předmětu ergoterapie byly zapojeny tyto činnosti, což bylo prvním znakem, že si ergoterapii velice oblíbím. Postupně se mi o této terapii dostávalo čím dál tím více informací a to o všech dalších oblastech, jenž do ergoterapie patří. Následkem toho a tedy i jako další důvod pro výběr toho tématu jsem během své letní brigády docházela na výpomoc na ergoterapii do Centra sociálních služeb, kde jsem mohla zažít její využití v praxi. V neposlední řadě byl jedním z důvodů i můj pohyb mezi seniory. Vypomáhám v naší vesnici s vedením takzvaných „šikovných rukou“, kde s klientkami toho věku vyrábíme nejrůznější výrobky prostřednictvím mnoha technik. Proto mi přišlo přirozené sloučit ergoterapii se seniory a zvolit si právě toto téma.

Obecně odvětví seniorského věku je ve speciální pedagogice jednou z nejméně probádaných oblastí, již je věnována nejmenší pozornost. Vše je většinou zaměřené na děti či lidi s určitým postižením, avšak ani senioři by neměli zůstat stranou a zaslouží se stejně dobrou a rozmanitou péčí a možností. I oni se stále mají kam rozvíjet a v čem se zlepšovat a mnozí z nich to bez pomoci druhých nezvládnou. Ráda bych, aby tato práce poukázala na prospěšnost ergoterapie u seniorů, a že právě touto metodou lze dosáhnout mnohých pozitivních změn v mnohých oblastech života seniora. A právě proto by ergoterapie u seniorů měla mít ve speciálně pedagogické péči své místo.

Hlavními cíli mé bakalářské práce je zjistit možnosti využití ergoterapie u seniorů. Zaměřuji se na skupinovou ergoterapii u seniorů v zařízení. Dílčími cíli, kterých bych ráda dosáhla je vyzorovat, zda jsou prováděné aktivity správně zvolené, adekvátní, účelné a zda klienti jsou schopni je vykonávat. Též se zaměřím na ovlivnění stavu klientů těmito činnostmi.

V první kapitole teoretické části se zabývám samotnou ergoterapií, jejím vymezením, cíli, rozdělením a ergoterapeutickým programem. Druhá kapitola je věnována seniorům. Vymezením základních pojmů stáří a stárnutí, ale hlavně jejich potřeby, problémy a změny v tomto věku. Třetí kapitola je zaměřená přímo na ergoterapii u seniorů, kde shrnuji oblasti, v nichž může být ergoterapie u této klientely využita. Též se snažím stručně popsat oblasti

zaměření ergoterapie u seniorů v zahraničí. V praktické části stručně popisuji zařízení, v němž šetření probíhalo, a vzorek klientů, jež jsem pozorovala. Podrobně se pak věnuji popisu zde prováděných činností, doplněných mými osobními reflexemi a následným hodnocením zdejší práce a vlivu na klienty.

2 Ergoterapie

2.1 Vymezení ergoterapie

Ergoterapie je nedílnou součástí komplexní rehabilitační péče. Nejde o izolovaný obor, neustále se prolíná s dalšími profesemi a má přímou souvislost s výsledky práce ostatních odborníků, jako například fyzioterapeutů či protetiků. Ergoterapeuti jsou členy multidisciplinárního týmu.

Pojem ergoterapie vznikl z řeckých slov **ergo**, neboli práce a **therapeia**, což znamená léčení či terapie. Původním názvem je léčba prací, avšak tento termín nelze považovat za zcela výstižný.

Ergoterapie se někdy nevhodně používá jako synonymum pro pojem pracovní terapie. Rozdíl mezi těmito dvěma pojmy vidí Valešová Malecová (2013) ve shodě s Horňákovou (1995) v tom, že v ergoterapii má samotný výsledek jen druhořadý význam. Jde o to, co se děje během pracovní činnosti (proces, rozvoj dovedností) a tím se právě liší od pracovní terapie, v které je důležité, aby byla zadaná úloha splněna.

Od první formální definice ergoterapie, kterou napsala H. A. Pattisonová v roce 1922 a kde ji definuje jako jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat uzdravu z nemoci nebo poranění, se definice dále rozvíjely a jejich množství se zvyšovalo. (Krivošíková, 2011)

Již rozsáhlejší a modernější definici uvádí Pfeiffer (1989, s. 7): *„Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, smyslově nebo duševně nemocné osoby, kterou vede rehabilitační pracovnice (ergoterapeutka). Jde o využití práce, nebo různých činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu pacienta. Léčebný program se vypracovává pro každého nemocného individuálně. Ergoterapie má velmi povzbuzující účinek na udržení nebo znovuzískání ztracených sil a sebedůvěry, odpoutává pozornost od onemocnění a zbavuje nemocného pesimistických myšlenek, které velmi často nemocného doprovázejí. Pomáhá nalézt způsoby jak trvalé poruchy zdraví obejít nebo nahradit a jak se znovu co nejlépe zapojit do života.“*

S touto definicí se ztotožňuje i definice Rady ergoterapeutů v Evropských zemích (2001, citovaná dle Krivošíkové, 2011), která navíc doplňuje, že při výběru zaměstnávání či činností ergoterapeut zohledňuje osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby.

Klivar (2003) ve své definici vyzdvihuje to, že ergoterapie by měla být společensky užitečnou pracovní činností a vyznačovat se hodnotou, která splňuje konkrétní účel ve vztahu k lidským potřebám. Plánování aktivit by mělo být s ohledem **na přání a potřeby klientů**. Aktivity by pro ně měli být důležité a **smysluplné**.

Výše zmíněné definice jsou si velice podobné. Berou ohled na konkrétní potřeby a možnosti jedince, za hlavní cíl považují soběstačnost člověka a kladou důraz i na úpravy prostředí, pomocí čehož se může zvýšit možnost zapojení člověka do činnosti.

Obecně popisuje ergoterapii také Klusoňová (2011), která ergoterapii shrnuje jako komplex všech složek a činností, které se podílejí na rozvoji každého jedince i skupiny, jak v běžném domácím prostředí, tak i v různých zdravotnických či výchovných ústavech. Krivošíková (2011, s. 13) doplňuje, že *„ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše“*. Velký důraz klade na smysluplnost a na to, aby klienti sami považovali tyto činnosti za důležité.

Nejvýstižnější definice, která shrnuje ty výše zmíněné je podle mého názoru ta od **České asociace ergoterapeutů** (2008), která ergoterapii popisuje jako *„profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí.“*

Přestože některé definice mohou být výstižnější než jiné, řekla bych, že nelze celou ergoterapii shrnout do jediné definice. Ergoterapie je neustále se vyvíjející obor a to nejen co se týče nových metod a přístupů, ale i modernizací technologie.

Ergoterapie se snaží o co největší samostatnost a nezávislost klientů při běžných denních činnostech. K přirovnání mě napadá citát od neznámého autora, který dle mého názoru vyjadřuje stejný princip, jako ten, na kterém je založena ergoterapie. *„Daruješ – li člověku rybu, nakrmíš ho na den, naučíš – li ho lovit, dáš mu potravu pro celý život.“* Místo potravu si v tomto případě lze představit jakoukoliv běžnou aktivitu.

2.2 Cíle ergoterapie

Ergoterapeutický program je dlouhodobý proces, který zahrnuje poznání problému, jeho vymezení, identifikaci fází, vypracování rámcového plánu a určení cílů.

Česká asociace ergoterapeutů (2007) definuje ergoterapeutické cíle takto:

- podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity zaměstnávání
- pomáhat zlepšovat schopnosti, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
- umožnit osobě naplňovat její sociální role
- napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity
- uplatňovat terapii zacílenou na klienta/pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování procesu terapie
- posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění

Cíle lze rozdělit na krátkodobé, dlouhodobé a cíle pro konkrétní setkání.

Dlouhodobé cíle lze také nazvat jako cíle hlavní. Dlouhodobé cíle jsou všeobecnější a navazují na ně cíle krátkodobé. Dají se formulovat jako funkční cíle čili očekávané funkční schopnosti pacienta při ukončení léčby (Krivošíková, 2011). Jelínková (2009) uvádí, že hlavním dlouhodobým cílem je dosáhnout pro klienta uspokojivé úrovně a rovnováhy při provádění sebeobslužných a pracovních činností a aktivit volného času. Valešová Malecová (2013) zdůrazňuje, že dlouhodobé cíle by měli být maximálně tři, aby nedošlo k zaměření na příliš mnoho cílů. V tomto případě by se mohlo stát, že klient nedosáhne žádného cíle.

Krátkodobé neboli konkrétní cíle jsou podle Valešové Malecové (2013) rozfázováním konečných cílů na drobné, konkrétní, na sebe navazující kroky. Jde o rozvinutí těch funkcí a schopností, které jsou potřebné k dosažení hlavního cíle. Tyto krátkodobé cíle je nutné průběžně upravovat vzhledem k aktuálnímu stavu klienta. Jelínková (2009, s. 17) uvádí: „*Krátkodobé cíle vyjadřují dosažení hlavních očekávaných výstupů terapie. Jsou zaměřeny na udržení, rozvoj, podporu nebo kompenzaci ztráty dovedností v oblasti senzomotorické, kognitivní, psychické nebo sociální.*“

Cíle pro konkrétní setkání. „Cíle se určují i na každé setkání, protože každé setkání musí zapadat do ergoterapeutického programu. Tyto cíle vyplývají z konkrétních cílů programu a sledují hlavní cíle. Vymezení cílů pro konkrétní setkání je determinované i pořadím daného setkání. Podobně jako krátkodobé cíle reagují na aktuální dění při předchozích setkáních“ (Valešová Malecová, 2013, s. 51).

Krivošíková (2011) a Valešová Malecová (2013) se shodují, že cíle by měli být pro klienta žádoucí, **realistické a hlavně dosažitelné a konkrétní**. Krivošíková (2011) doplňuje, že cíle a výstupy ergoterapie musí ergoterapeut pečlivě koordinovat s celkovými cíli rehabilitace ale také s pacientem, jeho rodinou či pečovateli. Cíle ergoterapie tedy do značné míry závisejí na jejich spolupráci a motivaci, protože primárním zájmem ergoterapie je umožnit pacientovi provádět činnosti, které on sám považuje za důležité a potřebné pro svůj život.

Cílem ergoterapie tedy je co největší rozvoj funkčního stavu jedince, jeho začlenění do společnosti a podpora samostatného vykonávání všedních i nevšedních činností a aktivit, které jsou pro něho důležité a smysluplné. Při stanovení cílů musíme brát ohledy na individuální potřeby klienta, jeho schopnosti, možnosti prostředí a požadavky okolí.

2.3 Formy ergoterapie

Po zvážení možností a potřeb klienta se ergoterapeut rozhoduje, zda bude s klientem pracovat v rámci individuální či skupinové formy ergoterapie.

2.3.1 Individuální

Tato forma je zaměřena na jednotlivce a jeho vztah s terapeutem. Ergoterapeutická setkání se tedy uskutečňují pouze za přítomnosti těchto dvou členů. Je orientováno na klientovy konkrétní potřeby, možnosti a schopnosti, které lze lépe rozvíjet.

Klienti mohou díky individuální terapii sdílet s ergoterapeutem svůj životní příběh ale i starosti, pocity a očekávání. Pozorným nasloucháním se rozvíjí důvěra a pocit jedinečnosti. Na jejich pocity a zkušenosti je brán ohled. (Radomski, Trombly, 2002)

Valešová Malecová (2013) zmiňuje okolnosti, ve kterých je vhodnější zvolit individuální formu. Mezi ně řadí situace případy, kdy chování klienta je příliš nápadné či ohrožující druhé, ruší práci ostatních, dále pokud klient vyžaduje nepřetržitou pozornost ergoterapeuta. Také je tato forma upřednostňována, pokud má klient choulostivý problém nebo když z organizačních důvodů není možné sestavit vhodnou skupinu. Z hlediska cílů může být socializace důležitá, a proto je vhodné se po odstranění sociálních problému klienta pokusit o integraci do skupiny.

2.3.2 Skupinová

Ve skupinové formě probíhají setkání ve více než dvou osobách a dle Moseyové (1973, citované dle Krivošíkové, 2009) je skupina celek lidí se společným cílem, jenž naplní pomocí vzájemné interakce. Valešová Malecová (2013) uvádí, že výhodou této formy ergoterapie je možnost využívání skupinové dynamiky, pomoc překonávat izolaci, podněcování klientů, umožnění většího množství zpětné vazby a navození vzájemného pochopení a podpory. Kantor (2009) zmiňuje, že skupinová terapie nabízí možnost zabývat se problémy více klientů najednou a tím poskytuje příležitost pro sociální učení. Valešová Malecová (2013) uvádí, že počet členů skupiny závisí na složení skupiny, problémech jejích členů, technikách, cílech ale i místě, kde se terapie uskutečňuje. Sestavování skupiny by zas mělo být na základě diagnózy, pohlaví a věku klienta.

Skupiny lze dále rozdělit na uzavřenou a otevřenou skupinu.

- **Uzavřená** znamená, že po dobu trvání terapie se nepřijímají noví členové. Dle Valešové Malecové (2013) uzavření skupiny umožňuje vytvoření atmosféry důvěry a spolupatričnosti. Také umožňuje jednodušší přístup a dosažení trvalejších výsledků. Nevýhodou je, že klienti mohou dospět na mrtvý bod, kde uvízne komunikace a klienti se dále nevyvíjejí. Vrtišková (2010) dodává, že počet klientů by měl být stanoven předem.
- **Otevřená** mívá neomezené trvání. Valešová Malecová (2013) uvádí, že díky této formě skupiny se noví klienti rychleji vžívají do již panující atmosféry a rozšiřuje se množství zpětných vazeb a názorů a také příchodem nového člena nastává oživení dění a možnost řešit nové problémy. Nevýhodou naopak může být zábrana ve tvoření důvěry a zamezení otevření se jednotlivých členů.

2.4 Skupiny činností

K dosažení ergoterapeutických cílů dochází prostřednictvím činností či zaměstnávání. Tyto činnosti se mohou dělit na několik typů.

Jedním z rozdělení ergoterapie je dělení dle Pfeiffera (1997), ke kterému se dále přiklání i Klusoňová (2011), Votava a kol. (2003) či Kubínková, Křížová (1997):

- **ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností** – snaží se o nezávislost v běžných denních činnostech klienta

- **ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností** – obnovuje a podporuje pracovní schopnosti klienta, zahrnuje pozorování a hodnocení klienta při aktivitách po změně jeho schopností
- **ergoterapie zaměstnáváním** – snaží se udržet či posílit zdravé funkce
- **ergoterapie funkční** – zaměřená na obnovu a posílení postižených či ztracených funkcí a dovedností
- **ergoterapie zaměřená na poradenství** – směřuje nejen ke klientovi, ale i k jeho rodině či osobnímu asistentovi. Zahrnuje rady v oblasti pomůcek, prostředí, pozdních následků a další.

Dalším dělením je rozdělení ergoterapie pouze na tři základní skupiny. K tomuto rozdělení se přiklání například Krivošíková (2011), Valenta, Müller (2013) a Valešová Malecová (2013).

- aktivity každodenního života (ADL, AKŽ)
- práce
- hra, zábava a volný čas

2.4.1 Aktivity každodenního života

Aktivity každodenního života (z anglického termínu Activities of Daily Living) jsou činnosti, které člověk vykonává každý den, a jsou základem pro jeho fungování. Krivošíková (2011) píše, že všední denní činnosti jsou důležité pro dosažení nezávislosti člověka v osobním i domácím prostoru a je pro ně charakteristická pravidelnost a automaticnost, která je spojena s určitými rituály.

Aktivity každodenního života se dělí na základní neboli personální a instrumentální čili pomocné.

Základní ADL souvisí se základními biologickými, sociálními či motorickými potřebami člověka, probíhají v domácím prostředí a zahrnují samoobslužné činnosti, díky kterým je jedinec schopen fungovat.

Krivošíková (2011), Jelínková (2009) či Americká asociace ergoterapeutů považují za **základní ADL** pouze osobní až intimní činnosti, které jsou pro člověka nezbytné. Patří sem:

- **příjem potravy**
- **osobní hygiena**
- **oblékání**
- **koupání / sprchování**

- **použití toalety / hygiena po použití toalety**
- **ovládání močení a vyprazdňování stolice**
- **péče o osobní pomůcky či prostředky** – naslouchadla, kontaktní čočky, protézy

Instrumentální ADL probíhají v širším prostředí člověka. Zahrnují nejen pokročilejší činnosti v domácnosti ale i aktivity v oblasti sociálního prostředí. Je možné jich docílit teprve po zvládnutí základních ADL.

Do této skupiny Valešová Malecová (2013) řadí:

- **Péče o domácnost** – příprava jídla, nakupování, praní
- **Péče o druhé a domácí zvířata** – péče o dítě, o psa
- **Společenský život** – manipulace s penězi, doprava, záliby
- **Bezpečnost prostředí** – schopnost zavolat pomoc, identifikace nebezpečné situace
- **Udržování zdraví** – užívání léků, rozpoznání zdravotního rizika
- **Zacházení s přístroji** – ovládání domácích spotřebičů

Téměř shodné dělení uvádí i Jelínková (2009), která popisuje definice jednotlivých položek ze Systému ergoterapeutické praxe z roku 2002 od Americké asociace ergoterapeutů.

2.4.2 Práce

Dle Krivošíkové (2011) může být práce chápána jako snaha a úsilí člověka, který chce něčeho dosáhnout. Práce nabízí jistou strukturu života, neboť práce působí na člověka jako na celek. Oblast práce zahrnuje aktivity, které je možné později využít v běžném životě ale i v zaměstnání.

Valešová Malecová (2013) uvádí, že práce a hra jsou terapeutické prostředky, které spolu souvisí a mohou se prolínat. Některé činnosti můžeme zařadit do obou kategorií. Na jednu stranu jsou zábavné, ale zároveň mohou sloužit i jako kreativní prostředek pracovní integrace. Mezi tyto aktivity patří: ruční práce, výtvarné techniky, techniky zpracování materiálů, tkaní, práce s náradím, sezónní práce či příprava na pracovní integraci.

2.4.3 Hra, zábava a volný čas

„Hra je jakákoliv spontánní nebo organizovaná činnost, která poskytuje potěšení, zábavu, pobavení nebo rozptýlení“ (Parhan, 1997, citovaný podle Krivošíkové, 2011). K dosažení cílů je možno použít různé typy her. Při výběru je nutné brát ohled na věk, individuální potřeby a možnosti, zájmy ale i životní zvyklosti člověka. Při hře dochází k opakování dovedností, získávání nových zkušeností a navazování sociálních vztahů. Hra a volný čas je důležitou

složkou života nejen dětí ale i dospělé osoby. Slovy Šajtarové (2009, s. 218): „*Ergoterapeut se také zaměřuje na pomoc klientům, kteří kvůli svému dočasnému či trvalému handicapu nedokážou uspokojivě trávit volný čas sami, s rodinou či v komunitě. V tomto případě může ergoterapeut pomoci klientovi při mapování jeho zájmů a hledání možností jejich realizace.*“

2.5 Ergoterapeutický program

2.5.1 Náležitosti ergoterapeutického programu

Před přípravou ergoterapeutického programu se ergoterapeut musí pokusit zjistit o klientech co nejvíce informací, včetně informací, které s problémem úzce nesouvisí, aby získal co nejkomplexnější představu o jeho dosavadním vývoji (Valešová Malecová, 2013). Při vytváření a plánování programu je nutné řídit se několika specifiky programu a jejich kritérii.

Jedním ze specifických bodů programu je **počet setkání**. Ten je dle Valešové Malecové (2013) závislý na potřebách skupiny, jejich problémech a cílech, kterých chce ergoterapeut dosáhnout. Ergoterapeutický program by měl trvat minimálně 10 setkání, ale mnohdy se protáhne i na několik měsíců či let.

V rámci setkání je také nutné brát ohled na správnou **délku setkání**. Jedno setkání by mělo trvat 60 – 90 minut. Terapeut musí respektovat potřebu odpočinku. Časté pauzy a dlouhý postup mohou působit negativně, avšak při nácviu zcela nového postupu, by měl ergoterapeut dopřát klientům dostatek času a vše řádně vysvětlit (Valešová Malecová, 2013; Hornáková, 1995). Šik (2008) doplňuje, že je vhodné upozornit včas na konec setkání, aby klienti mohli dokončit práci a zbyl čas na závěrečnou skupinovou reflexi.

Další důležitou částí je **frekvence setkávání**, která se odvíjí od věku klientů, jejich diagnózy ale také fáze a délky trvání ergoterapeutického programu. Nejčastější frekvencí bývá 1 až 2 setkání za týden. Při dlouhodobé péči se může frekvence setkávání postupně snižovat (Valešová Malecová, 2013).

2.5.2 Fáze ergoterapeutického programu

Program je sestavován individuálně a přesně na míru klienta. Měl by se skládat ze čtyř fází. Tyto fáze na sebe navazují nebo se mohou i překrývat. Každá fáze má svá specifika a ty musí ergoterapeut dodržovat.

- **Seznamovací fáze**

Tato fáze je úvodní část celého programu. Klient se seznamuje s ergoterapeutem ale i s dalšími klienty ve skupině a prostředím či pracovní místností. Valešová Malecová

(2013, s. 53) píše, že „*důležitým cílem této fáze je motivace klientů k činnosti, vytváření atmosféry důvěry a bezpečí, odbourání napětí, prolomení bariér, aktivace a uvolnění.*“ Seznamovací fáze trvá asi 2 až 5 setkání. Valenta (2010) uvádí, že důležitou součástí diagnostiky je znalost psychofyzického stavu (nálada, prožitky, zdravotní stav) klienta.

- **Hlavní / realizační fáze**

Realizační fáze začíná po ujasnění východiskové situace, stanovení cílů a postupů k jejich dosažení. Ergoterapeut by měl nabízet takové činnosti a materiály, aby dosáhl terapeutickovýchovného záměru. Každého záměru lze ale dosáhnout použitím odlišných prostředků a postupů (Hornáková, 1995).

- **Fáze upevňování**

Cílem této fáze je rozvoj a upevnění změny, nové naučené vzorce chování, dovednosti, návyky, informace, názory, postoje či podpora samostatnosti, ale hlavně přenesení těchto nových schopností a zkušeností do každodenního života. Vždy po nácvičku konkrétní funkce, se ergoterapeut zaměří na schopnost využití této funkce v běžné situaci klienta. Tato fáze trvá 2 až 5 setkání (Valešová Malecová, 2013).

- **Závěrečná fáze**

Závěrečná fáze je doba ukončení, rozloučení a odpoutání se (Szabová, 2004, citovaná dle Valešové Malecové, 2013). Jde o proces, který probíhá postupně a pozvolna. Tento konec programu je třeba dopředu promyslet a hlavně na něj klienty předem připravit. Doba zakončení je ovlivněna počtem setkání, avšak důležitějším faktorem je dosažení cílů. V ukončovací fázi se doporučuje prodlužovat intervaly mezi jednotlivými setkáními a ponechat větší iniciativu klientům. Klienti tím nesou větší zodpovědnost za průběh setkání a mohou si díky tomu ověřit své nově nabyté schopnosti v praxi i bez vnějšího vedení (Valešová Malecová, 2013).

2.5.3 Schéma ergoterapeutického setkání

Jedním ze specifíků programu je také schéma jednotlivého setkání, podle kterého by mělo setkání probíhat. Ergoterapeut by si měl rámcově připravit schéma setkání a to nejlépe ve více alternativách. Důležitým bodem při přípravě konkrétního setkání, je stanovení dílčích cílů, kterých by chtěl na setkání dosáhnout. Ergoterapeutické setkání bývá rozděleno do 3 částí:

- **Úvodní část**

Hlavním úkolem úvodní části je navázání kontaktu. Důležitou složkou je **zahřátí**, což jsou aktivity, při kterých se klient nabije energií, uvolní, odreaguje a zbaví zábran. Krivošíková (2009) sem řadí aktivity jako fyzická cvičení a krátké rozcvičky, zábavné

činnosti a slovní hry. Valešová Malecová (2013) doplňuje, že využít zde můžeme rozhovory či rituální činnosti opakující se na každém setkání. Ergoterapeut poskytuje klientům informace o náplni sezení.

- **Jádro**

Valešová Malecová (2013) uvádí, že struktura a organizace ergoterapeutického setkání a výběr technik závisí na cílech, které se odvíjí od diagnózy, problémů, složení skupiny a aktuálních potřeb klientů. Tato část obsahuje hlavní aktivity. Majzlanová (2004) doplňuje, že jádro setkání může obsahovat jedno téma nebo se dá využít zároveň mnoho různých témat a technik. Krivošíková (2009) popisuje tuto část jako nejdůležitější část sezení, protože se v ní **naplňují stanovené cíle**. Je nutné této fázi věnovat dostatečné množství času. Liebman (2005) uvádí, že tato část by měla trvat 20 až 45 minut.

- **Závěr**

Součástí této fáze bývá **diskuze a reflexe**. Prostřednictvím toho mohou klienti vyjádřit, jak se jim líbil průběh setkání, jejich dojmy z aktivit, svoje přání, postřehy, zklamání, výhrady ale i návrhy na další setkání či jejich aktuální pocity. Důležité je vyjádření zpětné vazby nejen terapeutovi ale i ostatním členům skupiny. Je nutné připomínat, že reflexe je dobrovolná (Valešová Malecová, 2013; Majzlanová, 2004). Dle Liebmana (2005) by závěrečná část měla trvat asi 30 až 45 minut. Horňáková (1995) a Valešová Malecová (2013) se shodují, že setkání by mělo končit v klidné a příjemné atmosféře, díky které se klienti těší na další setkání.

3 Seniorský věk

3.1 Vymezení základních pojmů

3.1.1 Stárnutí

Prvním z nich je pojem **stárnutí**. Stárnutí je celoživotní proces, který postihuje všechny živé organismy již od jejich početí. Jde o proces biologický, který je neodvratný a na jeho konci je stáří (Ondrušová, 2011). Dle Příbyla (2015) jde o projevy v biologické, psychologické a sociální sféře života a jejich propojení. Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 12) uvádí, že „*stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince*“. Stáří je interindividuální, tudíž každý jedince stárne jinou rychlostí a jiným způsobem, a také intraindividuální, což znamená, že ne všechny složky naší osobnosti stárnou stejně rychle (Čermák, 2016).

Příbyl (2015) uvádí rozdělení stárnutí na fyziologické a patologické. **Fyziologické** stárnutí (nebo také zdravé či primární) souvisí s věkem a jeho přirozenými projevy. Zato stárnutí **patologické** je chápáno jako stárnutí chorobné, kdy je proces stárnutí urychlen.

Příbyl (2015) také uvádí faktory ovlivňující stárnutí. Dělí je na vnitřní a vnější:

Vnitřní:

- genetická výbava
- tělesná onemocnění a psychické poruchy
- psychická výbava jedince – povaha, zvládání zátěžových situací, stereotypy, cíle

Vnější:

- fyzikální - klima, životní prostředí, pracovní prostředí
- chemické – kožní, plicní komplikace
- sociální – způsob a kvalita bydlení, finanční zabezpečení, rodinné zázemí, vzdělání

Pichaud a Thareauová (1998) zmiňují příznaky stárnutí. S pokročilejším věkem se dostávají více či méně zjevné fyziologické změny, které na stárnutí upozorňují. Jsou to vysušování a svrašťování kůže, šedivění vlasů a chlupů, zrakové a sluchové vady, ochabování svalstva, ubývání kostní hmoty, dýchací problémy, pohlavní změny a přetváření imunitního systému.

Každý jedinec se se stárnutím vyrovnává vlastním způsobem. Někdo se s ním snaží bojovat všemožnými způsoby a jiný člověk se zas snaží hledat pozitivní aspekty stárnutí a hledá nové možnosti, které mu život nabízí.

3.1.2 Stáří

Stáří je poslední vývojovou etapou lidského života a končí smrtí. Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je taková, že „*stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003).

Podle Hegyiho (2001, citovaný dle Hrozenkové, Dvořáčkové, 2013) je možné dělit věk člověka z hlediska několika aspektů:

- Chronologický věk – věk kalendářní, který odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu
- Biologický věk – je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů
- Funkční věk – odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik
- Psychologický věk – je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku
- Sociální věk – zahrnuje (ne)přítomnost životního programu

V periodizaci kalendářního věku není jednotné rozdělení. U různých autorů je rozdělení mírně odlišné. Za obecně uznávanou je považována periodizace lidského věku dle WHO (Příbyl, 2015):

- 60 – 74 let: starší věk, presenium, rané stáří, senescence
- 75 – 89 let: starý věk, senium, vlastní stáří, kmetsví
- 90 a více let: dlouhověkost

Příbyl (2015) také uvádí, že z důvodu zlepšujícího se zdravotního a funkčního stavu stárnoucí populace se dnes většina autorů přiklání k jinému dělení:

- 65 – 74 let: mladí senioři
- 75 – 84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

Stuart-Hamilton (1999) zmiňuje v rámci dělení často používané pojmy třetí a čtvrtý věk, kdy třetí věk označuje a aktivní a nezávislý život ve stáří, zatímco čtvrtý věk je období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé.

Samozřejmě žádné dělení nemůže být zcela objektivní. Každý jedinec je individuální a stárne jinak rychle v závislosti na mnoha faktorech.

3.2 Potřeby seniorů

V průběhu stárnutí prochází člověk mnoha změnami. Jednou z oblastí změn jsou změny některých potřeb. Hauke (2014) a Hrozenská, Dvořáčková (2013) se shodují, že některé původní potřeby ztrácejí svůj význam a člověk považuje za důležitější jiné, doposud ne tolik významné potřeby.

- **Potřeby zaměřené na jistotu a bezpečí**

Tyto potřeby jsou pro seniory velice důležité. Starší lidé touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. Potřeba bezpečí zahrnuje jednak psychické a fyzické bezpečí ale také finanční a ekonomické zabezpečení (Hauke, 2014; Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

- **Potřeby fyziologické**

Dle Maslowovy pyramidy potřeb jsou to ty nejzákladnější. Tvoří podstatnou oblast potřeb, neboť nejsou-li alespoň částečně uspokojeny tyto potřeby, nelze postoupit k uspokojování vyšších potřeb. Mezi fyziologické potřeby patří výživa, vylučování, dýchání, spánek, pohyb, hygiena, teplota, zdraví či bolest. (Pichaud, Thareauová, 1996)

- **Potřeba sociálního kontaktu**

S tímto se shoduje i Kaufmanová (2004, citovaná dle Hauke, 2014) a Nešporová a kol. (2008), která uvádí, že potřeba sociálního kontaktu vystupuje v tomto věku do popředí.

Člověk ať už starý nebo mladý potřebuje kolem sebe sociální kontakty, ale i své soukromí. Soukromí i kontakty by měli být v rovnováze, neboť převaha kterékoliv situace by mohla vést ke špatnému snášení těchto podmínek (podrážděnost vs. osamělost, prázdnota, izolace). Starší lidé dávají přednost kontaktům se známými lidmi, rodinou nebo lidmi, kteří patří do stejné sociální skupiny a tudíž rozumí jejich potřebám. Vědí, co od těchto lidí mohou čekat a nebojí se setkání s nimi. Senior má také **potřebu sociální role a pozice**, a jelikož se stářím sociálních kontaktů ubývá, je zapotřebí seniora utvrzovat, že minimálně v rodině má stále své místo. To je důležité i v rámci **potřeby cítit se pro ostatní užitečný a potřebný** (Vágnerová, 2007).

- **Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem**

Tato potřeba je snižená a představuje charakteristický znak stárnutí. Seniora může větší intenzita podnětů dráždit a unavovat. Starší člověk upřednostňuje zaběhnutý a klidnější stereotyp, a proto by zvětšená intenzita nových podnětů mohla vést k dezorientaci a nejistotě. Rád se vrací do minulosti ke známým věcem, ale i přesto senior potřebuje nové podněty, které přispějí jeho aktivizaci a oddálení závislosti na ostatních. Mozek člověka vyžaduje ty správné smyslové podněty. Změny smyslových funkcí mají vliv nejen na poznávací, informační a orientační schopnosti, ale mohou zapříčinit i pocity strachu, úzkost, emocionální výkyvy, nedůvěřivost vůči ostatním či zhoršení adaptace na nové situace. S Vágnerovou (2007) se v tomto shoduje i Langmeier, Krejčířová (2006).

- **Potřeba intimity**

Dle Vágnerové (2007) i staří lidé potřebují fyzický kontakt. Ten však nemusí být erotického charakteru. Pro seniory může být důležitá i blízká přítomnost osoby, ať už partnera, potomka, přítele nebo i domácího mazlíčka. U žen bývá tato potřeba vyšší než u mužů. Ale ani sexuální oblast není tabu. I přes různé obtíže mohou senioři zůstat sexuálně aktivní až do vysokého věku.

- **Potřeba plánovat činnost v denním rytmu a čase se sebou a s druhými**

Vágnerová (2007) upozorňuje, že každý člověk je zvyklý na určitý životní rytmus, který pak ovlivňuje jeho prožívání. Proto je důležité navázat na to, na co je senior zvyklý, včetně způsobů chování, postupů práce i potřeby být sám.

- **Potřeba smysluplného světa**

Podle Vágnerové (2007) je pro objevení smyslu života zapotřebí mít vlastní cíl, kterého se člověk snaží dosáhnout. Pokud člověk takový cíl nemá, je velice těžké objevit smysl života. Šamánková a kol. (2011) doplňuje, že uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z chaotických a dříve nezpracovatelných podnětů staly poznatky a zkušenosti.

- **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje**

Tato potřeba je důležitá pro člověka jakéhokoliv věku, ale obzvlášť senior se potřebuje na něco těšit. Strach ze smrti, nemoci, osamělosti a ztráty soběstačnosti je pro seniora typický a zatěžující (Vágnerová, 2007).

- **Potřeba seberealizace**

Odchod do důchodu může být v rámci této potřeby zlomový bod. Člověk se může začít cítit bezvýznamně, méněcenně. Mnoho seniorů tuto potřebu naplňuje skrze vyprávění o svých dovednostech a úspěších v profesním životě. S touto potřebou také souvisí pocit

nezávislosti, svobody, potřeby uznání a ocenění od ostatních (Vágnerová, 2007). Langmeier, Krejčířová (2006) doplňují, že většina seniorů má vnoučata, a tak zastává důležitou roli prarodiče, která na ně pozitivně působí. Šamánková (2011) na závěr uvádí, že například při těžké nemoci u člověka zaniká potřeba seberealizace a objevuje se **potřeba nechat odkaz**. Člověk potřebuje být ubezpečen, že něco dokázal.

- **Potřeba identity a uznání vlastního já sebou samým i druhým**

S potřebou seberealizace také souvisí fakt, že ve stáří často dochází k omezení či ztrátě autonomie. V rámci psychosociální pohody člověka je nutné mít svůj život pod kontrolou, moci rozhodovat o svých záležitostech, nenechat pečující osobou, aby přebrala zodpovědnost v případech, kdy to senior nevyžaduje (Vágnerová, 2007).

- **Potřeba sebevyjádření**

Tuto potřebu doplňuje Langmeier a Krejčířová (2006). Dle nich je pro seniory velice důležité, aby mohly ventilovat své pozitivní i negativní pocity a s někým je sdílet.

Hauke (2014) a Hrozenská, Dvořáčková (2013) se domnívají, že jedinec se zaměřuje na sebe a uspokojování vlastních potřeb, protože se snaží zvládat náročné úkoly tohoto období. Následkem toho si všímá zhoršování svých fyzických i psychických kompetencí a ztráty soběstačnosti. Nenaplnění potřeb může vést k frustraci, zklamání nebo i problémovému chování.

3.3 Změny a problémy seniorského věku

V průběhu stárnutí dochází u člověka k mnoha změnám v několika různých oblastech. Průběh změn všech těchto oblastí je individuální, u každého jedince probíhá jinak. Někoho změny zasáhnou rychleji, ve větší míře a je tím více ovlivněn, na jiném se věk zase podepisuje méně a daný člověk se se stářím vyrovnává lépe. Změny člověka jsou ovlivněny jak genetickými dispozicemi, tak i vnějšími faktory, kam můžeme zařadit například životní styl, stravu i dosavadní zatěžování jednotlivých orgánů.

Viditelné změny nastávají například ve **vnějším vzhledu** člověka. Postupně se snižuje tělesná výška, trup se stává silnějším a končetiny slabšími, častá je také kyfóza páteře. Mění se chůze, lidé dělají kratší kroky. Vlasy rostou pomaleji, rychleji vypadávají a šediví. Kůže je plná vrásek, vystouplých žil a stařeckých skvrn. (Vigué a kol., 2006)

Dle Vágnerové (2007) není pro kvalitu života starého člověka rozhodující přítomnost nějaké nemoci, ale spíše **stupeň funkčního postižení**, které z ní vyplývá. Ukazatelem snížené funkčnosti je ztráta soběstačnosti, která se projevuje neschopností vykonávat běžné denní

činnosti a pečovat sám o sebe i svou domácnost. Právě tuto oblast se snažíme v rámci ergoterapie co nejvíce rozvíjet.

Topinková (2005) a Kalvach a kol. (2008, citovaní dle Ondruškové, 2011) zmiňují **somatické** syndromy, které postihují geriatrického člověka. Patří sem hypomobilita (svalová slabost), instabilita s pády a úrazy, imobilita (neschopnost pohybu), inkontinence (neschopnost udržení moči), poruchy příjmu potravy a poruchy termoregulace. Příčiny jednotlivých syndromů bývají odlišné, avšak důsledky jsou většinou víceméně stejné.

V rámci tělesné stránky změn ergoterapie pracuje i s funkčními poruchami horní končetiny. Sem spadá především spasticita a další překážky, které brání správnému používání horní končetiny (Lupienská, 2012). Celková pohybová aktivita je závislá na stavu pohybového aparátu. Nezáleží pouze na funkčnosti svalstva, ale také na snížené elasticitě vazů. Velmi častým problémem je také degenerativní poškození kloubní chrupavky neboli artróza. Běžný je i výskyt osteoporózy (řidnutí kostí), což je spojeno s častějšími frakturami nejen při pádech, ale i při nevhodném pohybu (Holmerová a kol., 2014). Vágnerová (2007) dodává, že se sníženou mobilitou souvisí i sociální izolace a ztráta soběstačnosti. Hůře pohybliví senioři se obávají pádu či nezvládnutí běžných situací, proto raději zůstávají doma, nevycházejí z domu, a tím ztrácejí potřebné podněty k sociální a pohybové stimulaci.

Kromě nemocí pohybového ústrojí se u seniorů dále vyskytují onemocnění oběhové soustavy a časté kardiovaskulární choroby, které omezují jednak fyzickou výkonnost člověka ale i jeho psychickou stránku. Nepříznivé následky má i cévní mozková příhoda, po níž je člověk zpomalený, nesoustředěný, mnohdy dráždivý a emočně labilní. Jeho výkonnost je zhoršená a ve velké míře je negativně ovlivněna řeč. Častým problémem stáří je také **demence**. Ta představuje úbytek rozumových schopností, postupnou ztrátu soběstačnosti a závislost na péči druhých. Člověk má problémy s pamětí (nevybavuje si informace, nepoznává své blízké, občas ani sebe), ztrácí orientaci v již známém prostředí, nedokáže logicky uvažovat, ztrácí soudnost, špatně ovládá své emoce a sociálního chování (podráždění, deprese, apatie, bezohlednost), někdy ztrácí kontrolu nad svými pudy. Člověk se celkově mění a je těžké s ním komunikovat a dobře vycházet. (Vágnerová, 2007).

Celkově se u seniorů zhoršuje imunitní systém, což může vést k častějšímu výskytu běžných onemocnění a zhoršeného vypořádání se s nimi. U seniorů se však vyskytují i další nemoci a poruchy, jako například nádorová onemocnění, ischemická choroba srdeční, kdy dochází k srdečnímu selhání, diabetes mellitus neboli cukrovka či Alzhemierova choroba (Ondrušová, 2011; Bretšnajdrová, 2016).

Postupem času se **zhoršují smysly** (především zrak a sluch, ale i chuť). Ztráta **chuti**, ale i postupné vypadávání zubů může vést k zhoršenému přijímání potravy.

Časté jsou také problémy se **zrakem**, které jsou v tomto věku běžné. Zhoršuje se především zraková ostrost a člověk potřebuje optickou korekci. Starší lidé volí většinou brýle, namísto kontaktních čoček, které by pro ně byli obtížné na nasazování. Běžnou vadou je presbyopie neboli stařecká dalekozrakost, při níž má člověk problémy se čtením a rozlišováním na krátkou vzdálenost, což může mít negativní následky i na běžné činnosti. Nemůže pracovat s malými předměty, nepřečte etikety v obchodě ani své oblíbené noviny. Dalšími zrakovými vadami může být šedý či zelený zákal, skvrny v zorném poli, vysoký oční tlak nebo příliš suché oči (Vigué a kol., 2006).

Až třetina osob nad 60 let má problémy se **sluchem**. Presbyakuze neboli stařecká nedoslýchavost pozvolna způsobuje snižování sluchové hranice. Starý člověk pak nerozumí ostatním, ať už svým blízkým, nebo doktorovi či prodavače, což celkově ztěžuje vzájemnou komunikaci. Cítí se nepříjemně a často se necítí v bezpečí, neboť neslyší zvonek ode dveří ani alarm. Tyto problémy mohou řešit nastavitelná naslouchátka, která jsou seniory hojně využívána (Vigué a kol., 2006).

Další oblastí změn je oblast **psychická**. Typickými změnami v této oblasti jsou dle Vágnerové (2007) například celkové zpomalení psychomotorického tempa, obtíže v zapamatování a vybavování či snížení frustrační tolerance. V mozku dochází ke zpomalení přenosu informací a k redukci synaptických spojení, což postihuje asociační oblasti a člověk si pak nedokáže informace správně propojovat. Při celkovém zpomalení poznávacích procesů člověk nestačí zpracovat všechny potřebné informace a není schopen ani jejich selekce. Jednotlivé úkoly pak člověk může provádět až dvakrát delší dobu. Také se u nich prodlužuje reakční čas, neboť rozhodování pro ně může být obtížné a zatěžující. Tlak na zvýšení tempa by ale mohl vyvolat větší chybovost. Starší člověk může mít problémy s rozdělováním, přenášením a udržením pozornosti. Velké nedostatky zaznamenává také paměť. Člověk má problém s udržením nových informací, vybavováním starých i eliminaci momentálně nežádoucích informací, které se vybavují v situacích, kdy to člověk nepotřebuje. Mohou mít také problémy s plánováním aktivit, či dodržováním časové posloupnosti. Krátkodobá i dlouhodobá paměť se tedy postupně zhoršuje, ale pravidelným užíváním a tréninkem lze uchovávat její funkce co nejdéle. Paměť obecných znalostí, vědomostí a přesvědčení se věkem naopak moc nemění a může sloužit jako základ dalšího učení. Ondrušková (2011) zdůrazňuje poruchy adaptace, kdy má člověk problém vypořádat se s novými a neznámými věcmi. Vágnerová (2007)

zaznamenává, že u starších lidí dochází sice k celkovému zklidnění a zpomalení, ale naopak všechny změny mohou vést ke zvýšené dráždivosti a citlivosti na některé podněty. Na emoce mají vliv zkušenosti, díky kterým dokáže člověk své emoce lépe projevit a pochopit. Lepší pochopení emocí může vést k vyrovnanosti a akceptaci sebe samého, ale i k uvědomování si vlastní nedostačivosti či selhání. Ondrušková (2011) doplňuje, že dalšími často nastávajícími problémy jsou demence, deprese, delirium či poruchy chování.

Nesmíme opomenout ani oblast **sociální**. Topinková (2005) a Kalvach (2008, citovaní dle Ondruškové, 2011) řadí do sociální oblasti následující syndromy: ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání seniorů či dysfunkce rodiny. S těmito syndromy se ztotožňuje i Bretšnajdrová (2016), která navíc dodává, že na emocionální stav člověka má také vliv odchod do důchodu, odchod dětí či smrt partnera, která člověka velmi zasáhne. Mohou mít strach, že budou umístěni do sociálního zařízení, ale naopak nechtějí být sami a vypořádávat se s osamělostí. Způsoby zvládání samoty se zabývá Vágnerová (2007), která uvádí, že starší lidé se snaží samotu kompenzovat lidmi ze svého sousedství, prostřednictvím telefonování se svými blízkými, pořízením domácího mazlíčka či častým sledováním televize, kdy se často stávají symbolickými účastníky dění televizních seriálů. Vágnerová (2007) zmiňuje **teritoria a sociální skupiny**, kde se sociální život staršího člověka odehrává. Patří sem vlastní byt, chata a chalupa, kde pobývá se svou rodinou, okolí těchto míst, kde má přátele a známé ze sousedství, nebo také instituce, kde je ve styku s dalšími obyvateli. Postupem času a se ztrátou schopností se však tato teritoria zužují. Vágnerová (2007) klade také důraz na **změnu sociálních rolí** ve stáří. V rámci rodiny se jejich role mění z rodiče na prarodiče. Při odchodu do důchodu se z pracujícího stává důchodce, po smrti partnera se mění role člověka na vdovu/vdovce a další negativní změnou může být přechod na roli nemocného či zdravotně postiženého. To je staví do role nesoběstačného a závislého člověka, což vede k umístění do určitého zařízení, kde získávají roli obyvatele tohoto zařízení.

Obavy mohou mít také ohledně své finanční situace, neboť výše důchodu je ne vždy dostačující a senior může mít problémy s ním vyjít, obzvláště pokud musí pravidelně užívat léky nebo platit profesionální výpomoc či nájem (nebo místo v nějakém zařízení).

Venglářová (2007, s. 12) všechny tyto oblasti více rozepisuje do následující tabulky změn ve stáří:

Tab. 1: Přehled změn ve stáří

tělesné změny	psychické změny	sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do důchodu
úbytek svalové hmoty	problematictější osvojování si něčeho	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráta blízkých lidí
degenerativní změny smyslů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonální změny	emoční labilita	finanční problémy
změny v trávicím systému	změny vnímání	
změny vylučování moči	zhoršení úsudku	
změny sexuální aktivity		

Všechny změny a problémy jsou u každého seniora velice individuální. U každého jedince se projeví v jiné míře, ale nemusí se také objevit vůbec. Člověk svým předchozím životem pozitivně či negativně ovlivňuje své stáří. Přes nepatrné drobnosti až po pečlivé dodržování správné životosprávy, to vše může mít na stárnutí určitý dopad.

Čermák (2016) zmiňuje **strategie vyrovnávání se se stářím**. Uvádí, že změny, které přináší stáří do života člověka, mohou generovat různé postoje, které člověk má k vlastnímu stáří:

- nepřátelské postoje (hostilní) – když se něco nedaří starému člověku, tak v tom bude bránit i těm mladším
- závislostní – vydírání příbuzných stářím
- racionální – racionální brždění (například pomocí sportu či zdravých koktejlů)
- negativistické – odmítání stáří – například nalezení o hodně mladšího partnera

Bretšnajdrová (2016) na závěr shrnuje charakteristiku seniorů do jedné krásné věty: „*Mnohdy nejsou krásní, nejsou přitažliví a jsou nevykonní, ale mají svou hodnotu, vnitřní bohatství a potřebují lidské pochopení, porozumění a pomocnou ruku.*“

4 Ergoterapie u seniorů

Ergoterapii lze využít v mnoha oblastech, nehledě na věk či postižení člověka, a geriatric je jednou z nich. I v této oblasti ergoterapeut pomáhá bojovat se snižováním či ztrátou soběstačnosti, snaží se podporovat zdraví a duševní pohodu pomocí smysluplných aktivit, a také pomáhá s aktivizací, která je u seniorů důležitým pilířem (Lupienská, 2012; Pfeiffer, 1989).

Klusoňová (2011) též poukazuje na široké uplatnění ergoterapie. Dle ní, je tedy hlavním cílem již zmíněná obnova narušených funkcí a udržení funkcí zdravých. Nesmíme zapomenout ani na snahu udržet člověka co nejdéle aktivního a nezávislého, obzvláště v osobní sebeobsluze, základní mobilitě a schopnosti lokomoce. Důležitý je i trénink mozkových funkcí a aktivizace člověka. V populaci seniorů se jedinci navzájem liší. Někteří jsou až do smrti plně samostatní, mohou pracovat, aktivně prožívat volný čas, věnovat se koníčkům, rodině a hlavně sami sobě. Jiné seniory již v brzkém věku postihují zdravotní problémy a vyžadují sociální a zdravotní péči. U mladších a samostatnějších seniorů je tedy ergoterapie zaměřena na vhodné volnočasové aktivity a seberealizaci člověka. Čím je člověk starší potřebuje zajistit pomoc nejen při fyzicky náročných aktivitách, ale hlavně při každodenních sebeobslužných činnostech.

Kolář (2009, s. 297) shrnuje ergoterapii u seniorů následovně: *„Ergoterapie u seniorů je zaměřená na zachování co nejvyšší míry soběstačnosti, výběr kompenzačních pomůcek, podporu zachování stávajících fyzických, kognitivních a psychických funkcí a sociálních rolí prostřednictvím cílených aktivit a poskytování poradenství v oblasti prevence pádů a úrazů.“*

Klusoňová (2011) uvádí hlavní oblasti, na které by se ergoterapie měla u seniorů zaměřit:

- **Hrubá motorika**

U seniorů je důležité zvládnutí základních pohybových dovedností. Tím je myšlena bezpečná chůze, schopnost sedání a vstávání, dosažení do nižších či vyšších poloh, obrácení se v leže na bok a záda nebo také posazení s nohama přes okraj postele. Tyto schopnosti se dají podpořit činnostmi, kde se střídá sed, krátkodobý stoj a přecházení.

- **Jemná motorika**

Mezi podmínky pro fungování jemné motoriky patří koordinace oko – ruka, souhra obou rukou a součinnost horní končetiny s percepčními funkcemi. Do nácviku jemné motoriky lze zahrnout různá manipulační cvičení, stolní hry a spoustu kreativních činností, ručních prací a grafomotorických cvičení. Kolář (2009) dále doplňuje

jednotlivé druhy a fáze úchopů, izolované pohyby ruky, křížení středové osy, schopnost uvolnění zápěstí a celou polohu těla.

- **Trénink soběstačnosti**

Udržení schopností v oblasti osobní hygieny, stravování a oblékání je základní cíl ergoterapie. Nezávislost v těchto i jiných oblastech úzce souvisí s hrubou i jemnou motorikou, ale i s psychickým stavem člověka. K dosažení co největší nezávislosti se používají vhodné kompenzační a technické pomůcky a to za optimálních podmínek ve vhodně upraveném prostředí.

- **Trénink kognitivních funkcí**

Kognitivní trénink je pro seniory velice významný. Patří sem trénink paměti, všítivosti, pozornosti, koncentrace a orientace v místě a času. Pro tento trénink nejsou vhodné terapie ve velkých skupinách, proto se doporučuje buď individuální forma terapie, a nebo malé skupiny maximálně do šesti osob. K nácviku těchto funkcí se používají cíleně zadané hry a úkoly, u kterých lze využít osobní profil klienta, tedy jeho dětství, zážitky, rodina. To souvisí s reminiscencí, kdy člověk vzpomíná například pomocí starých filmů, novin či jiných vzpomínkových předmětů. Kognitivní funkce se dobře procvičují také pomocí praktických cvičení, které vyžadují pozornost (práce podle návodu či receptu) nebo pomocí cvičení spojených s pohybovými aktivitami.

- **Zájmové činnosti**

V pozdějším věku, kdy má člověk mnoho volného času, jsou zájmové aktivity důležité nejen z hlediska využití volného času, ale také kvůli udržení aktivity člověka a jeho sociálního kontaktu. Ergoterapeut by se měl snažit motivovat k činnosti a pomoci najít vhodnou aktivitu. Při zařazování kreativních činností, je nutné začít se známými a nenáročnými aktivitami. S tím souhlasí i Pfeiffer (1989), který klade důraz na práci, kterou osoba celý život dělala. Starší lidé se rádi zaměstnávají činností, kterou již dobře znají a nepotřebují se k ní učit mnoho nových věcí. Teprve postupně časem je dle Klusoňové (2011) klient ochotný poznávat i nové činnosti. Oba výše zmínění autoři se shodují, že podstatná je motivace a smysluplnost aktivity. Pokud mají senioři rozsáhlou rodinu, je vhodné zvolit aktivitu, při níž vyrobí dárek některému členu rodiny. Ergoterapie by měla navozovat příznivé ovzduší, což může být problém vzhledem ke stařeckému negativismu. Osvědčují se činnosti, v průběhu kterých je možné komunikovat s ostatními členy skupiny, a proto je vhodné zvolit aktivitu, která nevyžaduje mnoho myšlení. Pokud se klient odmítá do aktivity zapojit, akceptujeme

jeho rozhodnutí, ale snažíme se zajistit jeho účast alespoň přihlížením, žádostí o radu nebo o pomoc.

Domácí prostředí

Ergoterapie u seniorů může probíhat v jejich domácím prostředí. Avšak toto přirozené prostředí není vždy správně uzpůsobeno. Ergoterapeut by tedy měl klientovi poradit, jak byt a jeho **prostředí upravit** tak, aby se mu činnosti v něm prováděly co nejsnáze, pohyb po bytě byl bez komplikací a aby se co nejvíce zamezilo a předešlo pádům. Rubenstein (1999, citovaný dle Valešové Malecové, 2013) uvádí, že následkem toho dochází i k pozitivnímu ovlivnění poklesu funkčních schopností a ke zlepšení kvality života seniora.

Zkvalitnění života lze podpořit i vhodnými kompenzačními pomůckami. Jak píše Kovář (2009, s. 299): „*Ergoterapie podporuje především schopnost pacienta provést příslušnou aktivitu samostatně. Pokud pacient takovou schopnost postrádá, je nutné jej vybavit kompenzační pomůckou.*“ Díky nim je jednodušší provádět problematické činnosti, ale i vykonávat činnosti, které doposud nemohli. Pomůcky můžeme rozdělit na pomůcky pro lokomoci a mobilitu (chodítka, vozíky, berle, hole, dlahy), hygienu (sedačky do vany či sprchy, protiskluzové podložky, madla do koupelny, nástavce na WC, obyčejné předměty na dlouhém nástavci), oblékání (zapínač knoflíků, navlékač ponožek, elastické tkaničky), sebesycení (odlehčené nádoby, hrnky s pítkem, fixační pásky, ergonomicky nastavitelné přístroje, talíře s vyvýšeným okrajem), přípravu stravy a práce v domácnosti (podavač předmětů, zvětšovací lupy) a pomůcky pro dorozumívání a orientaci.

Ergoterapie u seniorů v domácím prostředí je dle Lupienské (2012) dále zaměřena na poradenství, spolupráci s rodinnými příslušníky, nácvik soběstačnosti ve vlastním prostředí a snahu o co nejdelší udržení seniora v tomto přirozeném a bezpečném prostředí.

V zařízení

Kromě domácího prostředí může ergoterapie probíhat i v jakémkoliv zařízení, kde je senior umístěn.

I zde může být prováděna **individuální formou**, která je v zařízení zaměřena především na nácvik každodenních činností a aktivizaci klienta. Při nácviku ADL se ergoterapeut snaží hledat případné alternativy a doporučuje kompenzační pomůcky včetně případné úpravy prostředí pro snadnější zvládnutí těchto činností. Se soběstačností souvisí funkčnost horní končetiny, kterou lze rozvíjet pomocí nácviku úchopů, sensorické stimulace a tréninku jemné motoriky. Často větším pilířem ergoterapie je aktivizace. Ta ke zdravému stárnutí

neodmyslitelně patří a má na člověka nepochybně dobrý vliv. Aktivizovat klienta lze pomocí tréninku kognitivních funkcí, reminiscenční terapie, stimulace smyslů, tréninku jemné a hrubé motoriky, zooterapie či reborn panenky. Výčet aktivizačních činností však nikdy nekončí a ergoterapeut by měl stále vytvářet a vyhledávat nové aktivity, a to co nejvhodnější pro klienta. Důraz je kladen na stupňování a adaptaci jednotlivých aktivit. Obtížnost aktivit by se měla snižovat či zvyšovat tak, aby pro klienta nebyla ani příliš lehká ani nesplnitelná. Adaptace představuje úpravu prostředí a použití pomůcky, bez nichž by aktivita nemohla být vykonávána (Lupienská, 2012)

V zařízeních může ergoterapie probíhat i formou **skupinové terapie**. Tyto aktivity umožňují sociální kontakt s ostatními, podporují psychickou a fyzickou kondici, sebevědomí a pocit smysluplnosti, odpoutávají od bolesti a negativních myšlenek, poskytují výměnu poznatků a zkušeností, přidělují člověku určitou roli a poskytují vzájemnou podporu lidí stejného věku. Dále napomáhají strukturovat den, předcházejí sociální izolaci a hlavně napomáhají aktivizaci člověka. Lupienská (2012) uvádí příklady činností v rámci skupinové ergoterapie u seniorů. Řadí sem výtvarné a kreativní techniky, skupinové trénování kognitivních funkcí (hlavně paměti), pečení a vaření, práci s knihou a předčítání, reminiscenční terapie, aktivity s prvky muzikoterapie a zpěv, canisterapie a kontakt s jinými zvířaty, ale také taneční terapie, skupinové cvičení a různé besedy. Ergoterapie není jen smysluplné využití volného času, je též žádoucí pro nácvik soběstačnosti a individuální aktivizaci klienta a také představuje důležitý diagnostický prostředek.

Při ergoterapii v geriatrici je nutné dodržovat určité zásady. Ty uvádí Klusoňová (2011):

- V terapeutických postupech respektovat všechny biologické změny seniorského věku, s přihlédnutím k individuálním potřebám.
- Všemi dostupnými prostředky udržovat a podporovat maximální možný stupeň nezávislosti, zejména v osobní obsluze.
- Udržovat fyzický a psychický výkon (chůze, mozkové funkce). Motivovat k aktivnímu životu a sociálním kontaktům.
- Poradenskou činností, instruktážemi a doporučeními pro klienta i rodinu, upravit prostředí vhodnými pomůckami a vybavením, s cílem snížit denní zátěž a náročnost v osobním životě, upravit produktivně denní režim a zajistit bezpečnost.
- V indikovaných případech pomoci při zajištění potřebných sociálních služeb.
- Cílem veškeré péče o seniory je zajistit stav tělesné, duševní a sociální pohody.

V České republice stále ergoterapie u seniorů není zcela běžnou záležitostí. Naopak třeba ve skandinávských zemích představuje ergoterapie pro seniory běžně nabízenou službu a na mnohem lepší úrovni než u nás. Ačkoliv je ergoterapie seniorům nabízena již v mnoha zemích, ne v každé z nich probíhá stejným způsobem. Jak jsem již psala, v některých z nich je tato služba kvalitnější a propracovanější než v jiných. Také se v každé zemi věnují odlišným oblastem a činnostem.

Právě ve **Švédsku** je ergoterapie u seniorů na vysoké úrovni. Kromě motorických, kognitivních a sociálních dovedností je zde zaměřena i na úpravu prostředí a nácvik běžných denních činností (Sveriges Arbetsterapeuter, 2017). **Dánsko** je v tomto ohledu také velmi vyspělé. Ergoterapie u seniorů je zaměřena na důstojné zachování schopností provádět každodenní činnosti a rehabilitaci. Důležitá je zde prevence, a balíčky preventivní péče pro seniory jsou často nabízenou službou (Ergoterapeut foreningen, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2013). Ve **Velké Británii** se zase zaměřují na kognitivní, motorické, kondiční a sociální schopnosti, úpravu prostředí a doporučení kompenzačních pomůcek (College of Occupational Therapists, 2011). V **Americce** kladou důraz na kognitivní cvičení, každodenní činnosti, funkční procvičování ruky, úpravu prostředí ale i relaxační a kulturní aktivity (Miller, 2015, Mayne, 2015). **Švýcarská** ergoterapie u seniorů je zaměřena hlavně na psychické, sociální a motorické dovednosti (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz). V **Německu** se snaží zapojit aktivity v oblasti péče o vlastní osobu, volného času ve svém osobním prostředí, produktivity a socializace (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2007). A například v **Rakousku** je ergoterapie zaměřena převážně na děti. I když osobám dospělého věku se věnují méně, usilují o zlepšení fyzických, kognitivních, emocionálních a sociálních dovedností (Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs).

I přes patrné rozdíly, se v každé zemi snaží především o co největší zapojení člověka do běžných činností, jeho nezávislost, smysluplné využití volného času a co největší kvalitu jeho života.

5 Ergoterapie v denním stacionáři

V praktické části své bakalářské práce se zabývám popisem pozorování práce a ergoterapeutické náplně dne u klientů denního stacionáře v rámci gerontocentra. Pokusím se zaznamenat rozmanitost prováděných aktivit, jejich adekvátnost, vliv na klienty a přístup, chování a schopnost klientů vykonávat jednotlivé činnosti.

5.1 Informace o zařízení

Pro realizaci praktické části mé bakalářské práce jsem si vybrala gerontocentrum poblíž Prahy, jehož cílem je poskytování zdravotních a sociálních služeb především místním občanům. Budova gerontocentra, kde je poskytována většina služeb, je situována na okraji města a je obklopena zahradou, kterou mohou klienti využívat. Mezi nabízené služby gerontocentra patří lůžkové oddělení pro pacienty, kteří vyžadují intenzivní rehabilitaci a ošetrovatelskou péči a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Druhou službou je denní stacionář, který poskytuje celodenní péči pacientům postiženým demencí a seniorům ohroženým ztrátou soběstačnosti. V rámci stacionáře jsou nabízeny i svozy zdarma pro klienty, kteří nemají možnost zajistit si vlastní dopravu. Gerontocentrum dále poskytuje osobní asistenci seniorům se sníženou soběstačností. Asistenti pomáhají s širokou škálou činností od osobní hygieny přes zajištění chodu domácnosti až po aktivizační činnosti.

5.2 Charakteristika vybrané skupiny klientů

Ergoterapeutickou skupinu tvoří klienti z denního stacionáře. Ten navštěvuje dohromady až kolem 30 klientů, avšak někteří z nich dochází pouze jeden den v týdnu, tudíž byli přítomni jen několik málo dní z mých návštěv. Proto jsem se rozhodla popsat ustálenou skupinu deseti klientů, kteří pobývali ve stacionáři pravidelně.

Klientka BP

U této dvaosmdesátileté paní se projevuje demence v již pokročilé fázi. Komunikace je na špatné úrovni, slovní zásoba se vytrácí a schopnost vyjádřit se je zcela nedostatečná. Kognitivní funkce jsou též výrazně poškozeny, především paměť a pozornost. Soběstačnost je na průměrné úrovni. Samostatně zvládá jíst, oblékat se i používat toaletu. Jen je nutné jí připomenout, aby si na toaletu došla. Chůzi na kratší vzdálenost zvládá samostatně, ale na delší vzdálenost používá francouzské hole. Jinak je tato klientka plačtivá, nespolečenská, nekomunikativní a nerada se zapojuje do společných aktivit. Ergoterapie je zaměřena na aktivizaci, kognitivní trénink (zejména nácvik krátkodobé paměti a pozornosti), kondiční

cvičení, nácvik běžných denních činností a socializaci. Cílem terapie je podpora duševní pohody, navození pocitu bezpečí a jistoty, udržení stávajících kognitivních dovedností, větší začlenění do aktivit a socializace, rozvoj komunikačních schopností a udržení schopností soběstačnosti.

Klientka HB

Tato jedenasedmdesátiletá klientka trpí frontotemporální demencí. Je schopná komunikace, i přestože se u ní projevuje dysartrie. Kognitivní funkce jsou postupně omezovány. Jedení a oblékání zvládá samostatně. Chodí pouze s dopomocí, je nejistá a bez dopomoci často padá. Po zranění levého lokte má potíže s motorikou horní končetiny. Jinak je velmi často neklidná, ale ráda hraje stolní hry a poslouchá hudbu, což jí dokáže uklidnit. Terapie je zaměřená na nácvik stability stoje a chůze, nácvik jemné a hrubé motoriky, aktivizaci a kognitivní trénink. Do cílů terapie patří zlepšení hybnosti levé ruky, zlepšení posturální stability a chůze, zvýšení samostatnosti při hygieně a zlepšení psychické kondice.

Klientka PM

Této jedenadevadesátileté paní byla diagnostikována vaskulární encefalopatie. V komunikaci je velice zdatná, ale často fabuluje. Vyskytují se problémy s krátkodobou pamětí, avšak pozornost a ostatní kognitivní funkce jsou na lepší úrovni. Soběstačnost je plně dostačující. Oblékání, jedení a používání toalety zvládá samostatně. Při chůzi na delší vzdálenost vyžaduje podporu francouzskými holemi, jinak chodí bez dopomoci. Trpí artrózou levého zápěstí, tudíž motorika levé horní končetiny je omezena. Má potíže se zrakem i sluchem, používá brýle na čtení a naslouchadlo, ale i tak je společenská a ráda pobývá v kolektivu. Terapie je zaměřená na kognitivní trénink, aktivizaci, kondiční cvičení a nácvik jemné a hrubé motoriky. Cílem terapie je udržení motorických funkcí, zachování kognitivních a sociálních dovedností, navození pocitu jistoty a udržení současné soběstačnosti.

Klient KR

Tento šestaosmdesátiletý muž trpí smíšenou kognitivní poruchou a depresivním syndromem. I přestože vyjadřovat se dokáže dobře, nemá potřebu komunikovat. Pozornost je na dobré úrovni, avšak vyskytují se nedostatky v krátkodobé i dlouhodobé paměti. Soběstačnost výborná. Jedení, oblékání i používání toalety zvládá zcela samostatně, jen při chůzi potřebuje oporu – francouzské hole. Vyhledává společnost, rád pobývá v kolektivu nebo v přítomnosti zvířat, zejména psa. Terapie je zaměřená na trénink paměti, kondiční cvičení, aktivizaci a

socializaci. Do cílů spadá udržení kognitivních schopností a soběstačnosti a zlepšení psychického stavu.

Klient SL

U tohoto dvaosmdesátiletého klienta se projevuje progredující smíšená kognitivní porucha. Komunikace častá a na dobré úrovni, avšak řeč ulpívá na určitých tématech a často je verbálně agresivní. Objevují se potíže s orientací, dokáže se orientovat časem a osobou, ale už ne podle místa. Též se vyskytuje porucha krátkodobé paměti. Jedení, oblékání, použití toalety i chůzi zvládá bez dopomoci. Motorika pravé horní končetiny je omezena artrózou ramenního kloubu. Má problémy se sluchem a příležitostně používá naslouchadlo. Vyskytuje se u něj problémové chování a často vyvolává konflikty. Ergoterapie je zaměřena na trénink paměti a orientace, socializaci ve skupině, kondiční cvičení, aktivizaci a nácvik jemné a hrubé motoriky. Cílem je udržení stávajících kognitivních funkcí a soběstačnosti a zlepšení sociálních schopností.

Klientka RJ

Této dvaasedmdesátileté ženě byla diagnostikována Alzheimerova choroba prozatím v počáteční fázi. V komunikaci je velice zdatná, ale často se pokouší lidmi manipulovat. Kognitivní funkce jsou na celkem dobré úrovni. Jedení, oblékání, používání toalety i chůzi zvládá bez větších problémů samostatně. Asi jako jediná klientka denního stacionáře se sem dopravuje zcela sama. Má šedý zákal a používá brýle. Ergoterapie je zaměřená na aktivizaci, smysluplné využití volného času a kondiční cvičení. Hlavním cílem je udržení kognitivních dovedností (zejména paměti) a stávající soběstačnosti, kvalitní vyplnění volného času a zlepšení sociálního chování.

Klientka GN

U této třiadevadesátileté klientky se projevuje vaskulárně-degenerativní demence. V komunikaci se neobjevují žádné výrazné potíže. Největší kognitivní problémy jsou v oblasti krátkodobé paměti a pozornosti. Jedení a používání toalety zvládá sama, avšak při oblékání vyžaduje asistenci. Kvůli velkému riziku pádu, chodí raději s podporou chodítka. Špatný výsledek rehabilitace po operaci karpálního tunelu omezuje úchopovou funkci pravé ruky. Paní je společenská, přesto upřednostňuje menší kolektiv. Nosí brýle na blízko i na dálku a má problémy se sluchem, naslouchadlo však nepoužívá. Terapie je zaměřená na kognitivní trénink (především na krátkodobou paměť a pozornost), nácvik jemné motoriky, nácvik soběstačnosti, podporu chůze a kondiční a koordinační cvičení. Cíle obsahují udržení

kognitivních dovedností, posílení funkce horní končetiny, udržení stávajících schopností soběstačnosti, zmenšení rizika pádů a posílení stability stoje.

Klientka MT

Tato jednaosmdesátiletá paní je po cévní mozkové příhodě a trpí Alzheimerovou chorobou. Komunikace zaostává, hovor sama nezačne, reaguje pouze na dotazy směřované přímo na ní. Objevují se zásadní nedostatky v krátkodobé paměti a orientaci. Naopak dlouhodobá paměť je na lepší úrovni a paní je vybavena velkou slovní zásobou. Soběstačnost nedostatečná, pouze jedení zvládá samostatně. Při oblékání i používání toalety vyžaduje asistenci ve velké míře. Chůze pouze za použití chodítka a to jen na velmi krátkou vzdálenost. Většinu času se pohybuje na vozíku. Jinak je klientka milá, introvertní a nevyhledává společnost. Terapie je zaměřená na kognitivní trénink, nácvik chůze a přesunů, kondiční cvičení, socializaci a procvičení krátkodobé paměti a orientace v čase a prostoru. Do cílů terapie patří zlepšení orientace v čase a prostoru, udržení ostatních kognitivních funkcí, větší sociální začlenění do kolektivu, zlepšení soběstačnosti – převážně v oblékání a zachování dosavadních schopností chůze.

Klientka IV

Této jednadevadesátileté klientce byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Je velice povídatavá a nemá s komunikací výrazné problémy. Velké problémy má s krátkodobou pamětí, u ostatních kognitivních funkcí je pouze mírný deficit. Soběstačnost je na dobré úrovni. Jedení, oblékání i používání toalety zvládá bez dopomoci, chůze s francouzskými holemi, obě kolena nahrazena protézami. Terapie je zaměřená na kognitivní trénink, kondiční cvičení, socializaci, aktivizaci, podporu stability chůze a prevenci pádů. Cílem je udržení kognitivních dovedností, zlepšení sociálního začlenění, zlepšení stability chůze, snížení rizika pádů a udržení soběstačnosti.

Klient ZH

Tomuto třiaosmdesátiletému klientovi byla diagnostikována Alzheimerova choroba, nyní už ve druhé fázi nemoci. Je velice společenský. Komunikace na výborné úrovni. Problémy s krátkodobou pamětí a orientací, naopak dlouhodobá paměť je v lepším stavu. Soběstačnost zatím dostačující. Jedení, oblékání, použití toalety i chůzi zvládá zcela sám. Motorika obou horních končetin je v pořádku, rád a dobře kreslí. Terapie je zaměřena na kognitivní trénink, kondiční cvičení, aktivizaci a smysluplné využití volného času. Za cíl je považováno udržení

kognitivních dovedností, zlepšení orientace v čase a prostoru, udržení soběstačnosti a kvalitní využití volného času.

5.3 Popis terapeutických aktivit

Mé návštěvy nebyly celodenní, vždy jsem docházela buď v dopoledních, nebo odpoledních hodinách, a proto i v jednotlivých setkáních popisuji pouze jednu z těchto částí dne a její náplň. Pro úplnou přehlednost bych ale v následujícím odstavci ráda stručně popsala celkový průběh dne.

V denním stacionáři probíhá ergoterapie prostřednictvím celodenního aktivizačního programu. Dopolední program zahrnuje úvodní setkání, kdy si všichni ujasní, jaký je den, kdo s nimi dnes bude pracovat, kdo z dalších klientů je dnes přítomen a jaká bude náplň dnešního dne. Následuje kondiční trénink, při kterém si klienti uvědomí své tělo, rozcvičí se a protáhnou. Za hlavní náplň dne je považován kognitivní trénink. Ten je pro pacienty s demencí velmi důležitý a zařazuje se opakovaně do programu v průběhu celého dne. Do odpoledního harmonogramu jsou zařazovány aktivizační činnosti a rukodělné aktivity. Při hezkém počasí chodí do zahrady a na tématické procházky. Na závěr každého dne si s terapeutkou zopakují činnosti, které dělali a zhodnotí průběh celého dne.

1. návštěva – Kondiční a kognitivní trénink

Hned ráno při příchodu klienta ho terapeutka na názorné nástěnce seznámí s tím, jaký je den v týdnu, datum, měsíc a rok, kdo dnes slaví svátek a jaké je roční období. Když se všichni ze skupiny sejdou, terapeutka jim sdělí harmonogram dnešních činností.

Kondiční trénink

Zaměření: zachování fyzické kondice, udržení mobility klienta, udržení kloubních rozsahů, nácvik obratnosti a koordinace pohybů, protažení zkrácených svalů, posílení svalů ochablých, podpora činnosti dýchací a oběhové soustavy, pozitivní vliv na psychiku, aktivizace

Popis činnosti: Cvičení spočívalo v protažení celého těla. Jelikož by starší lidé nevydrželi u cvičení tak dlouho stát, probíhalo protahování vsedě. Ve společenské místnosti má každý klient své místo. Někteří upřednostňují pevnou vyšší židli, jiní mají naopak radši nízká měkká křesla. Terapeut, který předcvičoval, zaujal takové místo, aby na něj měl každý klient dobrý výhled a věděl, jaký cvik má provádět.

- Cvičení začínalo protahováním horní poloviny těla. Klienti narovnaní, otáčeli hlavu různými směry (nahoru a dolů, doleva a doprava).

- Střídavě zdvihali pravé a levé rameno a následně kroužili rameny oběma směry.
- Měli za úkol napodobit ptáka v letu, tedy položit své ruce na ramena a zvedat lokty.
- Klienti položili své ruce na stehna a postupně zdvihali jednotlivé prsty, což se několikrát opakovalo.
- Jednou rukou si klienti postupně chytili každý prst druhé ruky a opatrně s každým různě hýbali.
- Poté se obě ruce spojily propletením prstů a spojené ruce se natahovali propletenými prsty směrem od hrudníku.
- Následující část byla zaměřena na protažení dolní poloviny těla. Klienti vsedě kroužili nohou v kolenu. Nejprve dělali menší kroužky, které se postupně zvětšovaly. Nohy se vždy po chvíli střídaly.
- Při sedu snožmo měli paty u sebe a pohybovali špičkami od sebe a k sobě. Následně se cvik obrátil, špičky dali k sobě a pohybovali patami.
- Poté klienti zdvihli nohu do vzduchu a střídavě propínali špičku od těla a k tělu, po chvíli nohy prostřídali.
- Klienti dále nohu zdvihli do vzduchu a střídavě ji pokrčovali a natahovali, poté nohy vyměnili. Pro uvolnění si následně zadupali.
- Na závěr bylo ještě zařazeno několik cviků s pomůckou – masážním gumovým válečkem. Tím si klienti nejprve přejížděli v dlani, poté po celé délce ruky, po stehnech a lýtkách a nakonec i po břiše.
- Na úplný závěr cvičení klienti zpívali říkanku o částech těla: hlava, ramena, kolena, palce, kolena, palce, kolena, palce, hlava, ramena, kolena, palce, oči, uši, pusa, nos. Tu doplňovali dotyky na zmiňovaná místa.
- Před zakončením byl vymezen čas na hodnocení cvičení a zpětnou vazbu klientů.

Reflexe: Celé cvičení probíhalo potichu, tedy až na pokyny terapeutky. Nikdo z klientů si nepovídal ani se k ničemu nevyjadřoval. Klientka BP seděla a necvičila, jednou za čas udělala náznak pohybu, ale jinak vypadala nezúčastněně. Klientka HB upřednostňovala cviky na dolní polovinu těla. Měla menší problémy s cviky horními končetinami, ale byla soustředěná a snažila se. Klientka PM se sice také snažila, ale cviky jí moc nešly. Ty cviky, které nebyla schopná provést, si zjednodušila a většinou cvičila nakonec něco úplně jiného. Klient KR zvládal většinu cviků bez problémů. Pouze se zdviháním nohu měl problém. Klient SL necvičil pořádně. Cviky, které se mu asi nelíbily, přeskočil, a buď čekal nehnutě na další, nebo pokračoval v předešlém. Klientka RJ zvládala všechny cviky. Některé sice nevydržela

provádět dlouhou dobu, ale všechny se jí podařilo udělat. Klientka GN téměř necvičila. Cvik sice začala, ale hned přestala a teprve až když na sobě ucítila něčí pohled, tak pokračovala. Cviků moc nepředvedla, takže nejsem ani schopna posoudit, jak byla schopná je provádět. Klientka MT měla potíže s většinou cviků. Cviky neprováděla úplně, snažila si vše ulehčit, některé i vynechala. Na klientce IV bylo vidět, že jí cvičení nudí. Všechny cviky zvládala dobře, ale po chvíli všeho nechala, nic nedělala a pozorovala ostatní. Klient ZH naopak cvičil poctivě celou dobu a kromě cviků se zdviženýma nohama vše zvládal. Výkony se sice různily, ale dle mého názoru byly jednotlivé cviky zvoleny adekvátně vzhledem ke schopnostem klientů, tudíž nebyly ani příliš lehké ani moc těžké. Jediné, co bych vytkla, byl přístup terapeutky, která pouze předcvičovala a nereagovala na občasnou pasivitu klientů. Určitě by bylo vhodné je v průběhu cvičení motivovat a vybízet ke spolupráci.

Kognitivní trénink

Zaměření: krátkodobá a dlouhodobá paměť, koncentrace pozornosti, slovní zásoba, prostorové myšlení, logické myšlení, úsudek, chápání, zraková analýza a stimulace, sluchová stimulace, hudební paměť, aktivizace

Popis činnosti: Po krátké pauze následoval trénink paměti. Jelikož se blížily Vánoce, aktivity byly zaměřené právě na toto téma.

- Nejprve měla terapeutka na nástěnce připevněné kartičky s informacemi – co je dnes za den, kolikátého je a jaký je měsíc. To vše si společně zopakovali a teprve potom začali s tréninkem.
- Doplnování přísloví a pranostik – terapeut řekl jednu část přísloví a klienti doplňovali jeho zbylou část (např.: Únor bílý, pole sílí. Bez práce nejsou koláče. Mluví stříbro, mlčí zlato. Bez peněz do hospody nelez.)
- Hádání pojmů – terapeut ukazoval papír s připravenými slovy, která postrádali většinu písmen, a klienti se z přítomných písmen snažili doplnit celé slovo (např.: J _ _ _ I _ K _ (jesličky), _ E _ Í _ E _ (Ježíšek))
- Přesmyčky
 - klienti se z nich snažili vyluštit vánoční zvyky (např.: kočlidy z eřůcho (lodičky z ořechů), zíhená třívesec (házení střevíce), hlodep od vydo (pohled do vody)). Po každém uhodnutém zvyku si vysvětlovali, co přesně a proč se to tak dělalo.

- klienti hledali vánoční pokrmy (např.: rýneč abuk (černý kuba), bíry vélkopa (rybí polévka), konačáv (vánočka), mýsežan park (smažený kapr))
- Terapeut předložil papír s pojmem vánoční koleda a klienti v tom hledali další slova (v pojmu lze najít např.: led, kolo, čokoláda, nová, nočník,...)
- Pexeso – terapeut na podlahu rozložil velké obrázky Josefa Lady s různými zimními motivy. Nejprve si popsali dění na každé kresbě a následně se všechny obrázky obrátili vzorem dolů. Terapeut měl u sebe druhou sadu těchto obrázků, vždy jeden z nich klientům ukázal a jejich úkolem bylo uhodnout správné umístění téhož obrázku v první sadě na podlaze.
- Na závěr si společně zazpívali koledy a zhodnotili dnešní trénink.

Reflexe: Většinou odpovídala ta samá skupinka lidí, kam patřili klienti IV, SL, MT a RJ. Ti věděli téměř všechny odpovědi, i když u hádání pojmů a pranostik také hodně přemýšleli. Klientka IV byla sice chytrá a přišla na většinu odpovědí, ale i přesto, že sama nad odpověďmi občas dobu přemýšlela, povyšovala se nad ostatními, kteří odpověď neznali. Když párkrát něco nevěděla, hledala naopak výmluvu, svalovala vinu na špatné provedení a nemohla přijmout fakt, že odpověď neví. Právě klienti BP, GN a KR se vůbec nezapojili a neřekli žádnou odpověď. Klienti HB, PM a ZH byli zdrženlivější a do odpovědí se nehrnuli, avšak když řekli správnou odpověď, byla z nich cítit radost, že také něco věděli. Aktivně se projevovali spíše se u jednodušších úkolů jako například hádání přísloví a pranostik. Jelikož nakonec klienti přišli na všechna správná řešení a zároveň se nad nimi museli zamyslet, přišlo mi toto cvičení adekvátní vzhledem ke kognitivním dovednostem klientů. Větší důraz bych kladla na individuální zapojení klientů ve skupině. Jelikož někteří klienti se vůbec neprojevovali a jiní jen nepatrně, poskytla bych jim více prostoru. Jednotlivé úkoly bych cílila na konkrétní úkoly právě tak, aby se zapojili všichni. Od každého úkolu jeden příklad na konkrétního člověka a teprve pokud by ani po nápovědě nevěděl, dala bych možnost ostatním. Dále bych asi do kognitivního tréninku zapojila více aktivity, které mohou klienti využít přímo v běžném životě jako například práci s penězi či s mapou.

2. návštěva – Vyrábění rámečků

Zaměření: nácvik jemné motoriky, koordinace oko – ruka, získání pocitu seberealizace, propojení a spolupráce pravé a levé končetiny, posílení drobných svalů ruky, procvičení úchopů ruky, hmatová stimulace, rozvoj spolupráce a komunikace ve skupině, posílení trpělivosti, rozvoj kreativity

Popis činnosti: Náplní tohoto odpoledne bylo vyrábění rámečků na fotografie. Nejprve terapeutka sdělila klientům podrobný plán na dnešní setkání a postup činnosti rozdělila do tří strategických bodů:

- Připravit všechny komponenty.
- Slepit je dohromady.
- Nazdobit rámeček.

Body zapsala na tabuli v místnosti, kterou mohou všichni po celou dobu sledovat. Jednotlivé body klientům podrobně popsala, vysvětlila a názorně předvedla. Ujistila se, zda všichni všemu rozumí a několikrát si vše zopakovali. Pak tedy začali dle jednotlivých kroků postupovat.

Každý klient si přinesl vlastní fotografii, kterou si chtěl zarámovat, a ostatní pomůcky zajistila terapeutka. Nejprve všem rozdala karton. Příprava všech částí rámečku začínala naměřením dle pravítka správných rozměrů (vzhledem k velikosti jejich fotky) kartonového obdélníku, který bude tvořit podklad rámečku. Poté si klienti odměřili dva dlouhé a dva krátké proužky. Podklad i všechny proužky následně nůžkami vystříhnou. Následuje druhý bod: slepování dohromady. Klienti nalepí fotografii přímo doprostřed kartonu a lepidlem přilepí vystřižené pruhy kolem fotografie. Vytvořený rámeček tedy následně pomocí štětce a vodou smývatelných barev rámeček namalují libovolnou barvou. Tomu, kdo omylem barvou umazal i fotografii, terapeutka pomůže navlhčeným hadříkem fotografii očistit. Když barva zaschne, klienti si vyberou, čím budou chtít rámeček nazdobit. Mají na výběr knoflíky, mušle, keramickou mozaiku či těstoviny. Štětcem nanáší lepidlo na vybrané ozdoby a dle fantazie je přilepují na svůj rámeček. Pak už jen nechají lepidlo zaschnout a rámečky jsou hotovy.

Na závěr je nutné zapojit zhodnocení dnešního programu. Každý má prostor se určitým způsobem vyjádřit a sdělit pozitivní i negativní dojmy. Kvůli tréninku paměti, který je důležitý i při rukodělných činnostech, je i v této závěrečné části vyhrazen prostor pro zopakování postupu dnešní činnosti, který ale shrnují klienti, nikoliv terapeut.

Reflexe: Přestože se mi tato aktivita jevila jako adekvátní, klienti měli docela problémy s její realizací. Většinou chápali, co mají dělat, ale nedařilo se jim kloubit teorii s praxí. Klientka BP sice neměla problém s realizací jednotlivým úkolů, avšak po celou dobu se téměř neprojevovala a činnost prováděla pomalým tempem a bez chuti a sebemenšího zápalu. Klientka HB bojovala se stříháním kartonu a rovným nalepením fotografie na podklad.

Klientce PM nešlo naměřit požadovanou velikost, stříhat karton a lepit fotografii na podklad. Ale užívala si výběr dekorace a zdobení. Klient KR zvládnul celou činnost bez problémů a dokonce ve volném čase pomáhal ostatním. Klientovi SL bylo nutné pomoci se stříháním kartonu, zbytek zvládal sám. Díky své povaze si ale průběžně na vše stěžoval a příliš se snažil s ostatními komunikovat. Klientka RJ je velmi zručná, pouze kvůli špatnému zraku měla problém s naměřením obdélníků. Je komunikativní, a tak byla jednou z mála, která reagovala na povídání klienta SL. Klientka GN se neustále ztrácela a nevěděla, co má momentálně dělat. Problém ji dělalo i měření, stříhání a lepení fotky. Celkově na tom byla ze všech nejhůř. Klientka MT patří též mezi zručné klientky. Občas nevěděla, co konkrétně má dělat, ale když ji terapeutka navedla, vše bez problémů provedla. Bavilo jí ale hlavně zdobení. U klientky IV se také neobjevili problémy s žádnou konkrétní činností, ale stejně jako klient SL si neustále na něco stěžovala či mluvila o negativních věcech, což ostatním klientům vadilo. Klientu ZH šla práce od ruky a byl ochotný ostatním pomáhat. Též se snažil napomínat klienta SL a klientku IV, což ostatní oceňovali. I přes nepatrné nedostatky klienti působili, že je práce baví. Celkový výsledek se moc povedl a klienti vyrobili krásné rámečky, ze kterých měli radost. Osobně bych tedy zvolila lehčí variantu, například s předem připravenými proužky, nebo zvolit jiný lépe zpracovatelný materiál na jejich výrobu. Též by bylo možné zvolit více stimulační dekorační materiál, ale jinak je tato aktivita vhodná k dosažení ergoterapeutických cílů.

3. návštěva – Pečení štrúdlu

Zaměření: nácvik hrubé a jemné motoriky, koordinace oko – ruka, spolupráce pravé a levé končetiny, trénink úchopů, získání pocitu seberealizace, smyslová stimulace, schopnost plánování (pořadí a průběhu praktického úkolu), podpora paměti, posílení trpělivosti, rozvoj spolupráce a komunikace ve skupině, reminiscence, chuťová stimulace, početní trénink

Popis činnosti: Náplní dnešního odpoledne bylo připravit si nějakou „dobrotu,“. Klienti se sami předem dohodli, že to bude štrúdl. Terapeutka opět nejdřív klientům představila dnešní plán rozdělený do jednotlivých strategických bodů:

- Připravit těsto.
- Připravit jablka.
- Poklást jablky a zavinout štrúdl.
- Upéct.

Společně si shrnuli a vysvětlili postup, který terapeutka doplňovala názornými ukázkami. Také klienty rozdělila do pracovních skupinek, dle konkrétních činností cílených na problematické oblasti jednotlivých klientů. Skupinka 1 zahrnovala zručné klienty ZH, RJ a BP. Ve skupině 2 byli klienti PM, SL, GN a HB, kteří mají problémy s motorikou horních končetin. Skupinu 3 tvořili ostatní klienti, kde převládali klienti vyžadující nácvik stoje a chůze.

Nejprve skupina 1 navázala suroviny a připravila z nich těsto. Do mísy nasypali mouku, přidali špetku soli, žloutek, ocet, tuk a vlažnou vodu. Skupina 2 a 3 pak vše smíchala a vypracovala těsto, které se nechalo odstát. Mezitím se připravovala jablka. Skupina 1 nožičkem okrajovala slupku z jablek. Klienti ze skupiny 2 okrájená jablka strouhali na hrubém struhadle do misek, dokud jich nebylo dostatečné množství. Na vále potom skupina 3 vyválela těsto, které následně ostatní posypali strouhankou. Na ní skupina 2 přidala nastrouhaná jablka, která posypali skořicovým cukrem a rozinkami. Klienti ZH a RJ společně nakonec těsto dobře zavinuli. Terapeutka jim pomohla přenést štrúdl na plech, který se dal do trouby v jejich místní kuchyňce. Troubu si již předem nahřáli, takže byla dobře připravená. Zatímco se štrúdl pekl, sklidil se nepořádek ze stolů, kde se závin připravoval. Když bylo všude čisto, klienti i s terapeutkou si společně povídali a vzpomínali, jak pekli štrúdl a jiné moučníky dříve. Do této části bylo taky zařazeno závěrečné zhodnocení, zpětná vazba klientů a zopakování postupu. Aby se klienti nespálili, štrúdl z trouby vyndala terapeutka. Vypadaly nádherně a ještě lépe voněly. Všichni se těšili, až vystydnou a budou moci ochutnat.

Reflexe: Klienti vypadali, že tato činnost je bavila ze všeho nejvíc. Může to být tím, že pečení a vaření není náplní jejich terapie tak často či si ostatní činnosti pamatují již velmi dobře. Také bych řekla, že každý z nich má rád sladké a obzvlášť to, které jedí celý život, pékávala to jejich babička, maminka, oni sami i jejich děti. To potvrzuje i fakt, že v rámci reminiscence někteří radostně vyprávěli, kdo jakým způsobem štrúdl připravoval. Díky tomu, že přípravu každý zná a má ji zafixovanou v dlouhodobé paměti, neměli s pečením problém. Klientka BP se překvapivě také zapojovala a měla asi nejlepší náladu, jakou jsem u ní viděla. Sice nekomunikovala a pracovala málo, ale s žádnou činností neměla potíže a vyzářoval z ní klid a pohoda. Klientce HB míchání moc nešlo a jablka strouhala velmi pomalu, ale vrstvení závinu ji bavilo a neměla s ním problém. Klientka PM naopak ráda vypracovávala těsto, v čemž má prý dobrou praxi a průběžně vyprávěla, jak ráda kdysi štrúdl pekla. Klient KR jako jeden z mála nebyl z této činnosti nadšený. Nikdy nevařil ani nepekl, a tak k práci přistupoval bez chuti a žádný z daných úkolů mu moc nešel. Klient SL občas opět poznamenal něco

nevhodného, ale měl i světlé chvílky, kdy vyprávěl, jak mu jeho manželka štrúdl pekla a působil dojmem, že z této aktivity má vlastně radost. Nedařilo se mu zpracování těsta, avšak ostatní úkoly zvládnul snadno. Klienti RJ a ZH se do práce pustili opravdu s vervou, s ničím neměli problém a ostatním při problémových částech dokonce i pomáhali. Klientka RJ zasahovala ostatním do práce občas až moc, takže často jí terapeutka musela připomínat její úkoly. Klientka GN nezvládala válení těsta. Aby vyvinula dostatek síly, terapeutka jí poradila, aby u válení stála, avšak toho klientka nebyla schopná a vsedě jí práce nešla, a tak předala váleček klientce IV, která úkol bez problému dokončila. Ani s ostatními úkoly neměla klientka IV problém, z čehož měla viditelnou radost a chovala se trochu povýšeně. Klientka MT byla z aktivity původně nadšená, ale zkazilo jí radost, když ani jedna činnost jí nešla. Se vším jí terapeutka musela pomoci, avšak nakonec vždy udělala to, co měla. Dle mého názoru byla tato činnost skvěle zvolena, probíhala adekvátním způsobem, podnítila výbornou náladu a u klientů pozitivně ovlivňovala mnoho oblastí, neboť takovéto „výlety“ do známých míst probouzejí spící řeč a pocit pohody.

4. návštěva – Vyrábění papírových ozdob

Zaměření: nácvik jemné a hrubé motoriky, trénink úchopů, koordinace oko – ruka, spolupráce pravé a levé končetiny, hmatová stimulace, rozvoj spolupráce a komunikace ve skupině, posílení trpělivosti, trénink paměti

Popis činnosti: Terapeutka sdělila klientům dnešní plán a strategické body:

- Připravit papír.
- Zhotovit „kaši“.
- Naplnit formičky.

Body si opět následně dopodrobna vysvětili, popsali a názorně ukázali. Klienti byli rozřazeni do dvou skupin (1: BP, PM, SL, KR, MT, 2: HB, RJ, GN, IV, ZH), tentokrát ne z důvodu cílených činností, ale aby každý klient měl stále co dělat a aby si nepřekáželi všichni na jednom pracovním místě. Veškerý pracovní postup tedy dělali dvě skupiny, každá u svého kýble.

Jelikož je výroba papírových ozdob časově náročnější, již na dřívějším setkání (kterého jsem se nezúčastnila) si připravili mokré papír. Papíry různých typů klienti natrhali na malé kousíčky a nasypali do kbelíku, který naplnili teplou vodou. Takto nechali papír namáčet asi 3 dny, aby mohli dnes pokračovat ve výrobě. Připravený papír nejprve všichni klienti brali z kýble do ruky a mačkali, dokud ho co nejvíce nevyždímali. Poté ho přendali do jiné nádoby.

Když byl vyždímaný všechn papír, opět ho zalili vodou tak, aby byl celý ponořený. Ponorným mixérem následně směs umixovali na kaši. Poté se přidalo lepidlo a starou vařečkou promíchalo s kaší. Přes perlan a cedník přecedili směs do další nádoby, ze které si pak každý odebíral do své menší misky. Od této chvíle pracoval každá klient na svém výrobku. Klienti si mohli vybrat z několika tvarů formiček, do kterých poté vmačkávali kaši. Bylo nutné hodně tlačit, aby směs dobře držela. Také bylo zapotřebí hmotu ve formičce často hadříkem vysušit, aby tam nezbyvala žádná voda. Když se celá formička naplnila, nechala se několik hodin schnout a klient mohl pracovat na plnění dalších formiček. Takto jich během terapie vyrobili několik. Na závěr zbyl ještě čas na zhodnocení dnešního dne a zopakování postupu.

Reflexe: Hned při rozdělování klient SL a klientka IV odmítli spolupracovat v jedné skupině, neboť spolu nevychází. Terapeutka jim vyšla vstříc a v zájmu všech skupinky přeorganizovala do výsledné podoby. Trhání papíru prý šlo všem bez potíží. Do mačkání papírů se zpočátku pouštěli s vervou, ale postupem času ubývaly síly v ruce, tak už to nešlo tak dobře. Klientka BM se v podstatě nezapojovala, téměř po celou dobu se snažila ždímat kousek papíru, avšak většinu času ho pouze držela v ruce. Klientka HB měla menší potíže s pevným vmačkáváním kaše do formičky, jinak bez problému. Klientka PM si nejvíce užívala vybírání formiček. Měla docela problém se ždímáním i vmačkáváním kaše. Klient KR neměl s ničím velké potíže, pouze vmačkávání mu šlo hodně pomalu, ale měl dobrou náladu a hodně si povídal. Klient si celou dobu stěžoval na to, že ho to nebaví a nejde mu to. Přitom neměl s ničím výrazný problém. Každou činnost zvládnul celkem snadno, vybíráním formiček si nelámala hlavu a vždy vzal tu, kterou měl po ruce. Z klientky RJ vyzařovala dobrá nálada, komunikovala s ostatními a vše zvládla bez problému. Naopak klientka GN měla problém úplně se vším. Terapeutka se jí neustále snažila pomáhat, ale nebylo to moc platné. Většinu činností prováděla s velkými obtížemi a v pomalém tempu a vmačkávat kaši do formiček vůbec nedokázala udělat. U klientky MT se nevyskytly sice výrazné problémy v žádné konkrétní oblasti, avšak všechno prováděla neohrabaně a velmi pomalu. Klientce IV šla práce od ruky, ale atmosféru zhoršovala jejími negativními poznámkami. Klient ZH vše vykonával bez problémů. Celkově terapeutka musela pomoci s mixováním tyčovým mixérem a litím správného množství lepidla, neboť do toho se nikomu nechtělo. Vmačkávání kaše a její průběžné vysoušení bylo náročné na pochopení, tak to klientka musela předvádět několikrát i v průběhu činnosti. Mně přišlo toto vyrábění dobře zvolené. Nebylo ani příliš lehké, ani moc těžké. Nacházelo se v něm vícero dílčích činností, prostřednictvím kterých mohli klienti

procvičovat mnoho funkcí. Prostřídala se skupinová i individuální část a téměř každý si v tom našel část, která ho zaujala nebo mu alespoň šla.

5. návštěva – Vyrábění mýdel a házení vajíček

Zaměření: nácvik jemné a hrubé motoriky, koordinace oko – ruka, trénink úchopů, spolupráce pravé a levé končetiny, rozvoj kreativity, procvičení cílených pohybů, rozvoj koncentrace a trpělivosti, nácvik stability stoje, trénink paměti

Popis činnosti: Dnešní odpoledne se vyráběla domácí mýdla. Nejprve terapeutka klientům představila dnešní plán a strategické body:

- Rozehřát glycerin.
- Naplnit formičky.
- Dozdobit.

Poté vše vysvětlila a pokusila se přiblížit názornou ukázkou. Terapeutka donesla všechny potřebné pomůcky, takže klienti se nemuseli o nic starat. Z plastových speciálních formiček všelijakých tvarů (od zvířat až po obyčejné geometrické útvary), si každý klient vybral ty, které chtěl vytvářet. Také bylo možné si vybrat různé větvičky, květy a lístky. Terapeutka mezitím dala do kastrolu na plotnu rozeřtát glycerin. Když byl v tekutém stavu, postupně obcházela klienty, kteří pomocí naběračky plnili glycerinem své formičky, do kterých ještě přidali vybrané přírodniny. Následně své výtvary nechali zaschnout.

Doba čekání se zkrátila hrou „Vajíčka“. Na velký stůl se rozložilo 9 velkých plat na vajíčka, která utvořila čtverec. Asi metr od stolu se umístila židle, která sloužila jednak jako určení vzdálenosti odkud se bude házet, ale také jako podpora, které se mohli klienti při házení přidržovat, pokud jim dlouhý stoj dělá problém. Vždy tedy jeden klient vstal, došel k židli, dostal 6 pingpongových míčků a těmi postupně házel do plat. Za každé plato byl určitý počet bodů, nejvíce bylo klasicky za prostřední plato, proto se klienti měli snažit mířit co nejvíce do středu. V každém kole házel klient vždy jednou. Hrál se na čtyři kola, výsledky se zapisovaly do bodového archu. Body se nakonec sečetly a vyhlásily.

Když se dohrálo, glycerin ve formičkách byl dostatečně ztuhlý a mohl se z formiček vyndat. Každý klient se snažil vyloupnout svá mýdla. Některá šla hladce, na jiná museli klienti použít tupý nožík, kterým mýdlo podebrali a z formičky vyndali. Nakonec měl každý klient několik krásných mýdel. Na závěr se ještě všichni posadili k závěrečnému zhodnocení a zopakování postupu.

Reflexe: Jelikož aktivita byla prostá a nebyl prostor pro rozmanité reakce a projevy schopností klientů, reagovali povětšinou hodně podobně. Při výběru přírodnin klienti KR, RJ, ZH a PM si přírodniny nejprve pořádně prohlédli a pečlivě vše promysleli a naopak klientům SL, BP či IV to bylo jedno a sáhli po tom, co jim bylo nejbližší. Při nalévání teplého glycerinu do formiček museli být klienti velmi opatrní, a tak klientky GN, HB a PM byly z nalévání nervózní a trochu se bály, avšak pod vedením terapeutky to zvládly i ony, přestože se jim ruce třásly a hůře ovládaly. Klienti BP, SL a MT nalévali glycerin sice pomalu, ale také se jim to povedlo. Ostatní s tím problémem neměli. Vložit přírodninu do formičky zvládl každý klient bez sebemenšího problému. Výroba mýdel mi nepřišla jako dobrá aktivita, byla jednoduchá, rychlá a nebylo tam v podstatě co dělat. Proto mi aktivita přišla neadekvátní vůči schopnostem klientů. Zvolila bych o něco složitější verzi například obarvením glycerinu nebo přidáním aroma, což by klienty určitě i více motivovalo a stimulovalo. Hru s vajíčky hrají ve stacionáři často, takže klienti už hru znají, i přesto byli chvílemi někteří zmatení. Klientka BP neustále nevěděla, co má dělat. Klientka MT zase nevěděla, kde je na ní řada a kam má házet. Klienti SL, IV a KR byli hodně soutěživí. Na většině ale bylo znát, že je hra baví a vždy se těší na další kolo, kdy budou moci znovu házet. Klient KR se neustále snažil předbíhat a házet častěji než ostatní. Naopak klientka HB nebyla dnes v dobré náladě, hra ji nebavila a každé kolo se ptala, jestli ji nemůžou přeskočit, načež ji terapeutka přeci jen přemluvila, aby šla taky házet. Překvapilo mě, že kromě klientů PM a HB se všem dařilo velmi dobře házet vajíčka do středu. Tuto aktivitu bych hodnotila pozitivně a myslím, že klienti také.

6. návštěva – Kondiční a kognitivní cvičení

Kondiční cvičení

Zaměření: zachování fyzické kondice, udržení mobility klienta, udržení kloubních rozsahů, nácvik obratnosti a koordinace pohybů, protažení zkrácených svalů, posílení svalů ochablých, podpora činnosti srdeční a oběhové soustavy, pozitivní vliv na psychiku, aktivizace

Popis činnosti: Nejen kvůli rituálnímu zachování určitého stereotypu, ale i pro správné rozcvičení člověka byla úvodní polovina cvičení stejná jako při prvním kondičním cvičení, které jsem viděla. Nejprve se tedy postupně protahovali všechny části těla. Viz. 1. návštěva – kondiční cvičení.

Následně terapeutka všem rozdala hedvábný šátek, se kterým pracovali po zbytek cvičení. Těmito cviky se inspirovali v knížce od Mgr. Jitky Suché.

- Začínali od lehčích cviků. Nejprve drželi šátek v ruce a předpažovali. V kolmé poloze vůči tělu šátkem v ruce zamávali. Několikrát prostřídali obě ruce.
- Poté uchopili šátek do obou rukou, tedy každou rukou za jeden cíp a střídavě vzpažovali a povolovali.
- Následně šátek jednou rukou pustili. Ruku, kterou drželi cíp šátku, měli klienti předpaženou. Aniž by ji ohýbali, celou paži dělali menší kroužky a šátek za ní krásně vlál. Prostřídali směry i ruce.
- Klienti si dali šátek za záda, každou rukou chytili jeden konec a pohybovali šátkem nahoru a dolů. Poté změnili směr a pohybovali jím doleva a doprava. Aby mohli vykonávat tento cvik, museli se na svých židlích posunout na kraj, aby za zády měli dostatek místa pro pohyb rukou.
- Klienti stále seděli na kraji židle a předávali si šátek z jedné ruky do druhé. Vždy jednou zepředu a jednou zezadu, stále ve stejném směru, takže šátkem kroužili kolem svého těla.
- Pak už si mohli opět pohodlně sednout na celou židli. Šátek si přeložili nejprve na polovinu a poté na čtvrtinu a tento krátký šátek uchopili dlaněmi tak, že téměř žádná část nekoukala z rukou ven. Následně se ho protichůdnými pohyby zápěstí snažili jakoby vyždímat.
- Již přeložený šátek pro tento cvik zmuchlali do klubíčka. Pak ho vyhazovali do vzduchu a snažili chytit.
- Závěr cvičení byl stejný. Odložili veškeré pomůcky, zazpívali si říkanku Hlava, ramena, kolena, palce a zhodnotili dnešní cvičení.

Reflexe: Jelikož první polovina cvičení byla téměř totožná s tou z prvního setkání, reakce a schopnost klientů provádět cviky se také nezměnila. Cviky s šátkem mi přišli jako zajímavý nápad a zpestření cvičení a též jako vhodně a adekvátně zvolená náplň. Klientka BP téměř necvičila, pouze držela šátek v ruce a občas se pohnula. Klientky HB, PM a MT měli s těmito cviky potíže, i přestože se snažili a chápali, jak má každý cvik vypadat, nedařilo se jim ho provést. Klient SL cviky zvládal, ale neprováděl je poctivě. Většinu času si i stěžoval, ale spíše šeptem pro sebe, než aby rušil nahlas. Klientka GN byla zmatená a některé cviky nechápala, i přestože je terapeutka předváděla dobře. Klienti KR, RJ a ZH zvládali cviky bez problému. Klientka IV cviky zvládala, ale necvičila pečlivě.

Kognitivní trénink

Zaměření: krátkodobá a dlouhodobá paměť, koncentrace pozornosti, slovní zásoba, prostorové myšlení, logické myšlení, zraková analýza, výslovnost, hudební paměť, aktivizace

Popis činnosti:

- Na začátek si opět podle kartiček zopakovali, co je dnes za den, kolikátého je a jaký je měsíc.
- Terapeutka měla připravené kartičky se slovy. Klientům je postupně ukazovala a jejich úkolem vždy bylo odebrat jedno písmeno tak, aby vzniklo jiné smysluplné slovo (např.: ztuha – tuha, světlice – světice, šampión – šampón, odbočí - obočí).
- Na zem se do dvou sloupečků položili kartičky s připravenými slovy. V levém sloupci byla přídavná jména a slova napravo představovala podstatná jména. Klienti poté spojovali slova v obou sloupcích tak, aby vznikly ustálená slovní spojení (např.: boloňské špagety, olomoucké tvarůžky, budapešťská pomazánka, znojenské okurky)
- Terapeutka si vymýšlela slova (např.: hloupý, nebojácný, zvláštní, výtečný, stydlivý) a ostatní k nim hledali synonyma.
- Luštění rébusů z knížky od autorky Jitky Suché. Jelikož knížku mají jednu a klienti by na tak malá písmenka stejně neviděli, terapeutka přepisovala jednotlivé hádanky na tabuli. Rébus se skládal vždy z jednoho slova, jehož část byla nahrazena číslovkou (např.: 100lička, z5ný, p8rtný, 1/2měsíc, pi100le, 8ažit, me2d, bra3).
- Poté se luštili křížovky. Terapeutka předčítala luštěné výrazy a počet písmen, na které by mělo hledané slovo být. Kdokoliv z klientů měl nápad na správnou odpověď, řekl jí. Pokud to vedoucí aktivity považovala za dobrou odpověď, zapsala to. Tajenkou křížovky byl vždy nějaký citát.
- Na závěr hráli klienti i s terapeutkou na jejich vlastní popud slovní fotbal a zhodnotili průběh tréninku.

Reflexe: Tento kognitivní trénink bych shrnula podobně jako ten předešlý. Převážně odpovídala ta samá skupina klientů (IV, SL, RJ, MT) a ostatní jen málokdy. Navrhla bych opět cílené otázky na všechny klienty. Já osobně považovala jednotlivé úkoly za poněkud jednoduché, tím nemyslím pro mě, ale i pro tyto klienty. Volila bych o něco složitější úkoly, ale zase se mi líbila rozmanitost oblastí, kterou těmito úkoly procvičovali. Líbilo se mi, že při hledání ustálených slovních spojení terapeutka použila známé názvy jídel, které všichni jedí a mají tyto názvy zažité. Možná proto šlo právě toto cvičení klientům nejlépe, na rozdíl od

číselných rébusů. Pozitivně hodnotím luštění křížovek. Jelikož jsou otázky v nich různorodé, většina klientů (kromě BP, GN a KR) si našla oblast otázek, na které znala odpovědi. Překvapilo mě, že i když si klienti sami vybrali slovní fotbal, příliš jim to nešlo. Překvapila mě klientka BP, která se do slovního fotbalu také zapojila a zvládala vymýšlet vhodná slova. Klienti IV, SL, ZH, RJ a MT vymýšleli snadno krásná slova, všichni ostatní měli problém vymyslet vhodné podstatné jméno. Klienti KR a GN měli dokonce i problém s poznáním posledního písmene, nebo se zaměřovali na koncovou slabiku, tudíž pak zmatkovali a nevěděli jak pokračovat. Pokusila bych se modifikovat pravidla, tak aby nenastávaly podobné problémy. Inspiraci pro tato i mnohá další jednotlivá cvičení kognitivního tréninku získává terapeutka od Mgr. Jitky Suché, která vydala již několik knih zaměřených na aktivity pro seniory.

7. návštěva – Vyrábění věnečků

Zaměření: nácvik jemné motoriky, koordinace oko – ruka, spolupráce pravé a levé končetiny, trénink úchopů, pozornosti, chápání, hmatová stimulace, trénink paměti

Popis činnosti: Náplní dnešního odpoledne byla výroba věnečků ozdobených látkou. Po seznámení klientů s náplní dnešní práce, rozdělila terapeutka opět postup do strategických bodů:

- Vybrat látku.
- Nastříhat látku.
- Napíchat látku do polystyrénu.

Když výrobu věnečku podrobně popsala a předvedla, klienti zopakovali celý postup. Tím se terapeutka ujistila, že klienti zadané práci rozumí a pustili se do práce. Každému byl přidělen jeden malý polystyrenový věneček. Všichni měli za úkol přinést si z domova zbytky látek, kdo doma žádnou neměl nebo zapomněl, látka byla k dispozici i od terapeutky. Látku si klienti pomocí nůžek rozstříhali na malé čtverečky. Jakmile bylo čtverečků dostatek, pomocí háčků (na háčkování), které umístili vždy opačným koncem doprostřed látkových čtverečků, se snažili vmáčknout látku do polystyrenového čtverečku. Háček poté šikově vyndali a látka zůstala za vmáčkнутý prostředek držet ve věnečku. Takto postupovali, dokud nebyl celý věneček pokryt látkou. Na závěr proběhlo ještě hodnocení dnešního setkání a zopakování postupu činnosti.

Reflexe: Klientka BP měla opět pasivní přístup. Stříhání látky ji zprvu nešlo, pak ji terapeutka pomohla, ale i nadále stříhala paní BP hodně pomalým tempem. Nastrkávání látky se jí dařilo,

ale zase pomalu. Klientka HB měla problém se stříháním látky, ale časem přišla na grif, jak to dělat. Strkání látky jí šlo, ale po delší době jí přestala bavit stereotypní činnost. Klientce PM zprvu nešlo stříhání, což se ale zlepšilo. Také měla problém pochopit, jak umístit látku na věneček, ale když se práci s háčkem pochopila, začala ji aktivita bavit. Klient KR nezvládal stříhání. Jinak mu aktivita šla úspěšně. Klient SL neměl s činností problém, šla mu od ruky, ale moc ho nebavila, celou dobu „rýpal“ do všeho kolem až asi v polovině času propukla prudká výměna názorů mezi jím a klientu IV, což ovlivnilo celkovou atmosféru i po zbytek činnosti. Ohledně výkonu na tom klientka IV byla stejně jako pan SL. Klientu RJ se zpočátku nedařilo stříhání, ale velmi rychle přišel na dobrý způsob a po zbytek aktivity neměl s ničím problém. Klientka GN dlouho nechápala, jak má umístit látku na věneček, když to časem pochopila, začala ji nudit stereotypní činnost a byla neklidná. Klientka MT vše dobře chápala, ale vyskytly se menší potíže se strkáním látky do věnečku. Klientu ZH šlo všechno bez potíží. Než klienti zaplnili celý věneček, zabralo to dost času, ale většina z nich si u toho povídala a práci si tím zpříjemnili. Tato aktivita byla vhodně zvolená a adekvátní vzhledem ke schopnostem klientů. S ničím neměli příliš velké problémy, ale zároveň nic nešlo příliš snadno.

8. návštěva – Foukání tuší

Zaměření: dechové cvičení, nácvik jemné motoriky, koordinace oko – ruka, spolupráce pravé a levé končetiny, rozvoj kreativity, podpora práce v kolektivu, nácvik trpělivosti, podpora seberealizace, trénink paměti

Popis činnosti: Tento den klienti vyráběli foukanou větvičku z tuše. Do práce se pustili po popisu dnešní náplně, přednesu strategických bodů a názorné ukázce:

- Vytvořit větvičky na čtvrtce.
- Připravit kytičky.
- Nalepit květy na větvičku.

Po společném zopakování postupu se terapeutka ještě ujistila, zda všichni chápou, co mají dělat. Každý klient dostal svou čtvrtku, ale tuš měli do skupinek. Nejprve si každý kápnul kapku tuše na čtvrtku a foukal ji skrze brčko tím směrem, kam měla větvička směřovat. Na každé další dělení větve si kápnuli další tuš a opět foukali. Takto postupovali, dokud neměli dostatečně velkou větev. Zatímco tuš zasychala, terapeutka rozdala klientům děrovačky, které ale neděrují pouze kolečka, nýbrž různé tvary. Zde měli děrovačku ve tvaru květin. Klienti si rozebrali barevné papíry a každý si naděroval několik různých barevných květin. Jelikož tuš

zaschla rychle, mohli hned začít přilepovat na větvičku tak, aby vypadala jako rozkvetlá. Po přilepení květin byl obrázek hotový a klienti s terapeutkou se mohli pustit do závěrečného hodnocení a zopakování dnešního postupu.

Reflexe: Když terapeutka klientům sdělila, že budou vyrábět právě tohle, nevypadali nijak nadšení, ale neprotestovali. Rozfoukávání tuše téměř nikomu nešlo. Klientka BP se foukat ani nesnažila, spíš tuš roztírala víčkem. Ještě větší problém měla s lepením kytiček, které se jí neustále lepily na prsty. Klientka HB si dělala srandu z toho, že ji tuš neposlouchá a jezdí si, kam chce. Další problém byl s nalepením malých květin. Klientce PM šlo foukání tuše dobře, ale potíže měla s lepením kytiček. Klient KR neměl s ničím výrazný problém, tejně jako klient SL. Ten si akorát stěžoval na foukání tuše, které se nepohybovala tam, kam on chtěl. Klientce RJ se tato aktivita dařila a s ničím neměla problém. Klientka GN měla potíže s foukáním tuše i s lepením malých kytiček. Dokonce občas se jí nedařilo ani děrování kytiček, jelikož děrovačku málo mačkala. Klientka MT bojovala s lepením květin, které nešly odlepit z jejích rukou. Klientka IV si stěžovala na pohyb tuše, ale jinak aktivitu zvládala dobře. Klient ZH je šikovný a práce mu šla velmi dobře. Klienti byli nejistí a obávali se práce s tuší. Uvolnili se teprve při vybírání barev a děrování papíru a práce je začala více bavit. Přišlo mi, že výběrem barvy prezentovali i svou aktuální náladu. Ti, kteří „brblali“ (klienti SL a IV) měli nakonec větvičky laděné do hněda či podobné pochmurné barvy, zatímco veselejší klienti (ZH, PM, KR a RJ) měli květiny z krásných živých a světlých barev. Já bych zvolila asi snadnější způsob lepení květin. Navrhla bych použití například samolepícího barevného papíru, který stačí z jedné strany navlhčit, povrch je pak lepivý a dá se přilepit bez použití lepidla.

5.4 Závěrečné hodnocení terapeutického programu ve stacionáři

Při hledání vhodného zařízení jsem přihlédla k tomu, že do zde popisovaného zařízení dochází na praxi i studenti ergoterapie. Při domlouvání mé praxe jsem uvedla, na jaké téma píše bakalářskou práci a jaké služby potřebuji, aby jejich zařízení klientům poskytovalo. Vše mi bylo odsouhlaseno a praxe domluvena. Až během mé první návštěvy jsem zjistila, že zde probíhá skupinový ergoterapeutický program, který nevede školený ergoterapeut. Bylo mi ale řečeno, že zde kvalifikovaný ergoterapeut pracoval a nyní s pacienty pracují dle jeho vzoru. Nejsm si jistá, zda mohu posoudit, že zde použitá náplň programu je skutečně plně ergoterapeutická. Přesto jsem se rozhodla popsat ergoterapii zdejšího zařízení tak, jak mi byla prezentována.

Vliv zdejšího terapeutického působení na klienty bych hodnotila kladně. Tito klienti vyžadují programy, které nejsou příliš zrušující a materiál je sice stimulující, ale nenáročný. Potřebují strukturované úkoly a pomoc při udržení koncentrace. Je nutné opakovat instrukce a jednotlivé úkoly řádně demonstrovat. Jelikož klienti v tomto věku a s touto diagnózou nejsou schopni velkých pokroků, nemohla jsem u klientů zaznamenat velké změny. I přesto jsem po zhodnocení výsledků mého pozorování zjistila, že ergoterapie napomáhá zdejším klientům v oblasti fyzické, psychické i sociální. Během dvouměsíčního docházení jsem u klientů zaznamenala drobné posuny a mírné zlepšení klientů v dílčích oblastech, avšak celkově dochází k postupnému horšení stavu.

U **klientky BP** je největším úspěchem udržení stávajících funkcí i přes pokročilou fázi demence. Schopnost komunikace se stále zhoršuje, i celkový stav postupně progreduje. Přestože v žádné oblasti nedochází ke zlepšení, klientka si zvyká na kolektiv a místní prostředí, což pozitivně působí na její psychiku. Doporučila bych známé aktivity, které má zažité a vyvolávají v ní dobré vzpomínky, což by pozitivně ovlivnilo i její pocity v kolektivu.

U **klientky HB** dochází k horšení kognitivních funkcí. Naopak se podařilo zlepšit hybnost levé ruky, což vedlo k většímu a snadnějšímu zapojení do společných aktivit. Aktivity byly pro klientku dobré, ale doporučila bych při nich trochu více sluchové stimulace (poslech hudby), která by klientku více motivovala.

U **klientky PM** nedošlo k výrazným pokrokům. Kognitivní, komunikační i sebeobslužné dovednosti se daří udržovat na přiměřené úrovni. Bohužel se nedaří zlepšovat hybnost postižené ruky. Pozitivní vliv se projevuje na psychice a socializaci klientky. Pro omezený pohyb levého zápěstí bych doporučila klientce činnosti zaměřené na hrubou motoriku, které u klientky vyvolávají dobrý pocit ze zvládnuté aktivity.

U **klienta KR** se daří udržovat schopnosti na stávající úrovni. Soběstačnost je stále převážně samostatná, ale nepatrně se zhoršuje jistota klienta při chůzi. Také dochází k negativním posunům v oblasti kognitivních dovedností. Nejvíce je asi potřeba procvičovat kognici, a jelikož má pán rád zvířata, zkusila bych zvířecí tematiku zahrnout do kognitivního tréninku.

U **klienta SL** se daří rozvíjet sociální a komunikační dovednosti. Horší se kognitivní dovednost a hybnost ramenního kloubu způsobená artrózou. Soběstačnost zůstává na stejné úrovni. Zde bych doporučila zapojit především aktivity působící na jeho psychiku a socializaci či společenské chování, nebo zvolit místo skupinové raději individuální terapii.

Klientka RJ se zlepšila v sociálních dovednostech. Ve všech ostatních oblastech se stav nemění. Zaměřila bych se na aktivní využití volného času nejen ve stacionáři, ale i mimo něj.

Proto bych doporučila zahrnout a rozvíjet aktivity vhodné a využitelné i pro domácí prostředí. U **klientky GN** došlo k největšímu pokroku v motorice pravého zápěstí, což zlepšilo schopnost požívání chodítka a následně snazší zapojení do aktivit. V ostatních oblastech se stav nemění. Jelikož klientka často ztrácela návaznost v požadované činnosti, doporučila bych připravit na každou aktivitu více rozepsaný postup doplněný o názorné obrázky jednotlivých kroků.

Stav **klientky MT** se zhoršuje ve všech oblastech kromě psychického stavu, jenž je podporován neustálou společností a smysluplným zaměstnáním. Doporučila bych do programu zahrnout trénink soběstačnosti, který zprostředkovaně může vést i k lepšímu sebevědomí klientky.

Klientka IV navštěvuje stacionář již asi čtyři roky. Postupně došlo díky působení nových podnětů ke zlepšení většiny schopností. Od té doby se daří její stav udržovat na stejné úrovni. Během mého pozorování jsem nezaznamenala žádné změny. Jelikož je klientka zručná a s kognicí nad průměrem skupiny, doporučila bych volit obtížnější modifikace aktivit a úkolů. U **klienta ZH** se daří udržovat stávající úroveň kognitivních, motorických, sociálních i sebeobslužných dovedností. Žádná z oblastí se za pozorovanou dobu nezhoršila, naopak došlo ke zlepšení prostorové orientace klienta v prostředí stacionáře. Z dlouhodobého hlediska se jeho stav (stejně jako u ostatních klientů) postupně zhoršuje. Jelikož je klient nadaný malíř a má velkou radost, když svým obrázkem někoho potěší či ho někdo pochválí, doporučila bych poskytnout mu více prostoru pro tuto jeho zálibu či modifikovat jednotlivé činnosti tak, aby bylo kreslení do jejího průběhu zapojeno.

Největším úspěchem a důvodem, proč tyto služby poskytovat je fakt, že díky ergoterapii a zdejší stacionární péči se stav seniorů rapidně nezhoršuje a daří se ho udržovat v co nejvýhodnějším stavu. Jak jsem již u některých klientů zmínila, občas dochází hned po nástupu do stacionáře k výraznému zlepšení. Způsobeno je to pravděpodobně tím, že se jim zde dostává větší podpory a širší nabídky cílených podnětů. I přestože se stav klientů daří co nejdéle udržovat v přijatelné kondici, z dlouhodobého hlediska se jejich stav postupně zhoršuje.

Co se týče fyzické stránky, klienti jsou schopni ovládat jemnou i hrubou motoriku, vzpřímený sed i posturální aktivitu. Díky tomu, až na určité nedostatky u některých klientů zvládají i většinu základních aktivit každodenního života samostatně. Každodenní aktivizace výrazně napomáhá udržení klientů nejen v dostatečné fyzické kondici, ale značně ovlivňuje i jejich psychickou a sociální stránku. Pozitivně působí už jen fakt, že se pohybují v kolektivu a jsou

zapojení mezi své vrstevníky. Naplnění volného času a nabídka různorodých podnětů vede k udržování nebo případnému zlepšování jejich stavu. Díky jednotlivým aktivitám se zlepšuje jejich sociální citění, spolupráce s kolektivem i schopnost komunikace. Přestože někteří komunikaci nevyhledávají či ji produkují nevhodnou formou (např.: nadávky a hádky), díky usměrňování terapeutkou i svým okolím se snaží na této oblasti pracovat a s kolektivem lépe vycházet. Terapie měla pozitivní vliv i na udržení a rozvoj pozornosti. Klienti jsou schopni se déle soustředit, věnovat se zadaným činnostem a dokončit je, aniž by práci přerušili.

Nabízená rozmanitost skupinových aktivit byla dostatečná, avšak k ještě větší úspěšnosti programu bych ji doplnila o individuální sezení, která by byla zaměřená na problémové oblasti jednotlivých klientů. I přestože je zde prováděna široká škála činností, stále by šlo je ještě trochu vylepšit a doplnit. Ze zde zaznamenaných výsledků vyplývá, že docházka do zdejšího denního stacionáře poskytujícího ergoterapeutické služby je pro klienty velice prospěšná, účelná a zanechává na nich pozitivní stopy.

6 Závěr

Mezi nejdůležitější zjištění mé bakalářské práce patří výsledný pozitivní efekt zdejšího terapeutického programu. Vypožorovala jsem, že prostřednictvím popsaných činností je možné u seniorů kvalitativně ovlivňovat jejich fyzický i psychický stav, soběstačnost a sociální dovednosti. Teoretická i praktická část poukazuje na různorodost oblastí, jež lze v rámci ergoterapie použít.

Domnívám se, že se mi podařilo dosáhnout předem stanovených cílů. Hlavními cíli mé bakalářské práce bylo zjistit využití ergoterapie u seniorů, především skupinové ergoterapie u klientů v zařízení. Popisem jednotlivých oblastí aktivit jsem prokázala, že se ergoterapie ve zdejším zařízení prolíná do téměř všech činností. Vhodný výběr z nespočetné škály aktivit a použitých tréninků pozitivně ovlivňuje klienty. Osvojené dovednosti si mohou převzít do každodenního života v domácím prostředí. Prostřednictvím reflexí se mi podařilo popsat zapojení klientů do jednotlivých aktivit a zaznamenat schopnost je vykonávat. Na závěr praktické části jsem zařadila hodnocení výsledků ergoterapie a vlivu jednotlivých činností, čímž jsem docílila splnění všech dílčích cílů mé práce.

Přínos práce shledávám v komplexnosti teoretického zpracování tématu, který může být použit jako edukační materiál. Praktickou částí se mohou inspirovat pracoviště, jež zamýšlejí rozšířit nabídku aktivit pro seniory. Motivovat může i jednotlivce, kteří chtějí svůj život udělat aktivnější a rozvíjet ho i v pozdějším věku.

Průzkum této oblasti by mohl dále pokračovat. Jak jsem již dříve zmínila, zajímalo by mě, zda zařazení individuálních sezení do zdejšího ergoterapeutického programu by vedlo ke zvýšení účelnosti ergoterapie a zda by se celkově zvýšila úspěšnost jednotlivých aktivit. Také bych se mohla zaměřit na vliv těchto individuálních sezení na ta skupinová, tedy zda by nácvik problémových oblastí jednotlivých klientů zlepšil jejich výkony při skupinových činnostech. Mohla bych pro tyto klienty navrhnout ergoterapeutický program zahrnující skupinové a individuální činnosti a v budoucnu ho ověřit v praxi. Těž bych do něj zařadila více nácviku aktivit každodenního života a sledovala jeho vliv na kvalitu života jednotlivých seniorů.

Jsem si vědoma toho, že některé věci mohly být udělány lépe. Při výběru zařízení jsem mohla zvolit pracoviště, kde ergoterapii vede kvalifikovaný ergoterapeut, avšak rozhodla jsem se brát fakt, že zde kvalifikovaný terapeut nepůsobí, za pozitivní a prostřednictvím své práce zjistit, jak kvalitně dokáže ergoterapii vést nekvalifikovaný terapeut. Jako výzkumný vzorek mohla být vybrána početnější skupina klientů, abych dosáhla důkladnějších výsledků. To mě

vede k zamyšlení, že pro získání přehledu o samostatnosti klientů jsem mohla místo již provedených testů Barthel Indexu sama s klienty vykonat a vyhodnotit nové testy zaměřené na aktuální stav. Domnívám se ale, že zde zmíněné nedostatky nemohly výrazně ovlivnit mou práci, a tak jsem s průběhem i celkovým zpracováním své práce spokojená.

7 Seznam použitých informačních zdrojů

- BRETŠNAJDROVÁ, M. *Základy oboru geriatry a psychické a sociální dopady vybraných onemocnění na seniorskou populaci případně jejich rodinu a komunitu*. [online]. Bohuslav Čermák [cit. 2016-12-16]. Dostupné na: <<http://slideplayer.cz/slide/2595206/>>.
- Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs. *Angebote der Ergotherapie*. [online]. Wien: Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs [cit. 2017-03-24]. Dostupné na: <<http://www.ergotherapie.at/angebote-der-ergotherapie>>.
- College of Occupational Therapists. *Older people*. [online]. London: College of Occupational Therapists, 2011 [cit. 2017-03-26]. Dostupné na: <<https://www.cot.co.uk/ot-helps-you/older-people>>.
- ČERMÁK, Z. *Institucionální péče o seniory v Čechách*. [ppt]. Praha: Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova, 2016 [cit. 2016-09-17].
- Česká asociace ergoterapeutů. *Úvod*. [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, Michal Rod, July 25, 2008 [cit. 2016-11-13]. Dostupné na: <<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>>.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten. *Definition*. [online]. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2007 [cit. 2017-03-26]. Dostupné na: <<https://www.dve.info/ergotherapie/definition>>.
- Ergoterapeut foreningen. *Hverdagsrehabilitering*. [online]. København: Ergoterapeut foreningen, August 31, 2016 [cit. 2017-03-23]. Dostupné na: <<http://www.etf.dk/ergoterapi-og-politik/hverdagsrehabilitering>>.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. *Ergotherapie in der Geriatrie*. [online]. Bern: ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [cit. 2017-03-26]. Dostupné na: <<http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=40&ID=15>>.
- HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory - nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-247-5216-7
- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6

- HORŇÁKOVÁ, M. *Činnostá terapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava: Creativpress, 1995. 79 s. ISBN 80-7131-021-2
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9
- KAUFMANOVÁ, P. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práce*. Brno: ASVSP 2004, č. 2, s. 95 – 105. ISSN 1213-624
- KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8
- KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1
- KUBÍNKOVA, D., KRÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: VUP, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0
- LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 280 s. ISBN 80-7178-864-3
- LUPIENSKÁ, N. Ergoterapie v geriatrii, 1. část - Představení oboru ergoterapie. *Sociální služby*. 2012. roč. 14, č. 8-9, s. 30 – 31. ISSN 1803-7348
- LUPIENSKÁ, N. Ergoterapie v geriatrii, 2. část – Možnosti individuální ergoterapie u seniorů. *Sociální služby*. 2012. roč. 14, č. 10, s. 14 – 16. ISSN 1803-7348

- LUPIENSKÁ, N. Ergoterapie v geriatrici, 3. část - Skupinová ergoterapie u seniorů. *Sociální služby*. 2012. roč. 14, č. 11, s. 30 – 31. ISSN 1803-7348
- MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. 2. vyd. Bratislava: Iris, 2004. 196 s. ISBN 80-89018-65-3
- MAYNE, D. *Therapeutic Activities for Geriatric Patients*. [online]. Santa Monica: Leaf Group, July 28, 2015 [cit. 2016-11-13]. Dostupné na: <<http://www.livestrong.com/article/540160-therapeutic-activities-for-geriatric-patients/>>.
- MILLER, A. *OT Exercises for Seniors*. [online]. Santa Monica: Leaf Group, February 07, 2014 [cit. 2017-04-22]. Dostupné na: <<http://www.livestrong.com/article/512797-occupational-hand-exercises-to-strengthen-grip/>>.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 204 s. ISBN 978-80-210-5029-7
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVOČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. [online]. Praha: VÚPSV, 2008 . [cit. 2016-11-25] Dostupné na: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf>.
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2
- PFEIFFER, J. *Ergoterapie II*. Brno: IDV SZP, 1989. 196 s. ISBN 80-7013-020-2
- PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3
- PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1
- RADOMSKI, M. V., TROMBLY, A. C. *Occupational therapy for physical dysfunction*. 5. vyd. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2008. 1432 s. ISBN 0-7817-2461-9
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2
- Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. [online]. København: Sundhedsstyrelsen, February 08, 2013 [cit. 2017-03-24]. Dostupné na: <<https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>>.

- Sveriges Arbeitsterapeuter. *Vem behöver arbetsterapi?* [online]. Nacka: Sveriges Arbeitsterapeuter, 2017 [cit. 2017-03-26]. Dostupné na: <<http://www.arbetsterapeuterna.se/Fakta-om-arbetsterapi/>>.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.: *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
- ŠIK, V. *Metody práce se skupinou pro pomáhající profese*. Ústí nad Labem: Fakulta sociálně ekonomická, UJEP, Ústí nad Labem, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7414-058-7
- ŠVESTKOVÁ, O. Ergoterapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2015, roč. 22, č. 1. s. 38 – 44. ISSN 1211-2658
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 5. vyd. Praha: PARTA, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6
- VALENTA, M., MÜLLER, O., POLÍNEK, M. *Dramaterapie v institucionální výchově*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 153 s. ISBN 978-80-244-2659-4
- VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapie I*. Praha: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2013. 101 s.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- VIGUÉ, J. a kol. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice: Rebo productions (knihovna zdraví), 2006. 270 s. ISBN 80-7234-536-2
- VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5
- VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce II*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2010. 189 s. ISBN 978-80-7399-228-6