

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A
KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI PRO SENIORY
HOSPITALIZOVANÉ V MĚSTSKÉ NEMOCNICI
MĚSTEC KRÁLOVÉ a.s.

THE ACTIVATION FOR THE HOSPITALIZED SENIORS
IN THE CITY HOSPITAL MĚSTEC KRÁLOVÉ a.s.

BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

ROMANA MALINOVÁ

Vedoucí bakalářské diplomové práce:

Mgr. Markéta Vlčková

OLOMOUC 2015

Autorské prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Běruničkách dne 27.3.2015

.....

Romana Malinová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Markétě Vlčkové za její trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracovávání této práce.

Poděkování patří i všem pracovníkům Městské nemocnice Městec Králové a.s., kteří mi pomáhali při realizaci výzkumné části práce. V neposlední řadě děkuji také celé své rodině, která mne během studia podporovala.

V Běruničkách dne 27.3. 2015

Klíčová slova:

aktivizační činnosti, důstojnost, potřeby seniorů, práva seniorů, senior, sociální péče, stárnutí, stáří, zdravotní péče

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá aktivizačními činnostmi poskytovanými hospitalizovaným seniorům v MNMK a.s., cílem práce je popsat a zhodnotit nabídku aktivizačních činností v MNMK a.s. Předkládaná teoreticko-empirická práce se zabývá v teoretické části vymezením pojmů stárnutí, stáří, senior, práva seniorů, zdravotní péče, sociální péče, aktivizační činnosti. Praktická část popisuje organizaci MNMK a.s. a konkrétní aktivizačními činnostmi, které tato organizace hospitalizovaným seniorům poskytuje. Pomocí dotazníkového šetření je mezi hospitalizovanými seniory zjišťována spokojenost s nabízenými aktivitami a jejich zájem o případné rozšíření stávající nabídky aktivit. V závěru je doporučen návrh na zařazení dalších technik aktivizace.

Keywords:

Ageing, activating activities, dignity, health care, needs of the seniors, old age, rights of the seniors, senior, social care

Annotation:

This Bachelor Thesis deals with the activating activities which are provided to hospitalized seniors in MNMK a.s. The aim is description and evaluation of the activating activities offer in MNMK a.s. The presented theoretical and empirical essay deals with definition of concepts old age, ageing, senior, rights of the seniors, health care, social care and activating activities in theoretical part. The purpose of the practical part is description of the MNMK a.s., its organization and concretize activating activities. The senior's satisfaction with offered activities were identify by the exploration's instrument in the questionnaire's form. The recommendation to implement another activating technique is included in the closing part.

OBSAH

ÚVOD	7
1. STÁŘÍ A SENIOR	9
1.1 Definice pojmů stárnutí, stáří a senior	9
1.2 Znaký stáří	14
1.3 Potřeby seniorů	18
1.4 Práva seniorů	21
1.5 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-17.....	23
2. PÉČE O SENIORY	25
2.1 Zdravotní péče	27
2.2 Sociální péče	30
3. AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI	33
3.1 Definice aktivizačních činností.....	36
3.2 Dělení aktivizačních činností.....	37
3.3 Možnosti aktivizace seniorů	39
4. PRAKTICKÁ ČÁST	47
4.1 Městská nemocnice Městec Králové a.s.	48
4.2 Druhy aktivizačních činností v MNMK a.s.....	51
4.3 Cíl výzkumu	54
4.4 Metodika výzkumu	54
4.5 Stanovení souboru výzkumných otázek	56
4.6 Stanovení souboru hypotéz.....	57
4.7 Analýza výsledků dotazníkového šetření.....	64
4.8 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření	74
4.9 Shrnutí	80
ZÁVĚR	81
Seznam použité literatury.....	84
Seznam internetových zdrojů	86
Seznam tabulek a grafů	87
PŘÍLOHA A	I
Podklad pro zadání bakalářské práce	

ÚVOD

K tématu „Aktivizační činnosti seniorů v Městské nemocnici Městec Králové a.s.“ mě dovedla otázka, jaké podmínky poskytuje a nabízí Městská nemocnice Městec Králové a.s. pro aktivizaci seniorů hospitalizovaných na oddělení následné péče a jak tyto činnosti tito senioři vnímají. Jelikož sama pracuji jako zdravotní sestra v této nemocnici, je mi toto téma blízké a v budoucnu bych se právě této oblasti chtěla věnovat.

Stáří je v současné době velmi aktuální téma, dochází ke stárnutí populace a to jednak vlivem nízké porodnosti a jednak prodlužováním průměrného věku. Seniorů v populaci přibývá a aktivní trávení jejich volného času může významně zvýšit kvalitu jejich života. Vhodně zvolená aktivita posiluje soběstačnost, sebevědomí, autonomii a snižuje riziko a míru závislosti.

Chtěla bych zjistit, zda jsou s nabídkou spokojeni, zda by uvítali rozšíření nabízených činností a pokud ano, o které činnosti by měli zájem.

Cílem bakalářské práce je popsat a zhodnotit nabídku aktivizačních činností pro seniory v Městské nemocnici Městec Králové a.s. a zjistit, jak hospitalizovaní senioři subjektivně vnímají aktivizační činnosti.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy jako stáří, senior, aktivizační činnosti. Tyto kapitoly jsou dále podrobněji rozpracovány. Praktická část se zabývá seniory hospitalizovanými na oddělení následné péče Městské nemocnice Městec Králové a.s., kterým je poskytována nabídka aktivizačních činností, organizací Městská nemocnice Městec Králové a.s. a nabídkou aktivizačních činností v této organizaci.

Cílem této práce a výzkumu je shromáždění základních informací, které se týkají realizace aktivizačních činností. Jednotlivé stanovené výzkumné předpoklady budou ověřovány v praxi a budou zaměřené na

spokojenost seniorů s nabízenými činnostmi a na využívání těchto činností seniory.

Díličmi cíli bude zjistit, jaké druhy aktivizačních činností Městská nemocnice Městec Králové a.s. nabízí, jaké jsou případné překážky, které brání využívání činností seniory a o jaké další aktivizační činnosti by měli senioři zájem.

Výzkum bude realizován na oddělení následné péče, kde za pomoci sociální pracovnice a vrchní sestry oddělení vyberu vhodné respondenty, kteří budou schopni porozumět pokládaným otázkám a odpovědět na ně. Použiji dotazníkové šetření, jehož pomocí budu zjišťovat spokojenost uživatelů s nabízenými aktivizačními činnostmi a jejich zájem o případné rozšíření těchto služeb.

1 STÁŘÍ A SENIOŘI

1.1 Definice pojmů senior, stárnutí a stáří

Důležitým pojmem vycházejícím z tématu práce je **senior**, proto se jím budu zabývat hned v úvodu kapitoly a pokusím se odpovědět na otázku: „*Kdo je vlastně senior?*“

Pokud se setkáme s pojmem senior, každému z nás vyvstane v mysli jiná představa. Někdo si představí nemocného, sešlého jedince, jiný zase naopak jedince zdravého, vitálního, aktivního. Je zřejmé, že chápání pojmu senior se výrazně liší, výklad tohoto pojmu má mnoho východisek. Obecně by se dalo říci, že za seniora je považován jedinec, který dosáhl věku 60 let, bez ohledu na jeho zdravotní stav, pobírání důchodu a míru autonomie. V souvislosti s pojmem senior se můžeme setkávat i s jinými výrazy, jako např. osoba staršího věku, starý občan, geront, důchodce, stařec. Některé z těchto výrazů mohou mít subjektivně hanlivé zabarvení, výraz senior považuji za nejpříjemnější, emočně nezatížený, proto jej používám v práci v souladu se současnou odbornou terminologií. Základní definici seniora uvádí Hartl, Hartlová, kdy tak označují občany starší 60 let; dále konkretizují podíl seniorů v populaci ČR (18% populace v r. 1998), ve větších městech i více, přičemž v některých částech Prahy se jedná až o čtvrtinu obyvatel, jde o celonárodně i celosvětově vzrůstající trend. (Hartl, Hartlová 2009, s. 530) Z toho vyplývá, že senioři tvoří početnou cílovou skupinu sociální práce. A co je dále charakterizuje? Nejtypičtějším znakem je stáří a procesy stárnutí.

Jednoznačná definice stárnutí a stáří neexistuje, definic existuje celá řada. Pro příklad uvedu pojetí Pacovského, který považuje stárnutí za tranzitní neboli přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím charakteristickou nevratnými a neopakujícími se změnami ve struktuře i

funkci, což je tzv. fyziologické stárnutí, jak uvádí autor proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. (Pacovský 1990, s. 30)

Rozsáhlý výklad pojmu stárnutí nabízí autoři Hartl, Hartlová, podle kterých jsou pod pojmem stárnutí nejčastěji zahrnovány změny chápány jako negativní, kdy rozlišují stárnutí biologické, psychologické a sociální. U každého jedince i u jednotlivých funkcí probíhá rozdílným tempem. Některé skupiny schopností s věkem neklesají (např. znovupoznání), jiné skupiny schopností s věkem klesají jen málo (např. zákl. početní operace) a pokles dalších je ovlivněn fyziologickým omezením, např. při učení se novým senzomotorickým dovednostem. (Hartl, Hartlová 2009, s. 561)

Stárnutí můžeme také označit jako přibývání let. Každý jedinec stárne různým tempem a v různých oblastech. Na jedné straně dochází k ubývání možností, příležitostí, ale na straně druhé se mohou objevovat nové. Každé období života přináší něco nového, jedinec se může zdokonalit, poučit, něco prožít, vykonat. Zde lze dovodit, že stárnutí jsou především procesy daného období.

Tímto obdobím je myšleno stáří jako jedna z vývojových etap člověka, která je stejně důležitá jako všechny ostatní. Zaslouží si pozornost nejen od seniora samotného, ale i od jeho okolí. Každý z nás stárne, stáří se bude týkat každého z nás. A každý z nás si určitě přeje, aby právě jeho stáří bylo smysluplné, aktivní, radostné, proto je zapotřebí nahlížet hlavně na jeho pozitivní aspekty v duchu autorek Klevetové a Dlabalové, které považují stáří za další vývojovou etapu lidského života nikoli za konec života. Za hlavní úkoly období autorky považují uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 11)

Shodně označuje Kalvach stáří za pozdní fázi ontogeneze v přirozeném průběhu života, kdy se projevují důsledky involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících individuálně specifickou rychlostí. Ta je ovlivněna prostředím, zdravotním stavem, životním stylem

jedince, stejně jako vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. (Kalvach a kol. 2004, s. 47).

Dle Matouška je pak stáří věkové období začínající v 60 - 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu, a pro některé z nich je typické, že mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Což se podle autora odráží i v ekonomickém rozměru problematiky stárnutí, kdy téměř polovina prostředků vynakládaných ve vyspělých zemích na sociální péči je adresována starým lidem, kteří jsou největší podskupinou klientů sociálních a zdravotnických služeb. (Matoušek 2008, s. 214)

1.1.1 Dělení stáří

Vedle definice pojmu stáří ani jeho členění není jednoznačně dáno. Je nutné vycházet nejen z věku – data narození seniorů, ale i ze změn sociálních a biologických. Např. Kalvach považuje kalendářní stáří za jednoznačně vymezitelné, přičemž ale zcela nepostihuje interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací, kdy dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, což autor označuje za uzlový ontogenetický bod. (Kalvach a kol. 2004, s. 47).

Periodizace kalendářního stáří je rovněž problematická, vyskytují se různé názory na členění tohoto období, stejně je tomu u všech vývojových etap člověka.

Experti Světové zdravotnické organizace dělí stáří následovně (WHO in Haškovcová, 2004) :

45 – 59 let - střední zralý věk

60 – 74 let - vyšší věk, rané stáří

75 – 89 let - stařecký věk, senium (vlastní stáří)

90 let a výše - dlouhověkost

Vágnerová dělí období stáří na dvě etapy:

1. etapa - 60 – 75 let rané stáří

2. etapa – od 75. roku ...pravé stáří

1. etapa se ztotožňuje s teorií psychosociálního vývoje E. H. Eriksona, podle které je hlavním vývojovým úkolem raného stáří dosáhnout vyrovnanosti a přijmout svůj dosavadní život i s jeho nedostatky.

2. etapa je charakteristická zátěžovými situacemi, jako nemoc, úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, s tím spojená hospitalizace, umístění do domova pro seniory. (Vágnerová 2007, s. 299) Podobně dělí stáří i Nakonečný (1993)

Stáří zahrnuje několik dimenzí – sociální, biologickou a psychickou. Každá dimenze s sebou přináší určité změny, kterým je věnována samostatná podkapitola této práce. Na tomto místě uvedu pouze základní definice pojmů sociální, biologické a psychologické stáří.

Pro vybrané téma je asi nejvýstižnější výklad pojmu **sociální stáří** v Kalvachově pojetí, kde uvádí, že mění kromě sociálních rolí i potřeby a celý životní styl včetně ekonomického zajištění. Upozorňuje též na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří především maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Počátek sociálního stáří ztotožňuje se vznikem nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. (Kalvach a kol. 2004, s. 4).

Stejně tak se autor zabývá pojmem **biologické stáří**, což je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince, avšak upozorňuje, že

jeho exaktní vymezení se nedaří a nepanuje ani shoda o tom, co by pojem měl vyjadřovat. Nesčetná pracoviště, která se biologickým věkem dnes zabývají, obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie. (Kalvach a kol. 2004, s. 48)

Psychické stáří je podmíněno mnoha faktory. S psychickým stářím korespondují subjektivní pocity jedince, jeho postoje, názory.

1.2 Znaky stáří

Tak jako v každé vývojové etapě člověka, i v období stárnutí dochází u každého jedince k mnoha změnám. Jsou to změny týkající se oblasti tělesné, psychické i sociální. U každého jedince je rychlost stárnutí odlišná, záleží na mnoha faktorech, které rychlost stárnutí ovlivňují. Může to být životní styl jedince, jeho postoj ke stárnutí nebo nemoc, která rychlost stárnutí zvyšuje.

1.2.1 Tělesné změny

Během stárnutí dochází ke zhoršení tělesného stavu. Rychlost těchto změn a jejich dopad na jedince je individuálně specifický. Senioři často trpí polymorbiditou, což znamená, že trpí více nemocemi současně. Dochází ke změnám ve všech tělesných systémech (pohybovém, kardiovaskulárním, trávicím, vylučovacím, nervovém), zpomaluje se většina funkcí. Tyto změny může stárnoucí jedinec negativně vnímat a tím je ovlivněn i jeho psychický stav. Dochází ke ztrátě výkonnosti smyslových orgánů – zhoršuje se zrak, sluch, na síle ztrácí čich, změn doznává i kvalita hmatu. Pokud senior hůře vidí nebo slyší, dochází k potížím v komunikaci, to může negativně ovlivňovat jeho psychický stav a působit problémy i v sociální oblasti. Mění se i vzhled jedince. Objevují se hluboké vrásky v obličeji, skvrny po celém těle, vlasy jsou prořídle, svalstvo ochabuje.

1.2.2 Psychické změny

Psychické funkce se během stárnutí zhoršují. I u psychických změn je doba, kdy se začnou projevovat, individuálně odlišná. Dochází k celkovému zpomalení psychické činnosti, ke změnám v oblasti kognitivních funkcí, pozornosti, paměti, percepce, rozumových schopností, emocionality, osobnostních vlastností, snižuje se schopnost adaptace na nové životní podmínky, staří lidé mají svoje zaběhlé stereotypy a jen neradi mění svůj způsob života. Jak dokládá Štilec např. emoční problémy,

především ve smyslu depresivity, mohou být zapříčiněny nedostatky ve smyslovém vnímání, stejně jako případná úzkost a výbušnost seniora. Ti v sociálním kontaktu nejhůře snáší úbytek sluchu, dále komplikace vyvolává i zhoršení zraku, někdy i čichu, což může vyústit např. v nedostatečnou kontrolu vlastní hygieny. (Štilec 2004, s. 15)

1.2.3 Sociální změny

Sociální změny často souvisí se změnami fyzickými a psychickými. Starý člověk se necítí jistě, stydí se za svoji zhoršenou soběstačnost a vyhýbá se proto společenskému životu, odmítá se setkávat se svými vrstevníky, izoluje se. Po odchodu do důchodu jedinec mění svůj sociální status, pracovní roli. Odchodem do důchodu mění člověk i svoji identitu – stává se z něj důchodce, čili ekonomicky neaktivní jedinec. Vyrovnat se s touto situací nebývá snadné, dochází k novému uspořádání života. Až dosud byl čas řízen prací, v důchodu je to naopak, jedince může děsit prázdnota, kterou bude třeba vyplnit. Důchod představuje pro mnoho lidí odchod ze světa dospělých, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti. Zhoršuje se i ekonomická stránka života seniora, snižuje se životní úroveň. V důchodu je však možné využít čas k realizaci plánů, ke kterým až dosud jedinec nemohl přikročit, těší se, že si konečně odpočine, nebude muset vstávat do práce, plnit nepříjemné pracovní povinnosti. (Jobánková 2006, s. 118)

Podle Malíkové jsou nejvýznamnějšími nepříznivými sociálními aspekty stáří:

- odchod do důchodu
- omezení sociální integrace
- změna ekonomické situace
- generační osamělost
- sociální izolace
- strach ze samoty

- vliv ageismu
- strach z osamělosti a nesoběstačnosti a s tím spojená fyzická závislost. (Malíková 2011, s. 22)

Se stářím se mění **sociální role** seniorů, dochází k jejich redukci. Změny se týkají rolí partnerských, rodičovských i profesních, mění nejen život, ale i postoje k druhým lidem, k sobě samému, k hodnotám. Seniorům ubývá psychických schopností, zdraví, přichází osamělost v důsledku osamostatnění dětí, ovdovění. Často musí senioři na základě snížené soběstačnosti opustit svůj domov a odejít do zařízení sociálních služeb, do nemocnice. Tady je jim přiřazena role obyvatele domova pro seniory, role pacienta léčebny pro dlouhodobě nemocné. A přijmout tento status bývá mnohdy pro jedince obtížné, potřebuje se utvrdit v tom, že má význam pro někoho blízkého. Ve shodě uvádí autorky Klevetová a Dlabalová, že senior je hodnotnou součástí společnosti, pro kterou je přínosem svými zkušenostmi. Dále by jedinec měl v každém věku, a tedy i ve stáří, se má člověk těšit i z malých radostí, úspěchů, rozvíjet přátelství a udržovat sociální vazby. Obzvláště by pak senior měl umět si plánovat činnosti, které mu dělají radost a potěšení, a přijmout fakt, že změny k životu patří. (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 28)

Senioři se též musí někdy vyrovnávat s diskriminací z důvodu věku, s výše uvedeným postojem zvaným **ageismus**, ke kterému např. Vágnerová uvádí, že se jedná o postoj podceňování, odmítání a v krajním případě až odpor ke starým lidem. Kdy důsledkem je obecně diskriminace seniorů pouze na základě jejich věku, bez přihlédnutí k jejich individualitě, což vede k tendenci seniory izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi. (Vágnerová 2007, s. 309)

V předchozím textu jsem naznačila některé ze změn, které jsou součástí procesu stárnutí. Následující tabulka umožňuje jejich shrnutí a doplnění:

Tabulka1: Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování Nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráta blízkých lidí
Degenerativní změny Kloubů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	Změny vnímání	
Změny vylučování moče (častější nucení)	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

Zdroj: Převzato od Venglářová (Venglářová 2007, s. 12)

1.3 Potřeby seniorů

„Potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu nebo činnosti.“ (Pichaud, Thareauová 1998, s. 36)

Staří lidé touží uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Důležité je uspokojování všech potřeb, které tvoří celek spojující fyzickou, psychickou i sociální stránku člověka.

Potřeb existuje mnoho druhů a kategorií, různí autoři se zabývají rozličnými teoriemi potřeb. Ve své práci uvedu dělení potřeb podle A. H. Maslowa a jeho motivační teorie. Maslow sestavil ve své teorii pyramidu potřeb, do jejíž spodní části situoval nejzákladnější potřeby, nad nimi jsou umístěny potřeby, které mohou být uspokojeny až po uspokojení potřeb nacházejících se níže. Každý jedinec má hierarchii potřeb odlišnou, ale stále platí, že nejdříve musí být naplněny základní potřeby.

Graf č. 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Převzato od Pichaud, Thareauová (Pichaud, Thareauová 1998, s. 36)

Fyziologické potřeby jsou považovány za základní. Pokud není uspokojena jedna z nich, může mít tato skutečnost negativní vliv na zdraví a psychickou pohodu jedince. Mezi tyto potřeby patří výživa, vylučování, dýchání, spánek, zdraví, smích. Pokud nejsou tyto potřeby uspokojeny alespoň částečně, nelze postoupit k vyšším potřebám. (Pichaud, Thareaurová 1998, s. 38)

Na druhý stupeň řadí Maslow **potřebu bezpečí**. Tu můžeme rozčlenit na potřebu ekonomického zabezpečení (potřeba dostatku peněz na živobytí), potřebu fyzického bezpečí (má strach např. z pádu) a potřebu psychického bezpečí (potřebuje mít pocit jistoty, necítit se ztracený).

Třetí stupeň Maslowovy pyramidy tvoří **sociální potřeby**. Tyto potřeby zahrnují potřebu kontaktu, komunikace, potřebu náležet k nějaké skupině, potřebu lásky. U starých lidí jsou tyto potřeby zvýrazněny, potřebují cítit, že je má někdo rád, že nejsou opuštěni. Při naplňování sociálních potřeb upřednostňují kontakt se známými lidmi, s rodinou.

Čtvrtým stupněm je **potřeba autonomie** ve smyslu být svobodný, moci rozhodovat o sobě, o svém životě, být užitečným a uznávaným. Pro seniory je důležité být pro někoho užitečný. I když už nemají takové možnosti a schopnosti jako v mladším věku, mohou nabídnout svoje zkušenosti.

Nejvyšším stupněm pyramidy dle Maslowa je **potřeba seberealizace**. Jde o snahu být nejlepším, jakým člověk může být, o potřebu naplnit své schopnosti, být prospěšný druhým. Každý jedinec se realizuje v něčem, co dává jeho životu smysl a je důležité, aby smysl života v něčem nalezl. (Pichaud, Thareaurová 1998, s. 36-40)

Potřeby se v průběhu života každého jedince mění. U starých lidí je nutná jejich stimulace pomocí různých aktivit, naplňování jejich potřeby smysluplného světa správnými podněty, využití jejich zkušeností. Každý člověk, seniora nevyjímaje, má ve svém životě potřebu jistoty, že někam patří, že na něm někomu záleží. Senioři potřebují vědět, že se ještě mají

pořád na co těšit, ať už se jedná o návštěvu vnoučat nebo popovídání se sousedem. (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 67-70)

1.4 Práva seniorů

Důležitou oblastí sociální práce je její etika. V souvislosti s aktivizačními činnostmi bývá toto často diskutovaným tématem, především pak rozměr důstojnosti a dobrovolnosti, a proto bych na tomto místě ráda v kontextu práv seniorů zmínila existenci dokumentu **Evropská Charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc**. V tomto dokumentu v rámci projektu Daphne III proti týrání a zneužívání starších lidí jde o zahájení diskuse o tom, jak nejlépe uznávat a upevňovat práva nejzranitelnějších starších lidí. Autoři projektu zdůrazňují, že pokročilý věk sám o sobě neznamená zredukování práv, povinností a odpovědnosti člověka, ale upozorňuje, že člověk může být ve stavu trvalé nebo dočasné bezmocnosti a neschopnosti svá práva chránit. Zdraví a dlouhodobá péče, včetně prevence a včasné intervence, nejsou náklady, nýbrž investice, která se vyplatí všem věkovým skupinám. Zdravotnictví EU a dlouhodobé pečovatelské služby by se měly zakládat na principu solidarity mezi generacemi. Závislost na pomoci okolí a zranitelnost tvoří logický celek: osoby vyššího věku, jejich rodiny, a profesionální a dobrovolní pečovatelé a pečovatelky, by měli respektovat zákonem garantovaná práva. Účelem této výsadní listiny je umožnění každému jedinci usnadnit starším lidem přístup k jejich základním právům.

Listina obsahuje deset bodů:

1. Právo na důstojnost, fyzické a duševní zdraví, svobodu a bezpečnost
2. Právo na sebeurčení
3. Právo na soukromí
4. Právo na vysoce kvalitní péči a péči na míru
5. Právo na personalizovanou informaci, radu a informovaný souhlas – tento bod upravuje právo seniora na to, aby byl informován o svém zdravotním stavu a o dostupnosti léčení a možnostech péče, právo na informaci a konzultaci o všech možných volnočasových aktivitách,

pobytovém zařízení a možném rozsahu sociální péče, které jsou pro něho dostupné, bez ohledu na jejich cenu

6. Právo komunikovat a podílet se na kulturním životě společnosti
7. Právo na svobodu projevu a svobodu myšlení/uvědomění: přesvědčení, kultura a víra
8. Právo na paliativní péči a podporu, na úctu a důstojné umírání a smrt
9. Právo na nápravu
10. Povinnosti

(Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc. Dostupné z:

http://www.ageplatform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_CS_v2.pdf online 21.1.2015)

1.5 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017

Stáří se stává stále závažnějším politickým tématem. Stát chce zlepšit životní podmínky seniorů a lépe využívat jejich potenciál. Zajištění důstojné a odpovídající péče seniorům patří k povinnostem každé společnosti. Touto problematikou se zabývá Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Jedná se o plán státu, jak podpořit pozitivní stárnutí schválený vládou 13.2.2013. Materiál obsahuje konkrétní opatření při plnění úkolů problematiky stárnutí populace. Na vzniku plánu se podílela široká škála aktérů, především pak zástupců neziskového sektoru, samosprávy, soukromých podniků a firem, akademické sféry, dalších resortů i samotných zástupců seniorů. Jejich cílem bylo definovat základní priority pro dané období, konkrétní cíle a opatření. Nedílnou součástí plánu je podkladová studie, která dokládá důležitost navržených opatření na základě statistických dat, mezinárodních výzkumů a trendů, aktuální situace v České republice a odborné literatury.

Plán definuje tyto základní priority péče o seniory:

- zajištění a ochrana lidských práv starších osob – cílem tohoto bodu je zvýšit povědomí společnosti o právech starších osob a seniorů a zajistit ochranu starších osob před diskriminací a všemi projevy nedůstojného zacházení, týrání a zneužívání
- celoživotní učení a studium – cílem je vytvořit funkční systém dalšího vzdělávání a zvýšit podíl seniorů zapojených do zájmového vzdělávání U3V a akademie seniorů, a to s ohledem na místní dostupnost
- zaměstnávání starších pracovníků a seniorů – cílem je zajistit kvalitní informovanost veřejnosti o důchodové reformě, prodloužit pracovní kariéru pracovníků a motivovat je k odkladu odchodu do důchodu

- dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce – cílem je posilování stabilních mezigeneračních vztahů a spolupráce v rodině, komunitě i na celospolečenské úrovni, podpořit zapojení seniorů do dobrovolnické činnosti a překonání mýtu, že senioři mohou být pouze „příjemci“ dobrovolných aktivit
- kvalitní prostředí pro život seniorů – strategickým cílem je zvyšovat aktivní zapojení seniorů do komunitního života a vytvářet prostředí s odpovídající infrastrukturou, vhodnou nabídkou různých forem bydlení a dostatečné občanské vybavenosti
- zdravé stárnutí – tento bod má za cíl zvyšovat informovanost nejen seniorů o zdravém životním stylu a motivovat je k odpovědnosti za své zdraví a vytvářet dostatečnou nabídku preventivních programů v komunitě a ve společnosti
- péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností – v tomto bodě jde hlavně o nabídnutí co nejširší škály služeb včetně specializované geriatrické péče, které odpovídají rozdílným potřebám a specifickým životním situacím seniorů a o zvýšení informovanosti neformálních pečujících, kteří využívají svůj maximální potenciál jak ve svém zaměstnání, tak v rámci péče o své blízké.

(MPSV ČR. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada_Akcni_plan_staruti_.pdf (online 24.1.2015))

2 Péče o seniory

Při péči o seniora se sníženou soběstačností je za běžných okolností ideální variantou rodinná péče. Mohou však nastat okolnosti, které tuto péči znemožní. Může to být zdravotní stav seniora, který vyžaduje zdravotní péči nebo překážky ze strany rodiny, kterými může být zaměstnání rodinných příslušníků, velká vzdálenost bydliště nebo absence rodiny. V takovém případě je mnohdy jedinou možností volby sociální služba.

Všeobecně lze péči o seniory rozdělit na zdravotní a sociální péči. Tyto dvě oblasti tvoří komplex zdravotně sociální péče. V praxi se jedná o:

- péči sociální s převažujícími prvky zdravotní péče
- péči zdravotní s převažujícími prvky sociální péče
- péči, kde jednotlivé prvky nelze bezpečně rozlišit.

Tyto dvě oblasti na sebe musí navazovat a prolínat se. Nelze říci, že senioři potřebují pouze zdravotní, nebo naopak pouze sociální péči, geriatričtí pacienti většinou vyžadují současně zdravotní i sociální péči. Je nezbytná vzájemná provázanost, návaznost a koordinace těchto dvou sektorů. Dle Kalvacha jsou uváděny čtyři body principů zdravotně-sociální péče:

- demedicinace – zvláště u chronických a dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je třeba usilovat o podřízenost medicínských aspektů kvalitě života, o socializaci, zachování či obnovu sociální role, o respektování důstojnosti, autonomie, seberealizace. Role klienta by měla mít vždy přednost před rolí pacienta.
- deinstitucionalizace – v ústavním prostředí je třeba usilovat o vytváření přirozeného prostředí, které zachovává soukromí, stimuluje aktivitu a předchází smyslové i sociální deprivaci.
- desektorializace – je třeba usilovat o prolomení bariér, které existují např. mezi sektorem zdravotnickým a sociálním, mezi službami ústavními a ambulantními, mezi péčí

profesionální a laickou. Je třeba posilovat komplexnost, návaznost a účelnost v zabezpečení klienta.

- deprofesionalizace – je žádoucí posilovat zlaičtění péče, především spolupráci s rodinou. Součástí rodinné podpory jsou terénní, stacionářové a respitní služby. Je třeba podporovat atmosféru, ve které zdravotní péče, především základní, není výsadou profesionálních zdravotníků. (Kalvach a kol. 2004, s. 466-467)

2.1 Zdravotní péče

Ve zdravotní péči o staré osoby má nezastupitelné místo praktický lékař jakožto poskytovatel primární ambulantní péče, který stanovuje diagnózu, doporučuje léčbu a odbornou péči. U svých klientů zná jejich zdravotní i sociální problémy. Na jeho doporučení může být poskytována domácí ošetrovatelská péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. K typickým úkonům domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu.

Vzhledem ke zhoršujícímu se zdraví ve stáří je vysoká pravděpodobnost, že se senior ocitne v nemocniční péči. S ohledem na častý výskyt polymorbidity v seniorském věku, na ohrožení seniorů častějšími komplikacemi, mnohdy i na ztrátu soběstačnosti a další negativní faktory provázející stáří, je třeba poskytnout seniorům speciální lékařskou péči. Oborem, který takovou péči poskytuje, je geriatric.

Cílem geriatrické péče je poskytování péče seniorům. Důraz je kladen na aktivní přístup personálu, prevenci dalších onemocnění, hodnocení funkčního stavu seniora, intenzivní a minimálně invazivní léčbu, následnou rehabilitaci, rekondici a doléčení choroby.

Vzhledem k tomu, že dochází ve společnosti k přibývání seniorů, je ve zdravotnictví nutná tzv. geriatrizační zdravotních služeb. Seniori představují podstatnou a stále narůstající část nemocniční klientely. Tento stav je způsoben jak ovlivnitelnými, tak neovlivnitelnými faktory. Neovlivnitelnými faktory jsou např. zvyšování počtu seniorů v populaci, což je zapříčiněno hlavně poklesem úmrtnosti v mladším věku a delším životem v seniorském věku. Dalšími neovlivnitelnými faktory jsou vyšší výskyt chorob ve stáří; delší doba hospitalizace; nízký počet ambulantních pacientů mezi seniory (vyšší riziko komplikací). K faktorům, které lze ovlivnit, patří zbytečné prodlužování pobytu v nemocnici z důvodu negativních důsledků hospitalizace (vznik imobilizačního syndromu, iatrogenní poškození apod.);

nadměrná čekací doba na zajištění péče po propuštění (domácí ošetrovatelská péče, oddělení následné péče); pobyty seniorů v nemocnici jako nevhodné řešení problematické sociální situace. (Kalvach a kol. 2004, s. 473, s. 475)

Ve vztahu ke zdravotnickým zařízením uvádí Kalvach tři okruhy geriatrických problémů a potřeb, které jsou podmíněné převážně funkčním stavem pacientů:

Standardní poskytování akutních zdravotnických služeb jen v mírné modifikaci, která respektuje involuční změny, např. menší funkční rezervy.

Poskytování akutních zdravotnických služeb ve specifickém geriatrickém režimu odpovídajícím závažné křehkosti a multimorbiditě. Součástí každé zdravotní péče o křehkou geriatrickou klientelu je cílevědomé zachovávání či obnovování soběstačnosti.

Poskytování dlouhodobé, mnohdy trvalé péče s důrazem na ošetrovatelství a pečovatelství. Tyto služby poskytují ve zdravotnickém sektoru převážně zařízení následné péče lůžkové nebo domácí ošetrovatelské péče. Vesměs mají povahu zdravotně-sociální. (Kalvach a kol. 2004, s. 465-466)

Mimo jiné Kalvach uvádí dělení geriatrických pacientů dle heterogenity potřeb hospitalizovaných seniorů zhruba na třetiny. První třetinu tvoří mladší senioři spolu s nositeli dlouhodobé dispozice. Tato skupina vyžaduje při hospitalizaci standardní zdravotní péči používanou u osob mladšího věku. Druhá třetina geriatrických pacientů je do nemocnice přijímána při ztrátě soběstačnosti a nezabezpečenosti v domácím prostředí. Obvykle u těchto nemocných nepřináší nemocniční pobyt zlepšení funkčního stavu ani prognózy, ale slouží k poskytování ošetrovatelsko-sociální péče. Zbylou třetinu hospitalizovaných seniorů tvoří praví geriatričtí pacienti - křehcí, multimorbidní a oproti mladšímu věku klinicky atypičtí nemocní. Pobyt na běžných odděleních a standardní péče jsou u nich ovlivněny nepříznivou prognózou a komplikacemi. Komplikací může

být pochybení personálu z neznalosti specifík geriatrické problematiky (imobilita, inkontinence, zmatenost), z nepochopení pacientových limitací a smyslových, mentálních i pohybových rizik. (Kalvach a kol. 2004, s. 476-477)

Lůžkovou zdravotní péči pro seniory zajišťují především nemocnice. Pokud po odeznění akutní fáze onemocnění nedovoluje stav seniora jeho propuštění z lůžka akutní péče do domácího ošetřování, vyžaduje tento klient péči na oddělení následné péče. Jejím cílem je stabilizace zdravotního stavu nemocného, omezení následků onemocnění a pozitivní ovlivnění kvality života. Převládá péče ošetrovatelská a rehabilitační.

2.2 Sociální péče

Sociální služby upravuje Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Sociální služby jsou všechny služby, které umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na životě společnosti. Sociální služby zahrnují sociální péči, sociální prevenci a sociální poradenství. Formy poskytování mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní. Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení své nepříznivé sociální situace. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost klientů. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb, musí na osoby působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti a motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému prohlubování či stagnaci nepříznivé sociální situace. (Malíková 2011, s. 41)

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se sociální služby dělí na tři základní oblasti:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče – služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka (osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, domovy pro seniory, denní a týdenní stacionáře aj.)
- Služby sociální prevence – slouží k předcházení a zabraňování sociálního vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy (telefonická krizová pomoc, nízkoprahová zařízení, kontaktní centra aj.)

Sociální služby jsou také členěny podle místa jejich poskytování:

- Terénní služby – poskytované v prostředí, ve kterém člověk žije – v domácnosti, tam kde pracuje, vzdělává se. Jedná se

především o pečovatelskou službu, osobní asistenci, terénní programy pro ohroženou mládež

- Ambulantní služby – za nimi člověk dochází do specializovaných zařízení (poradny, denní stacionáře)
- Pobytové služby – jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života žije (domovy pro seniory, chráněné bydlení, azylové domy)

Zákon přesně stanovuje i druhy všech zřizovaných zařízení sociálních služeb a základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Mezi zařízení sociálních služeb patří centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče.

Poskytované činnosti jsou vymezeny takto: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. (MPSV ČR. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf> online 17.1.2015)

Všechny podoby sociální práce mají v praxi svou konkrétní podobu v závislosti na cílové skupině. Předmětem této práce je cílová skupina seniorů ve specifické nikoli neobvyklé životní situaci.

3 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

V této části práce uvedu definici pojmů úzce souvisejících s aktivizačními činnostmi, pokusím se popsat různé druhy aktivizačních činností využívaných při práci se seniory a jejich význam pro seniory.

„Je známo, že organismus každého člověka je odlišný a kromě genetických předpokladů se na něm projevuje zvolený styl života, tedy kvalita sociálního prostředí, udržování fyzické zdatnosti, stravovací návyky a zejména psychické projevy k sobě i svému okolí. Člověk, který o své fyzické i psychické zdraví trvale pečuje nebo zmoudří a začne se o něj starat aspoň v dospělosti, má větší šanci na kvalitní život i ve vyšším věku.“ (Štilec 2004, s. 9)

Možností, jak aktivizovat seniory, je celá řada. Aktivizace seniorů by měla postihovat jak jejich fyzickou stránku, tak stránku psychickou. Zvolené aktivity musí být přizpůsobeny individuálním potřebám a přáním seniorů. Je třeba zohlednit i určitý stupeň omezení fyzické a psychické výkonnosti stárnoucích lidí. Aktivizace přispívá k udržení či zlepšení soběstačnosti, schopností a dovedností. Udržuje seniorovo fyzické, psychické a sociální zdraví.

„Aktivita je způsob, jak člověk může přežít, jak může uspokojit své potřeby, jak si může zpříjemnit život, jak může vytvořit něco, co ho přesahuje. Činnosti přinášejí člověku mnohé- strukturují čas, ovlivňují společenské kontakty, podporují fyzickou i duševní činnost, vytvářejí společenský status.“ (Kalvach a kol. 2004, s. 439)

Kalvach dále říká, že zdravý výkonný člověk je schopen si svůj volný čas a své aktivity plánovat a organizovat sám, naopak člověk „s poruchou mobility, postižením motoriky, smyslových orgánů či kognitivních funkcí je ve svých aktivitách více či méně limitován.“ Čím větší má jedinec fyzické nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpora zvenčí. (Kalvach a kol. 2004, s. 436)

Na seniory mají velký vliv také sociální změny a události, jako je například ovdovění, ztráta kontaktu s dětmi, osamělost, přestěhování do nového prostředí nebo ohrožení soběstačnosti. Každý se s těmito situacemi vyrovnává jinak, někdo si i ve vysokém věku dokáže zachovat soběstačnost, aktivitu a životní program, jiní naopak propadají do izolace, podléhají negativnímu sebehodnocení a rezignují. Proto je důležité se těmto seniorům věnovat, pomoci jim zmírnit obtíže spojené se zhoršením celkového stavu a pomoci jim vést kvalitní život.

Cílem aktivizačních činností pro seniory je podpora a motivace k soběstačnosti, zlepšení fyzické i psychické kondice, umožnění sociálních kontaktů a vzájemné podpory lidí stejného věku. Aktivizace by neměla nutit seniora „něco dělat“ ale jejím úkolem je snažit se o zlepšení psychické i zdravotní stránky aktivizovaného jedince. Podmínkou úspěšné aktivizace je dobrovolnost ze strany klienta a jeho kvalitní motivace, osobnost aktivizačního pracovníka, jeho schopnost empatie a v neposlední řadě také vhodně zvolený způsob komunikace, zohledňující případné handicapy seniorů.

Mojžíšová vyslovuje názor, že „fyzická i psychická aktivita by se měla odvíjet od přání a možností seniora. To znamená, aby senior chtěl, uměl a mohl činnost provádět“ (Mojžíšová 2008, s. 95)

Pro zdravý aktivní život ve vyšším věku je dle Štilce významné: Neuzavírat se do sebe, vyhledávat kontakty, nové přátele vracet se k zájmům a koníčkům, na které dříve nebyl čas učit se novým věcem, zdokonalovat staré vědomosti pečovat o své zdraví, vzhled a tělesný i duševní rozvoj naučit se zklidňovat svoji psychiku, najít si vyhovující relaxační techniku (Štilec 2004, s. 130)

Kalvach ve své publikaci také zmiňuje skutečnost, že uměle vytvořené aktivizační programy vedoucí pouze ke stereotypnímu vyplnění času a k zahnání nudy, seniora neaktivizují, ale podřizují, senior se snaží pouze pasivně vyhovět pečující osobě. Skutečná podpora aktivity seniora spočívá

v nalezení toho, co ho naplňuje radostí, dává mu smysl a navozuje u něho příjemné prožitky a pocity. Nezbytným předpokladem je zachování důstojnosti. Aktivita by měla přirozeně navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací. (Kalvach a kol. 2004, s. 437-438)

3.1 Definice aktivizačních činností

V souvislosti s pojmem aktivizační činnosti lze nalézt mnoho definicí. Matoušek definuje pojem aktivizační terapie takto: „Terapie, jejímž cílem je, aby se klienti bez velkého úsilí cítili dobře při nějaké činnosti (při hraní na hudební nástroj, zpěvu, při výtvarných činnostech, gymnastickém cvičení, tanci apod.) a zároveň při tom byli ve styku s jinými klienty, resp. terapeuty. Užívá se zejména u lidí vážně mentálně postižených, lidí s akutní psychózou a jiných druhů klientů s velmi omezenými schopnostmi.“ (Matoušek 2008, s. 22)

Malíková charakterizuje aktivizační činnosti pro seniory jako stimulující a aktivizační podněty, prostřednictvím kterých si senior může uvědomit své potřeby. Dále uvádí, že aktivizační činnosti mobilizují seniorovy síly a tím zabraňují vzniku a rozvoji závislosti na jiných osobách, podporují zachování pocitu důstojnosti, navozují pocit radosti a uspokojení a přispívají k naplnění důstojného prožívání stáří. (Malíková 2011, s. 122)

3.2 Dělení aktivizačních činností

Rozdělit aktivizační činnosti lze podle různých kritérií. Asi nejzákladnější rozdělení je podle počtu zapojených osob na individuální, párové a skupinové. Individuální aktivity vykonává jedinec zcela samostatně, pouze za případné pomoci někoho ze svého okolí. Podporují koncentraci, tvořivost, prožitek sebe sama. Mezi tyto aktivity můžeme zařadit např. četbu, prohlížení fotografií, péči o tělo. Párové aktivity jsou činnosti vykonávané s partnerem, s pečovatelem, přítelem či přítelkyní a podporují mezilidské vztahy, komunikaci. Řadí se mezi ně např. procházky, vzájemné návštěvy, návštěvy kulturních akcí. Skupinové aktivity utvrzují jedince v tom, že někam patří, má svoji roli, nachází přátele, vzájemnou podporu. Může se jednat např. o společné vaření, malování, zájmové aktivity, reminiscenční terapie.

Další dělení nabízí Kalvach, podle něhož můžeme činnosti dělit:

Podle okruhu uspokojovaných potřeb:

- činnosti k zabezpečení základních biologických potřeb (jídlo, pohyb, smyslová stimulace)
- činnosti podporující jistotu, bezpečí, autonomii (knihy života, reminiscence)
- činnosti sociální povahy (komunikace, čas trávený s přáteli, s rodinou, společenské a kulturní akce)
- činnosti podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj (studium, učení se novým činnostem)
- činnosti seberealizační (tvorba, umění)

Podle místa v životě člověka:

- činnosti všedního dne (příprava jídla, úklid, praní prádla)
- pracovní činnosti (práce na zahradě, šití, péče o domácí zvíře)

- péče o sebe (hygiena, koupání, péče o zdraví, rehabilitace)
- činnosti volného času (společenské hry, zpěv, tanec, procházky)
- rozvoj a vzdělávání (diskuze, četba, psaní, různé formy studia) (Kalvach 2004, s. 441)

Rheinwaldová nahlíží na dělení aktivizačních programů do kategorií takto: „Kategorie programů rukodělné práce, tvořivé činnosti společenské programy, diskuze, hry, hudba, tanec, cvičení, sporty, sportovní hry, činnosti venku v přírodě, náboženské programy, vzdělávací činnost.“ (Rheinwaldová 1999, s. 23)

3.3 Možnosti aktivizace seniorů

Aktivizační činnosti poskytované seniorům jsou realizovány pomocí různých terapeutických technik a cvičení. Jsem si vědoma, že moje práce nemůže obsáhnout všechny existující aktivity, proto uvedu ty nejčastěji používané v zařízeních poskytujících péči seniorům. Při realizaci aktivit je třeba rozlišit, zda činnosti poskytujeme hospitalizovaným seniorům, kteří mohou být výrazně limitováni svým zdravotním stavem nebo klientům sociálních služeb, kteří jsou relativně zdraví. Ke každému uživateli těchto činností je třeba přistupovat přísně individuálně, zvláště ke klientům, kteří mají nějaké zdravotní omezení. Pracovník provádějící aktivizaci by měl být seznámen se zdravotní dokumentací pacienta, znát jeho zdravotní stav a na tomto podkladě zvážit vhodné aktivity pro konkrétního uživatele. Různá omezení se mohou týkat například zakázaných pohybů, možností zatěžování operovaných končetin v pooperačním období a podobně.

Vzhledem k přehlednosti a k tomu, že každá aktivita má svůj význam, uvedu je v abecedním pořadí.

3.3.1 Aktivní naslouchání

Tato technika je jednou ze složek komunikace založená na snaze terapeuta porozumět a vcítit se do klientových pocitů, postojů a potřeb. Schopnost vzájemně si naslouchat je základem úspěšné komunikace. Naslouchat v tomto případě neznamena jen slyšet, ale znamená to chápat, rozumět. Naslouchající se snaží zjistit, jak se klient cítí. Akceptuje ho, nehodnotí ho, ale respektuje ho a vytváří si s ním pozitivní vztah.

„Technika užívaná sociálními pracovníky k povzbuzení klientovy schopnosti vyjádřit se, k překonání zábran a studu, k navození pocitu důvěry. Klientovy zábrany je možné překonat výzvou k volnému projevu, empatickým reflektováním toho, co klient sděluje, parafrázemi, shrnováním. Velký význam při tom má neverbální chování sociálního pracovníka. A. n.

by mělo být součástí výcviku profesionálů, v některých případech i dobrovolníků.“ (Matoušek 2008, s. 22-23)

3.3.2 Arteterapie

Arteterapie je zaměřena na výtvarný projev, který je využíván jako prostředek pro poznávání a ovlivňování lidské psychiky. Je zaměřena na aktivizaci, sebevyjádření, sebepoznání, zmírnění úzkosti, změnu stereotypů. Výtvarný projev je činnost, která má rozvíjející, výchovný i terapeutický význam. Arteterapie může seniorům pomoci při procvičování jemné motoriky, cvičit jejich paměť. Jejimi technikami jsou např. kresba, koláž, práce s modelovací hmotou, keramika a další.

Campbellová ve své publikaci uvádí, že starší občané jsou skupinou lidí, jejichž zkušenosti i zdravotní stav jsou různé a těžko se daří tuto věkovou skupinu zaujmout. Jednotlivé postupy terapie je nutné vzhledem k pohybové nejistotě a často i bolestivým obtížím seniorů náležitě upravit. Jako inspirace k tvorbě se používají rodinné fotografie, vzpomínkové předměty, obrázky, pohlednice. Výtvarná tvorba může starším lidem také napomoci ke zlepšení pohybových schopností. Mimo jiné se autorka domnívá, že skupinová tvorba by vedle citových zážitků měla starším lidem přinášet i pocit uznání a dostatečný prostor pro vlastní vzpomínky. (Campbellová 2000, s. 25-26)

3.3.3 Dechová gymnastika

Dechová gymnastika je nedílnou součástí kondičního cvičení, kterou se zahajuje cvičení. Její podstatou je správná technika dýchání, která ovlivňuje výsledný efekt kondičního cvičení. Základními pravidly jsou nezadržování dechu, nadechování nosem a vydechování ústy. Rozlišujeme dva druhy dechové gymnastiky. První je dechová gymnastika statická, kdy při dechové pohybové funkci nedochází k zapojení horních ani dolních končetin a trupu a druhá je dechová gymnastika dynamická. O dynamické

dechové gymnastice hovoříme, pokud dechové pohyby hrudníku a břišní stěny doprovází i pohyby končetin. V průběhu cvičení se postupně začíná uplatňovat mechanismus adaptace na zátěž, což u seniorů významně může přispívat k zachování či obnově soběstačnosti a nezávislosti. (Kalvach a kol. 2004, s. 421-422) Dechovou gymnastiku je možno provádět vleže, vsedě i vestoje, lze ji tedy uplatnit téměř u každého klienta.

3.3.4 Ergoterapie

Ergoterapie je disciplína, jejímž cílem je zlepšení zdraví a kvality života aktivním zapojením jedince do zaměstnávání. Zaměřuje se na zachování maximální soběstačnosti v běžných denních činnostech, na nácvik činností, ve kterých je jedinec limitován z důvodu onemocnění, úrazu či procesu stárnutí. Ergoterapie se provádí buď skupinovou nebo individuální formou.

Mezi hlavní aktivity ergoterapie v geriatrii řadí Kalvach tyto činnosti:

- hodnocení funkční zdatnosti, využívají se různé standardizované testy a pozorování pacienta při plnění praktických výkonů
- nácvik všedních činností
- výběr, testování a nácvik používání kompenzačních pomůcek
- provádění aktivit zaměřených na pohybovou koordinaci a jemnou motoriku
- provádění kognitivní rehabilitace
- pohybové aktivity (hry, tanec, jóga)
- šití, vaření, zahradnické práce (Kalvach a kol. 2004, s. 424-426)

3.3.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie je technika, která pomocí hudby navozuje zážitky, které klienta navozují do lepšího stavu. Při aktivní muzikoterapii se využívá zpěvu, práce s hlasem, hry na různé nástroje. Pomocí zvuku může klient vyjadřovat pocity, vztahy k sobě samému, k druhým lidem. Pasivní muzikoterapie znamená poslech reprodukováné hudby, při které může jedinec relaxovat. Muzikoterapie receptivní se uskutečňuje poslechem hudby s následnou diskuzí o prožívaných pocitech, hudba vyvolává emoce, o kterých lze následně hovořit, vyjádřit je pohybem, kresbou. V případě nepříjemné nálady se lze pomocí hudby přeladit. (Hartl, Hartlová 2009, s. 331)

3.3.6 Reminiscenční terapie

Tato metoda je založena na využívání vzpomínek. Práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční i zdravotní stav seniorů. Aplikací této metody u klientů dochází k potvrzování vlastní identity, smyslu jejich života, k zaměstnávání myšlení a paměti, k navození příjemných pocitů při vzpomínkách. „Reminiscenční (vzpomínková) terapie je aktivizační a validační metoda, využívající vzpomínek a jejich vybavování.“ (Mojžíšová 2008, s. 99)

„Tato metoda má v gerontologii své nezastupitelné místo. Využívá se především u osob s demencí, ale je velmi prospěšná i k podpoře aktivizace imobilních, dlouhodobě ležících a nesoběstačných osob. Reminiscenční terapie je efektivní a přínosná především u klientů, kteří mají ještě zachované některé kognitivní funkce a jsou schopni si alespoň částečně vybavit svoji minulost a své zážitky.“ (Malíková 2011, s. 238)

Matoušek uvádí definici reminiscence takto: „Metoda práce se starými lidmi, při níž se vyvolávají vzpomínky na události, které mají pro daného člověka hodnotu. Preferují se přitom vzpomínky pozitivně emočně zabarvené, i když se nemusí týkat událostí vítaných.“ Reminiscence se dá

užívat při individuální i skupinové práci. Zejména individuální reminiscence se dají navázat na ošetrovatelské a jiné úkony (mytí, oblékání, podávání jídla), při nichž pracovník klienta vede otázkami, které mají jak vztah k aktuální činnosti, tak přesah do minulosti (např. Která jídla jste měl rád jako dítě? Co jste ráda nosila v létě, když bylo horko?). Využívání této techniky poskytuje pracovníkům informace o klientech, senior mívá zálibu v roli vypravěče, vyprávěním dává svému životnímu příběhu smysl a předává ho dalším lidem. (Matoušek 2008, s. 173)

3.3.7 Tělovýchovné činnosti

Sportovní a pohybové činnosti poskytují klientům možnost realizovat se v jednoduchých sportovních disciplínách a tím si zlepšovat svoji kondici. Pohybová cvičení a sportovní aktivity mohou mít vzhledem k individuálnímu zdravotnímu stavu klientů rozdílnou povahu. Náplní těchto aktivit může být nácvik vstávání, chůze, správného držení těla, vytrvalá chůze, jízda na rotopedu, tanec, jóga. Každé pohybové cvičení by mělo být zahájeno dechovou gymnastikou a realizováno postupováním od lehčích cviků ke složitějším, necvičit přes bolest.

„Je dokázáno, že většina osob, dokonce velmi starých, se může pravidelně zapojovat do aktivit vyžadujících určitou dávku fyzické zátěže, což prospívá nejen jejich zdraví, ale také podporuje psychický komfort každého z nich.“ (Roslawski 2005, s. 15)

Haškovcová vysvětluje důležitost sportovních aktivit u seniorů: „S přibývajícím věkem ubývá schopnosti pohotově reagovat na změny, snižuje se chuť něco měnit a jistá pohodlnost se stává akceptovanou normou. Aby senioři nechátrali, měli by cíleně posilovat pružnost ve všech směrech. Měli by se hýbat a vybrat si vhodné sportovní aktivity.“ (Haškovcová 2010, s. 171)

3.3.8 Trénink paměti

Podle Suché je příčinou zhoršení paměťových schopností nejčastěji jejich nepoužívání, dále stres a také patologické procesy, které se odehrávají v mozku v důsledku chorob (demence, deprese). U paměťových schopností záleží hlavně na stupni trénovanosti. Paměť je třeba pravidelně něčím zatěžovat, být duševně aktivní. (Suchá 2008, s. 16-17)

„Ve stáří dochází k určitým změnám kognitivních funkcí. Jde o:

- zpomalení celkového psychomotorického tempa,
- zhoršení všímavosti i výbavnosti zejména u novodobé paměti,
- rigiditu v myšlení a jednání,
- zhoršení koncentrace a z toho plynoucí zvýšenou psychickou unavitelnost,
- snížení smyslové výkonnosti,
- ochuzení fantazie a omezení tvůrčích schopností.“ (Suchá 2008, s. 16)

Suchá ve své publikaci uvádí velké množství technik a cvičení, které mají napomoci ke zlepšení fungování paměti (mnemotechniky – zapamatování pomocí příběhu, strategie prvního písmene, kategorizace aj.), k lepší koncentraci (spojování slov, kroužkování písmenek aj.), k logickému myšlení (co mají slova společného, šifrování, přiřazování přídavných a podstatných jmen aj.), rozvoji matematických schopností (číselné řady, počítání bez kalkulačky aj.).

3.3.9 Validační terapie

Validace se uplatňuje zejména v práci se seniory, kteří mají poruchy kognitivních funkcí, především demenci. Validovat znamená potvrzovat, vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé, podpořit vše, co může mít pro klienta smysl či hodnotu. Klienti v pozdějších fázích demence nepotřebují být orientováni zpět do reality, ale potřebují vnímat.

K validačním technikám patří dotek, pohled, hudba, houpání. Úkolem pečovatелů je vzít na vědomí různé příčiny zvláštního chování u starých lidí a tím dát jejich chování smysl a cenu. Základními východisky validace jsou tolerance, vcítění a empatické naslouchání. (Kalvach a kol. 2004, s. 449)

3.3.10 Zooterapie

Terapie pomocí zvířat využívá pozitivních účinků kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Zvíře poskytuje tělesný kontakt, reaguje na chování člověka a stimuluje ho k odezvě. Terapii pomocí zvířat je třeba odlišit od činností s účastí zvířat. Činnosti s účastí zvířat zahrnují jakékoliv programy s vycvičenými zvířaty, pro klienta mají odpočinkový, motivační nebo výchovný význam. Terapie pomocí zvířat je vedena kvalifikovaným profesionálem, má za cíl podporu emočních, kognitivních, sociálních nebo tělesných schopností. (Matoušek 2008, s. 228)

„Uvedení zvířátek do světa starých lidí je jednou z nejlepších věcí, které můžete udělat. Tihle živí tvorové poskytují společnost a pozitivní reakce bez jakýchkoli omezení nebo společenských tabu. Příjemně stimulují hmat. Obvykle velkou měrou zkvalitňují život našich klientů – a to jak těch, kteří docházejí do denních stacionářů, tak těch, kteří žijí v domovech důchodců. Samozřejmě se musíme řídit rozumem – musíme brát v úvahu, že někteří lidé nemají zvířata rádi, a v některých zvířata dokonce vyvolávají fobii.“ (Walsh 2005, s. 191) Aspekt fobie při poskytování zooterapie je zásadní problém, kterým by se měl terapeut zabývat.

Kontakt se zvířetem prokazatelně zlepšuje psychický i tělesný stav člověka, umožňuje mu lépe zvládat stres, aktivizuje jedince.

V praxi je nejčastěji využívána canisterapie, která využívá speciálně cvičeného psa. Tato metoda má na člověka vliv psychosociální a fyziorehabilitační. Její pomocí lze aktivovat myšlení, komunikaci, paměť, ale i motoriku (chůzi, pohyb rukou). Hojně se využívá také při polohování imobilních pacientů, kdy pes nahrazuje polohovací pomůcky a na pacienta

působí příjemně vyšší teplota psa (prohřívání pacienta a uvolňování svalového napětí) a vnímání dýchání a tlukotu srdce psa pozitivně působí na zklidnění pacienta.

Další metodou zooterapie je felinoterapie, která využívá pozitivního působení kontaktu člověka s kočkou. Už pouhá přítomnost kočky působí pozitivně na pocity samoty, na neklid. Kočka je ideálním společníkem pro lidi s omezenou pohyblivostí, nepotřebuje žádný výcvik ani venčení.

Mezi poměrně často využívanou zooterapii patří ještě hipoterapie, která využívá pozitivního vlivu impulzů vycházejících z koňského hřbetu při chůzi.

4 Praktická část

Práce je věnována aktivizačním činnostem pro seniory, kteří jsou hospitalizováni na oddělení následné péče MNMK. Toto oddělení jsem si pro svoji práci vybrala během praxe, kterou jsem pod vedením sociálního pracovníka v tomto zařízení absolvovala.

Senior v nemocnici je ohrožen pocity osamocení, odcizení od rodiny a jedním z úkolů aktivizace by mělo být pomoci mu tyto pocity překonat a zvládnout. Dalším z úkolů aktivizace je zachování co možná nejvyšší míry soběstačnosti. V praktické části práce se věnuji popisu organizace Městská nemocnice Městec Králové a.s. (dále MNMK) a nabídce aktivizačních činností poskytovaných seniorům hospitalizovaným v tomto zařízení.

Cíl práce spočívá ve zmapování aktivizačních činností nabízených seniorům v MNMK a zodpovězení výzkumné otázky: „Jsou senioři hospitalizovaní na oddělení následné péče MNMK spokojeni s nabídkou aktivizačních činností?“ Bude mě také zajímat četnost provádění aktivizačních činností v daném období, zájem o případné rozšíření nabídky aktivizačních činností a případné překážky na straně seniorů, které jim brání v účasti na aktivizačních činnostech. Dalším cílem této práce bude sestavení návrhu na zavedení dalších technik aktivizace v tomto zařízení.

Zpracované výsledky výzkumu budou poskytnuty nejen vedoucím pracovníkům MNMK, ale i pracovníkům přímo se podílejícím na realizaci aktivizačních činností v MNMK, kterým mohou posloužit jako zpětná vazba.

4.1 Městská nemocnice Městec Králové a.s.

Tato malá nemocnice má svoji dlouholetou historii. Byla postavena v roce 1896 a od tohoto roku slouží veřejnosti dodnes. V současné době fungují v nemocnici interní a chirurgické oddělení, DIP (dlouhodobá intenzivní péče), DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče) a ONP (oddělení následné péče).

Ojedinelým projektem MNMK je Pečovatelská služba Městec Králové, s.r.o. (dále Pečovatelská služba MK). Od roku 2010 nabízí pomoc v několika oblastech sociálních služeb a je jejich registrovaným poskytovatelem. Nabízí v domácnostech klienta všechny služby v rozsahu daném Zákonem o sociálních službách (pomoc s osobní hygienou, úklid v domácnosti, zajištění a dovoz oběda, zajištění komunikace s úřady). Pečovatelská služba MK zajišťuje kromě výše uvedených služeb i odběry krve v domácím prostředí, doprovod či odvoz k lékaři, případně zajistí i lékaře do domácího prostředí. Další poskytovanou službou je půjčovna kompenzačních pomůcek. V nabídce je široká škála pomůcek, jejichž zapůjčení pomáhá klientům hlavně pokrýt dobu mezi požádáním o kompenzační pomůcku od zdravotní pojišťovny a jejím skutečným obdržením. Všechny služby Pečovatelské služby MK jsou zpoplatněny dle jejich ceníku a vyhlášky o sociálních službách, na jejich úhradu je možno využít příspěvku na péči. (MĚSTSKÁ NEMOCNICE MĚSTEC KRÁLOVÉ A.S. *Oddělení sociálních služeb*. Dostupné z: http://www.nemmk.cz/oddělení_sociálních_služeb (online 30.1.2015))

Pro téma mé práce je stěžejní oddělení následné péče (dále ONP). Toto oddělení poskytuje péči převážně starším pacientům, kteří po proběhlém akutním onemocnění, při progresi chronického onemocnění či zhoršení psychických funkcí vyžadují déletrvající léčbu, léčebnou rehabilitaci nebo ošetrovatelskou péči. Nejčastějšími diagnózami pacientů jsou stavy po cévních mozkových příhodách, po operacích (ortopedických a traumatologických), chronická interní onemocnění (ischemická choroba

srdeční, komplikace diabetu, malnutrice), choroby pohybového aparátu, onkologické diagnózy, chronické rány a diagnózy s gerontopsychiatrickou problematikou. Cílem hospitalizace na ONP je doléčení a stabilizace stavu, rehabilitace, nácvik soběstačnosti s cílem navrácení pacienta do původní kondice. Nedílnou součástí hospitalizace na ONP je sociální šetření, které probíhá u každého geriatrického pacienta. Je prováděno sociální pracovníci. Z ONP není propuštěn žádný pacient bez dalšího sociálního zabezpečení.

Pokud u pacienta pominuly zdravotní důvody hospitalizace, ale nemůže být propuštěn do domácí péče, nemá vyřešenou svoji sociální situaci, může být přeložen na lůžko Pobytového zařízení ústavní péče v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. Cílem této služby poskytované v MNMK je na přechodnou dobu klientům nahradit domácí péči před nástupem do navazujících sociálních služeb. Na základě Smlouvy o poskytování sociálních služeb je stanovena úhrada za službu dle vyhlášky 505/2006 Sb., která obsahuje výčet základních činností při poskytování pobytových služeb, rozsah výkonů a maximální výši úhrady.

Klient hradí:

- poskytnutí ubytování (200Kč/den)
- zajištění stravy (160Kč/den)
- v případě, že je klient příjemcem příspěvku na péči, je tento příspěvek určen na zajištění potřebné pomoci

Rozsah poskytovaných služeb:

- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při podávání stravy
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů

Poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení ústavní péče nelze využít podle §36 Vyhlášky č. 505/2006 Sb. v případě:

akutního infekčního onemocnění klienta
pokud zdravotní stav klienta vyžaduje poskytnutí péče ve
zdravotnickém zařízení
pokud by chování klienta z důvodu duševní poruchy vážným
způsobem narušovalo kolektivní soužití, pokud je naplněna kapacita
(MĚSTSKÁ NEMOCNICE MĚSTEC KRÁLOVÉ A.S. *Pobytové
zařízení sociálních služeb.* Dostupné z:
http://www.nemmk.cz/pobytové_oddělení_sociálních_služeb online
30.1.2015)

ONP v MNMK má kapacitu 135 lůžek. Z toho je 35 lůžek na oddělení,
které se zaměřuje na klasickou rehabilitaci pooperačních stavů, nabízí
pacientům třítydenní rehabilitační pobyt. Tito klienti nebudou subjekty
mého výzkumu, jednak z důvodu krátké doby hospitalizace a jednak
z důvodu, že většina z nich je mladšího než seniorského věku. Ostatní lůžka
jsou určena převážně starším pacientům s diagnózami výše uvedenými. U
každého pacienta je stanoven léčebný a ošetrovatelský plán a volen přísně
individuální postup s ohledem na jeho potřeby, přání a možnosti.

4.2 Druhy aktivizačních činností v MNMK

V této části práce popíši druhy aktivizačních činností poskytovaných hospitalizovaným seniorům v MNMK, se kterými jsem se seznámila během své praxe pod vedením sociálního pracovníka, kterou jsem v tomto zařízení absolvovala. Při poskytování zdravotně-sociální péče v MNMK mají aktivizační činnosti zásadní význam, je vycházeno především z přání a potřeb uživatelů a důsledně dbáno na zachování důstojnosti seniorů a dalších jejich práv. Při výběru vhodných aktivit je ke každému klientovi přistupováno individuálně i s ohledem na jeho zdravotní stav, schopnosti a dovednosti. Aktivizační činnosti v rámci ONP provádějí tři rehabilitační ošetřovatelky, které pracují pod dohledem zkušených fyzioterapeutů a všeobecných sester. Vzhledem k povaze oddělení je nezastupitelnou složkou péče rehabilitační ošetřovatelství. Senioři po závažných akutních onemocněních trpí ztrátou soběstačnosti, dovedností a schopností. Od prvního dne jejich pobytu na ONP je usilováno o zdokonalování a získání nejvyšší možné míry soběstačnosti, což se děje jednak důslednou fyzioterapií, kterou provádí každodenně zkušený fyzioterapeut a jednak prostřednictvím rehabilitačního ošetřovatelství. To provádějí každý pracovní den rehabilitační ošetřovatelky na základě lékařských vyšetření a opakovaného hodnocení poskytovaných aktivit. Rehabilitační ošetřování na ONP spočívá ve výcviku nemocných k základní sebeobsluze a je využíváno různých technik aktivizace. Většinou se jedná o individuální cvičení, které obnáší např. nácvik chůze s pomůckou, nácvik přesunů z lůžka na židli, do křesla, nácvik využívání různých pomůcek při oblékání. Veškeré nácviky a upevňování motorických funkcí jsou realizovány při každodenní práci se seniory. Tyto všechny činnosti by bylo možné zahrnout do ergoterapie, ovšem nejedná se o ergoterapii v pravém slova smyslu, neboť rehabilitační ošetřovatelky nesplňují podmínku předepsaného vzdělání ergoterapeuta. Na oddělení je kladen velký důraz na zajištění aktivity i u seniorů, kteří jsou upoutaní na lůžko.

Program a rozvrh aktivizačních činností na oddělení je vždy přizpůsoben chodu oddělení a přáním a potřebám uživatelů. Pondělí jsou věnována převážně individuálním aktivitám podle konkrétních potřeb a přání klientů

Mezi velmi oblíbené skupinové aktivity u hospitalizovaných seniorů patří pohybová cvičení. Tato cvičení probíhají každé úterý, ke cvičení je využívána společenská místnost oddělení. Každé pohybové cvičení je vždy zahájeno dechovou gymnastikou. Jedná se o kondiční cvičení, protahování, chůzi, o cvičení s pomůckami. Z pomůcek jsou využívána švihadla, overbally, tera bandy, tyčky, gumičky, k dispozici je rotoped. Lehká kondiční cvičení je možné provádět ve všech polohách, vleže, vsedě i ve stoje, záleží na možnostech jednotlivých seniorů. Úterní dopoledne jsou také vyplněna různými tématy spojenými s reminiscencí. Ta je prováděna v individuální formě na pokoji u klientů trpících některou z forem demence a skupinovou formou s klienty, kteří se chtějí této aktivitě zúčastnit. Jsou využívány pomůcky donesené rodinou, jako fotografie, knihy, dobové nostalgické předměty.

Středy jsou na oddělení věnovány programům tvořivé techniky. K procvičování jemné motoriky je využíváno navlékání korálků, práce s papírem, ruční práce, kresby, malby. Tyto aktivity jsou často vztahovány k nějakému tématu, jako např. roční období, různé svátky, významné dny. Ke středám také patří muzikoterapie v pasivní formě i aktivní formě. Pasivní forma obnáší poslech hudby, nejčastěji na oddělení zní televizní kanál Šlágr a mezi seniory tolik oblíbená dechovka. Probíhá i aktivní muzikoterapie, kdy si senioři zpívají oblíbené písně, někdy se i doprovází na jednoduché hudební nástroje (bubínek, tamburína, xylofon).

Čtvrteční dopoledne jsou tradičně věnována skupinovým tréninkům paměti. I tyto činnosti jsou realizovány buď bez pomůcek, nebo s pomůckami. Bez pomůcek je to často slovní kopaná, násobilka, vymýšlení synonym, antonym, slov na určitá písmena. S pomůckami jsou oblíbené karetní hry, pexeso, domino, společenské hry, známá hra Město, jméno, zvíře, věc, skládání puzzle. Pro všechny tyto jmenované činnosti jsou na

oddělení k dispozici dva druhy Sady pro kognitivní trénink. Sady obsahují pomůcky pro výše uvedené hry, které jsou hlavně svojí velikostí přizpůsobeny potřebám seniorů. Kognitivní funkce seniorů jsou také podporovány předčítáním knih, čtením časopisů, luštěním křížovek a sledováním televizních vědomostních kvízů a různých dokumentárních pořadů. Každá kognitivní terapie by měla být realizována zábavnou formou postavenou na zálibách a oblíbených činnostech seniorů. Skupinové formy jsou u většiny seniorů více motivující, zlepšují komunikaci, koncentraci, pozornost i paměť. Rehabilitační ošetřovatelky dbají na to, aby nabídka těchto činností byla pestrá, přípravě věnují spoustu svého času.

Páteční dopoledne bývají na oddělení filmová. Podle přání seniorů je vybrán film, většinou je zvolen nějaký film pro pamětníky, což by se dalo považovat za formu reminiscence.

Pro umožnění kontaktu se společenským prostředím je vhodná společenská místnost, která je vždy vyzdobená v souvislosti s tématem, kterému se právě senioři věnují v rámci výtvarných aktivit. V místnosti mohou senioři posedět s návštěvou, vypít si čaj nebo kávu. Dle svých potřeb a možností mohou senioři v doprovodu rehabilitační ošetřovatelky navštívit obchod v areálu MNMK nebo přilehlý park s lavičkami.

4.3 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zhodnocení nabídky aktivizačních činností pro seniory v MNMK za pomoci šetření spokojenosti samotných hospitalizovaných seniorů. Dílčími cíli je zjistit informace o četnosti provádění aktivizačních činností v daném období (leden 2015), využívání nabídky seniory a jejich spokojenost s aktivitami. Na základě zjištěných informací se pokusím sestavit návrh na rozšíření či zavedení nových technik aktivizace seniorů.

4.4 Metodika výzkumu

Výzkum mapuje nabídku aktivizačních činností seniorů poskytovaných v MNMK za pomoci zjištění spokojenosti samotných seniorů hospitalizovaných v MNMK. Pro práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Kvantitativní výzkum zkoumá vyšší počet informací od většího počtu respondentů, sběr dat je relativně přesný a rychlý a získané výsledky lze zobecnit. Na základě výsledků kvantitativního výzkumu můžeme potvrdit či zamítnout stanovené hypotézy.

4.4.1 Technika sběru dat

Pro samotný sběr dat jsem zvolila dotazníkové šetření. Dotazník je soubor výzkumníkem předem vytvořených otázek, který lze předat respondentům třemi způsoby: rozesláním poštou, osobním předáním nebo prostřednictvím dalších osob. Nejvýhodnějším se jeví osobní předávání dotazníků, jehož výhodou je vysoká návratnost. Pro úspěch dotazníkového šetření je důležité poskytnout respondentům záruku, že dotazníkem zjištěné skutečnosti nebudou proti nim zneužity, proto je vhodné užívání anonymních dotazníků. Anonymním dotazníkem většinou získáme

pravdivější údaje, na druhé straně může anonymita svádět k neodpovědnému vyplnění, k recesi. (Chráska, 2007, s. 174-175)

Chráska ještě uvádí, že před vlastním provedením dotazníkového šetření je vhodné provést předvýzkum. Na základě výsledků předvýzkumu lze dotazník upravit – některé položky přeformulovat, popřípadě vypustit (Chráska, 2007, s. 175)

Já jsem po vytvoření dotazníku provedla předvýzkum u deseti seniorů ze svého okolí, kdy jsem zjišťovala srozumitelnost položených otázek. Na základě připomínek účastníků předvýzkumu jsem opravdu některé otázky zcela vypustila, jiné přeformulovala.

Výsledkem byl dotazník o 13 otázkách, v jehož úvodu jsem se představila, vysvětlila svůj záměr a požádala o vyplnění dotazníku. Dotazník byl rozdán v měsíci lednu 2015 předem vybraným respondentům. Byli upozorněni na anonymnost a dobrovolnost při vyplňování dotazníků a na možnost případné pomoci při jeho vyplňování. O poskytnutí této případné pomoci byly požádány zdravotní sestry oddělení. Dotazník je přílohou této práce.

4.4.2 Výběr respondentů

Respondenti jsou nazýváni subjekty výzkumu a tvoří jeho základní soubor. (Gavora, 2010, s. 73) Respondenti pro toto šetření byli vybráni záměrným výběrem, který se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání. Jde o vyhledání skutečně těch osob, které se vyznačují určeným znakem – účastník=uživatel programu. Výběr neuskutečňuje výzkumník sám, ale za pomoci expertů v dané oblasti. (Gavora, 2010, s. 79)

Já jsem za pomoci sociální pracovnice, vrchní sestry oddělení a rehabilitačních ošetřovatelek vybrala ze všech uživatelů aktivizačních činností na oddělení následné péče ty respondenty, kteří byli starší 60 let a

jejichž schopnosti jim dovolovaly porozumět položeným otázkám, odpovídat na ně a byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Takto jsem získala výzkumný soubor 40 respondentů.

4.5 Stanovení souboru výzkumných otázek

S ohledem na cíl práce jsem si stanovila výzkumnou otázku: „ Jsou senioři hospitalizovaní v MNMK spokojeni s nabídkou aktivizačních činností?“

Tuto výzkumnou otázku jsem si ještě dále rozčlenila do dílčích výzkumných otázek:

- 1.: Které aktivizační činnosti jsou hospitalizovanými seniory nejnavštěvovanější?**
- 2.: Jsou nějaké překážky, které brání hospitalizovaným seniorům v účasti na aktivizačních činnostech?**
- 3.: Mají hospitalizovaní senioři zájem o případné rozšíření nabídky aktivizačních činností?**
- 4.: Jaká je četnost provádění aktivizačních činností v daném období?**

4.6 Stanovení souboru hypotéz

Shromážděná data v kvantitativním výzkumu slouží k testování hypotéz, stanovila jsem si tedy hypotézy, které se pokusím na základě výsledků výzkumu potvrdit nebo vyvrátit.

H1: Předpokládám, že hospitalizovaní senioři jsou s nabízenými aktivizačními činnostmi spokojeni.

Hospitalizovanými seniory jsou lidé starší 60 let, kteří jsou z různých důvodů hospitalizováni na oddělení následné péče a jsou jim v MNMK nabízeny aktivizační činnosti. Mezi nabízené aktivity v tomto zařízení patří nácviky sebeobsluhy, nácviky používání kompenzačních pomůcek, individuální kondiční léčebný tělocvik, pohybová cvičení skupinová, dechová gymnastika, společenské hry, skupinový kognitivní trénink paměti, výtvarné aktivity, reminiscenční terapie, muzikoterapie a filmový pátek (totéž platí u H2, H3, H4, H5, H6).

Spokojenost hospitalizovaných seniorů s nabídkou uvedených aktivit budu zkoumat pomocí otázky č. 6 v dotazníku. Hypotézu se podaří potvrdit, pokud na otázku kladně odpoví více než 70% respondentů.

H2: Předpokládám u hospitalizovaných seniorů existenci překážek, které jim brání v účasti na aktivizačních činnostech.

Výskyt překážek bránících hospitalizovaným seniorům v účasti na aktivizačních činnostech budu zjišťovat pomocí otázky č. 9. Její pomocí budu zároveň zjišťovat, o jaké překážky se v případě kladné odpovědi na otázku jedná. Pokud alespoň 40% respondentů uvede existenci nějakých překážek, hypotéza bude potvrzena.

H3: Předpokládám, že hospitalizovaní senioři budou preferovat skupinové aktivizační činnosti před individuálními.

Mezi skupinové aktivizační činnosti nabízené seniorům v MNMK patří skupinová pohybová cvičení, dechová gymnastika, společenské hry, kognitivní trénink paměti, výtvarné aktivity, reminiscenční terapie, muzikoterapie a filmový pátek. Činnosti realizované v individuální formě jsou nácvik sebeobsluhy, nácvik používání rehabilitačních pomůcek, kondiční léčebný tělocvik, reminiscenční terapie.

Preferenci skupinových nebo individuálních aktivizačních činností hospitalizovanými seniory budu zjišťovat pomocí otázky č. 8 v dotazníku. Hypotéza bude potvrzena, pokud více než 50% respondentů označí za preferované aktivity skupinové aktivizační činnosti.

H4: Předpokládám, že hospitalizovaní senioři budou mít zájem o rozšíření stávající nabídky aktivizačních činností.

Zájem hospitalizovaných seniorů o rozšíření aktivizačních činností zjistím pomocí otázky č. 12 a 13 v dotazníku. Pokud více než 50% respondentů odpoví na otázku č. 12 kladně, hypotéza bude potvrzena.

H5: Předpokládám, že většina hospitalizovaných seniorů se účastní aktivizačních činností pravidelně, dobrovolně na základě svého rozhodnutí a je jim umožněn výběr aktivit.

Potvrdit či vyvrátit tuto hypotézu mi pomohou odpovědi na otázky č. 4,5 a 7. Pokud ve všech otázkách alespoň 50% respondentů označí odpovědi ano, bude hypotéza potvrzena.

H6: Předpokládám, že mezi hospitalizovanými seniory nejnavštěvovanější aktivizační činnosti se zařadí pohybové aktivity a kognitivní trénink paměti.

Pohybové aktivity i kognitivní trénink paměti patří mezi aktivizační činnosti, které MNMK hospitalizovaným seniorům v rámci jejich aktivizace nabízí.

Navštěvovanost aktivit budu zkoumat v otázce č. 11 v dotazníku, k potvrzení hypotézy dojde, pokud tyto dvě aktivity označí jako navštěvované alespoň 60% respondentů.

4.7 Analýza výsledků dotazníkového šetření

Ze 40 rozdaných dotazníků se mi vrátilo 40 dotazníků, návratnost byla tedy 100%. Všechny vrácené dotazníky byly řádně vyplněny, v žádném z nich nechyběla odpověď na položené otázky, všechny byly tudíž hodnotitelné. Odpovědi jsem zpracovala do tabulek a grafů.

Otázka č. 1

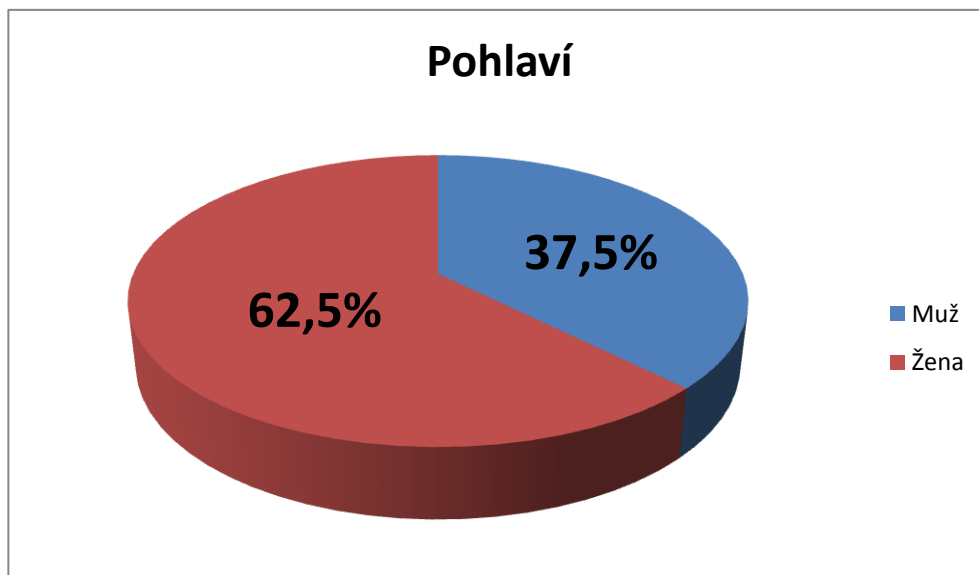
Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet	%
Muž	15	37,5%
Žena	25	62,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 2: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní šetření

Z odpovědí dotazovaných respondentů vyplynulo, že ze 40 klientů je 15 mužů a 25 žen.

Otázka č. 2:

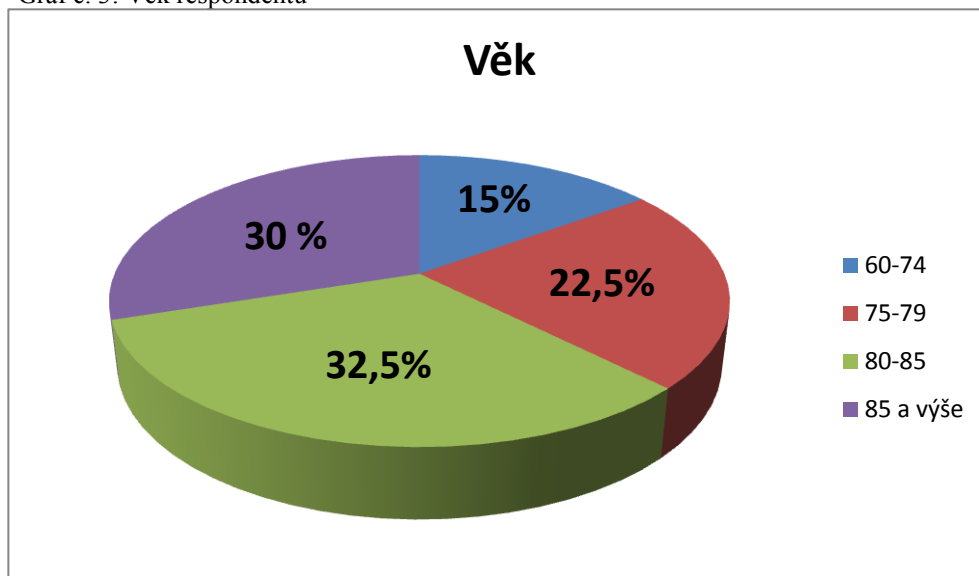
Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 3: Věk respondentů

Věk	Počet	%
60-74	6	15%
75-79	9	22,5%
80-85	13	32,5%
85 a výše	12	30%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 3: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní šetření

Z uvedených údajů vyplývá, že všichni dotazovaní respondenti byli starší 60 let. Nejvyšší zastoupení měli respondenti ve věku 80-85 let (32,5%) před respondenty ve věku 85 let a výše (30%), nejméně respondentů spadalo do věkové skupiny 60-74 let (15%).

Otázka č. 3:

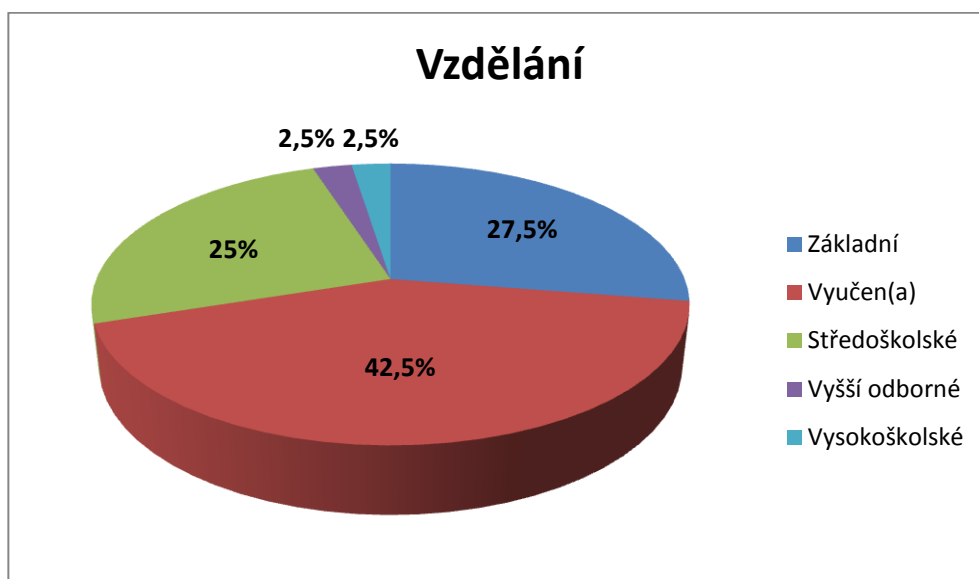
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet	%
Základní	11	27,5%
Vyučen/a	17	42,5%
Středoškolské	10	25%
Vyšší odborné	1	2,5%
Vysokoškolské	1	2,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 4: Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní šetření

Podle uvedené tabulky vytvořené z výsledků otázky ohledně vzdělání, byli oslovení respondenti v 42,5% případů vyučeni, což je možná způsobeno faktem, že dříve byl větší význam přikládán právě řemeslům a nebyl kladen takový důraz na vzdělávání, jako je tomu dnes. S touto skutečností zřejmě

souvisí i počet respondentů se základním vzděláním (27,5%), kteří tvořili druhou nejpočetnější skupinu. Naopak velmi nízký byl výskyt respondentů s vyšším odborným (2,5%) a vysokoškolským vzděláním (2,5%).

Otázka č. 4:

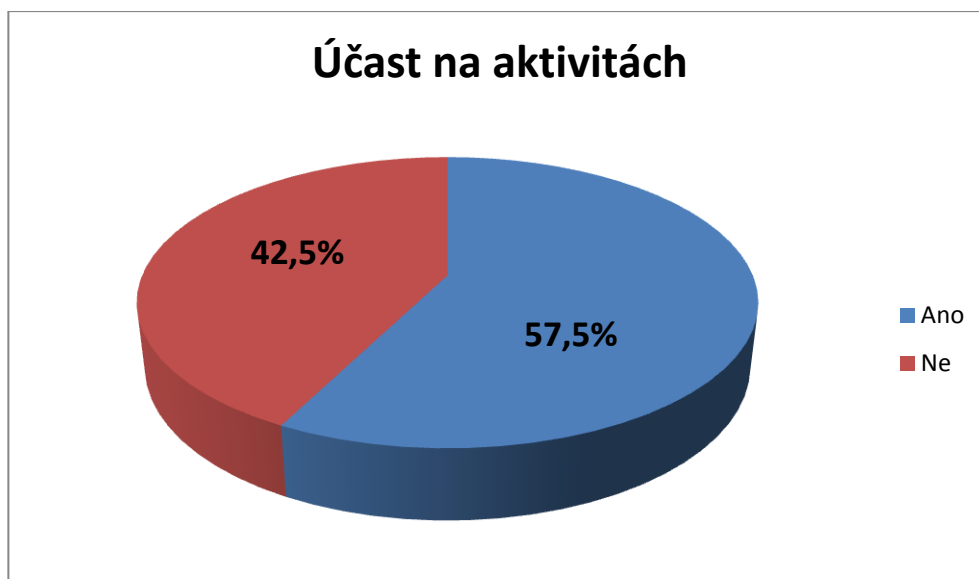
Účastníte se pravidelně aktivizačních činností nabízených na Vašem oddělení?

Tabulka č. 5: Účast respondentů na aktivitách

Odpověď	Počet	%
Ano	23	57,5%
Ne	17	42,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 5: Účast respondentů na aktivitách



Zdroj: Vlastní šetření

Z odpovědí na položenou otázku o pravidelné účasti na aktivizačních činnostech vzešel výsledek, že aktivizačních činností se pravidelně účastní 57,5% respondentů a 42,5% respondentů se aktivit neúčastní pravidelně. Poměrně vysoké procento respondentů neúčastnících se aktivit pravidelně

bude zřejmě souviset s překážkami, které respondentům brání v účasti na aktivitách.

Otázka č. 5:

Zapojujete se do aktivit podle svého rozhodnutí?

Tabulka č. 6: Dobrovolnost rozhodnutí o zapojení do aktivit

Odpověď	Počet	%
Ano	33	82,5%
Ne	7	17,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 6: Dobrovolnost rozhodnutí o zapojení do aktivit



Zdroj: Vlastní šetření

Na otázku, zda se do aktivit respondenti zapojují dobrovolně dle svého rozhodnutí, jich 82,5% odpověděla kladně. Toto pozitivní zjištění zřejmě vyplývá z práva seniora se aktivit účastnit dobrovolně, odmítnout je, případně je moci i kdykoliv přerušit.

Otázka č. 6:

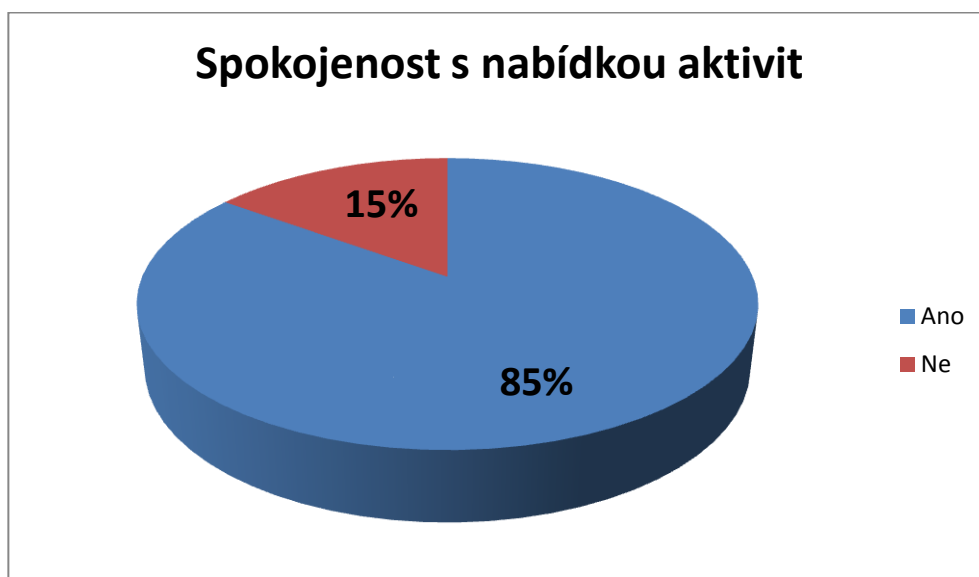
Jste spokojen se stávající nabídkou aktivizačních činností?

Tabulka č. 7: Spokojenost respondentů s nabídkou aktivizačních činností

Odpověď	Počet	%
Ano	34	85%
Ne	6	15%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 7: Spokojenost respondentů s nabídkou aktivizačních činností



Zdroj: Vlastní šetření

Zpracováním této otázky by měla být zodpovězena dílčí výzkumná otázka, zda jsou hospitalizovaní senioři spokojeni s nabídkou aktivizačních činností. Z celkového počtu 40 respondentů jich 34 odpovědělo kladně, s nabízenými aktivitami jsou spokojeni.

Otázka č. 7:

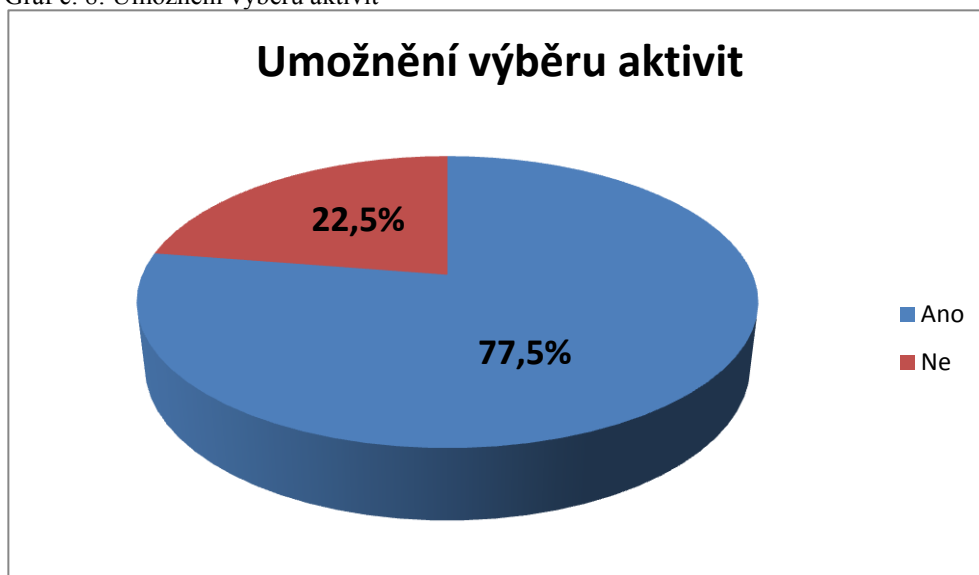
Je Vám umožněn výběr aktivit?

Tabulka č. 8: Umožnění výběru aktivit

Odpověď	Počet	%
Ano	31	77,5%
Ne	9	22,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 8: Umožnění výběru aktivit



Zdroj: Vlastní šetření

Cílem otázky č. 7 bylo zjistit, zda si respondenti mohou z nabízených aktivit vybrat, kterých se zúčastní. Z celkového počtu 40 respondentů jich 31 odpovědělo na otázku kladně, tedy že je jim umožněn výběr aktivit. Výsledek odpovědí na tuto otázku potvrzuje několikrát výše zmíněnou skutečnost, že při realizaci aktivit v MNMK je brán zřetel na přání klienta.

Otázka č. 8:

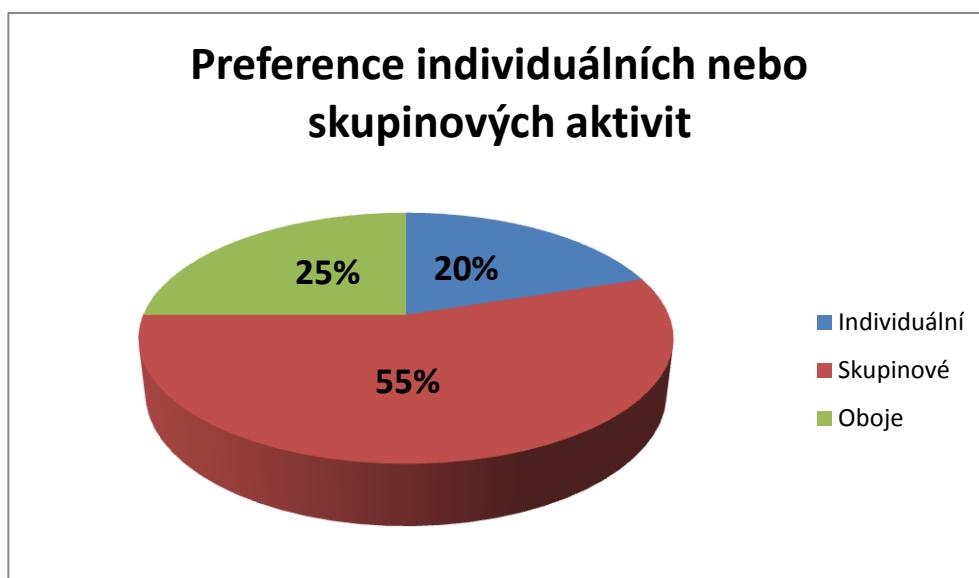
Kterým aktivitám dáváte přednost?

Tabulka č. 9: Preference individuálních nebo skupinových aktivit respondenty

Odpověď	Počet	%
Individuální	8	20%
Skupinové	22	55%
Oboje	10	25%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 9: Preference individuálních nebo skupinových aktivit respondenty



Zdroj: Vlastní šetření

K zodpovězení otázky č. 8 měli respondenti možnost výběru ze tří odpovědí. 55% z nich vybralo možnost b), tedy že preferují skupinové aktivity, 20% respondentů preferuje aktivity individuální a 25% respondentů vyhovují oba druhy aktivit. Preference skupinových aktivit se dá vysvětlit skutečností, že senioři mají potřebu kontaktu se společenským prostředím, s ostatními seniory, skupinové aktivity je více motivují.

Otázka č. 9:

Jsou nějaké překážky, které Vám brání zúčastňovat se aktivit? Pokud ano, uveďte jaké.

Tabulka č. 10: Překážky účasti na aktivitách

Odpověď	Počet	%
Ano	18	45%
Ne	22	55%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 10: Překážky účasti na aktivitách



Zdroj: Vlastní šetření

Položením otázky č. 9 jsem chtěla zjistit, zda existují u respondentů překážky, které jim brání účastnit se aktivit a pokud ano, o jaké překážky se jedná. 22 respondentů překážky popřelo, u 18 se nějaké vyskytují. Z těchto 18 respondentů se u 11 jedná o překážky plynoucí ze zhoršeného zdravotního stavu, 5 jich jako překážku v účasti na aktivitách označilo věk a 2 uvedli lenost.

Otázka č. 10:

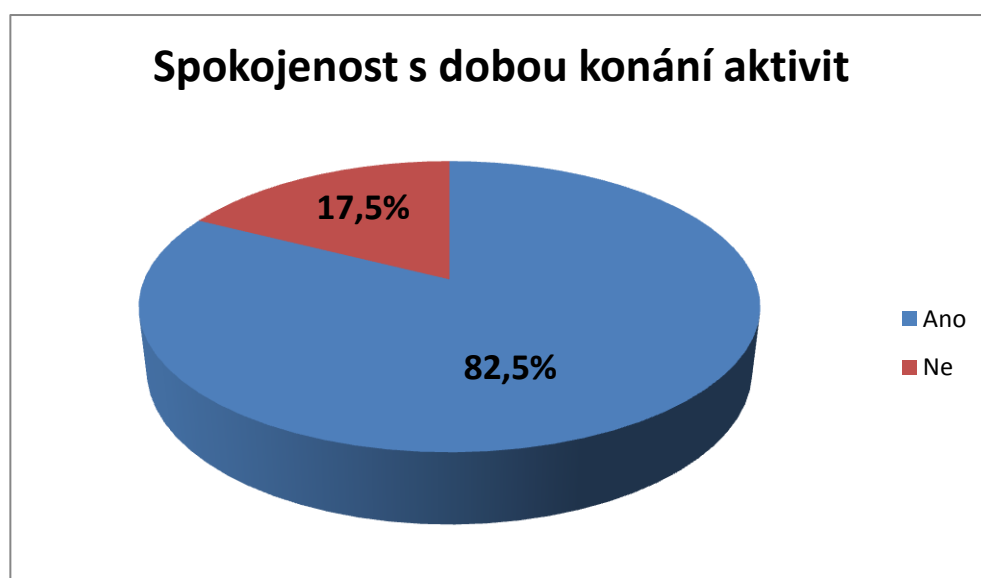
Vyhovuje Vám doba konání aktivit?

Tabulka č. 11: Spokojenost s dobou konání aktivit

Odpověď	Počet	%
Ano	33	82,5%
Ne	7	17,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 11: Spokojenost s dobou konání aktivit



Zdroj: Vlastní šetření

Na otázku, zda respondentům vyhovuje doba konání aktivit, 82,5% dotázaných odpovědělo, že ano. Doba konání aktivit je vždy přizpůsobena chodu oddělení a individuálním potřebám seniorů, tudíž se nestává, že by se seniorům konání aktivit překrývalo s jinými procesy v léčebném a ošetrovatelském režimu (vizity, vyšetření apod.).

Otázka č. 11:

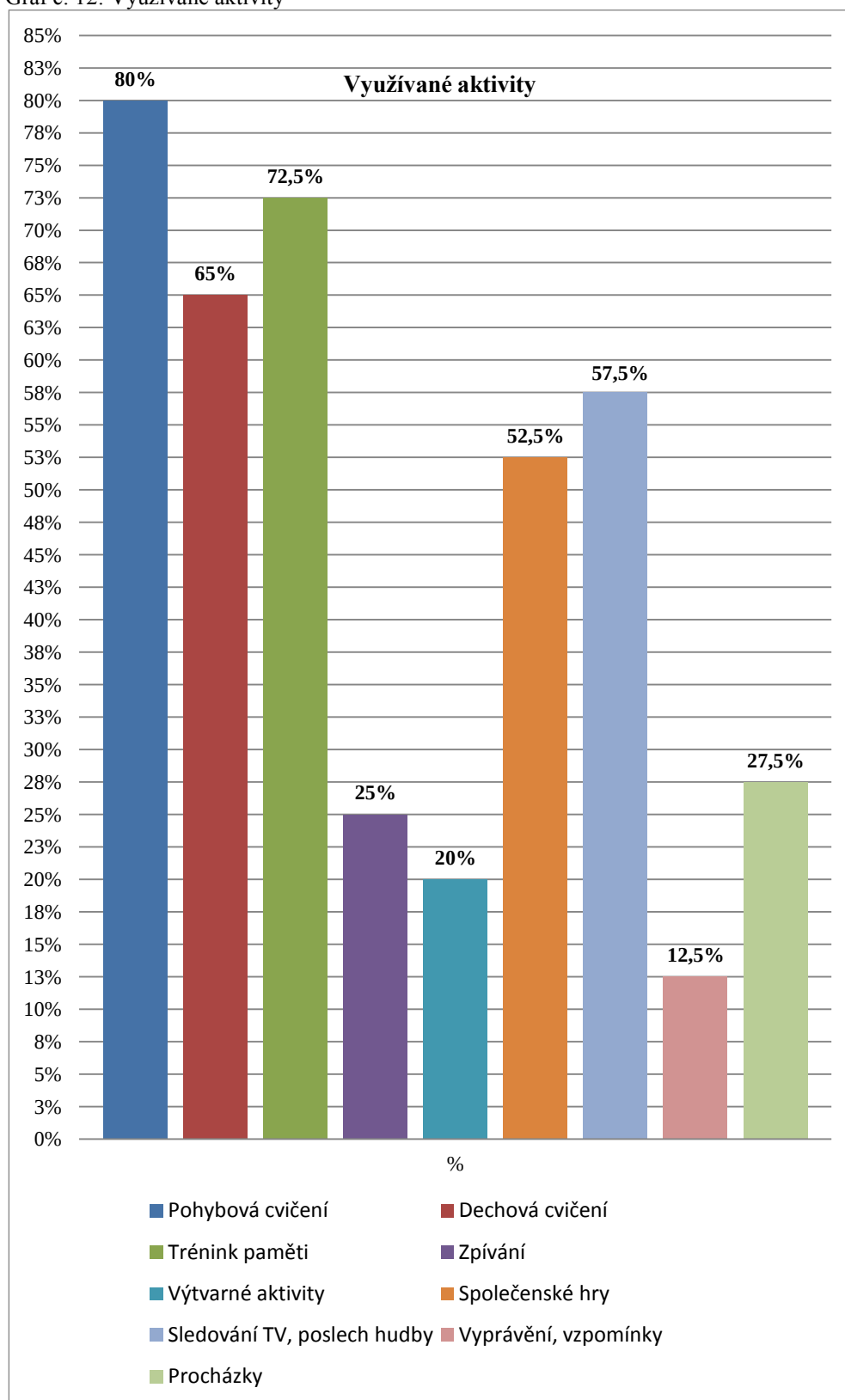
Označte aktivity, které Vy sám využíváte a navštěvujete.

Tabulka č. 12: Využívané aktivity

Odpověď	Počet označení	%
Pohybová cvičení	32	80%
Dechová cvičení	26	65%
Trénink paměti	29	72,5%
Zpívání	10	25%
Výtvarné aktivity	8	20%
Společenské hry	21	52,5%
Sledování TV, poslech hudby	23	57,5%
Vyprávění, vzpomínky	5	12,5%
Procházky	11	27,5%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 12: Využívané aktivity



Zdroj: Vlastní šetření

Z výsledků odpovědí na otázku, ve které měli respondenti označit jimi využívané, a navštěvované aktivity vyplynulo, že nejvíce využívají pohybová cvičení (80%) před tréninkem paměti (72,5%) a dechovými cvičeními (65%). Naopak nejméně navštěvovanými aktivitami jsou vyprávění a vzpomínky, které označilo 12,5% dotazovaných respondentů.

Otázka č. 12:

Myslíte si, že by se měla nabídka aktivit rozšířit?

Tabulka č. 13: Zájem o rozšíření aktivit

Odpověď	Počet	%
Ano	15	37,5%
Ne	25	62,5%
Celkem	40	100%

Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 13: Zájem o rozšíření aktivit



Zdroj: Vlastní šetření

Z výše graficky znázorněného výsledku výzkumného šetření pro otázku dotazníku č. 12 vyplývá, že rozšíření stávajících aktivit by subjektivně

uvítalo 37,5% oslovených respondentů a 62,5% je s dosavadní praxí a nabídkou aktivizačních činností na ONP spokojeno, což zřejmě souvisí se spokojeností uživatelů, která vyplývá z jejich uspokojených potřeb.

Otázka č. 13:

Pokud si myslíte, že by se nabídka aktivit měla rozšířit, jaké aktivity byste uvítal(a)?

Z výsledků odpovědí na předchozí otázku č. 12 vyplynulo, že z celkového počtu 40 respondentů by mělo zájem o rozšíření aktivit 15 respondentů.

Z těchto 15 respondentů jich na uvedenou otázku 5 uvedlo odpověď nevím, 2 respondenti možnost vaření, 2 respondenti by si přáli výlety, dále po jednom respondentovi čtení knih, ruční práce, práci v dílně, tanec a sport, sbor a 1 respondent uvedl kávu a zákusky.

4.8 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření

Pro naplnění cíle své práce jsem zformulovala výzkumné otázky, z dotazníku vyplynuly odpovědi na hlavní výzkumnou otázku i dílčí výzkumné otázky.

Výzkumná otázka: Jsou senioři hospitalizovaní v MNMK spokojeni s nabídkou aktivizačních činností?

Na tuto výzkumnou otázku jsem odpověděla pomocí otázky č. 6 v dotazníku. 85% dotázaných respondentů uvedlo, že jsou spokojeni se stávající nabídkou aktivizačních činností.

Pomocí dotazníku jsem zodpověděla i dílčí výzkumné otázky.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Které aktivizační činnosti jsou hospitalizovanými seniory nejnavštěvovanější?

Tuto otázku jsem zodpověděla pomocí otázky č. 11 v dotazníku. Z výsledků odpovědí na otázku, ve které měli respondenti označit jimi využívané a navštěvované aktivity, vyplynulo, že nejvíce jsou navštěvovaná pohybová cvičení před tréninkem paměti a dechovými cvičeními.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jsou nějaké překážky, které brání hospitalizovaným seniorům v účasti na aktivizačních činnostech?

Tuto výzkumnou otázku jsem zodpověděla pomocí otázky č. 9 v dotazníku, jejímž položením jsem chtěla zjistit, zda u respondentů takové překážky existují a pokud ano, o jaké překážky se jedná. 18 respondentů ze 40 dotazovaných překážky popřelo, u 22 se překážky vyskytují. Z těchto 22 respondentů jich 15 označilo jako překážku zdravotní stav, 5 z nich věk a 2 uvedli lenost.

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Mají hospitalizovaní senioři zájem o případné rozšíření nabídky aktivizačních činností?

K zodpovězení této výzkumné otázky mi posloužila otázka č. 12 v dotazníku. Z výsledků vyplynulo, že většina seniorů zájem o rozšíření nabídky nemá. Ze 40 oslovených respondentů se jich 25 vyjádřilo, že nemají zájem o případné rozšiřování nabídky. Skutečnost, že většina respondentů zájem o rozšíření nabídky nemá, koresponduje s výsledky otázky spokojenosti s nabídkou aktivizačních činností. Naprostá většina seniorů vyjádřila spokojenost se stávající nabídkou aktivit, tudíž necítí potřebu nabídku dále rozšiřovat.

Dílčí výzkumná otázka č. 4: Jaká je četnost provádění aktivit v lednu 2015?

Pro sběr dat týkajících se určení četnosti provádění aktivizačních činností v daném období jsem použila jako doplňující techniku výzkumu analýzu dokumentu. „Analýza dokumentů patří k standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. Dokumenty – všechno napsané nebo prostě zaznamenané – mohou být podrobeny analýze z různých hledisek.“ (Hendl, 2008, s. 130). Za dokumenty se mohou obecně považovat veškeré stopy lidské dokumentace. Já jsem využila interní Záznam ošetřovatelské rehabilitace, do kterého rehabilitační ošetřovatelky provádějí záznam vždy po provedení aktivity. Z uvedených záznamů jsem získala informace o četnosti provádění aktivizačních činností v měsíci lednu 2015. Od 1.1.2015 do 31.1.2015 byly rehabilitačními ošetřovatelkami prováděny dle záznamu tyto aktivity: pohybová cvičení skupinová, nácvik sebeobsluhy, nácvik používání rehabilitačních pomůcek, kondiční tělocvik individuální, reprezentované v dotazníku souhrnným označením pohybová cvičení, dále dechová gymnastika, kognitivní trénink paměti, výtvarné aktivity, společenské hry, reminiscenční terapie uvedená v dotazníku pro snazší porozumění respondentem jako vzpomínky a vyprávění, vycházka s doprovodem a filmový pátek. V tabulce jsou uvedena konkrétní data v měsíci lednu, kdy se uvedené aktivity konaly. Všechny uvedené aktivity

byly realizovány v pracovní dny, výjimku tvoří čtvrtek 1.1.2015, kdy byl státní svátek.

Tabulka č. 14: Četnost aktivizačních činností v lednu 2015

Aktivity	Realizace aktivit	Dny, kdy byla aktivizace prováděna měsíci lednu 2015
Nácvik sebeobsluhy	3x týdně Po, St, Pá	2.,5.,7.,9.,12.,14.,16.,19.,21.,23.,26.,28.,30.1.
Nácvik používání rehabilitačních pomůcek	3x týdně Po, St, Pá	2.,5.,7.,9.,12.,14.,16.,19.,21.,23.,26.,28.,30.1.
Filmový pátek	1x týdně Pá	2.,9.,16.,23.,30.1.
Kondiční tělocvik individuální	3x týdně Po, St, Pá	2.,5.,7.,9.,12.,14.,16.,19.,21.,23.,26.,28.,30.1.
Pohybová cvičení skupinová	2x týdně Út, Čt	6.,8.,13.,15.,20.,22.,27.,29.1.
Dechová gymnastika	2x týdně Út, Čt	6.,8.,13.,15.,20.,22.,27.,29.1.
Společenské hry	1x týdně ČT	8.,15.,22.,29.1.
Kognitivní trénink paměti skupinový	2x týdně Út, Čt	6.,8.,13.,15.,20.,22.,27.,29.1.
Výtvarné aktivity	1x týdně St	7., 14.,21.,28.1.
Reminiscenční terapie	1x týdně Út	6.,13.,20.,27.1.
Muzikoterapie	1x týdně St	7.,14.,21.,28.1.

Zdroj: Vlastní šetření

Ověřování hypotéz

Výzkumem byla ověřována platnost stanovených hypotéz. Na základě výsledků výzkumného šetření došlo k potvrzení či vyvrácení předpokladů.

H1: Předpokládám, že hospitalizovaní senioři jsou s nabízenými aktivizačními činnostmi spokojeni.

Spokojenost hospitalizovaných seniorů s nabídkou aktivit jsem zkoumala pomocí otázky č. 6 v dotazníku. K potvrzení hypotézy byl stanoven počet kladných odpovědí na otázku u více než 70% respondentů.

Na základě výsledků odpovědí na otázku č. 6 v dotazníku se stanovená hypotéza potvrdila. 85% respondentů na otázku, zda jsou spokojeni se stávající nabídkou aktivizačních činností, odpovědělo kladně.

H2: Předpokládám u hospitalizovaných seniorů existenci překážek, které jim brání v účasti na aktivizačních činnostech.

Výskyt překážek bránících hospitalizovaným seniorům v účasti na aktivizačních činnostech jsem zjišťovala pomocí otázky č. 9. V případě kladné odpovědi na otázku č. 9 jsem dále zjišťovala, o jaké konkrétní překážky se jedná. K potvrzení hypotézy bylo stanoveno 40% kladných odpovědí od respondentů.

Z výsledků odpovědí na otázku č. 9 vyplynulo, že 45% respondentů uvedlo existenci překážek, které jim brání v účasti na aktivizačních činnostech. Hypotéza H2 tedy byla potvrzena. Z 18 seniorů, kteří pocítují nějaké překážky, jich 11 uvedlo jako překážku zhoršený zdravotní stav, 5 uvedlo věk a 2 lenost.

H3: Předpokládám, že hospitalizovaní senioři budou preferovat skupinové aktivizační činnosti před individuálními.

Preferenci skupinových nebo individuálních aktivizačních činností hospitalizovanými seniory jsem zjišťovala pomocí otázky č. 8 v dotazníku. Pro potvrzení hypotézy bylo stanoveno, aby více než 50% respondentů preferovalo skupinové aktivizační činnosti.

Hypotéza H3 byla potvrzena, neboť 55% dotazovaných respondentů označilo za preferované aktivity skupinovou formu. Potvrzení této hypotézy vyplývá zřejmě z potřeby seniorů být v kontaktu se společenským prostředím, více jim vyhovují skupinové aktivity, kdy se mohou scházet se svými vrstevníky.

H4: Předpokládám, že hospitalizovaní senioři budou mít zájem o rozšíření stávající nabídky aktivizačních činností.

Zájem hospitalizovaných seniorů o rozšíření aktivizačních činností jsem zjišťovala pomocí otázek č. 12 a 13 v dotazníku. K potvrzení hypotézy bylo nutné, aby více než 50% respondentů odpovědělo na otázku č.12 kladně. Hypotéza H4 nebyla potvrzena, neboť kladně na otázku č. 12 odpovědělo 37,5% respondentů. Zájem o rozšíření aktivit nemá 62,5% dotazovaných. Vzhledem ke zjištěnému údaji v otázce č. 6, podle kterého je 85% respondentů spokojeno s nabídkou aktivizačních činností, nemá většina z nich vzhledem ke spokojenosti zájem o další její rozšiřování. Odpovědi na otázku č. 13 mi budou nápomocny při vytváření návrhu na rozšíření či zavedení nových technik aktivizace v MNMK.

H5: Předpokládám, že většina hospitalizovaných seniorů se účastní aktivizačních činností pravidelně, dobrovolně na základě svého rozhodnutí a je jim umožněn výběr aktivit.

Potvrdit či vyvrátit tuto hypotézu mi pomohly odpovědi na otázky č. 4,5 a 7. K potvrzení hypotézy bylo nutné, aby více než 50% respondentů odpovědělo ve všech třech otázkách kladně.

V otázce č. 4 kladně odpovědělo 57,5% , v otázce č.5 82,5% a v otázce č. 7 77,5% dotazovaných.

Na všechny otázky (č. 4, 5 a 7) tedy odpovědělo kladně více než 50% dotazovaných, hypotéza H5 byla potvrzena.

H6: Předpokládám, že mezi hospitalizovanými seniory nejnavštěvovanější aktivizační činnosti se zařadí pohybové aktivity a kognitivní trénink paměti.

Navštěvovanost aktivit jsem zkoumala v otázce č. 11, k potvrzení hypotézy bylo nutné, aby uvedené dvě aktivity označilo jako navštěvované alespoň 60% respondentů. Z výsledků odpovědí v otázce č. 11 vyplynulo pořadí návštěvnosti uvedených aktivit. Pohybové aktivity označilo 80% a kognitivní trénink paměti 72,5% respondentů, hypotéza H6 se tedy potvrdila.

4.9 Shrnutí

Cílem práce bylo popsat a zhodnotit nabídku aktivizačních činností pro seniory v MNMK a.s., což považuji za naplněné. Formou dotazníku jsem zjišťovala, zda jsou hospitalizovaní senioři s nabízenými aktivitami spokojeni a zda by měli zájem o jejich případné rozšíření. Z výzkumu vyplynulo, že s nabídkou aktivit jsou hospitalizovaní senioři většinou spokojeni, což jsem předpokládala, avšak jen malá část z nich by měla o rozšíření stávající nabídky aktivit zájem, a to byla jediná část výzkumu, kde se původní domněnka nepotvrdila. Aktivit se hospitalizovaní senioři účastní na základě svého dobrovolného rozhodnutí, z nabízených aktivit si mohou vybrat podle svého přání. Aktivizační činnosti jsou na ONP seniorům nabízeny každý pracovní den, jejich rozvrh je uzpůsoben chodu oddělení, doba konání aktivit osloveným seniorům vyhovuje. Mezi nejoblíbenější aktivity oslovených seniorů se zařadily pohybové aktivity. Pohyb hraje u seniorů v jejich životě důležitou roli, vhodně zvolená pohybová aktivita pomáhá zlepšit kvalitu jejich života, jejich soběstačnost, proto by v nabídce rozhodně neměla chybět. Oslovení senioři preferují skupinové aktivity, při kterých dochází k naplňování potřeb sociálního kontaktu. Na spokojenosti hospitalizovaných seniorů s realizovanými aktivitami mají rozhodující podíl pracovníci přímo se podílející na tom, aby seniorům pomohli zpříjemnit čas trávený v nemocnici, udržovali či rozvíjeli jejich schopnosti a soběstačnost. Tito pracovníci se věnují pouze zajišťování aktivizace, což znamená posun vpřed oproti minulosti, kdy byly aktivizační činnosti prováděny pouze okrajově ošetřujícím personálem v rámci ošetrovatelské péče.

ZÁVĚR

S přibývajícím poměrem seniorů v populaci se téma jejich aktivizace jeví jako téma nabývající na zajímavosti a důležitosti, což není reflektováno obecným povědomím laické veřejnosti. Otvírá se zde široké spektrum výzkumných okruhů, mj. související s etikou, cílovými skupinami, typy organizací, kde by se měly činnosti poskytovat, kompetencemi pracovníků provádějících aktivizaci, reálně dosažitelných cílů. Pro svou práci jsem si vybrala konkrétní organizaci, kterou znám z jiného úhlu pohledu, jako střední zdravotnický personál. Aktivizační činnosti nespadají do služeb poskytovaných klientům našeho oddělení, a proto jsem se rozhodla nahlédnout do pracovní náplně jiných úseků prostřednictvím vysokoškolské praxe, kde jsem se dostala do kontaktu s konkrétně prováděnou praxí aktivizačních činností na ONP v Městské nemocnici Městec Králové, a.s.

Svou práci jsem zaměřila na konkretizaci a zhodnocení stávajícího souboru aktivizačních činností, který je nabízen a využíván hospitalizovanými seniory, což je v kontextu tématu úzce specifická cílová skupina. Jedná se převážně o seniory s aktuálním zdravotním problémem, jenž je důvodem pobytu v nemocničním zařízení, a to je jednoznačnou limitou výběru aktivizačních činností ve smyslu kvality i kvantity. Toto zjištění ve mně iniciovalo potřebu ověřit, zda je energie vynaložená personálem smysluplná, a jak tuto iniciativu přijímají sami senioři. Z perspektivy zdravého jedince ve středním věku jsem neuměla posoudit postoje seniorů. Na spokojenosti hospitalizovaných seniorů s realizovanými aktivitami mají rozhodující podíl pracovníci přímo se podílející na tom, aby seniorům pomohli zpříjemnit čas trávený v nemocnici, udržovali či rozvíjeli jejich schopnosti a soběstačnost. Tito pracovníci se věnují pouze zajišťování aktivizace, což znamená posun vpřed oproti minulosti, kdy byly aktivizační činnosti prováděny pouze okrajově ošetřujícím personálem v rámci ošetrovatelské péče.

Proto jsem se v praktické části práce zaměřila především na ověřování přiléhavosti nabídky a aktuálních požadavků ze strany hospitalizovaných seniorů. Nástrojem zjišťování dat jsem zvolila jednoduchý dotazník značně přizpůsobený především formulacemi otázek možnostem cílové skupiny. Ze závěrů výzkumného šetření lze dovodit, že současný soubor aktivit je vyhovující pro většinu respondentů, s čímž souvisí i relativně malý zájem o rozšíření této nabídky. Pouze jedna třetina respondentů se vyjádřila souhlasně k možnosti rozšíření nabídky o další činnosti. Je pro ně však zároveň obtížné definovat, o jaké konkrétní aktivity by měli zájem. Zde nám lehce vyplývá doporučení pro zaměstnance organizace odpovědné za tuto oblast činnosti, že aktivita, původní impuls, by měl vycházet z jejich kreativní invence tak, aby dlouhodobě nabídka aktivizačních činností dokázala kvalitou, kvantitou a rozmanitostí flexibilně uspokojovat co největší počet seniorů, a měla by být individuálně přizpůsobena potřebám a možnostem s ohledem na zachování jeho práv a důstojnosti.

Následující konkrétní návrhy pro organizaci se týkají jednotlivých typů aktivit, a to např. již výše uvedené canisterapie a jejího pozitivního vlivu na jedince. Canisterapie není součástí současné nabídky aktivit pro seniory v MNMK a.s. a její zavedení by určitě znamenalo pro hospitalizované seniory přínos. Vzhledem ke skutečnosti, že ve městě existuje kynologický klub, bylo by určitě reálné domluvit spolupráci s tímto klubem a canisterapii do nabídky aktivit zavést.

Další činností vhodnou pro aktivizaci seniorů se mi jeví návštěvy dětí z místní MŠ a ZŠ. Každý z nás ví, jak dokáže starý člověk pookřát v přítomnosti dětí, které přijdou do nemocnice s připraveným programem potěšit. Je to aktivita pro seniory nenáročná a její přínos pro psychický stav hospitalizovaných seniorů by byl zcela určitě velmi pozitivní.

Z dotazníkového šetření vyplynuly některé aktivity, které by si sami senioři přáli zařadit do stávající nabídky aktivizačních činností. Jednalo se např. o vaření, dílny a výlety. Uvedené aktivity jsou dle mého názoru ve

zdravotnickém zařízení obtížně realizovatelné. Dalšími seniory uváděnými aktivitami byl tanec, který by v rámci pohybových aktivit a muzikoterapie mohl být do nabídky zařazen.

V neposlední řadě bych chtěla poukázat na zcela absentující aktivity poskytované formou dobrovolnictví, což neplatí pouze pro zde konkrétně uvedenou organizaci, ale tato situace je typická pro celý region. Dobrovolnických aktivit je zde nabízeno a poptáváno organizacemi naprosté minimum. Zde bych viděla výrazný potenciál právě pro flexibilní pokrývání individuálních potřeb klientů. Např. neočekávám, že o šachový turnaj vyjádří zájem naprostá většina klientů. Rozhodně by však bylo efektivní a oboustranně přínosné mít možnost poptat v případě individuálního zájmu momentálně hospitalizovaného seniora dobrovolníka, jenž by nabízel jako formu svého dobrovolnictví hru v šachy, a mohl by po dobu hospitalizace v předem domluveném čase navštívit seniora, a přispět tak k zpříjemnění jeho pobytu v nemocnici.

Na úplný závěr práce bych chtěla vyzdvihnout význam péče o seniory a všechny jedince, kteří se problematikou stáří a péče o seniory zabývají. Není to vždy jednoduchý úkol, ale má svůj smysl a význam pro každého z nás. Všichni se jednou ocitneme v roli seniora a přáli bychom si svoje stáří prožít kvalitně, důstojně a podle našich představ.

Seznam použité literatury:

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé*/Jean Campbellová; z anglického originálu přeložila Michaela Šárová, 2.vyd. Praha: Portál, 2000, 199 s. ISBN 80-7178-428-1

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2.vyd.Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0

HARTL, P. *Psychologický slovník*/Pavel Hartl, Helena Hartlová, 2.vyd. Praha: Portál, 2009, 776 s. ISBN 978-7367-569-1

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 72 s. ISBN 80-7013-363-5

HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3.vyd. Praha: EV public relations, s.r.o., 2007, 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4

JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 225 s. ISBN 57-866-03

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 864s. ISBN 80-247-0548-6

KLEPLOVÁ, V. MUDr., PILNÁ, D. *Cvičení nejen pro seniory*. 2.vyd. Olomouc. Václav Lukeš – Poznání, 2012, 92 s. ISBN 978-80-87419-21-2

KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 208s. ISBN 978-80-247-2169-9

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 328s. ISBN 80-247-1284-9

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce* / Oldřich Matoušek, 2.vyd. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X

MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4

NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Management Press, 1993, 232 s. ISBN 80-85603-34-9

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n. p., 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8

PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, 160 s. ISBN 80-7178-184-3

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8

ROSLAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1.vyd. Computer Press, a.s., 2005, 74 s. ISBN 80-251-0774-4

SUCHÁ, J. *Trénink paměti pro každý věk*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 202 s. ISBN 978-80-7367-438-0

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 136 s. ISBN 80-7178-920-8

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 204 s. ISBN 80-7178-970-4

Seznam internetových zdrojů:

MĚSTSKÁ NEMOCNICE MĚSTEC KRÁLOVÉ A.S.. *Oddělení sociálních služeb*. Dostupné z: http://www.nemmk.cz/oddělení_sociálních_služeb (online 30.1.2015)

MĚSTSKÁ NEMOCNICE MĚSTEC KRÁLOVÉ A.S. *Pobytové zařízení sociálních služeb*. Dostupné z: http://www.nemmk.cz/pobytové_oddělení_sociálních_služeb (online 30.1.2015)

Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc. Dostupné z: http://www.ageplatform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_CS_v2.pdf (online 21.1.2015)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada_Akcni_plan_staruti.pdf (online 24.1.2015)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf> (online 17.1.2015)

Seznam tabulek a grafů:

Tabulka č. 1: Změny ve stáří

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3: Věk respondentů

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů

Tabulka č. 5: Účast respondentů na aktivitách

Tabulka č. 6: Dobrovolnost rozhodnutí o zapojení do aktivit

Tabulka č. 7: Spokojenost respondentů s nabídkou aktivizačních činností

Tabulka č. 8: Umožnění výběru aktivit

Tabulka č. 9: Preference individuálních nebo skupinových aktivit respondenty

Tabulka č. 10: Překážky účasti na aktivitách

Tabulka č. 11: Spokojenost s dobou konání aktivit

Tabulka č. 12: Využívané aktivity

Tabulka č. 13: Zájem o rozšíření aktivit

Tabulka č. 14: Četnost aktivizačních činností v lednu 2015

Graf č. 1: Maslowova pyramida potřeb

Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Graf č. 3: Věk respondentů

Graf č. 4: Vzdělání respondentů

Graf č. 5: Účast respondentů na aktivitách

Graf č. 6: Dobrovolnost rozhodnutí o zapojení do aktivit

Graf č. 7: Spokojenost respondentů s nabídkou aktivizačních činností

Graf č. 8: Umožnění výběru aktivit

Graf č. 9: Preference individuálních nebo skupinových aktivit respondenty

Graf č. 10: Překážky účasti na aktivitách

Graf č. 11: Spokojenost s dobou konání aktivit

Graf č. 12: Využívané aktivity

Graf č. 13: Zájem o rozšíření aktivit

1. Jaké je Vaše pohlaví?

a/ muž

b/ žena

2. Jaký je Váš věk?

a/ 60-74 let

b/ 75-79 let

c/ 80-85 let

d/ 85 let a výše

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a/ základní

b/ vyučen (a)

c/ středoškolské

d/ vyšší odborné

e/ vysokoškolské

4. Účastníte se pravidelně aktivizačních činností nabízených na Vašem oddělení?

a/ ANO

b/ NE

5. Zapojujete se do aktivit podle svého rozhodnutí?

a/ ANO

b/ NE

6. Jste spokojen se stávající nabídkou aktivizačních činností?

a/ ANO

b/ NE

7. Je Vám umožněn výběr aktivit?

a/ ANO

b/ NE

8. Kterým aktivitám dáváte přednost?

a/ individuálním

b/ skupinovým

9. Jsou nějaké překážky, které Vám brání zúčastňovat se aktivit? Pokud ano, uveďte jaké.

a/ ANO

.....
.....

b/ NE

10. Vyhovuje Vám doba konání aktivit?

a/ ANO

b/ NE

11. Označte aktivity, které Vy sám využíváte a navštěvujete:

- a/ pohybová cvičení
- b/ dechová cvičení
- c/ trénink paměti
- d/ zpívání
- e/ výtvarné aktivity
- f/ společenské hry
- g/ sledování TV, poslech hudby
- h/ vyprávění, vzpomínky (reminiscenční terapie)
- i/ procházky

12. Myslíte si, že by se stávající nabídka aktivit měla rozšířit?

- a/ ANO
- b/ NE

13. Pokud si myslíte, že by se nabídka aktivit měla rozšířit, uveďte, jaké aktivity byste uvítal(a)?

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Romana Malinová

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, FF UP

Název bakalářské diplomové práce: Aktivizační činnosti seniorů hospitalizovaných v Městské nemocnici Městec Králové a.s.

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Vlčková

Počet stran: 83

Počet znaků: 96 166

Počet příloh: 1

Počet použitých zdrojů: 29