

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana Hornová

Aktivizace osob seniorského věku

Olomouc 2012

vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ **Aktivizace osob seniorského věku**“ vypracovala samostatně s použitím informačních zdrojů uvedených v přiloženém seznamu literatury.

Olomouc 30.3.2012

.....
Jana Hornová

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Oldřichu Müllerovi Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat, za pomoc paní Zitě Kubincové, která mi byla oporou při ověřování znalostí v praxi, všem respondentům, kteří se zúčastnili a odpovídali na dotazy.

Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování bakalářské práce a které si nesmírně vážím.

Jana Hornová

Obsah

Obsah.....	1
Úvod.....	2
I. Teoretická část.....	4
1. Osoby seniorského věku.....	4
1.1. Základní demografické ukazatele.....	4
1.2. Vymezení pojmu stáří a stárnutí.....	5
1.3. Involuční a chorobné změny osob seniorského věku.....	8
1.4. Postavení osob seniorského věku ve společnosti.....	11
2. Kvalita život osob seniorského věku.....	13
2.1. Základní vymezení.....	13
2.2. Dimenze kvality života osob seniorského věku.....	13
2.3. Péče o osoby seniorského věku.....	15
2.4. Komunikace s osobami seniorského věku.....	17
2.5. Programy a techniky.....	19
3. Aktivizace osob seniorského věku.....	21
3.1. Jak prožít kvalitní stáří.....	21
3.2. Nabídka aktivizačních činností.....	22
3.3. Rozdělení aktivizace dle schopností uživatelů.....	24
II. Praktická část.....	29
4. Výzkumné šetření	29
4.1 Metodologie.....	29
4.2. Charakteristika výzkumného šetření.....	30
4.3 Analýza a interpretace výzkumného šetření.....	32
4.4. Diskuze.....	47
Závěr.....	50
Anotace.....	52
Seznam tabulek.....	54
Seznam grafů.....	54
Seznam použité literatury a zdrojů.....	55
Seznam příloh.....	60

Úvod

Stáří je etapa, ve které jedinec vstupuje do poslední fáze svého života. Nemusí již chodit do zaměstnání, věnuje se zálibám a snaží se svůj volný čas zaplnit něčím užitečným, udržet si svůj aktivní život, svoji duševní svěžest. S přibývajícím věkem se zdravotní a duševní stránka může pomalu zhoršovat, na jedince působí proces stárnutí. Na všechny samozřejmě nepůsobí stejnou mírou. Někteří jedinci jsou velmi aktivní i v pozdějším věku, na druhé straně někdo je ovlivněn dalšími faktory, jakou jsou nemoci, ztráta blízké osoby, potřebují tak pomoc od svých blízkých, svého okolí.

Je třeba si uvědomit, že veškerou lásku a péči, kterou věnovali svým dětem, by bylo dobré opětovat, starat se o ně a pomáhat jim. Vždyť každý z nás jednou vstoupí do období stáří – podzimu života.

Zatímco dříve se běžně populace dožívala nízkého věku, nyní se celková věková hranice výrazně prodlužuje. S tím také souvisí posun věkové hranice odchodu do důchodu. Osoby seniorského věku jsou více aktivní, chtějí si udržet životní standard, na který byli doposud zvyklí. Co se týče rozdílů, v jakém prostředí se osoba seniorského věku nachází, je velmi důležité podotknout, že se mohou lišit v případě domácího prostředí nebo prostředí v některých ze sociálních služeb.

Ve své bakalářské práci se zabývám otázkami vymezení pojmu stáří, charakteristikou kvality života, co ji tvoří, jaké možnosti aktivizace jsou v dnešní době k dispozici...Téma bakalářské práce “Aktivizace osob seniorského věku“ jsem si vybrala, jelikož jsou mi osoby seniorského věku velmi blízké. V rámci studia ve 2. ročníku jsem absolvovala praxi v domově seniorů a zároveň jsem zde několik měsíců působila jako dobrovolník. Osobně si myslím, že dané téma je dnes velmi aktuální. Cílem bakalářské práce je popsat možnosti aktivizace osob seniorského věku a navrhnout možné způsoby řešení. Zaměřit se na jednotlivé druhy aktivizací, zjistit jaké jsou možnosti v sociálním zařízení v domově seniorů.

Bakalářská práce je rozdělena do tří základních kapitol. V kapitole č. 1 s názvem Osoby seniorského věku jsem se zabývala demografickými ukazateli, vysvětlením pojmu stáří

a stárnutí, jak se dělí, jaké postavení zaujímá osoba seniorského věku v naší společnosti...

V kapitole č. 2 s názvem Kvalita života osob seniorského věku, která je nejobsáhlejší, bych vymezila pojmy, co je to kvalita života, co ji tvoří, jak pečovat o osoby seniorského věku. Rozdělením různých druhů programů, technik, jak komunikovat s osobami seniorského věku...V kapitole č. 3 s názvem Aktivizace osob seniorského věku bych se věnovala možnostem aktivizace, trendům, jak přistupovat k uživatelům dle jejich schopností apod.

V praktické části bych chtěla ověřit teoretickou část pomocí metodického šetření dotazníku, vyhodnotit postavení seniorů v Domově pro seniory v Prostějově. Ráda bych se také zaměřila na míru informovanosti, kde je možné zjistit, jaké volnočasové aktivity jsou osobám seniorského věku k dispozici v jejich okolí, jak je možné trávit volný čas v okruhu svých vrstevníků.

I. Teoretická část

1. Osoby seniorského věku

1.1. Základní demografické ukazatele

Stárnutí světové populace je výsledkem pokračujícího poklesu porodnosti a rostoucí průměrné očekávané délky života. Od počátku tohoto století stárne nejrychleji populace vyspělých zemí, ale stárnutí se zrychluje i v ostatních částech světa. Demografické změny, vedoucí k celkovému stárnutí populace, postupně zasahují i země rozvojové, takže je pravděpodobné, že se v nastávajícím tisíciletí stanou trendem.

Většina evropských populací včetně České republiky má značně nepravidelnou věkovou strukturu. V důsledku dlouhodobě nízké úrovně plodnosti a rostoucí naděje dožití při narození dochází k demografickému stárnutí populace, při kterém se mění relativní zastoupení věkových skupin.¹ V roce 2003 představovala věková skupina 0 - 14 let 15,4 % z celkového počtu České republiky, věková skupina 15 - 64 let představovala 70 % obyvatel (skupina osob ve věku 15-59 let 65,5 %) a skupina nad 65 let 13,9% obyvatel (skupina osob nad 60 let 19,1 %).²

V současné době patří Česká republika k evropským zemím s nízkým podílem staršího obyvatelstva, což je způsobeno dřívější vysokou úrovní úmrtnosti ve středním a zvláště ve vyšším věku, ve větší míře u mužů než žen. Při téměř dvacetileté stagnaci úrovně úmrtnosti se vyššího věku dožívalo méně obyvatelstva. Starší obyvatelstvo je však jedinou věkovou skupinou, která u nás v příštích letech (minimálně do roku 2030) početně poroste (Kotýnková, Červenková, 2001 s. 5-7).

¹ Internetové stránky: Mgr. Michala Lustigová [on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_06/demografie_06.pdf

² Internetové stránky:[on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z http://www.demografie.info/?cz_pohlavivek=&PHPSESSID=dccb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1

Podle Orta dochází v české společnosti k demografickým změnám, na které nereagujeme příliš rychle nebo vůbec. Vývoj věkové struktury se mění a nejde stejnou mírou s vývojem struktury sociální. Demografové uvádějí dvě rozhodující příčiny, které spustily mechanismus postupného stárnutí populace:

1. déle trvající omezování porodnosti
2. postupné snižování míry úmrtnosti a prodlužující se délka lidského života (Ort, 2004, s. 31-32)

1.2. Vymezení pojmu stáří a stárnutí

Stáří je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, všechny latentní schopnosti rozvoje již byly realizovány. Přináší moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je to období relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (Vágnerová, 2008, s. 299).

Gruss uvádí, že na stáří bychom měli nahlížet diferencovaně, protože zejména pozdější období života nevykazuje stejnou kvalitu. Zatímco rané stáří je v průměru mnohem zdatnější než byla předešlá generace, s velmi vysokým věkem psychické a fyzické výkonnosti podstatně ubývá. Pokročilé stáří (dlouhověkost, kmetství) je v mnoha ohledech zatěžující - a to jak pro člověka samotného, tak pro celou společnost (Gruss, ed, 2009, s. 8).

Dle Tošnerové je stáří přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se naše fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života (Tošnerová, 2009, s. 14).

- **Kalendářní stáří-** se odvíjí od data narození, výhodou je jeho jednoznačnost. Nevykazuje však individuální rozdíly mezi osobami seniorského věku, které však mohou být značné.

Podle Kalvacha je možné rozdělit stáří do tří skupin:

- 65-74 let: mladí senioři
- 75-84 let: staří senioři

- 85 let a více: velmi staří senioři
- **Stáří sociální-** je definováno změnou sociálních rolí a potřeb a změnou sociální situace. Za počátek sociálního stáří je považován nástup do starobního důchodu a s tím také změny, jakou je adaptace na penzionování, pokles životní úrovně, pokles společenské prestiže, pokles finanční zajištěnosti, ztráta životního programu, osamělost a věková segregace.
- **Stáří biologické-** je označení pro danou míru degenerativních, morfologických a funkčních změn v organismu. Je důsledkem fyziologických involučních dějů, kdy dochází k poklesu funkční kapacity a adaptačních mechanismů (Kalvach, et al., 2004, s. 47).
- **Dlouhověkost-** je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let). Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, jejich počet stoupá zvyšováním kvalit životní úrovně, snižováním nároků na prostředí, na tělesnou zdatnost, medicínský pokrok (Mühlepacher, 2009, s. 21).

Osoby seniorského věku je možné rozdělit do několika věkových hranic, názory na mezní věk jsou různé, kdy přesně daná věková hranice osob seniorského věku začíná, většinou se uvádí věk šedesát roků jako začátek, do značné míry s tím souvisí nástup do důchodu. Je vědecky dokázané, že lidský věk se prodlužuje. Díky zkvalitnění lékařské péče, novým léčebným metodám, účinnějším lékům je možné hovořit o prodlužování.³ Stáří ovlivňuje hned několik faktorů, mezi ně řadíme dědičné dispozice, hygienický režim, duševní a tělesný režim, také životosprávu.

Dle WHO je možné kalendářní stáří rozdělit na 15-leté periody:

- rané stáří 60 - 74let
- vlastní stáří 75 - 89 let

³ Internetové stránky: [\[on-line\],\[cit.2011-10-02\].Dostupné z
 \[http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.phpda=ofyziologiistarnuti\]\(http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.phpda=ofyziologiistarnuti\)](#)

- dlouhověkost 90 a více let⁴

Podle Mühlpachra je možné osoby seniorského věku rozdělit do tří skupin:

- mladí senioři 65-74 let (charakteristická je problematika adaptace na penzionování, volný čas, aktivity, seberealizace)
- staří senioři 75 – 84 let (charakteristická je změnou funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- velmi staří senioři 85 a více let (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení) (Mühlepacher, 2009, s. 21).

Podle Pacovského je možné stáří rozdělit také do tří skupin:

- vyšší (starší věk), rané stáří 60 - 74 let
 - pokročilý či stařecký věk 75 – 89 let
 - dlouhověkost 90 a více let
- (Pacovský, 1990, s. 16)

Jako důležitý mezník se objevuje ontogenetický bod, kritická perioda kolem 75 roku věku. V lékařské praxi se také uvádí tento věk jako označení starší osoby, odborně se nazývá gerón, geront.

Proces stárnutí je možné definovat různým způsobem. Stárnutí se vyznačuje postoupeností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu, postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce. Stárnutí je proces, má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí (Pacovský, 1997, s. 54). Celá řada faktorů se projevuje během stárnutí jako jsou např. nemoci, duševní stav, fyziologický aspekt, sociální aspekt.

⁴ Internetové stránky: [on-line],[cit.2011-10-02].Dostupné z <http://www.who.cz/>

Na definice stárnutí je možné nahlížet hned z několika hledisek. Na charakteristiku vypořizovaných znaků se také zaměřil Hamilton, např. časově blízké efekty stárnutí jako důsledek aktuálnějších dějů a vzdálené efekty stárnutí. Univerzální znaky stárnutí je možné pozorovat u všech starých lidí. Na druhé straně je možné sledovat znaky, které nejsou shodné u všech osob seniorského věku, např. artróza, mezi ně se řadí probalistické znaky stárnutí. Další pojmy, které můžeme také srovnávat, jsou primární stárnutí (tělesné znaky stárnutí organismu) a sekundární stárnutí (změny, které se ve stáří objevují častěji, avšak nemusí být striktně dané) (Hamilton, 1999, s. 18). Každý jedinec stárne určitým tempem, které je velmi individuální, nerovnoměrně postihuje různé funkce organismu do jisté míry závislé na aktivitě a nemocnosti.

1.3. Involuční a chorobné změny osob seniorského věku

Během biologického stárnutí dochází k celé řadě změn **fyzických, psychických, emočních, sociálních**, které do značné míry ovlivňují život seniora a prostředí, ve kterém žijí. Jakékoliv změny jsou pro ně hůře přijatelné. Nechtějí si např. připustit, že by mohli selhat, že potřebují něčí pomoc.

Tělesná involuce nabývá po šedesátém roce rychlejší tempo, stárnutí je kontinuální proces, součást celoživotního vývoje organismu. Během duševního stárnutí se prolínají biologické vlivy mozku a celého těla, duševní činnost starých lidí je zpomalená (Mühlbacher, 2009, s. 23-25).

Smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím, jakýkoliv úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku. Stárnutím podmíněné zhoršování zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět. Největší zraková vada je ztráta **zrakové ostrosti**. Další příčiny, které ovlivňují kvalitu zraku, jsou **šedý zákal - katarakt, zelený zákal - glaukom, degenerace maculy** apod. Zhoršení akomodace, schopnosti zaostřovat na různé vzdálenosti, především blízko vede k **presbyopii**. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu je tzv. **presbyakuze** – nedoslýchavost, často je vyhoceným jevem **posilování zvuku** – vysoké tóny hlasitější než ve skutečnosti (Hamilton, 1999, s. 27-31).

Vítková uvádí, že „*Ve vyšším věku přibývá na četnosti tělesného postižení. Omezení*

pohybu, které s sebou často tělesné postižení přináší, omezuje účast jedinců na aktivitách, které až dosud vykonávali, čímž negativně ovlivňuje i jejich účast na společenském dění. Prodloužení aktivního života vyžaduje rozšířenou nabídku smysluplných aktivit jako kompenzaci za utrpenou ztrátu v důsledku nemoci či tělesného postižení“ (Vítková, 2006, s. 262).

Nemoci pohybového ústrojí způsobují ve stáří snad nejvíce potíží z důvodu omezení pohybu - imobility. Mezi nejčastější onemocnění patří **artróza**, nezánettivé onemocnění kloubů, pro něj je typická destrukce kloubní chrupavky, **artritida**, zánět kloubů, projevující se otokem, zčervenáním, bolestí, omezením pohybu. **Osteoporóza** je onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty (Mühlbacher, 2004 s. 36).

Dle Haškovcové je u nemocných starších lidí charakteristická **polymorbidita**, tedy výskyt více nemocí současně. K atypickému průběhu nemocí ve stáří patří také sklon k **chronicitě**, případně **invalidizaci**. Autorka hovoří o demenci „jako o tiché epidemii 21. století“ (Haškovcová, 2002, s. 29).

Jirák (in Baštecký) specifikuje **demenci** jako „globální deterioraci mentálních funkcí, která produkuje změny ve všech třech aspektech osobnosti, tj. intelektu, temperamentu a charakteru.“ Demence může značně omezovat osobu seniorského věku až k úplné závislosti na péči okolí (Baštecký et al., 1994, s. 239).

Alzheimerova choroba se řadí mezi atroficko-degenerativní demence, neboť její příčinou je atrofie a degenerace mozkových tkání. Lze ji definovat jako "duševní poruchu na organickém základě (zánik a rozpad neobnovitelných mozkových buněk) projevující se demencí" (Hartl, Hartlová, 2000, s. 346).

Parkinsonova nemoc je chronicko-progresivní neurodegenerativní onemocnění, projevující se typickou poruchou hybnosti tzv. extrapyramidovým hypokineticko-rigidním (parkinsonským) syndromem (hypokineze, třes, rigidita a posturální poruchy) (Tichý et al., 1998, s. 340) .

Diabetes melitus je chronické onemocnění metabolismu cukrů (cukrovka I. Typu a cukrovka II. typu) způsobené poruchou tvorby inzulínu ve slinivce břišní. Projevuje se zvýšenou hladinou cukru (glukózy) v krvi. Zároveň však postihuje i hospodaření s ostatními živinami a ovlivňuje tak celkově přeměnu látek v organismu.⁵

⁵ Internetové stránky: [on-line],[cit.2012-03-14]. Dostupné z <http://www.proticukrovce.cz/o-cukrovce>

Ve stáří dochází k celé řadě změn:

- **zhoršení paměťových funkcí** - paměť se zhoršuje především pro nové události, oproti tomu vzpomínky zůstávají v paměti zpravidla dobře uchovány, avšak bývají obsahově a citově zkresleny (Langmaier, Krejčířová, 1998, s. 342)
- **obtíže v učení**
- **změnám v pozornosti** - zhoršení nastává zejména v rozdělování a přenášení pozornosti (Vágnerová, 2007, s. 461).

Podle Křivohlavého dochází ke změnám v kognitivní činnosti u stárnoucích lidí:

- **obtíže přijímat nové podněty;**
- **oslabena schopnost tvořit nové spoje** (asociovat naučené s novým);
- **snížená schopnost adaptability** (schopnost přizpůsobit se novým věcem);
- **snížená flexibilita** (schopnost měnit stávající pojetí a způsob života);
- **snížená schopnost přepracovat osvojené vzory chování a zaujímané postoje;**
- **zvýšená fixace** (soustředění se na to, co bylo již dříve zažito);
- **zvýšená integrace** (zažitý postoj soustředěného komplexu vědění).

Dochází ke zpomalené psychomotorické a percepční činnosti, v období stáří zejména vážne činnost náročná na rychlost reakce a rozhodování. Smyslové vnímání se zhoršuje, dochází k výraznému zhoršení zrakové percepce a sluchu. To má za následek pokles výkonu u některých činností (Křivohlavý, 2002, s. 142-143).

U lidské tvořivosti neexistuje žádná pevná hranice, člověk tvoří celý život. Důležitá je zejména motivace, vytrvalost a entuziasmus. Osobní růst a zrání může pokračovat i ve stáří (Kozáková, Müller, 2006, s. 14-15).

Výrazné změny nastávají také v **oblasti emocionální**. Ve stáří se snižuje kontrola nad emočními projevy. Emocionální aktivita celkově ztrácí na intenzitě, starý člověk se již tak lehce nenadchne pro nové věci, k okolí bývá spíše lhostejný. Typická je snížená odolnost k zátěži, emoční labilita a zdrženlivost, která často brání ve vytváření nových a hlubších citů. Starší jedinec se více zaměřuje na svoji osobu, bývá více náladový, lítostivý, je snáze ovlivnitelný, což může mít mnohdy negativní důsledky pro něj i jeho blízké. Emoční oblast je také ovlivněna aktuálním zdravotním stavem člověka. S přibývajícím věkem se zároveň zvyšuje sklon k depresím, úzkosti a neklidu (Říčan, 2004, s. 390).

Výše jmenované faktory výrazně ovlivňují osoby seniorského věku a tím pádem také chuť do života a možné způsoby aktivování např. v sociálních zařízeních. Různé typy nemocí se nemusí projevovat u starších jedinců pouze v pozdním věku, příznaky se mohou objevit již v mládí, avšak s přibývajícím věkem se nemoci mohou začít výrazněji projevovat a zhoršovat.

1.4. Postavení osob seniorského věku ve společnosti

Pacovský uvádí, že v historii bylo na stáří pohlíženo odlišným způsobem. Dříve se vysokého věku dožívalo menší množství osob seniorského věku, než je tomu doposud. Jedinci, kteří se dožili vysokého věku, byli uctívání, oslavováni, měli vysoký sociální status, byli označováni za osoby moudré a zkušené...

„Negativní hodnocení stáří bylo historicky spjato s faktem ujídání ze společného talíře“. Stáří bylo ve skutečnosti i interpretačně synonymem bídy, chudoby, smutku a zoufalství. Společnost proto v dějinném procesu vytvářela podle svých možností podmínky pro relativní zachování důstojnosti ve stáří, a to samozřejmě nejprve v rovině základního ekonomického zajištění a z charitativních důvodů (Pacovský, 1990, s. 45).

Osoby seniorského věku se mohou v dnešní době dožívat déle, stáří se tak stalo společenským jevem, který v minulosti nebyl tak častý jako nyní. Celá řada změn je příčinou prodlužování věku stáří díky značné lékařské péči.

Lidé v období stáří jsou většinou vyrovnáni s myšlenkou smrti, ale těžko snášejí představu závislosti na druhých lidech (Kozáková, Müller, 2006, s. 17).

Penzionování má bohužel neblahý vliv na přístup společnosti vůči penzistům, změní se společenská role a statut. „V současném stupni rozvoje naší společnosti jde především o to, aby společnost přijala stáří jako realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást (Pacovský, 1990, s. 46-47).

Nový problém, který se objevuje ve společnosti, je diskriminace vůči věku - ageismus. **Ageismus** by se dal uvést jako „postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří“ (Vágnerová, 2008, s. 308). Jedná se o novou formu systematické stereotypizace a diskriminace jedinců kvůli jejich obvykle vyššímu věku, nabývá řady forem a je specifikovaný tím, že kdokoli může být potencionální obětí, neboť

každý člověk stárne ode dne svého narození.⁶

Rabušic (in Ort) uvádí, že stáří je projevem věku, stává se statusovou charakteristikou, s níž je spojeno předepsané chování - neboli role. Zde může právě nastat problém, že i v moderní liberální společnosti jsou osobám seniorského věku přisuzovány některé role. Pro střední věk může platit pravidlo, že starý člověk opustí svět práce a odjede „na odpočinek“, do důchodu, tzn. charakteristická ne- role (Ort, 2004, s. 22).

Je důležité, aby společnost pochopila, že by neměla seniory posuzovat jako přítěž, ale měla by osoby seniorského věku také začlenit do společnosti. Na osoby seniorského věku je většinou pohlíženo s opovržením a lhostejností. Mladší generace by měla být více informována, aby si mohla vytvořit také jiný náhled a byla více tolerantní k osobám seniorského věku.

Aktivizace je vhodnou součástí každodenního života, záleží samozřejmě individuálních schopnostech osob seniorského věku a motivaci. Je vhodné se věnovat nějaké činnosti, zvyšovat si tak míru soběstačnosti a samostatnosti.

⁶ Internetové zdroje: Mgr. Alexandr Pešák [on-line],[cit.2012-9-03].Dostupné z <http://www.czrso.cz/index.php?id=446>

2. Kvalita života osob seniorského věku

2.1. Základní vymezení

Kvalitou života se rozumí „jakost, hodnota“. Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. Pokud hovoříme o kvalitě života a máme-li na mysli život jediného člověka (individa), vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast (Křivohlavý, 2002, s. 163).

Každý člověk má svůj individuální systém hodnot, které si utváří vlivem životních podmínek a aktivitou jedince (Pávková, Hájek, Hofbauer, 2002, s. 29).

Engel a Bergsma (in Křivohlavý) mapují celou problematiku do tří odlišných sfér: makro – rovina, mezo – rovina a personální rovina.

V **makro – rovině** jde o otázky kvality života velkých společenských celků. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat.

V **mezo – rovině** jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách. Nejde zde jen o respektování k morálním hodnotám lidského života, ale také k otázkám sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázkám neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, tzv. sociální opory, sdílených hodnot.

Personální rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce (individa), týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, nadějí apod. Každý z nás v této dimenzi hodnotí kvalitu vlastního života (Křivohlavý, 2002, s. 162-164).

2.2. Dimenze kvality života osob seniorského věku

Kvalita života je velmi složitý a široký pojem. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Džuka rozlišuje subjektivní kvalitu života – na základě individuálního úsudku hodnocené podmínky života

osoby a subjektivní pohodu – emocionálním systémem hodnocené podmínky vlastního života (frekvence pozitivních a negativních emocí). Přitom objektivní kvalita života – objektivní podmínky života osoby nejsou objektem psychologického výzkumu. Kvalita života je složitý a velmi široký pojem, který je těžce definovatelný z důvodu obsahové komplexnosti a významové multidimenzionality. Dotýká se jak pochopení lidské existence, tak smyslu života jedince a samotného bytí. Pro správné pochopení je nutné nalezení klíčových faktorů bytí a pochopení sebe sama (Džuka, 2004, s. 519).

Payne rozlišuje několik podmínek pro zdravý a šťastný život člověka, např. materiální, psychologické, sociální, duchovní atd. Komplexní pohled na život obsahuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměr člověka. Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít (Payne, 2005, s. 629).

Zavázalová uvádí, že na kvalitě života ve stáří se podílejí především tyto prvky: **zdravotní a psychický stav, úroveň bydlení a péče, finanční zajištění, začlenění do společnosti a možnost komunikace s ostatními lidmi, zajištění nezbytné pomoci, trávení volného času** a mnoho dalších (Zavázalová, 2001, s. 11-12).

Ke kvalitě života ve starším věku přispívá zejména aktivita, svoboda vybírat si, rozhodovat se, podpora a zájem rodiny, zachované duševní schopnosti, soběstačnost a především schopnost vyrovnat se s nepříznivými skutečnostmi (Mátl, Jabůrková, 2007, s. 37).

Aktivitu lze pojímat jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů. Je tomu tak proto, že všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti (Kozáková, Müller, 2006, s. 36).

Záleží na zdravotním stavu jedince, jak je spokojený se svým životem, jestli není ovlivněný např. negativními faktory z důvodu onemocnění nebo ztráty blízké osoby. Jak sami hodnotí styl svého života, jestli jsou v dobré kondici a co od života očekávají.

2.3. Péče o osoby seniorského věku

V dnešní době je více zabezpečená sociální péče osobám seniorského věku než tomu bylo dříve. Co se týče kapacity v některých pobytových zařízeních je však stále nedostačující.

Sociální péče o staré občany se skládá ze soustavy hmotného zabezpečení důchody a dávkami z komplexu sociálních služeb. Sociální služby jsou instrumenty, jejichž účelným použitím zasahujeme do sociální situace člověka, který ze společenského hlediska potřebuje pomoc. Soustava sociálních služeb a dávek zajišťuje starým občanům osobní spokojenost, usnadňuje jim život, umožňuje existenci v dosavadním prostředí, zajišťuje stáří hmotně (Pacovský, 1990, s. 95).

Matoušek uvádí, že „*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným*“ (Matoušek, 2007, s. 9).

V České republice zatím nese rozhodující podíl stát a jeho instituce, další možností jsou také dobrovolnické organizace, či jednotlivci. Rodina poskytuje seniorům přirozené sociální prostředí, ne vždy je však možné pečovat o osobu seniorského věku v domácí péči.

Sociální služby mohou mít charakter pobytový, ambulantní a mimoústavní-terénní, kdy senior žije ve svém domácím prostředí a dochází do nějakého zařízení, případně jej navštěvuje nějaký dobrovolník nebo organizace.

Dle sociálních služeb existují tyto typy služeb, které se jsou specifikovány v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb.⁷

- **Pečovatelská služba (§40):** je služba, která poskytuje pomoc seniorům, osobám, které potřebují péči v domácím prostředí. Pomáhají při každodenních úkonech (oblékání, umytí, podávání jídla, nákupy, pochůzky apod...)
- **Osobní asistenční služba (§39):** je poskytována seniorům v domácím prostředí, kdy pracovník dochází dle předem smluvené doby, na předem smluvené činnosti, na kterých se s klientem domluví, na základě činností, které klient potřebuje, není nějak časově omezená.
- **Denní stacionáře (§46):** poskytují služby seniorům se sníženou soběstačností, kteří

⁷ Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.[on-line],[cit.2012-02-04] <http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>

potřebují pomoc druhé osoby při zvládnání péče o svou osobu, sebeobsahu. Klienti dochází pravidelně do stacionáře od pondělí do pátku, sami nebo v doprovodu blízké osoby a tráví zde čas různými aktivitami, odpočinkem, vycházkami, cvičením ... Neposkytuje se zde ubytování.

- **Domovy seniorů (§49):** poskytují celoroční ubytování pro osoby se sníženou schopností o sebe pečovat, kteří potřebují pravidelnou péči. Nabízí zde možnosti ubytování v jedno či více lůžkových pokojích, možnost stravování a také různé volnočasové aktivity.
- **Tísňová péče (§41):** jedná se o distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami vystavenými vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností.
- **Průvodcovské a předčitatelské služby (§42):** zprostředkovávají kontakt při společenském prostředí, uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- **Týdenní stacionář (§47):** jedná se o pobytové zařízení od pondělí do pátku, kde mají možnost klienti se sníženou schopností, kteří potřebují péči jiné osoby se věnovat různým aktivitám, na víkendy jezdí většinou domů. Některé týdenní stacionáře však nabízejí možnost ubytování i přes víkend (Krejčířová, Treznerová, 2011, s. 32-37).
- **LDN:** Ošetrovatelská péče v léčebnách dlouhodobě nemocných je poskytována formou ošetrovatelského procesu. Je to logický a systematický přístup ke komplexní péči o klienta. Ošetrovatelská péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné je poskytována formou ošetrovatelského procesu. Důraz je kladen na pohybové a psychické aktivity (Vašatková, 2003, s. 26-27).

Na základě Standardů kvality v sociálních službách, které jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň, jsou poskytovány sociální služby v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem. Ve standardech je zdůrazněna orientace na osobní cíle uživatelů

služeb, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost, plnohodnotný život apod. Vyhláška č.505/2006 Sb.⁸

V péči o seniory je důležitá také lékařská – zdravotní péče, na kterou má ze zákona každý nárok, nebo domácí ošetrovatelská péče.

- **Domácí péče (home care):** Haškovcová ji definuje „jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry“ (Haškovcová, 2002, s. 46). Klient i jeho blízcí společně úzce spolupracují.
- **Hospicové služby:** speciální zařízení, které poskytuje tzv. paliativní péči, jedná se o specializovanou péči o umírající lidi, jejímž cílem je usilovat o nejvyšší kvalitu života a pomoci rodinám a pečovatелům při umírání i po smrti (Conor, Aranda, 2005, s. 12). Jedná se o službu, která poskytuje odlehčení od bolesti, není zde poskytováno vyléčení. Domácí hospic pomáhá těžce nemocným osobám prožít důstojný život v okruhu svých blízkých doma, kdy lékař nebo sestra navštěvují těžce nemocného klienta.

Jako doplňkové služby bych ještě snad zmínila rozvoz stravování, které zabezpečují některé organizace. Další doplňkovou službou je možnost úklidu přes různé agentury, drobné řemeslné práce, které také nabízejí využití svých služeb např. osobám seniorského věku.

2.4. Komunikace s osobami seniorského věku

V každém okamžiku života se nějakým způsobem dorozumíváme se světem a lidmi kolem sebe. Využíváme nejen slov, ale také řeč svého těla. Každá věta, vyslovené slovo má nejenom srozumitelný obsah, ale také citový výraz. Naše ruce, paže, nohy i výraz tváře jsou mnohdy výmluvnější než náš jazyk. Starý člověk je více vnímavý k těmto skutečnostem než samotným slovům (Kleťová, Dlabalová, 2008, s. 93-94).

Neverbální komunikace se v nemalé míře podílí na přenosu informací v rámci komunikačního procesu značným způsobem. Bývá mnohdy významnější než vlastní obsah a náplň sdělení.

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) se zabývá možnostmi využití

⁸ Internetové stránky:[on-line],[cit.2012-02-16]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) komunikace u osob s těžkými poruchami expresivní složky řeči. Augmentativní způsoby slouží k doplnění a k podpoře již existujících, ale pro běžné dorozumívací potřeby nedostatečně rozvinutých komunikačních kompetencí jedince. Komunikační systémy alternativní se využívají jako náhrada mluvené řeči (Ludíková a kol., 2005, s. 16-17). Základními cíli využití AAK u seniorů jsou cíle kompenzační a rehabilitační.

Hlavní faktory ovlivňující schopnost přijímat informace v rámci komunikačního procesu se seniory jsou většinou velmi dobře známy v kontextu ošetrovatelské péče, stávají se bohužel často zdrojem předsudků a klamného hodnocení seniora. Jedná se především o poruchy sluchu a zraku spolu s poruchami kognitivními. Se schopností plynulé řeči souvisí také vybavování si slov. Senioři uvádějí, že jedním z velmi obtěžujících problémů je schopnost produkce dobře známých slov. Přestože osoby každého věku trpí někdy poruchou schopnosti nalézt správné slovo, tento typ potíží je frekventovanější s přibývajícím věkem (Pokorná, 2010, s. 20 – 57).

- Starý člověk potřebuje, abychom se v pravý okamžik a na správném místě zastavili a dokázali darovat čas a **naslouchat jeho životnímu příběhu**.
- **Darovat čas** ve prospěch zvládnutí obtížných situací. Přidat minuty při zahájení péče, předat důležité informace a dát dostatek času na zpracování získaných informací.
- Starý člověk se potřebuje dostatečně **orientovat ve své životní situaci**. Využijeme strukturu vývojových potřeb, která musí být v případě ohrožení dostatečně saturována.
- **Znalost a pochopení osobního příběhu starého člověka** nám pomůže objevit způsob komunikace pro snadnější spolupráci s ním. .
- Snažme se **hledat příčiny změn chování**. Přemýšlejme, jaké okolnosti a vzpomínky, které třeba nedokážeme pochopit, vyvolaly způsob chování starého člověka.
- Starý člověk potřebuje **osobní nezávislost rozhodovat** o svých možnostech a životních cílech (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 94-95).

Při komunikaci s osobami seniorského věku je třeba vědět, v jaké skupině stadia poruch se kdo nachází, jakého druhu komunikace je schopen, a podle toho s ním pak jednat. Jen tak je možné dosáhnout vzájemného porozumění, důvěry a staří lidé se vyhnou stresu z neschopnosti pochopit, co se od nich požaduje (Rheinwaldová, 1999, s. 67).

Umění jednat s lidmi je dovedností, kterou je potřeba cvičit a rozvíjet v každodenní

praxi (Čačka, 2001, s. 85).

2.5. Programy a techniky

Komunikace je pro člověka velmi důležitá. Potřebujeme mluvit, potřebujeme, aby nás někdo slyšel a poslouchal, abychom měli pocit sounáležitosti s ostatními lidmi, a mohli tak normálně žít.

Aktivní naslouchání je jednou z možností efektivní komunikace. Jde o stav, kdy aktivně nasloucháme druhé osobě a snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Nejde jen o pouhé naslouchání, snažíme se porozumět sdělenému významu, poskytujeme zpětnou vazbu, podporujeme. Přehled vhodných technik podle Pokorné:

- technika povzbuzení
- technika objasnění
- technika zrcadlení
- technika parafrázování
- shrnutí
- ocenění (Pokorná , 2006, s. 29-34)

Pokud chceme, aby naše komunikace byla více efektivní, měli bychom brát v potaz několik doporučení:

- rychlost řeči – měla by být úměrná znalosti tématu a okolnostem
- hlasitost – bývá rozdílná podle povahy sdělení
- pomlky z různých příčin
- výška hlasu – bývá odrazem emocí
- intonace – mění význam sdělovaného, zdůrazňuje význam (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 21-22).

Specifické komunikační problémy:

Při komunikaci se starými lidmi je třeba dbát zvláštních opatření k obecným komunikačním

problémům a také ke specifickým potížím. Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem je třeba se soustředit na celý komunikační proces. Dívat se druhému do tváře, mluvit pomalu a hlasitě, tónem co možná nejnižším, správná artikulace je také velmi důležitá. Správná vzdálenost při naslouchání. Být ve vhodné pozici, aby komunikátor byl ve stejné úrovni jako komuniké. Další prostředky komunikace, které jsou velmi důležité, na které bychom neměli zapomínat, jsou prostředky neverbální komunikace jako jsou mlčení, pohled, hmat (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 83-88).

Asertivní jednání lze vnímat i jako psychologickou metodu učící svobodné volbě i poznané nutnosti. Svoboda spočívá v tom, že si můžeme sami zvolit cíle, o něž budeme usilovat. Nevstupovat druhým lidem do života, pokud to oni sami nechtějí. Přijmout, že to co je jiné, ještě proto není samo o sobě horší (Novák, Capponi, 2003, s. 205).

Při komunikaci je nutné přihlížet k tomu s jakou osobou komunikujeme, zvolit správnou metodu. Pokud se jedná např. o osobu, která je nedoslýchavá, osoba se zrakovým postižením, s poruchou řeči apod. Správně zvolená komunikace nám pomůže při aktivizaci a motivování klienta, je jedním ze zásadních prostředků, který nám umožní s klientem navázat přátelských vztah, projevit zájem a porozumění.

3. Aktivizace osob seniorského věku

3.1. Jak prožít kvalitní stáří

Biologické stáří se může podepsat na každém jedinci individuálně. S tím také souvisí to, do jaké míry se může jedinec zapojit více či méně do aktivního života ve stáří. Záleží jen na každém z nás, jak se pokusíme udržet si svoji psychickou a fyzickou kondici. Třetí věk reprezentují mladí senioři, kteří dnes mají celou řadu možností, jak přizpůsobit své činnosti aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu. Ukazuje se, že mladí senioři jsou v dobrém zdravotním stavu, záleží jen na nich samotných, jestli budou pokračovat v pracovní činnosti nebo dají přednost „nekonečné dovolené“ (Haškovcová, 2010, s. 170).

Ve stáří je nutné hledat pozitivní aspekty a vyhnout se negativním představám o stárnutí a stáří, které vedou k obavám a strachu. Vitalita nezávisí pouze na věku, je to životní síla, fyzická energie, mentální čilost a nadšení pro život. Bez vitality není život plnohodnotný v žádném věku (Rheinwaldová, 1999, s. 15).

Motivace - usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností – radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal.⁹

Aktivita - je typickým znakem lidské činnosti, jedná se obvykle o pohyb, i v případě duševní práce, kdy výsledky své myšlenkové činnosti přenášíme na papír či do jiné materiální podoby. Je několik druhů aktivit např. každodenní aktivity (uklízění, vaření, práce na zahradě, pletení, vzpomínání...), fyzická aktivita (tělesná cvičení, kuželky, procházky...), vnímání (aromaterapie, muzikoterapie, vodní terapie, masáž, zvířata...).

Aktivizace – může být relaxační nebo pohybový program, který je určený osobám seniorského věku. Aktivity mohou u klienta zlepšit fyzickou zdatnost, posílit psychickou stránku a tím zároveň zlepšovat soběstačnost osobám seniorského věku. Je celé škála možností podpory aktivizace např. relaxační terapie, arteterapie, muzikoterapie, pohybová a taneční terapie, trénink paměti, dramaterapie, herní terapie, hypoterapie, canisterapie, felinoterapie, reminiscence (Kalvach et al, 2004, s. 447-448).

Hartl uvádí, že aktivizace je „*nespecifické navození úrovně aktivity, vybuzení, založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*“ (Hartl, 2004, s. 32).

⁹ Internetové stránky: [on-line],[cit.2012-03-10].<http://cs.wikipedia.org/wiki/Motivace>

Význam aktivity pro kvalitu života seniorů

Jedná se o jeden z nejdůležitějších nástrojů k naplnění života seniorů. Je to dáno tím, že všeobecně přispívá k jejich větší spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku. Ale hlavně z toho důvodu, že přispívá k udržení potřebné tělesné a duševní výkonnosti. Může to být např. posilováním fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti... Všechny tyto aktivity napomáhají ke smysluplnému zapojení do společnosti, což je v dnešní době velice důležité.¹⁰

Rheinwaldová uvádí že, „*kvalitní program je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich duševní a fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný*“ (Rheinwaldová, 1999, s. 12-13).

„*Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni **preventivní** (zaměřeny na zdravou stárnoucí populaci), tak na úrovni **léčebné** – vlastní terapie (např. kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách) i sekundární prevence (např. u lidí s počínající demencí může totiž přiměřená aktivizace značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby*“ (Langmaier, 1998, s. 195).

Vhodný výběr zvolené aktivity by se měl především odvíjet od zdravotního stavu seniora. Pokud se jedná např. o pohybové aktivity, je nezbytně nutné, aby na základě zdravotního stavu lékař doporučil, zda je či není vhodné zvolenou aktivitu vykonávat. V současné době je celá škála možných aktivit, ze kterých si senior může vybrat. Důležitou roli také hraje místo, kde senior bydlí, např. na vesnicích bohužel nejsou příliš velké možnosti věnovat se různým společenským aktivitám jako je tomu ve městech.

3.2. Nabídka aktivizačních činností

V následující kapitole bych se chtěla podrobně zaměřit na některé možnosti aktivizace osob seniorského věku v zařízeních pro osoby seniorského věku, které jsou součástí programu. Co se týče osob seniorského věku, kteří jsou v přirozeném prostředí, závisí to do

¹⁰ Internetové stránky:[on-line],[cit.2012-02-04].Dostupné z <http://www.vemeste.cz/2011/05/seniori-a-pohybova-aktivita/>

značné míry na předcházejícím aktivním způsobu života, jak byli dříve zvyklí věnovat se nějakým aktivitám. Případně pokud budou mít zájem najít si nějakou jinou alternativu.

Aktivizaci je možné rozdělit na **základní** a **specifickou**. Mezi základní aktivizaci je možné zařadit: vzdělávání U3V, PC kurzy, pohybové aktivity, četba literatury, koncerty, divadelní představení, besedy, kino...

Mezi aktivizační způsoby patří také různé terapie: muzikoterapie, dramaterapie, biblioterapie, poetoterapie, aterterapie, hipoterapie, canisterapie...

Expresivní terapie jsou postavené na expresi- výrazu. Využití specifických expresivních projevů (buď vnímáním a prožíváním jejich výsledků, nebo aktivní účastí v průběhu jejich procesů) uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby (Valenta, Müller, 2009, s. 133).

Speciální aktivizaci by měli realizovat speciální pedagogové. Zabývá se jedinci, kteří jsou sociálně znevýhodnění – věkem, zdravotním omezením apod. Cílem ergoterapie je dosáhnout pro klienta uspokojivé úrovně a rovnováhy při provádění sebeobslužných a pracovních činností a aktivit volného času, které podpoří uzdravení,lepší pocit osobní pohody a sociální participaci (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).

Pohybové aktivity seniorů je možné realizovat ve dvou rovinách:

- řízená společná cvičení
- individuální formy domácího cvičení
- **Relaxace** je nezastupitelným prvkem, který se prolíná celým pohybově-prožitkovým programem seniorů. Jde o proces, který znamená hluboké uvolnění, jímž se odstraňuje nadbytečné svalové i nervové napětí. Naučíme-li se relaxovat jednotlivé svaly, snížíme také napětí mysli a dosáhneme kvalitního odpočinku (Štilec, 2004, s. 54-55).
- **Skupinové sezení** přivádí nemocného od pasivního k aktivnímu přístupu ke cvičení, léčbě a způsobu života v lůžkových zařízeních. Při tomto sezení je možné ovlivnit kognitivní funkce, rozlišovací funkce gnostické a emocionální sféru (Klusoňová, Pítnerová, 2005, s. 101).

Nyní bych se podrobněji zaměřila na základní aktivizaci, které je možné se věnovat kdekoli v sociálních službách, případně docházet do zájmových kroužků. Během praxí, které jsem absolvovala při studiu, jsem měla možnost nahlédnout v různých sociálních zařízeních na možné způsoby aktivizací. Spektrum možností aktivizačních programů se do značné míry odvíjí od pozitivního přístupu personálu a možnostech dané sociální služby a v neposlední

řadě hraje roli také finanční stránka.

3.3. Rozdělení aktivizace dle schopností uživatelů

Aktivity pro osoby seniorského věku je třeba přiřadit dle schopností uživatele. Je důležité přistupovat k možnostem, které daný uživatel má. Zvláště pokud se jedná o klienta, který je např. zcela imobilní, případně s nějakou demencí apod.

Podle Kalvacha přístup u lidí s demencí představuje jen vyhraněnou formu přístupu k aktivitám seniorů obecně. Právě u lidí jejichž paměť a myšlení jsou poškozeny chorobným procesem, kteří jsou mimořádně zranitelní, je třeba při programování aktivit důsledně uplatňovat filozofii a mravní princip kontinuity života, lidské hodnoty a důstojnosti (Kalvach, et al. 2004, s. 448).

Rheinwaldová rozděluje obyvatele domovů seniorů do následujících skupin:

- **obyvatelé orientovaní** (orientovaní na úkoly: pečení, umění, hudba, keramika, psaní, humor)
- **obyvatelé s mentálním postižením** (zařazení do remotivační skupiny s objektivními stimuly. Pracovníci mohou pomoci při orientaci v realitě)
- **Alzheimerova nemoc** (skupina, která stimuluje interakci, výlety do známých míst probouzející spící řeč a pocit pohody)
- **špatně orientovaní obyvatelé** (úkolová skupina, terapie realitou, role rodičů a autorit pomáhají vyřešit problémy z minulosti, podpora vlastní hodnoty, pocit spokojenosti)
- **dezorientovaní obyvatelé** (pracovník přijímá city, pomáhá obnovit minulost, vede k pocitům vlastní hodnoty, snižuje stres, zlepšuje se chůze, spící řeč se vrátí, společenská interakce dává pocit spokojenosti a bezpečí) (Rheinwaldová, 1999, s. 49 – 50).

Osobám s poruchou imobility napomáhají při různých činnostech kompenzační pomůcky, kterým mohou nahradit některé činnosti rukou nebo nohou, mohou tak podpořit zachování maximálního možného stupně soběstačnosti. Také vhodné prostředí může posílit funkční kapacitu člověka. Zde se uplatňuje fyzioterapie a ergoterapie, důležitou roli hraje také

sociální prostředí (Kalvach et al., 2004, s. 448).

Rheinwaldová uvádí různé kategorie programů:

- rukodělné práce
- společenské programy, diskuze, hry, hudba, tanec
- cvičení, sporty, sportovní hry
- činnosti venku v přírodě
- náboženské programy
- vzdělávací činnosti (Rheinwaldová, 1999, s. 23)

Walsh uvádí, že *„pomocí skupinové práce je možné podstatně omezit častý pocit osamění a izolace. Pravidelná účast na skupinových aktivitách vytváří v lidech přesvědčení, že někam patříme a že jsou součástí přátelského společenství“* (Walsh, 2005, s. 20).

Rukodělné práce:

mezi rukodělné práce patří celá řada různých technik jako je háčkování, pletení, tkaní, drhání, kašírování, korálkování, výtvarná činnost, keramika, malování na sklo...

Keramika umožňuje tvořivou činnost pro všechny typy uživatelů. Keramická hlína je jeden z nejhezčích materiálů pro rukodělnou práci, svou plasticitou se přímo nabízí k modelování. Jemná keramika může vznikat různými druhy technik: na hrnčířském kruhu, válečková technika, reliéfní technika, modelování z hroudy, modelování z plátů, z kuliček apod. (Placáková, Pošustová, Vondrušková, 2004, 2006).

Hlína nabízí možnost kompenzace poškozeného nebo chybějícího smyslu (nevidomí, slabozrací), je materiálem diagnosticky mimořádně plastickým a expresivním také jako relaxačně-rehabilitační (lidi s narušenou jemnou motorikou) (Pipeková, Vítková, ed., 2000, s. 52).

Společenské programy:

poslech hudby působí tlumivě na subkortikální centra (sídla emocí), zaměstnává mozkovou kůru, uvolňuje svalstvo, člověk nepocítuje žádný strach. Na hudbu je pohlíženo jako na lék (Pipeková, Vítková, 2000, s. 14). Blahodárně působí na vnímání jedinců. Klienti si také mohou při poslechu zavzpomínat na písničky z dob jejich mládí.

Tanec a oslavy klientům umožňují setkat se s blízkými jedinci ze svého okolí, pobavit se, příležitost pěkně se upravit a obléct. Tanec je možné provádět také při skupinovém sezení na židlích.

Oddechová reminiscence může být individuální nebo skupinové sezení, při kterém se snažíme se seniorem navázat vztah, posílit přátelství, snažíme se upevnit vztah k historii a minulosti, nalézt úctu jeden k druhému. Za pomoci různých předmětů, fotografií, posloucháním starých písniček, čichem rozeznat různé vůně, vzpomínáme dobu dávno minulou a vybavujeme si různé zážitky.

Individuální četba – starší aktivní čtenáři stráví čtením více času, avšak výrazně větší část věnují novinám, časopisům či „zábavné beletrii“. Rezignace čtení náročných literárních textů může způsobovat úbytek čtenářských dovedností. Ať už je tomu jakkoli, staří lidé mají ze čtení zřejmě stejné potěšení jako lidé mladí (Hamilton, 1999, s. 126). V sociálních zařízeních je možné si také knihy zapůjčit v rámci knihoven.

Společenské hry – nejprve můžeme začít tzv. zahřívacími koly kdy navodíme klienty na „stejnou notu“ např. O čem se dnes píše v novinách, Dnešní datum historie, podávání polštářku. Uživatelé tak ztratí pocit zábrany a zapojí se postupně do soutěží a her. Interakční skupiny poskytují smysluplnou, která je zábavná a pomáhá vytvářet a udržovat skupinovou soudržnost (Lidský uzel, Kdybychom byli květinou, Tichá pošta, Anagramy, Kvízy...) (Walsh, 2005, s. 28-30).

Besedy jsou pro uživatele příjemným zpestřením všedních událostí, mají možnost poslechnout si zajímavé a cenné informace a oprostít se od každodenních starostí. Sejit se mohou různé skupiny uživatelů imobilní, intaktní apod.

Výlety pro osoby seniorského věku, které jsou plně mobilní, mohou být příjemným cestováním za památkami a významnými poutními místy. V sociálních službách však naráží na problém, že nejsou na takovéto výlety finance, buď jsou hrazeny ze sponzorských darů, nebo by si je museli uživatelé hradit sami.

Pohybové aktivity:

náročnost zatížení musí odpovídat zdravotní a výkonnostní úrovni cvičenců, která svou náročností neohrozí zdravotní stav seniorů. Základem je aerobní zatížení s důrazem na pomalé prožitkové aktivity, s hudbou a relaxací. Jmenovala bych několik pohybových zaměření na cvičební prostředky: zdravotně rehabilitační cvičení, relaxační a dechová cvičení, vybraná cvičení jógy, tchaj – ťi, kolové tance, cvičení s hudbou a zábavné hry (Štilec, 2004, s. 118-119). Tělu je navazování pohybu v řetězcích přirozené. Během života může dojít k pokažení správného postupu nějakou stereotypní činností nebo naopak nečinností, tím pádem může dojít k nesouladu svalů v práci. Následkem toho vznikají zdravotní problémy, které znepríjemňují život (Kleplová, Dvořáková, 2007, s. 6).

Činnosti venku v přírodě

nordic walking je vhodnou sportovní aktivitu pohybující se někde mezi kondičním během a vycházkou v přírodě. Nordic walking je vhodný pro všechny věkové kategorie, uvolňuje svalové napětí v oblasti zádových a ramenních svalů, významně zvyšuje pohyblivost páteře, dodává díky pohybu s holemi jistotu na hladkém povrchu.

Sportovní hry a soutěže probíhají např. mezi jednotlivými domovy seniorů. Petanque je jedna z dalších možností, kterou lze provádět venku.

Náboženské programy: čtení z bible nebo bohoslužby jsou pro mnohé uživatele nepostradatelnou součástí aktivit v sociálních službách.

„U starých lidí může víra přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří a s ním spojených problémů. Ve stáří, kdy se mnohé životní hodnoty ztrácejí, je důležitá jistota Boží existence, jistota zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života“ (Vágnerová, 2000, s. 507).

V některých sociálních zařízeních je také prostor, kde jsou bohoslužby v tzv. kapličkách. Místní farář dochází pravidelně cca 1 x týdně do zařízení a setkává se s uživateli.

Vzdělávací činnosti:

pomáhají uživatelům při zachování paměti: řešení různých kvízů, luštění křížovek, výuka cizích jazyků, základy znalostí na PC, předčítání knížek, možnost zapůjčení knih apod.

¹¹ Internetové stránky:[on-line],[cit.2012-03-11].Dostupné z <http://www.klaudy.net/nordic-walking.php>

Hrátky s pamětí- hlavní náplní je trénink krátkodobé paměti např. hádanky, hlavolamy, doplňování známého textu, doplňování křestních jmen známých osobností, tváře, pranostiky, pořekadla, přísloví, texty lidových písniček atd. Při nich se uživatelé velmi dobře pobaví. Jednak si zde mohou ověřit své znalosti a také jsou rádi ve společnosti jiných uživatelů.

Domácí mazlíčci:

zvíře je prostředníkem, který napomáhá rozvoji, zejména v oblasti socializačních kompetencí, v oblasti emočního působení, zlepšuje se neverbální komunikace, schopnost empatie (Pipeková, Vítková, 2000, s. 65). Uplatnění zde nachází jak psi, tak kočky, kteří jsou speciálně cvičeni.

Je třeba si uvědomit, že výše jmenované aktivity by nebyly realizovatelné, pokud by jedinci neměli sami chuť se na nich podílet. Všechny činnosti jsou na dobrovolné bázi, nelze nikoho nutit, aby se věnoval některým aktivitám. Zvláště u jedinců, kteří mají pesimistický pohled, není snadné je přimět, aby našli znovu nějaký smysl života, který by je naplňoval. Z toho důvodu je velmi důležitý přístup odborných pracovníků ergoterapeutů, kteří zkouší zvolit takový způsob, který by oslovili klienty, snažili se pochopit, v čem spočívá jádro problému, a následně klienty vhodně motivovali.

II. Praktická část

4. Výzkumné šetření

4.1. Metodologie

Cíl šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou **možnosti aktivit v domově seniorů a zda jsou aktivity dostačující**. Zajímala jsem se o vliv aktivizačních programů osob seniorského věku na uživatele, jak hodnotí sami uživatelé zastoupení různých programů v domově seniorů apod. Ve zkoumaném souboru byla zahrnuta skupina osob seniorského věku, kteří žijí v domově seniorů. Věková hranice seniorů se pohybovala v rozmezí méně než 60 roků a více než 90 roků. Předmětem jsou tedy **uživatelé domova seniorů**, kteří mají možnost se účastnit různých aktivizačních programů. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla provést výzkumné šetření v domově seniorů za pomoci kvantitativního výzkumu. Na základě schválené žádosti pana ředitele, která je součástí přílohy jsem provedla sběr dat ve zmiňovaném zařízení.

V empirické části byly stanoveny následující otázky výzkumného šetření:

Cíl 1: Jaký je vztah mezi převládající skupinou osob seniorského věku v domově seniorů a informovaností nabízených aktivit?

Cíl 2: Jaký je vztah mezi mírou spokojenosti uživatelů a nabídkou aktivit?

Cíl 3: Jaký je vztah mezi upřednostňovanými aktivitami a postrádajícími aktivitami?

K ověření **Cíle 1** se vztahují otázky č. 1-5, kde jsou zjišťovány údaje o respondentech. Otázky č. 7 a 11 jsou stanoveny k ověření **Cíle 2**, kde je zjišťován zájem o aktivity, kterým aktivitám dávají uživatelé přednost a kterým nikoliv. Další otázky č. 9,10,12-13 ověřují **Cíl 3**,

zaměřují se ke zjištění potřeb uživatelů, k postrádajícím aktivitám...

4.2. Charakteristika výzkumného šetření

Výběr metody

Výzkum byl realizován za pomoci kvantitativní metody s využitím dotazníkového šetření, které bylo zcela anonymní. Dotazník je soubor standardizovaných otázek, na které respondenti odpovídají písemnou formou, týká se přímo dotazovaných osob. Jako výhodu bych uvedla poměrně snadné a rychlé získání informací v krátkém časovém sledu. Další výhodou dotazníkového šetření je vhodnost metody pro statistické zpracování údajů. Jako nevýhodu bych uvedla, že zjištěná data by mohou být částečně zkreslená.

Struktura dotazníku

Strukturovaný dotazník (viz příloha) obsahuje celkem 13 otázek, z nichž převážně uzavřené jsou 8,9,10,13. Polootevřené otázky 3, 6, 7, 11 a 12. První část dotazníku „A“ je zaměřena na demografické údaje o respondentech. Ve druhé části „B“ jsou okruhy otázek zaměřeny na zjištění míry spokojenosti a poskytování aktivizačních programů v domově seniorů. Otázky byly zvoleny s ohledem na dané téma bakalářské práce, zaměřené k ověření zvolených cílů. Dotazník byl vyplňován s pomocí ergoterapeutky, která zná osobně uživatele domova seniorů a klienti k ní mají důvěru. Způsob provedení výzkumného šetření byl následující: rozhovor - splňoval formální stránku, oslovení respondenta, představení a vysvětlení účelu dotazníku a kladení otázek, které jsou následně zaznamenány.

Zpracování dotazníku

Data získaná při zpracovávání dotazníku byla analyticky vyhodnocena a jsou uvedena v tabulkách v absolutních (n) a relativních (%) četnostech. Získané výpočty jsou znázorněny za pomoci koláčových grafů a tabulek, kde jsou data uvedena v absolutních i relativních hodnotách. Ke zpracování získaných dat byl použit program OpenOffice.org Calculator.

Výzkumný vzorek

Celkový počet distribuovaných dotazníků byl 75 kusů, z celkového počtu byla návratnost v četnosti $75 = 100 \%$, avšak 5 dotazníků 3,75 % bylo vyřazeno z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění. Celkový počet dotazníků, který byl použitý k dalšímu zpracování, bylo tedy 70 dotazníků, tedy 96,25 %, což je v statistických tabulkách a grafech nyní uvedeno jako vzorek 100 %.

Domov seniorů v Prostějově

Vznikl v roce 1985 a od roku 2004 se jedná o příspěvkovou organizace, která poskytuje komplexní péči pro osoby seniorského věku od 60 let. Kapacita ubytování je cca 250 osob, pokoje jsou převážně dvoulůžkové, nepatrná část pokojů je jednolůžkových. Domov seniorů je určený uživatelům, kteří mají trvalé změny zdravotního stavu a potřebují péči, kterou jim nemůže poskytnout rodina ani pečovatelská služba. Uživatelé mohou v zařízení využít celou řadu možností aktivitací jako např. taneční večírky, kulturní akce, sportovní soutěže, společenská posezení a různé zájmové činnosti, které jsem již zmiňovala v teoretické části.

Zpracování dotazníku

Data získaná při zpracovávání dotazníku byla analyticky vyhodnocena a jsou uvedena v tabulkách v absolutních (n) a relativních (%) četnostech. Získané výpočty jsou znázorněny za pomoci koláčových grafů a tabulek, kde jsou data uvedena v absolutních i relativních hodnotách. Ke zpracování získaných dat byl použit program OpenOffice.org Calculator.

4.3. Analýza a interpretace šetření šetření

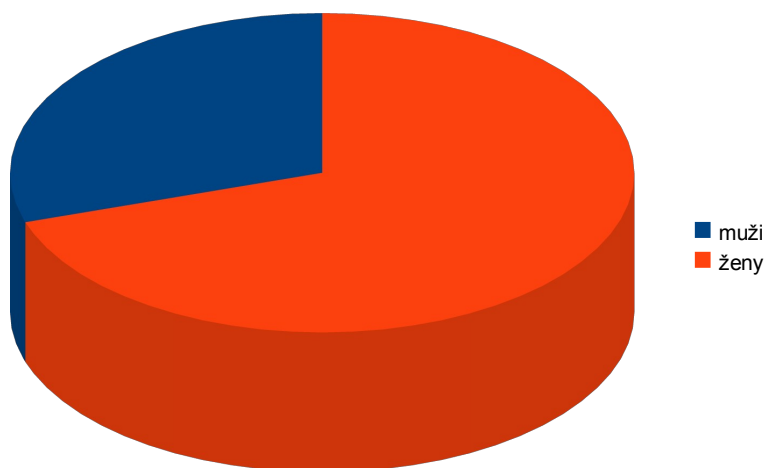
Z celkového počtu 13 otázek je v části „A“ 5 otázek specifikováno na skupiny osob seniorského věku, v části „B“ je 8 otázek zaměřených na informovanost, spokojenost, volbu aktivit, postrádající aktivity apod. Nyní bych se podrobněji zaměřila na jednotlivé otázky formulované v dotazníku, který je součástí přílohy.

První část „A“ specifikace skupiny uživatelů

V 1. otázce byla zjišťována převládající skupina – pohlaví v domově seniorů. Na základě vyhodnocených údajů z celkového počtu respondentů ve zkoumaných souborech převládá 70 % žen a 30 % mužů viz. tabulka a graf č. 4.1, jak je uvedené také v demografických ukazatelích v praktické části, kdy populace stárne a ženy se dožívají v průměru déle. Následně bylo zjištěno statistickým šetřením, že ženy jsou více zastoupeny v domově seniorů (DS) než muži.

Tabulka 4.1: Pohlaví respondentů

pohlaví respondentů	muži		ženy	
	N	%	N	%
	21	30	49	70

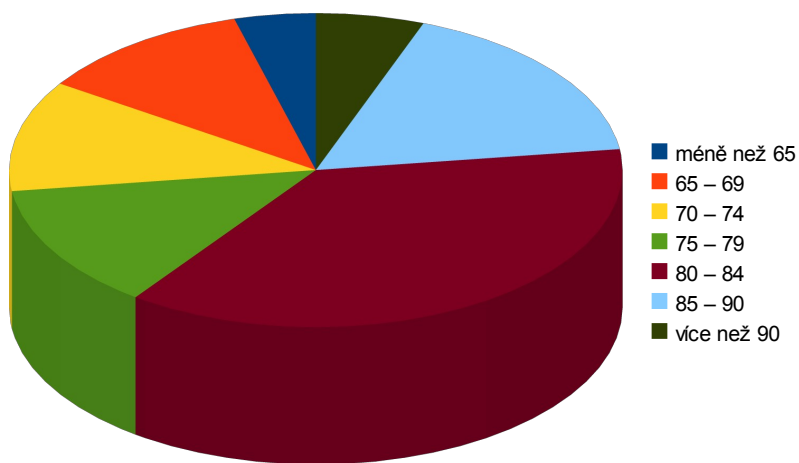


Graf 4.1: Pohlaví respondentů

Věkovými skupinami se zabývá **otázka č. 2**, která je zaměřená na **věkové skupiny**. Je rozdělená na několik období. Nejmladší uživatelé domova seniorů se pohybovali již kolem 60 let, avšak ve větší míře převládala skupina starších uživatelů. Z celkového počtu respondentů ve věkových kategoriích méně než 65 let bylo označeno 4,29 %, ve věkové kategorii 65-69 let bylo označeno 11,43 %, ve věkové kategorii 70-74 % bylo uvedeno 11,43 %, další věková kategorie je 75-79 let, bylo uvedeno 12,86 %, ve věkové kategorii 80-84 let bylo označeno 37,14%, kategorie 85-89 let byla označena 17,14 % a poslední kategorie 90 a více let 5,71 %. Veškerá zmiňovaná data jsou uvedena v tabulce č. 4.2 a znázorněna v grafu č. 4.2. Z výše jmenovaných dat je nejpočetnější věkovou skupinou, která je v domově seniorů zastoupena, věk 80-84 let. Z grafu je patrné, že nejpočetnější skupina se pohybuje v rozmezí 80-84 roků. Nejstarší respondenti ve věkové hranici více než 90 roků nebyli příliš zastoupeni.

Tabulka 4.2: Věkové skupiny

věkové skupiny	méně než 65		65 – 69		70 – 74		75 – 79	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	3	4,29	8	11,43	8	11,43	9	12,86
	80 – 84		85 – 90		více než 90			
	N	%	N	%	N	%		
	26	37,14	12	17,14	4	5,71		

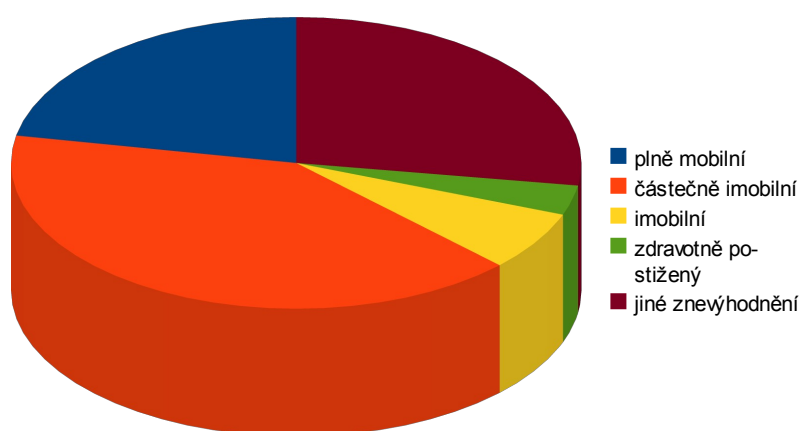


Graf 4.2: Věkové skupiny

Zdravotnímu stavu se zabývá **otázka č. 3**, která je zaměřena na somatické potíže osob seniorského věku. Plně imobilních uživatelů se označilo 21,98 %, částečně imobilními se označilo 40,66 % uživatelů, imobilních uživatelů bylo 6,59 %, zdravotně postiženými bylo označeno 3,3 % a jako jiné znevýhodnění uvedlo 27,47 % respondentů. Někteří respondenti uváděli částečné potíže s mobilitou a také jiné znevýhodnění, které bylo dopsané v poznámce jako např. nedoslýchavost, špatná komunikace, diabetes melitus inkontinence a jiné onemocnění. Jiná znevýhodnění byla poměrně častá odpověď při uvedení zdravotním stavu částečné imobility. Překvapivá byla odpověď, kde plně imobilní, uvedli respondenti, kteří neměli žádné závažné potíže při pohybu 21, 98 %. Data jsou zpracována do tabulky a grafu č. 4.3.

Tabulka 4.3: Zdravotní stav

zdravotní stav	plně mobilní		částečně imobilní		imobilní	
	N	%	N	%	N	%
	20	21,98	37	40,66	6	6,59
	zdravotně postižený		jiné znevýhodnění			
	N	%	N	%		
	3	3,3	25	27,47		

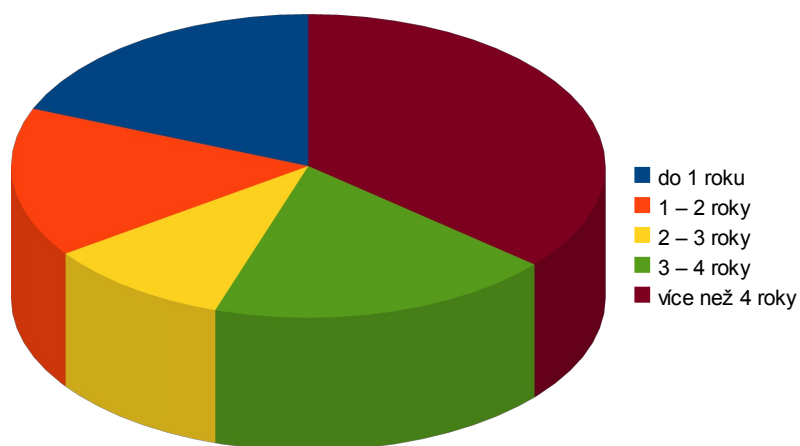


Graf 4.3: Zdravotní stav

Otázka č. 4 je zaměřená na **délku pobytu v domově seniorů (DS)**, který může do jisté míry působit na účast při aktivitách v rámci zájmových programů v sociálních službách. Noví uživatelé se nemusí ihned zapojit do různých aktivit, které jsou nabízeny uživatelům, nejprve se seznamují s novým prostředím a následně se mohou zapojit do každodenních činností v domově seniorů. Délka pobytu uživatelů v DS může mít vliv na účastech při aktivizacích. Pobyt do 1 roku v DS uvedlo 18,84 % respondentů, pobyt v DS v rozmezí 1-2 roky uvedlo 15,94 % respondentů, pobyt v DS v rozmezí 2-3 roky 10,14 % respondentů, pobyt v DS v rozmezí 3-4 roky uvedlo 18,84 % respondentů a jako poslední skupina respondentů byla uvedena více jak 4 roky v počtu 36,23 %, viz tabulka a graf č. 4.4.

Tabulka 4.4: Délka pobytu

délka pobytu	do 1 roku		1 – 2 roky		2 – 3 roky	
	N	%	N	%	N	%
	13	18,84	11	15,94	7	10,14
	3 – 4 roky		více než 4 roky			
	N	%	N	%		
	13	18,84	25	36,23		

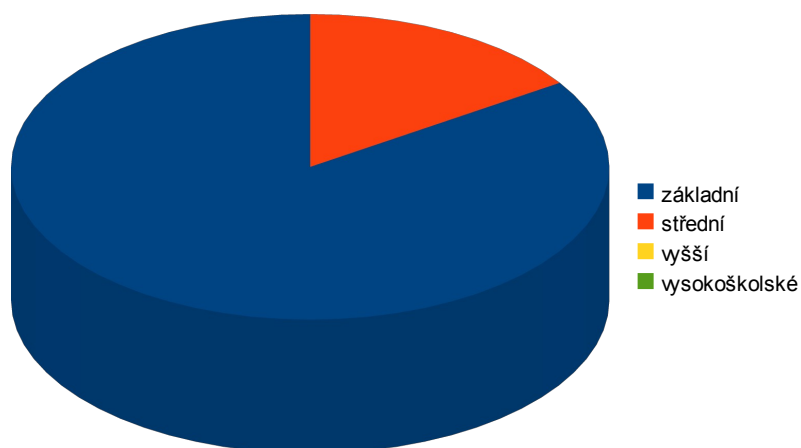


Graf 4.4: Délka pobytu v domově seniorů

Otázka č. 5 je zaměřená na uživatele z pohledu **nejvyššího ukončeného vzdělání**, jak je patrné ze zjištěných informací, viz tabulka a graf č. 4.5 nejvíce respondentů uvádělo základní vzdělání, které bylo dříve zcela běžné. Nejvíce bylo zastoupeno základní vzdělání, které uvedlo 84,29 % respondentů, střední vzdělání uvedlo 15,71 % respondentů, vzdělání vyšší a vysokoškolské neuvedli žádní respondenti.

Tabulka 4.5: Nejvyšší dosažené vzdělání

dosažené vzdělání	základní		střední		vyšší		vysokoškolské	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	59	84,29	11	15,71	0	0	0	0



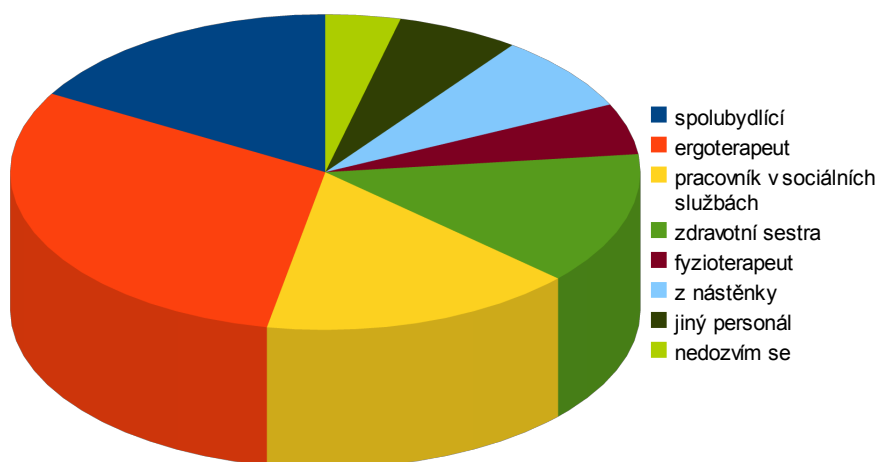
Graf 4.5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Další část dotazníku „B“ již tvoří otázky, které jsou zaměřené na konkrétní aktivizace osob seniorského věku.

Otázka č. 6 „ Jakým způsobem se dozvídáte o aktivitách v domově seniorů?“ Otázka je míněna, od koho se dozvěděli osoby seniorského věku o možnostech aktivizačních činností v DS. Odpovědi byly zvoleny polootevřené, kdy uživatelé mohli vybírat z několika možných variant a uvést hned několik odpovědí zároveň. Od spolubydlících uvedlo 17,02 % respondentů, od ergoterapeuta 30,85 % respondentů, od pracovníka v sociálních službách 16,49 % respondentů, od zdravotní sestry 13,83 % respondentů, od fyzioterapeuta 5,32 % respondentů, informace z nástěnky 7,98 % respondentů, od jiného personálu 6,38 % a možnost, že se o aktivitách vůbec nedozvěděli, uvedlo 3,92 % respondentů. Jak je patrné z grafu, míra informovanosti ze strany ergoterapeuta, pracovníků v sociálních službách a spolubydlících tvoří nedílnou část zaměřenou na začlenění aktivizace u seniorů v DS. Při rozhovoru s uživateli bylo patrné, že role ergoterapeuta je velmi důležitá a přínosná v DS. Nový uživatel, který nastoupí do DS, během vstupního pohovoru se sociálním pracovníkem, kdy dochází k sociálnímu šetření, je osloven hned několika pracovníky, ať se jedná o ergoterapeuta, fyzioterapeuta, pracovníka v soc. službách, zdravotní sestry či jiného personálu tak, aby došlo k včasné motivaci nového uživatele a začlenění do společnosti a zájmových činností.

Tabulka 4.6: Informovanost v domově seniorů

informovanost o aktivitách	spolubydlící		ergoterapeut		pracovník v sociálních službách		zdravotní sestra	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	32	17,02	58	30,85	31	16,49	26	13,83
	fyzioterapeut		z nástěnky		jiný personál		nedozvím se	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	10	5,32	15	7,98	12	6,38	4	3,92



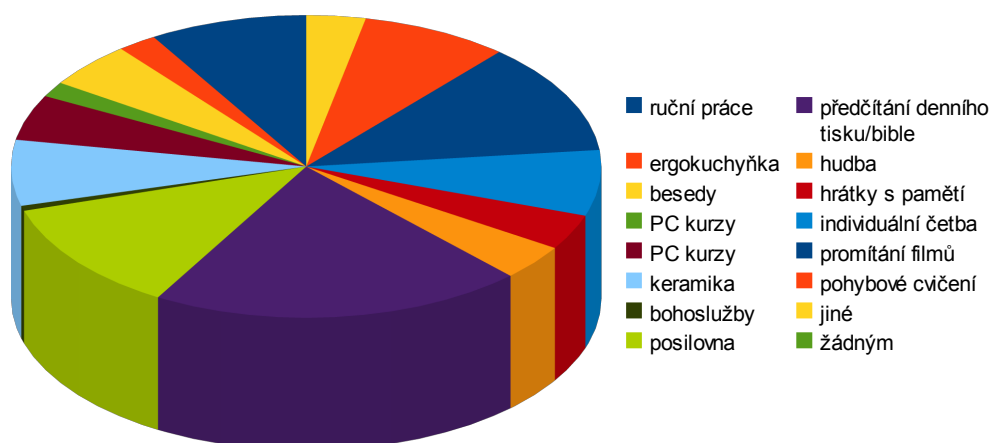
Graf 4.6: Informovanost v domově seniorů

V otázce č. 7. „Kterým aktivitám dáváte přednost?“ bylo na výběr hned několik možností, které usnadňovaly respondentům vybavit si různé zájmové činnosti, které jsou nabízené v domově seniorů. Ruční práce uvedlo 20,78 % respondentů, ergokuchyňku uvedlo 5,19 %, besedy 11,69 % respondentů, PC kurzy 3,9 % respondentů, keramiku 11,69 % respondentů, bohoslužby 16,88 % respondentů, posilovnu 1,3 % respondentů, předčítání denního tisku nebo bible uvedlo 18,8 % respondentů, hudbu 37,25 % respondentů, hrátky s pamětí 6,36 % respondentů, individuální četbu 6,36 % respondentů, promítání filmů uvedlo 10,4 % respondentů, pohybové cvičení uvedlo 17,6 % respondentů, jiné činnosti uvedlo 13,89 % respondentů a pokud nedávají žádným činnostem přednost 5,56 % respondentů. Z výsledků šetření vyplývá, že nejvíce oblíbená činnost jsou ruční práce, poslech hudby, předčítání tisku

nebo bible a pohybové cvičení. Uživatelé velmi pozitivně ovlivňuje poslech hudby, kdy do DS dochází tříčlenná skupinka seniorů, kteří hrají živou hudbu ke zpěvu i k poslechu. Osoby seniorského věku rádi vzpomínají na dřívější doby, na písničky jejich mládí, při kterých se jim vybaví nejedna vzpomínka. Ruční práce a keramika byla upřednostňována především ženami. Vyhodnocená data jsou znázorněna v přehledné tabulce a grafu 4.7 viz níže.

Tabulka 4.7: Upřednostňované aktivity

upřednostňované aktivity	ruční práce		ergokuchyňka		besedy		PC kurzy		keramika	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	16	8,65	4	2,16	9	4,86	3	1,62	9	4,86
	bohoslužby		posilovna		předčítání denního tisku/bible		hudba		hrátky s pamětí	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	13	7,03	1	0,54	22	11,89	38	20,54	7	3,78
	individuální četba		promítání filmů		pohybové cvičení		jiné		žádným	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	7	3,78	13	7,03	22	11,89	15	8,11	6	3,24

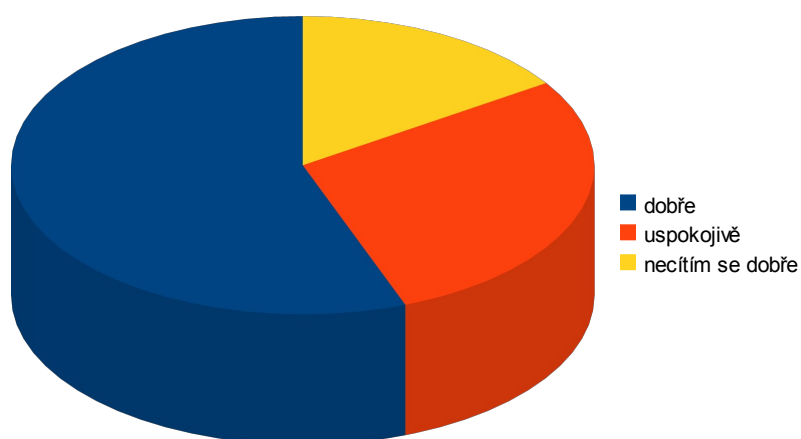


Graf 4.7: Upřednostňované aktivity

Další **otázka č. 8** se týká pocitu během aktivit: „**Jak se cítíte během aktivit?** Případně pokud se na zájmové činnosti necítíte dobře, uveďte důvod.“ Na výběr bylo možné zvolit ze tří odpovědí, v poslední odpovědi bylo uživatelům umožněné doplnit důvod. Dobře se cítilo 55,71 % respondentů, uspokojivě se cítilo 28,57 % respondentů, necítím se dobře zvolilo 15,71 % respondentů. Jako hlavní důvod, proč se necítí dobře, bylo uváděné buď zdravotní stav, nebo jiné znevýhodnění. Uživatelé většinou uváděli, že se cítí dobře během aktivit, dalo by se říci, že většina respondentů 55,71 % nemá žádný důvod, proč by se měla cítit během aktivit špatně, jak po zdravotní stránce, tak po stránce spokojenosti.

Tabulka 4.8: Prožitky při aktivitách

dobře		uspokojivě		necítím se dobře	
N	%	N	%	N	%
39	55,71	20	28,57	11	15,71

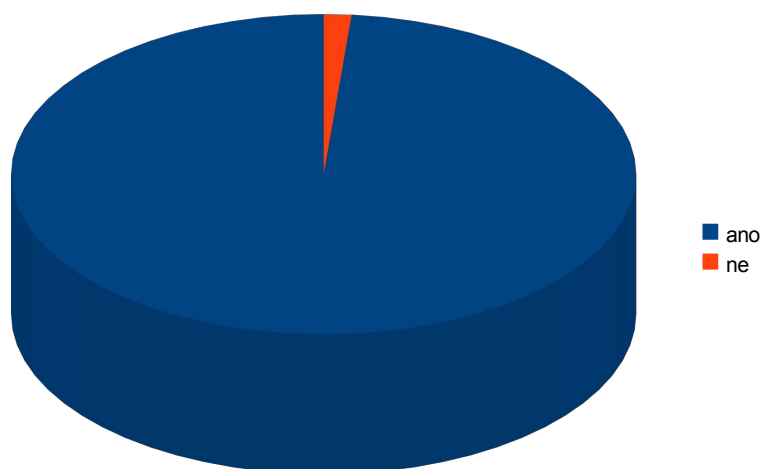


Graf 4.8: Prožitky při aktivitách

Otázka č. 9. „Můžete si vybrat jakou aktivitu byste chtěl/a navštívit.“ V této otázce bylo zjišťováno, zda mají možnost uživatelé se samostatně rozhodnout a vybrat si, nebo jestli jsou nějak ovlivněni, případně donuceni navštěvovat některé aktivity. Z výsledků je patrné, že uživatelé se mohou rozhodnout a zvolit si aktivitu, která jim vyhovuje. Možnost ANO, mohu si vybrat, uvedlo 98,57 % respondentů, možnost NE, nemůžu si vybrat, uvedlo 1,43 % respondentů. Jak je vidět z grafu a tabulky, je zcela zřejmé, že aktivity si uživatelé vybírají samostatně a dobrovolně. Sami se rozhodují, zda navštíví poskytované aktivity či nikoliv.

Tabulka 4.9: Možnost volby aktivity

možnost volby aktivity	ano		ne	
	N	%	N	%
	69	98,57	1	1,43

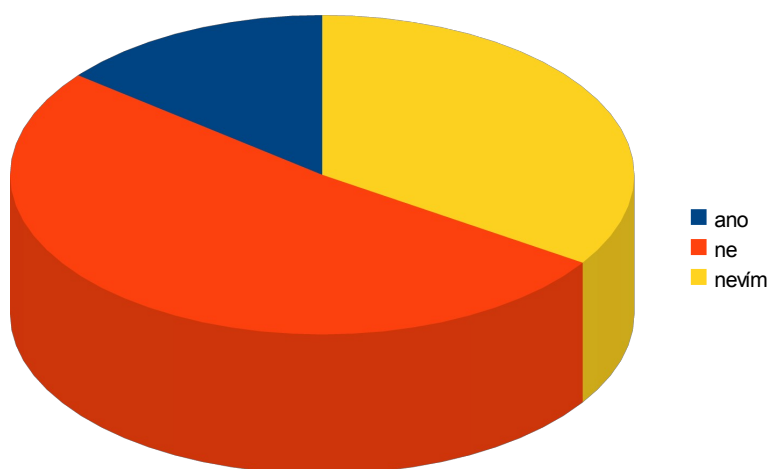


Graf 4.9: Možnost volby aktivity

Otázce č. 10 byla zaměřena na účast na aktivitě, která je nebavila. Při rozhovoru s uživateli byla otázka blíže specifikovaná, jak by reagovali uživatelé na danou situaci. Odpověděli, že pokud by se tak stalo, ihned by uživatelé z aktivity odešli a nečekali by až do konce. Je zcela logicky pochopitelné, proč by měli na takovéto aktivitě setrvat až do konce, pokud by je nezajímala. Možnost ANO uvedlo 14,29 % respondentů, možnost NE 51,43 % respondentů, možnost NEVÍM 34,29 % respondentů, viz tabulka a graf níže.

Tabulka 4.10: Účast na nezábavné aktivitě

účast na nezábavné aktivitě	ano		ne		nevím	
	N	%	N	%	N	%
	10	14,29	36	51,43	24	34,29

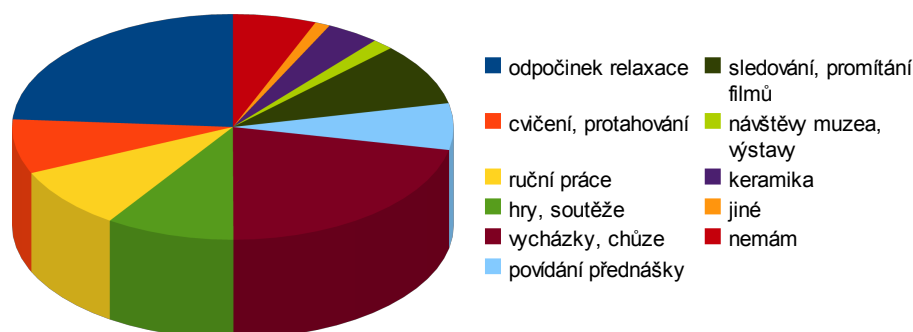


Graf 4.10: Účast na nezábavné aktivitě

Otázka č. 11 je zaměřená individuálně na uživatele, jestli mají **nějakou představu o volném čase v domově seniorů (DS)**. Otázky byly zvolené polootevřené, usnadňovali uživatelům možnosti při zvolených odpovědích, jako poslední odpověď bylo uživatelům umožněno napsat aktivitu, která nebyla jmenovaná. Odpočinek a relaxaci uvedlo 23,89 % respondentů, cvičení, protahování 7,78 % respondentů, ruční práce 8,89 % respondentů, hry, soutěže 9,44 % respondentů, vycházky, chůze 21,67 % respondentů, povídání, přednášky 6,67 % respondentů, sledování, promítání filmů 8,89 % respondentů, návštěvy muzea, výstav 2,26 % respondentů, keramika 5,69 % respondentů, jiné neuvedené činnosti 2,22 % a poslední možnost nemám představu zvolilo 12,22 % respondentů. Nejvíce uživatelů dle výsledků statistiky zvolilo odpočinek a relaxaci. Naopak někteří uživatelé vyznačili hned několik možných variant, při kterých tráví volný čas v DS. Na otázku bylo možné se dívat také z jiného úhlu pohledu, každý uživatel si může představovat strávený čas v DS zcela odlišně. Je pochopitelné, že se nelze zaměřit pouze na zvolené možnosti v dotazníku, ale také aktivně se podílet na výběru nových možností, jak zaujmout osoby seniorského věku, a pokoušet se stále motivovat uživatele DS.

Tabulka 4.11: Představa o volném čase

představa o volném čase	odpočinek relaxace		cvičení, protahování		ruční práce		hry, soutěže		vycházky, chůze		povídání přednášky	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	43	23,89	14	7,78	16	8,89	17	9,44	39	21,67	12	6,67
	sledování, promítání filmů		návštěvy muzea, výstav		keramika		jiné		nemám			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	16	8,89	3	1,58	7	3,89	2	1,11	11	6,11		



Graf 4.11: Představa o volném čase

Další **otázka č. 12** je zaměřená na **chybějící aktivity v domově seniorů**. V otázce byly opět zvolené polootevřené odpovědi a také volná možnost vyjádřit se k aktivitě, která je zajímavá, ale není uvedena v nabídce. Některé možnosti zcela vůbec uživatele neoslovily jako např. recitační kroužek, návštěvy muzea a výstav, grilování na zahradě, výtvarný kroužek, kurzy cizích jazyků. Canisterapie byla zvolena 12,5 % respondenty, felineoterapie 6,25 % respondenty, čtení na pokračování uvedlo 6,25 % respondentů, chůze s hůlkami 6,25 % respondentů, více kulturních akcí zvolilo 41,67 % respondentů, taneční terapie 8,33 % respondentů, společenské hry 6,33 % respondentů, kuželky a šipky 1,27 % respondentů, cestování 32 % respondentů, jiné činnosti 40 % respondentů a žádné činnosti nepostrádám zvolilo 64,71 % respondentů. Z výsledků je patrné, že zájmové činnosti jsou v domově pro seniory zastoupeny v dostatečné míře a uživatelé jsou s dosavadními aktivitami spokojeni. Široké spektrum zájmových aktivit v domově seniorů je uživatelům nabízeno, avšak řada z těchto činností s postupem času ztrácí na atraktivitě, až zcela zaniknou. Stejně tomu bylo i v případě práce na zahrádce v DS, kdy byl zakoupen skleník, ale zájem opadl a činnost se zrušila. Obdobně jsou na tom také kuželky, které uživatelé příliš nepostrádají. Záleží na individuálním zájmu a přístupu uživatele a jeho možnostech.

Tabulka 4.12: Chybějící aktivity

postrádající aktivity	dramaticko-recitační		canisterapie		felinoterapie		čtení na pokračování		grilování na zahradě		chůze s hůlkami	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	0	0	2	2,38	1	1,19	1	1,19	0	0	1	1,19
	návštěvy muzea, výstav		více kulturních akcí		arteterapie		taneční terapie		kurzy cizích jazyků		společenské hry	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	0	0	10	11,9	0	0	1	1,19	0	0	5	5,95
	kuželky, šipky		cestování, společné výlety		jiné		nepostrádám žádné					
	N	%	N	%	N	%	N	%				
	1	1,19	8	9,52	10	11,9	44	52,38				



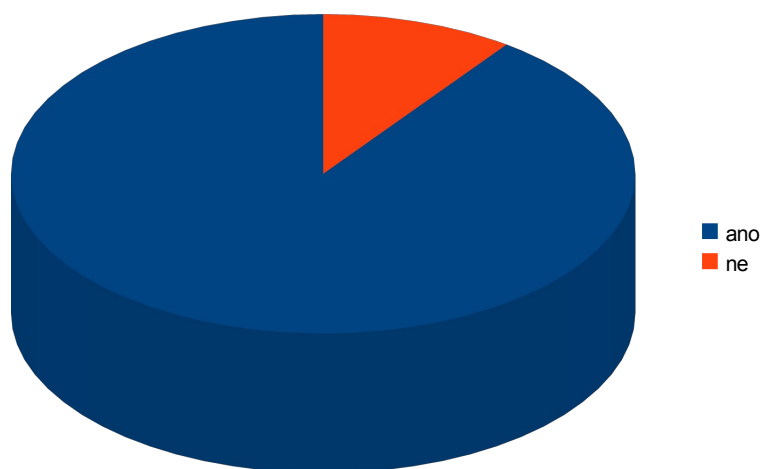
Graf 4.12: Chybějící aktivity

V poslední otázce č. 13 bylo zjišťováno, jestli jsou **připomínky uživatelů** brány v potaz a zda je k nim přihlíženo. Odpověď ANO zvolilo 90 % respondentů, odpověď NE zvolilo 10 % respondentů. Na základě dodržování standardů, kdy mají uživatelé právo sdělovat stížnosti, kterých využívají v případě potřeby, je zřejmé, že jsou brány ohledy na uživatele

v dostatečné míře. Uživatelé zcela jednoznačně odpovídali, že možnost na připomínky mají a je k nim přihlíženo, což je dobrá informace, která potvrzuje, že je přihlíženo k dodržování standardu sociálních služeb a všichni uživatelé mají možnost si stěžovat.

Tabulka 4.13: Respektování připomínek

respektování připomínek uživatelů	ano		ne	
	N	%	N	%
	63	90	7	10



Graf 4.13: Respektování připomínek

4.4. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala míru spokojenosti uživatelů s nabízenými aktivitami. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zaměřit se na cílovou skupinu seniorů a na vhodnost aktivit v rámci programů, které by měly celkově ovlivnit psychickou stránku seniorů. Osoby seniorského věku mohou prožívat poslední stádium svého života ve společenství, které nemusí mít pro všechny stejný význam. Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na osoby seniorského věku, zda postrádají aktivitu a pokud mají nějaké připomínky, jestli je k nim přihlédnuto. Průzkum byl prováděn anonymně a zcela na dobrovolném získávání informací za pomoci dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 13 otázek zaměřených v části „A“ na skupinu respondentů, v části „B“ na možnosti aktivizace, míru informovanosti apod. Výzkumné šetření probíhalo v domově seniorů v Prostějově. Analýza aktivizace osob seniorského věku ověřuje teoretickou část o zvolených vhodných aktivitách ve zmíněném zařízení.

Shrnutí výsledku

Dotazníkového šetření se celkem účastnilo 70 respondentů což bylo 96,25 % Celkový počet distribuovaných dotazníků byl 75 kusů, z toho 5 dotazníků 3,75 % bylo s nesprávným vyplněním. Kvantitativní výzkumnou metodu jsem zvolila z důvodu snadného získání informací a následného přehledného zpracování statistických údajů. Nyní bych se podrobněji zaměřila na analýzu jednotlivých výzkumných cílů, které byly stanoveny na začátku empirické části bakalářské práce.

Cílem 1. bylo zjistit, **jaký je vztah mezi cílovou skupinou v domově seniorů a informovaností aktivizačních programů.** V celkovém počtu respondentů je 70 % žen, věk 80-84 roků tj. 37,14 %, co se týče zdravotního stavu uživatelé jsou v 40,66 % částečně imobilní, délka pobytu je více než 4 roky v počtu 36,23 % a základní vzdělání, které uvádělo velký počet respondentů 84,29 %. Jak je patrné z výsledků analýzy, skupina uživatelů je různorodá, avšak některé skupiny převažují ve značné míře nad ostatními. Bylo potvrzeno, že ve větší části uživatelů v domově pro seniory je početnější skupina žen než mužů. Je tedy

zřejmé, že aktivity, které si vybírají ženy, jakou jsou např. ruční práce, keramika, kulturní akce, uvítají především právě ony. Informovanost o nabízených službách je nejvýznamnější z pohledu ergoterapeuta v celkovém počtu 30,85 %, značná míra informovanosti je také ze strany spolubydlících 17,02 % a také od pracovníků v sociálních službách. Z výsledků vyplývá, že informovanost je nezbytná u jakýchkoliv skupin osob seniorského věku, stále je možné klienty směřovat k aktivizacím.

Cíl 2. byl zaměřen na **vztah míry spokojenosti uživatelů a nabízených aktivizačních programů**. Při analýze výzkumného šetření bylo zjištěno, že aktivizace osob seniorského věku v domově pro seniory je poskytována v dostatečném množství, respondenti uvedli ve více jak polovině případů 52,38 %, že nepocítují nedostatek při výběru a celková míra spokojenosti byla na velmi dobré úrovni. Uživatelé neměli téměř žádné výhrady k poskytovaným aktivitám. Ze strany uživatelů docházelo spíše k pozitivním reakcím, avšak někteří uživatelé nebyli příliš aktivní a pouze pasivně zůstávali na pokojích. V takovémto případě je velmi nutné stále se pokoušet klienta vhodně motivovat, plánovat individuální schůzky a snažit se jej zapojit do každodenních činností. Téměř jednoznačný počet respondentů, četnost 55,71 %, uvedlo, že se cítí dobře v počtu 28,57 %, další skupina respondentů uvedla, že se cítí uspokojivě. Jak je patrné z analytického šetření, při odpovědích byla ověřována spokojenost během zájmových činností. Do značné míry byla odpověď ovlivněná zdravotním stavem a rozpoštěním respondenta. Výzkumnou otázkou bylo potvrzeno, že většina uživatelů se cítí při zájmových činnostech dobře a možnost výběru aktivizačních programů je vyhovující.

Cíl 3. zkoumal, jaký je **vztah mezi upřednostňovanými aktivitami a postrádajícími aktivitami**. Mezi aktivity, které pozitivně ovlivňují výběr z celé řady aktivizačních programů, se hudba řadila s četností 20,54 % mezi nejoblíbenější aktivity, pohybové cvičení a předčítání bible v četnosti 11,89 % se umístilo na stejném pomyslném druhém místě, třetí nejvýznamnější aktivitou jsou ruční práce. Více jak polovina respondentů v četnosti 52,38 % uvedla, že nepostrádají žádnou aktivitu, jako častá odpověď cca 10 % se objevovala možnost více kulturních akcí a společných výletů. Upřednostňované aktivity z široké nabídky aktivizačních programů jsou zastoupeny v dostatečné míře a téměř necelá polovina respondentů uvedla, že postrádají některou aktivitu v domově seniorů. Z výsledků je tedy zřejmé, že upřednostňované aktivity splňují požadavky uživatelů a postrádající aktivity jsou respondenty uváděny v nižším počtu, než jsem očekávala.

Jak je patrné z celkové analýzy vypracovaných odpovědí respondentů, klienti nacházejí naplnění svých potřeb v plnohodnotných aktivizačních programech, míra spokojenosti je zřejmá. Během aktivizačních programů je nesmírně důležitá vhodná motivace, autonomie a lidský přístup. V bakalářské práci jsem došla k závěru, že teoretická část se potvrdila v části praktické, a proto je nutné osoby seniorského věku směřovat k aktivizačním činnostem.

Závěr

V bakalářské práci, která je rozdělena do tří teoretických kapitol, jsem se zabývala problematikou stárnoucí populace, která tvoří nemalou součást naší společnosti. Na základě prostudované literatury, která je uvedena v přehledu použitých zdrojů, jsem se podrobněji zajímala o osoby seniorského věku. V jednotlivých kapitolách byla odkrývána různá témata, která na sebe vzájemně logicky navazovala a zároveň se promítala do praktické části mé bakalářské práce, která je zaměřena na **aktivizaci osob seniorského věku**.

V závěru práce v poslední kapitole jsem zvolila empirickou část, metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku, abych ověřila výzkumné otázky. V empirické části jsou analyzovány výsledky dotazníkového šetření a na to navazují stanovené cíle. Domov seniorů v Prostějově jsem si vybrala hned z několika prostých důvodů, jedná se o zařízení s velkou možností poskytovaných různých aktivit, práce ergoterapeuta je mi velmi blízká a v neposlední řadě jsem měla možnost seznámit se s chodem domova seniorů v Prostějově již dříve, během své praxe ve 2. ročníku a také při spolupráci s organizací ADRA, kde jsem pomáhala 6 měsíců jako dobrovolník. Ráda pomáhám při různých činnostech, poslouchám životní příběhy a vyprávím si s klienty.

Dle mého názoru je dané téma velmi aktuální a je nutné zvýšit míru informovanosti, a mladší společnost tak seznámit s problematikou více podrobněji. Neinformovanost může vést k předsudkům, mladší společnost tak může mít zkreslené názory na osoby seniorského věku. Na základě těchto mylných informací dochází ke spoustě negativních reakcí vůči seniorům, které nejsou oprávněné. Může dojít k různým nežádoucím společenským jevům, které jsou také do značné míry ovlivňovány médii. Je třeba s včasnými informacemi přicházet již od dětství, aby i naše nejmladší generace byla srozuměna s pojmy **stáří, senioři, nemoci, smrt**, aby nedocházelo k tabuizaci.

Z obsahu bakalářské práce je patrné, že ve společnosti osoby seniorského věku stále nejsou doceněné a vzhledem k celkové míře stárnoucí populace je nutné se danou tematikou více zabývat. Někteří senioři prožívají pocit méněcennosti, připadají si zbyteční a snaží se společnosti stranit, což může být zároveň pro společnost přítěžující, jak po stránce zdravotní, kdy potřebují vyšší míru péče, tak po stránce psychické i fyzické.

Je velmi důležité zaměřit k osobám seniorského věku zvýšenou pozornost, snažit se předcházet jejich inkluzi ze společnosti, zapojit osoby seniorského věku opět do moderní společnosti, aby docházelo k socializaci. Větší míra aktivizace působí velmi kladně a pozitivně na jejich zdravotní stav, naplňuje je pocitem uspokojení, získávají dobrý pocit, že jsou stále schopni ve společnosti „fungovat“. Osoby seniorského věku si velmi váží pozitivního přístupu ze strany vstřícného personálu, který dokáže vhodně motivovat některé klienty, kteří by se jinak ostýchali a měli obavu z případného selhání.

Anotace

Název práce

Aktivizace osob seniorského věku

Anotace

Bakalářská práce „Aktivizace osob seniorského věku“ se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část se zabývá rozdělením osob seniorského věku, involučními změnami, demografickým ukazatelem, který je v dnešní době velmi důležitý. Práce poukazuje na problém stárnutí populace, možnosti péče o osoby seniorského věku, komunikace s osobami seniorského věku... Cílem bakalářské práce je zaměřit se na osoby seniorského věku, věnovat se problematice vedoucí k aktivizaci osob seniorského věku např. v domovech pro seniory. V empirické části, která vychází z teoretické části, jsem vyhodnotila poznatky z rozboru získaných pomocí informací z dotazníkového šetření a případové studie. Závěrem vyhodnocuji možnosti aktivizace a kvalitu poskytovaných aktivizačních programů.

Klíčová slova

Senioři, stáří, stárnutí, demografický přístup, involuční a chorobné změny, péče o seniory, společnost, kvalita života, dimenze kvality života, komunikace s osobami seniorského věku, programy a techniky, aktivizace.

Annotation

Name of the work

Person activation in senior age

Annotation

Bachelor work „Person activation in senior age“ consists of theoretical and empirical parts. Theoretical part deals with senior age person separation, involutionary changes, demographic pointer that is very important in today's life. This is a topic that shows population ageing problems, care of senior age person possibilities, communication with senior age persons... The aim of the bachelor work is focused on senior age persons, to follow questions leading to person activation in senior age e.g. in retirements homes. In empirical part that comes from theoretical part, I evaluated findings from obtained information study of a questionnaire investigation and a case study. At last I evaluated activation possibilities and a quality of providing activation programs.

Key words

Seniors, age, ageing, demographic approach, involutionary and disease changes, care of seniors, community, life quality, dimension life quality, communication with senior age persons, programs and technicians, activation.

Seznam tabulek

Tabulka 4.1: Pohlaví respondentů.....	32
Tabulka 4.2: Věkové skupiny	33
Tabulka 4.3: Zdravotní stav	34
Tabulka 4.4: Délka pobytu	35
Tabulka 4.5: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	36
Tabulka 4.6: Informovanost v domově seniorů.....	38
Tabulka 4.7: Upřednostňované aktivity.....	39
Tabulka 4.8: Prožitky při aktivitách	40
Tabulka 4.9: Možnost volby aktivity.....	41
Tabulka 4.10: Účast na nezáživné aktivitě.....	42
Tabulka 4.11: Představa o volném čase.....	43
Tabulka 4.12: Chybějící aktivity	45
Tabulka 4.13: Respektování připomínek.....	46

Seznam grafů

Graf 4.1: Pohlaví respondentů.....	32
Graf 4.2: Věkové skupiny.....	33
Graf 4.3: Zdravotní stav.....	34
Graf 4.4: Délka pobytu v domově seniorů.....	36
Graf 4.5: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	37
Graf 4.6: Informovanost v domově seniorů.....	38
Graf 4.7: Upřednostňované aktivity.....	39
Graf 4.8: Prožitky při aktivitách	40
Graf 4.10: Účast na nezáživné aktivitě.....	42
Graf 4.11: Představa o volném čase.....	44
Graf 4.12: Chybějící aktivity.....	45
Graf 4.13: Respektování připomínek.....	46

Seznam příloh

Příloha č.1 :Žádost o výzkumném šetření v domově seniorů

Příloha č.2: Dotazník výzkumného šetření

Seznam použité literatury a zdrojů

1. **BAŠTECKÝ, J. a kol.** *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada. 1994. ISBN 80-7169-070-8.
2. **CONOR, M., ARANDA, S.** *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
3. **ČAČKA, O.** *Nástin psychologie I pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-94-X.
4. **DŽUKA, J.** *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2004. ISBN 80 – 8068-282-8.
5. **GRUSS, P. ed.** *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
6. **HAMILTON, I. S.** *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
7. **HARTL P., HARTLOVÁ, H.** *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
8. **HARTL, P.** *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
9. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
10. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
11. **JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.** *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
12. **KALVACH, Z. et al.** *Geriatric a gerontologie*. 1 vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
13. **KLEPLOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, J.** *Jak si formovat a posilovat postavu na židli*. Brno: Compiuter press, 2007. ISBN: 978-80-251-1537-4.
14. **KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.** *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

15. **KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J.** *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2.vyd. Brno: Mikadapress, 2005. ISBN 80-7013-423-2.
16. **KOTÝNKOVÁ, M., ČERVENKOVÁ A.** *Začlenění seniorů v sociální struktuře soudobé společnosti*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001. ISBN 80-238-7234-6.
17. **KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O.** *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku..* 1. vyd. Olomouc: Monografie, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
18. **KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I.** *Malý lexikon sociálních služeb*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2754-6.
19. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
20. **LANGMEIR, J., KREJČÍŘOVÁ, D.** *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
21. **LANGMEIER, J.** *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195.
22. **LUDÍKOVÁ, L. a kol.** *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
23. **MATOUŠEK, O.** *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
24. **MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.** *Kvalita péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-524-6.
25. **MÜHLPACHER, P.** *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
26. **MÜHLPACHER, P.** *Gerontopedagogika*. 2.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.
27. **NOVÁK, T., CAPPONI, V.** *Sám sobě psychologem*. 3. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0606-7.
28. **ORT, J.** *Kapitoly ze sociologie stáří*. 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7044-636-6.
29. **PACOVSKÝ, V.** *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
30. **PACOVSKÝ, V.** *Proti věku není léku?: Úvahy o stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha:

- Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
31. **PAYNE, J.** *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80 – 7254-657-0.
 32. **PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B. a kol.** *Pedagogika volného času*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN: 978-80-7367-423-6.
 33. **PICHAUD, C., THAUEROVÁ, I.** *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
 34. **PIPEKOVÁ, J., V ÍTKOVÁ, M. ed.** *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Edice Paido, 2000. ISBN 80-85931-83-4.
 35. **PLACÁKOVÁ, E., POŠUSTOVÁ, M., VONDRUŠKOVÁ, A.** *Keramika I. a II.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0889-2. Grada, 2006. ISBN: 80-247-1414-0.
 36. **POKORNÁ, A.** *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.
 37. **POKORNÁ, A.** *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
 38. **RHEINWALDOVÁ, E.** *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
 39. **ŘÍČAN, P.** *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
 40. **VALENTA, M., MÜLLER, O.** *Psychopedie*. 4.vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.
 41. **VAŠÁTKOVÁ, I.** *Ošetrovatelství Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. Přehledová studie: Kvalita ošetrovatelské péče. Sv. 5., č. 1–2, Hradec Králové: tiskárna ALDIA, 2003. ISSN 1212-723X.
 42. **VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie dospělosti II. Dospělost a stáří*. 1.vyd.. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978 – 80-246-1318-5.
 43. **VÁGNEROVÁ, M.** *Psychologické podmínky vzdělávání zdravotně, sociálně a sociokulturně znevýhodněných lidí*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. ISBN 978-80-7372-184-8.
 44. **VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
 45. **VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.** *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.

46. VÍTKOVÁ, M. *Somatické aspekty*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
47. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80- 7178-920-8.
48. TICHÝ, J. et al. – *Neurologie*. 2.vyd., Praha: Karolinum, 1998. ISBN 382-140-98.
49. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Compiuter Press a.s. 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
50. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.
51. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Internetové zdroje:

1. [on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z http://www.demografie.info/cz_pohlavivek=&PHPSESSID=dccb9f08e8cd6c53567572514dcb43d1
2. [on-line],[cit.2011-10-02]. Dostupné z http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.phpda=ofyziologiistarnuti
3. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.[on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z <http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>
4. [on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z <http://www.vemeste.cz/2011/05/seniori-a-pohybova-aktivita/>
5. [on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Aromaterapie>
6. [on-line],[cit.2012-02-16]. Dostupné z <http://www.geriatria.sk/files/geriatria/Geriatria20081.pdf>
7. [on-line],[cit.2012-02-16]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
8. V[on-line],[cit.2012-02-04]. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_06/demografie_06.pdf Mgr. Michala Lustigová
9. [on-line],[cit.2011-10-02].Dostupné z <http://www.who.cz/>
10. [on-line],[cit.2012-03-14]. Dostupné z <http://www.proticukrovce.cz/o-cukrovce>
11. Mgr. Alexandr Pešák <http://www.czrso.cz/index.php?id=446> [on-line], [cit.2012-9-03].Dostupné z

12. [on-line],[cit.2012-03-10]. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Motivace>
13. [on-line],[cit.2012-02-04].Dostupné z <http://www.vemeste.cz/2011/05/seniori-a-pohybova-aktivita/>
14. [on-line],[cit.2012-03-11].Dostupné z <http://www.klaudy.net/nordic-walking.php>

Seznam příloh

Příloha č.1 :Žádost o výzkumném šetření v domově seniorů

Příloha č.2: Dotazník výzkumného šetření

V Prostějově 25.2.2012

Věc: Žádost o poskytnutí informací pomocí dotazníku k závěrečné práci

Vážený pane řediteli PhDr. Libíčku,

jsem studentka 3. ročníku kombinovaného studia na Pedagogické fakultě v Olomouci obor Speciálně pedagogická andragogika. Obracím se na Vás se žádostí o získání informací ke své bakalářské práci na téma „Aktivizace osob seniorského věku“ pomocí kvantitativního vyhodnocení dotazníku v Domově seniorů v Prostějově. Veškeré získané informace budou zcela anonymní a budou použity k statistickému vyhodnocení a ověření hypotéz. Spolu s tímto dopisem přikládám dotazník pro respondenty. Děkuji předem za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem Hornová Jana

Dotazník průzkumu v Domově seniorů v Prostějově zaměřený na oblast aktivizace osob seniorského věku.

Vážení respondenti (uživatelé domova seniorů), se souhlasem pana ředitele domova seniorů se na Vás obracím se žádostí o vyplnění přiloženého dotazníku. Vámi vyplněné dotazníky budou vyhodnoceny v empirické části (sběru dat) mé bakalářské práce s názvem „**Aktivizace osob seniorského věku**“ v rámci mého studia na Pedagogické fakultě v Olomouci obor Speciálně pedagogická andragogika.

Dotazník je zcela anonymní z pohledu respondentů (uživatelů) domova seniorů.

Vámi zvolenou odpověď zvolte křížkem, není-li tato možnost v dotazníku nabízena, reagujte stručným textovým vyjádřením. Není nezbytně nutné na otázku odpovědět ano či ne, ale pokud k některé možnosti inklinujete, označte ji, prosím.

A. Specifika skupin respondentů (uživatelů domova seniorů)

1. Pohlaví respondenta

☐ žena ☐ muž

2. Věkové skupiny

☐ méně než 60 ☐ 65-69 ☐ 70-74 ☐ 75-79 ☐ 80-84
☐ 85-89 ☐ 90 a více

3. Zdravotní stav

☐ plně mobilní (pohyblivý) ☐ částečně imobilní (pohyblivý)
☐ imobilní (nepohyblivý) ☐ zdravotně postižený ☐ jiné znevýhodnění

4. Délka pobytu v domově seniorů

☐ do 1 roku ☐ 1-2 roky ☐ 2-3 roky ☐ 3-4 roky ☐ více jak 4 roky

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

☐ základní vzdělání ☐ střední vzdělání ☐ vyšší ☐ vysokoškolské vzdělání

B. Možnosti aktivizace, informovanost, míra spokojenosti

6. Jakým způsobem se dozvídáte o aktivitách v domově seniorů?

- ☐ spolubydlící (od dalších uživatelů domova seniorů)
- ☐ ergoterapeut (pracovník, který se stará o zábavu)
- ☐ pracovníci v sociálních službách (pracovník, který Vás koupe, pomáhá s jídlem)
- ☐ zdravotní sestra (pracovnice, která Vám pomáhá s převazy, chystá léky)
- ☐ fyzioterapeut (pracovník, který s Vámi cvičí, pomáhá s pohybem)
- ☐ nástěnka na chodbě
- ☐ jiný personál (od jiných lidí, kteří pracují v domově seniorů)
- ☐ nedozvím se o možnostech aktivizace (pobavení, zájmových činnostech)

7. Kterým aktivitám (činnostem) dáváte přednost?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ruční práce | ☐ keramika | ☐ předčítání denního tisku/bible |
| ☐ ergokuchyňka | ☐ bohoslužby | ☐ pohybové cvičení |
| ☐ besedy | ☐ promítání filmů | ☐ hudba |
| ☐ PC kurzy | ☐ posilovna | ☐ |
| ☐ hrátky s pamětí | ☐ individuální četba | ☐ žádným |

8. Jak se cítíte během aktivit (zájmových činností)? Pokud se na zájmové činnosti necítíte dobře, uveďte důvod.

- ☐ dobře ☐ uspokojivě ☐ necítím se dobře.....

9. Můžete si vybrat, jakou aktivitu (činnost) byste chtěl/a navštívit?

- ☐ ano ☐ ne

10. Stalo se Vám, že jste se někdy zúčastnil/a aktivity (činnosti), která Vás nebavila?

- ☐ ano ☐ ne ☐ nevím

11. Máte nějakou svoji představu o trávení volného času v domově seniorů?

Ano mám:

- | | |
|---|---|
| ☐ odpočinek, relaxace | ☐ povídání, přednášky |
| ☐ cvičení, protahování | ☐ sledování filmů, promítání |
| ☐ ruční práce | ☐ návštěva muzea, výstavy |
| ☐ hry, soutěže | ☐ keramika |
| ☐ vycházky chůze | ☐ |
| ☐ nemám | |

12. Které aktivity (činnosti) postrádáte v domově seniorů?

Postrádám:

- | | |
|---|--|
| ☐ dramaticko – recitační kroužek | ☐ výtvarný kroužek |
| ☐ canisterapie (psí terapie) | ☐ taneční terapie |
| ☐ felinoterapie (kočičí terapie) | ☐ kurzy cizích jazyků |
| ☐ čtení na pokračování | ☐ společenské hry |
| ☐ grilování na zahradě | ☐ kuželky, šipky |
| ☐ chůze s hůlkami | ☐ cestování, společenské výlety |
| ☐ návštěvy výstav, muzea | ☐ |
| ☐ více kulturních akcí | ☐ nepostrádám žádné |

13. Jsou Vaše připomínky, nápady respektovány (uznávány)?

- ☐ ano ☐ ne

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.

Hornová Jana