

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Eva Hloušková

Aktivizace seniorů v domovech pro seniory

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne 4. 6. 2019

.....

Eva Hloušková

Děkuji PaedDr. Aleně Jůvové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, její vstřícnost a také cenné a podnětné rady. Poděkovat chci také respondentům, kteří se zapojili do mého výzkumného šetření. Velké poděkování patří rovněž členům mé rodiny a partnerovi, kteří mi byli po celou dobu mého studia velkou oporou.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Stáří a stárnutí	8
1.1 Vymezení stáří a stárnutí	8
1.2 Periodizace stáří	10
1.3 Změny ve stáří	11
1.4 Příprava a adaptace na stáří	16
1.5 Potřeby ve stáří	18
2 Sociální služby pro seniory v České republice	23
2.1 Vývoj sociální péče o seniory na území ČR.....	23
2.2 Sociální služby se zaměřením na seniory	26
2.3 Individuální plánování.....	29
2.4 Kvalita sociálních služeb	32
2.5 Domovy pro seniory	34
3 Aktivizace seniorů	38
3.1 Aktivizace, její cíle a význam v seniorském věku	38
3.2 Motivace seniorů k aktivitám	39
3.3 Zásady tvorby aktivizačního programu a faktory jeho kvality a úspěšnosti	40
3.4 Personální zajištění aktivizace seniorů v domovech pro seniory	44
3.5 Aktivizační metody a činnosti	47
3.5.1 Druhy aktivit.....	47
3.5.2 Pohybové aktivity	48
3.5.3 Cvičení paměti, kognitivních funkcí	49
3.5.4 Reminiscenční terapie.....	50
3.5.5 Arteterapie	51
3.5.6 Muzikoterapie	53
3.5.7 Zooterapie	54
3.5.8 Ergoterapie.....	56
3.5.9 Další aktivity	57

EMPIRICKÁ ČÁST.....	60
4 Výzkumné šetření	60
4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	60
4.2 Formulace hypotéz	63
4.3 Metoda výzkumného šetření	65
4.4 Průběh výzkumného šetření	66
4.5 Výzkumný vzorek	66
4.6 Výsledky a vyhodnocení výzkumu	69
4.6.1 Personální zajištění aktivizace uživatelů v domovech pro seniory	69
4.6.2 Nabízené aktivizační činnosti v domovech pro seniory	74
4.6.3 Organizační formy využívané při realizaci aktivizačních činností	75
4.6.4 Frekvence individuálních a skupinových aktivizačních činností	76
4.6.5 Využívané způsoby řízení aktivizačních činností	78
4.6.6 Spolupráce domovů pro seniory s dalšími subjekty v rámci aktivizace.....	79
4.6.7 Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace.....	81
4.6.8 Motivace uživatelů k účasti na aktivizačních činnostech.....	83
4.6.9 Plánování aktivizačních činností v domovech pro seniory	84
4.6.10 Hodnocení aktivizačních činností uživateli.....	86
4.6.11 Prostorové podmínky pro realizaci aktivizačních činností.....	88
4.6.12 Bariéry aktivizace uživatelů v domovech pro seniory.....	89
4.6.13 Postoje pracovníků pro aktivizaci k určitým aspektům týkajícím se aktivizace	93
4.7 Ověřování stanovených hypotéz	100
4.8 Závěry výzkumného šetření	101
DISKUZE.....	106
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	108
ZÁVĚR.....	109
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	110
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	116
SEZNAM GRAFŮ	117
SEZNAM TABULEK.....	118
SEZNAM PŘÍLOH.....	120

ÚVOD

V posledních letech v důsledku změn v oblasti života rodinného, ale rovněž pracovního, dochází k oslabení funkce rodiny v oblasti péče o její stárnoucí a nesoběstačné členy. To má za následek nárůst důležitosti role státu v této oblasti. Stát poskytuje těmto osobám pomoc především zajištěním a koordinací potřebných sociálních služeb. Jelikož si staří občané zaslouží prožít své stáří důstojně, v prostředí, ve kterém je dbáno na jejich potřeby, je nezbytné, aby tyto sociální služby dosahovaly jisté kvality. Nedílnou součástí kvalitních sociálních služeb pro seniory jsou i aktivizační činnosti, protože seniory stimulují fyzicky i duševně, přispívají ke kvalitě jejich života a brání jejich psychickému a tělesnému chátrání.

Jelikož oblast aktivizace seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb považuji za téma velice důležité a aktuální, vybrala jsem si ho jako téma pro svou diplomovou práci. Ale nejen to bylo důvodem. Rozhodující pro volbu tohoto tématu byla především souvislá odborná praxe v domově pro seniory, kterou jsem absolvovala v rámci bakalářského studia. Tato praxe mě natolik oslovila, že jsem po jejím skončení dospěla k názoru, že bych si v tomto zařízení představovala i svoje budoucí pracovní uplatnění, a to buď jako aktivizační nebo sociální pracovník.

Diplomová práce se obsahově skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část práce je tvořena třemi kapitolami, které odpovídají tématu práce. První kapitola teoretické části je věnována období stáří a stárnutí. Tyto dva pojmy jsou zde vymezeny, uvedeno je zde také několik periodizací období stáří, dále jsou v této kapitole uvedeny změny, k nimž v období stáří dochází, zmíněny jsou zde rovněž potřeby osob seniorského věku a poukázáno je zde na důležitost přípravy na stáří. Druhá kapitola teoretické části je zaměřená na problematiku sociálních služeb pro seniory. Je zde uveden krátký exkurz do jejich vývoje, dále se kapitola orientuje na aktuální podobu sociálních služeb v České republice. Zvýšená pozornost je zde věnována individuálnímu plánování a otázce kvality sociálních služeb. Třetí a zároveň závěrečná kapitola teoretické části se věnuje aktivizaci seniorů, přičemž přináší nejen přehled využívaných aktivizačních metod v domovech pro seniory, ale také poukazuje na důležitost aktivizace v seniorském věku, uvádí zásady tvorby aktivizačního programu a faktory, které mají vliv na jeho kvalitu a úspěšnost, a dále se také zaměřuje na problematiku personálního zajištění aktivizace uživatelů v domovech pro seniory. Empirická část diplomové práce se věnuje provedenému výzkumnému šetření. Jsou v ní definovány cíle výzkumu a použita

výzkumná metoda, popsán výzkumný vzorek, uvedeny stanovené hypotézy a také výsledky provedeného výzkumného šetření.

Co se týká cílů diplomové práce, cílem teoretické části je charakterizovat období stáří, popsat vývoj a současnou podobu sociálních služeb pro seniory na našem území, dále se zaměřit na problematiku aktivizace seniorů a charakterizovat využívané aktivizační činnosti v domovech pro seniory. Cílem empirické části práce je analyzovat nabízené aktivizační činnosti v domovech pro seniory v České republice a zjistit aspekty na straně zařízení, které mohou ovlivňovat nabídku aktivizačních činností a zájem uživatelů těchto zařízení o nabízené aktivity.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří a stárnutí

Stáří je závěrečnou fází života člověka. Jedná se o období, v němž dochází k mnoha změnám, se kterými se stárnoucí člověk musí vyrovnat. Aby jeho adaptace na tyto změny byla úspěšná, je důležité, aby se na příchod stáří již dopředu připravil. A právě problematice stáří, změn s ním spojených a přípravě na stáří je věnována tato kapitola.

1.1 Vymezení stáří a stárnutí

Je známo kolem tří stovek definic stáří a stárnutí, nicméně žádná z nich není definitivní a platná absolutně. Definice stáří a stárnutí jsou značně ovlivněny tím, z jakého pohledu na ně autor nahlíží, zda např. z pohledu demografického, psychologického, gerontologického apod. (Příbyl, 2015, s. 9)

Stárnutí

Pro vymezení stárnutí využijí definici Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 20), kteří stáří definují jako: „*Souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických a funkčních nastupujících postupně, se značnou interindividuální variabilitou, a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti...a adaptačních reakcí na ně.*“

Stárnutí je přirozený jev, který patří mezi základní vlastnosti živých (i neživých) systémů a počíná daleko dříve, než se změny stanou zjevnými. Např. již od dvacátého pátého roku života klesá hmotnost lidského mozku a od třiceti let dochází ke stárnutí kostí a chrupavek (Novotná a kol., 2004, s. 68).

Na základě involučních změn se stává lidský organismus náchylnějším ke zranění, klesá také jeho výkonnost a dochází k poklesu jeho schopností (Kozáková, Müller, 2006, s. 8).

V rámci stárnutí můžeme rozlišovat **stárnutí primární, sekundární a terciální**. Stárnutí primární, které je někdy označované také jako fyziologické či zdravé stárnutí, se projevuje přirozenými běžnými projevy, které souvisí s věkem. Jedná se o kontinuální proces, který se zrychluje po 65. roce věku. Sekundární (patologické) stárnutí je chorobné. V jeho případě člověk stárne rychleji, než je obvyklé. Někteří autoři uvádějí také terciální stárnutí, jež bývá spojováno s umíráním a rychlým chátráním těla v jeho průběhu (Příbyl, 2015, s. 9–10).

Existuje celá řada teorií, které usilují o objasnění toho, proč ke stárnutí vůbec dochází. Tyto **teorie stárnutí** můžeme dělit do dvou základních skupin na stochastické a nestochastické.

Stochastické teorie jsou založeny na předpokladu, že děje související se stárnutím jsou převážně náhodné, že s přibývajícím věkem narůstá opotřebování, chyb, poruch, poškození, selhání buněčného řízení a upořádání organismu. Jako příklady stochastických teorií můžeme uvést teorii opotřebování a teorii volných radikálů. Teorie opotřebování je založena na předpokladu, že stárnutí je způsobeno kumulativním poškozením životně nenahraditelných orgánů (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 21). Teorie volných radikálů zase tvrdí, že v organismu člověka vznikají škodlivé sloučeniny (volné radikály), jejichž nadměrné množství způsobuje poškození organismu (Mlýnková, 2011, s. 14). Druhá skupina teorií – nestochastické teorie, je postavena na názoru, že stárnutí je předurčeno zejména geneticky. Do této skupiny teorií spadá např. pacemakerová teorie nebo teorie genetická. V rámci pacemakerové teorie jsou některé orgány či orgánové systémy považovány za pacemaker, který je geneticky naprogramován na jistou dobu života (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 22). Genetická teorie věří ve stěžejní roli genetické výbavy, jelikož je založena na přesvědčení, že pokud se rodiče dožijí vyššího věku, existuje velká pravděpodobnost, že se ho dožijí i jejich potomci (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 28).

Pokud budeme na stáří nahlížet jako na multifaktoriálně podmíněný proces, můžeme rozlišovat dva druhy faktorů, které tento proces ovlivňují, a to **faktory vnitřní a vnější**. Mezi vnitřní faktory řadíme genetickou výbavu, psychické poruchy, tělesná onemocnění a psychickou výbavu jedince (cíle života, zvládání zátěžových situací apod.). Vnější faktory pak můžeme dělit na sociální (např. vzdělání, kvalita bydlení, rodinné zázemí atd.), chemické (plicní a kožní komplikace) a fyzikální (životní prostředí, pracovní prostředí, klima) (Příbyl, 2015, s. 10).

Stáří

Podle Příbyla (2015, s. 10) je stáří: „... *poslední vývojová etapa lidského života, která končí smrtí. Jedná se o důsledek a projev involučních změn (funkčních i morfologických), které jsou determinovány geneticky, ale i dalšími faktory, např. nemocemi, způsobem života, životními podmínkami.*“

U různých autorů zabývajících se problematikou stáří a stárnutí můžeme sledovat rozdílnost v pojetí stáří. Povětšinou však panuje soulad v rozlišení stáří na **kalendářní, biologické a sociální**. Kalendářní stáří je dané dosažením určitého dohodnutého věku, obvykle šedesáti let. Lze jednoznačně vymezit a nedisponuje žádnou výpovědní hodnotou o inter-individuálních rozdílech. Využívá se však pro statistické a demografické účely. Biologické stáří je dáno rozsahem involučních změn, který je u každého člověka zcela individuální. Biologické stáří je spojené s fenotypem stáří, který je jeho vnějším obrazem. Mezi tělesné projevy a změny,

kteřé jsou s fenotypem stáří spjaty patří například úbytek vlasů a jejich šedivění, hormonální změny, ochabování svalů, poruchy sluchu, změny postavy apod. Tyto změny mají za následek, že se člověk stává snadněji unavitelným, obnova jeho fyzických a psychických sil si žádá delší čas, člověk pomaleji reaguje na podněty a jeho psychomotorické tempo se zpomaluje. Biologické stárnutí je ovlivněno tím, jakým životním stylem jedinec žil a žije, tím, zda trpí nějakým chronickým onemocněním, a v neposlední řadě sehraává důležitou roli i jeho psychický stav. Sociální stáří je dááno do spojitosti s proměnou životního stylu, potřeb a rovněž sociálních rolí, která je způsobena především odchodem do starobního důchodu. Odchod člověka do starobního důchodu může být spojen s komplikacemi, jako je např. ztráta prestiže, maladaptace na odchod do důchodu, snížení životní úrovně v důsledku poklesu příjmů, strach ze ztráty soběstačnosti apod. Je uváděno, že větší problémy s odchodem do důchodu mívají muži než ženy, zejména pak ti, kteří vykonávali prestižní zaměstnání a musí se vyrovnat s velkým množstvím volného času (Příbyl, 2015, s. 10–12).

Období stáří a stárnutí je všeobecně spjato s negativním pojmáním, které vychází z obav, např. o ztrátu možností seberealizace, o úbytek sociálních kontaktů apod. Obavy a negativní očekávání pak mohou vyústit ve strach z ponížení, strach o ztrátu lidské důstojnosti. Tyto obavy jsou ale zcela neodůvodněné, jelikož jmenované problémy se nevyskytují u každého seniora, závisí na individuálním průběhu stáří u konkrétního jedince (Malíková, 2011, s. 14).

1.2 Periodizace stáří

Stejně tak, jako mezi autory nepanuje soulad v pojetí stáří, neexistuje shoda ani v oblasti periodizace tohoto vývojového období. Pro představu bude dále uvedeno několik periodizací různých autorů.

Příbyl (2015, s. 10) uvádí ve své publikaci periodizaci stáří, jejímž autorem je Světová zdravotnická organizace (WHO):

- 60–74 let rané stáří,
- 75–89 let vlastní stáří,
- 90 a více let dlouhověkost.

Hrozenká a Dvořáčková (2013, s. 13) dělí stáří na tři etapy, a to:

- období počátečního stáří (od 60 do 75 let věku),
- období pokročilého stáří (od 75 let věku),
- období vrcholného stáří někdy také označované jako dlouhověkost (od 90 let věku).

Čevela a kol. (2012, s. 28–29) rozlišují tyto tři fáze stáří:

- počínající stáří (60/65 let až 74 let),
- vlastní stáří (75 až 84/89 let),
- dlouhověkost (85/90 a více let).

Vágnerová (2007) pak uvádí pouze dvě etapy stáří, a to:

- období raného stáří (60–75 let),
- období pravého stáří (75 let a více).

V souladu s předchozí podkapitolou a na základě výše uvedených periodizací, můžeme konstatovat, že z hlediska kalendářního věku je autory za počátek stáří považován zpravidla šedesátý rok věku. Avšak nelze oponovat ani názorům autorů, jako je např. Špatenková a Smékalová (2015, s. 49) nebo Kalvach (2004, s. 47), kteří uvádějí, že v současnosti lze za počátek stáří považovat spíše věk šedesáti pěti let a více. Tenhle věkový posun začátku stáří je způsoben, jak pozdějším odchodem do důchodu, tak i prodlužováním lidského věku.

V průběhu celé práce budu pro označení jedince, který se nachází ve vývojovém období stáří, využívat označení senior.

Kalendářní věk však nemusí být jediným kritériem, na jehož základě lze stáří rozdělit na různé etapy. Čeledová a kol. (2016, s. 15) ve své publikaci uvádějí periodizaci lidského života, jejímž kritériem je produktivita. Tato periodizace dělí život člověka na tři ekonomicko-sociální věky – předproduktivní, produktivní a postproduktivní. Postproduktivní věk dále člení na období ještě aktivní soběstačnosti (třetí věk) a období závislé nesoběstačnosti (čtvrtý věk). Jedná se o nebezpečný koncept, protože lidem podsouvá nebezpečná a nepravdivá zdání, která mají vliv na obecné povědomí. Není vhodné, aby se lidská produktivita omezovala jen a pouze na ekonomickou přínosnost. Ačkoliv nejsou lidé v postproduktivním věku přínosní ekonomicky, nelze říci, že by nepřinášeli individuální a kolektivní hodnoty.

1.3 Změny ve stáří

Ve stáří dochází v organismu člověka k velkému množství změn, kterým není možné se vyhnout. U různých jedinců mohou nastupovat jinak rychle a projevovat se rozdílně. Závisejí to např. na životním stylu člověka, jeho genetických dispozicích apod. Veškeré změny jsou ve vzájemné souvislosti a navzájem se ovlivňují (Mlýnková, 2011, s. 20). Změny související se stářím se projevují ve třech oblastech – v tělesné, psychické a sociální oblasti. V následujícím textu se budu věnovat jejich popisu.

Tělesné změny

Tělesné změny probíhají ve většině orgánových soustav a jejich orgánech. Nejvíce zřetelné jsou na kůži nebo pohybovém systému, jelikož jsou viditelné. Dále probíhají také v:

- kardiovaskulárním systému,
- trávicím systému,
- pohlavním a vylučovacím systémem,
- respiračním systémem,
- nervovém systému,
- smyslovém vnímání, spánku (Mlýnková, 2011, s. 21).

Nyní se jednotlivě zaměřím na všechny zmíněné oblasti a podrobně popíšu změny, ke kterým v nich dochází.

V oblasti kůže se snižuje aktivita mazových žláz a kůže pozbývá schopnosti zadržovat vodu, proto se kůže stává sušší a může se objevit svědění. V oblasti horních končetin nebo na obličeji se mohou vyskytovat hnědé, tzv. „stařecké skvrny“. Kůže ztrácí svou elasticitu a tvoří se vrásky. V důsledku ztráty tukové tkáně se kůže stává tenkou. Dochází rovněž k šedivění a úbytku vlasů. Na nehtech se objevují podélné rýhy a dochází k jejich ztlustění (Mlýnková, 2011, s. 21). Typickým projevem stárnutí je také jejich zpomalený růst (Šimíčková-Čížková, 2003, s. 132). Snižuje se produkce tepla, což má za následek snížení teploty těla. Zhoršuje se také schopnost termoregulace, což způsobuje, že tělo člověka hůře čelí chladu či naopak horku (Novotná, 2004, s. 69).

Co se týká *pohybového systému*, v důsledku atrofie meziobratlových plotének, může dojít ke snížení tělesné výšky. Již po šedesátém roce se lidská postava snižuje o 3–5 cm. Jelikož dochází k ochabování kosterního svalstva, někteří senioři mohou chodit v mírném předklonu. U kostí může docházet k jejich řidnutí, čímž může narůstat riziko zlomenin a úrazů. Úbytek kloubní chrupavky může mít za následek větší bolestivost kloubů a sníženou schopnost pohybu. Kosterní svaly ztrácí svou pružnost, ochabují, a tím se snižuje fyzická síla. Problémem může být i udržení rovnováhy (Mlýnková, 2011, s. 21; Novotná, 2004, s. 68).

Kardiovaskulární a respirační systém je postižen následujícími změnami. Pracovní kapacita plic se snižuje, což se může projevit při stresu nebo v případě zvýšené fyzické zátěže. Srdce přečerpává menší množství krve, jelikož se snižuje jeho činnost a srdeční chlopně přicházejí o svou pružnost. Snižuje se také pružnost cév a objevit se může vysoký krevní tlak. Do stěny tepen se ukládá tuk a vápník, což může vést ke vzniku aterosklerózy (Mlýnková, 2011, s. 22).

Trávicí systém nebývá tolik zasažen změnami jako ostatní tělní systémy, nicméně i zde k nějakým dochází. Může dojít ke ztrátě chrupu, snižuje se tvorba trávicích enzymů a slin. Někteří senioři mohou trpět zácpou, jelikož dochází k oslabení peristaltiky střev. Pomaleji se vstřebávají vitamíny, živiny a další látky včetně léků (Mlýnková, 2011, s. 22).

V oblasti *pohlavního systému* se liší rychlost, doba nástupu a razantnost změn mezi pohlavími. U mužských pohlavních orgánů se degenerativní změny odehrávají pomalu. I když v menším množství než dříve, jsou varlata stále schopny tvořit spermie až do vysokého věku. Naopak u žen jsou tyto změny výrazné a nastupují po menopauze. Dochází ke zmenšení mléčné žlázy a již nedochází k produkci pohlavních hormonů. Sexuální aktivita seniorů je značně individuální, u některých z nich přetrvává až do vysokého věku (Mlýnková, 2011, s. 22).

I v oblasti *vylučovacího systému* jsou patrné involuční změny. Schopnost ledvin vytvářet a vylučovat moč ve vyšším věku klesá. Kapacita močového měchýře se snižuje. V důsledku klesající síly obou svěračů močové trubice, zvětšené prostaty či ochabnutí pánevního dna u žen, může být pro některé seniory problematické udržet moč (Mlýnková, 2011, s. 22).

U seniorů se v důsledku snížení rychlosti vedení vzruchů v periferní nervové soustavě prodlužuje reakční doba na podněty. Proto jim trvá delší dobu, než informaci přijmou a zpracují (Mlýnková, 2011, s. 22).

Ve stáří pokračuje stárnutí *smyslových orgánů*. Zrak se obtížněji adaptuje na změny v prostředí. Zraková ostrost, schopnost akomodace a citlivost na barvy se snižuje. K degenerativním změnám dochází i na sítnici, čočka se zmenšuje a zhoršuje se i výživa oka. V důsledku blednutí duhovky se mění barva očí (Novotná, 2004, s. 69). U starých lidí dochází ke zpomalení zpracovávání zrakových podnětů, aby je přesně rozeznali, potřebují je pozorovat delší čas. Dochází také ke zmenšení zorného pole a zhoršení periferního vidění. Více často než v jiných vývojových etapách se také objevují oční choroby, jako je šedý zákal, který způsobuje, že čočky přestávají propouštět světlo, dále zelený zákal, v jehož důsledku v očních bulvách vzniká nadměrné množství nitroočního moku, a také degenerace maculy, tedy „žluté skvrny“, jež je místem nejostřejšího vidění. Sluch začíná slábnout již v průběhu dospělosti. Na zhoršení sluchu se mohou významně podílet vnější faktory. Je obtížně stanovitelné, do jaké míry je zhoršení sluchu způsobeno stárnutím a do jaké míry právě vlivy vnějšího prostředí. Nejčastěji se vyskytujícím oslabením sluchu ve stáří je nedoslýchavost, při které dochází ke zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích. To představuje problém především při vnímání řeči. U většiny starších lidí dochází ke zhoršení sluchu i v oblastech určování výšky zvuku a také schopnosti určovat polohu zvukového zdroje. Někteří lidé mohou také trpět tinitem („zvoněním v uších“). Důsledky všech zmíněných obtíží, které mohou postihovat sluch stárnoucího

člověka, mohou velmi nepříznivě ovlivňovat jeho sociální život. Senioři se mnohdy raději vyhýbají komunikaci nebo mlčí, aby neriskovali, že od slyšících jedinců sklídí posměch. Takové stranění se sociálním kontaktům může u starých lidí vyvolat depresivní stavy a mít za následek, že se stáhnou sami do sebe. (Stuart-Hamilton, 2009, s. 29–33).

Psychické změny

Stárnutí a stáří doprovázejí také změny psychické. Mezi biologickými a psychickými změnami existuje spojitost, a to v tom smyslu, že se v psychice člověka odrážejí stupňující se fyzické změny, kterými stárnoucí člověk prochází. V psychické oblasti člověka nedochází při fyziologickém tedy přirozeném stárnutí k radikálním změnám, psychika stárnoucího člověka se mění pozvolna (Malíková, 2011, s. 21). Je také nutné dodat, že psychické změny v průběhu stárnutí jsou značně individuální (Mlýnková, 2011, s. 24).

Velkým problémem jsou změny odehrávající se v paměti. Nejvíce postižená je paměť bezprostřední a krátkodobá. Obvyklé je zapomínání předmětů, ale také toho, o čem chtěl starý člověk mluvit. Pamětní funkce se stávají pomalejšími, zhoršuje se také vybavování. To může způsobovat pocity nejistoty a zmatenosti. V důsledku zhoršující se paměti je omezována i schopnost učit se. Tato schopnost rychle klesá především od 70. roku, nicméně se neztrácí, jenom zabere delší dobu osvojení nových poznatků a je nutné častější opakování (Novotná, 2004, s. 69–70).

Dochází rovněž ke zhoršení smyslového vnímání. Přibližně u 90 % osob dochází po 60. roce života ke znatelnému zhoršení zrakového vnímání a asi u 30 % dochází k výraznému zhoršení sluchu. Zhoršení zrakového a sluchového vnímání s sebou přináší i větší riziko úrazů (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204).

Také povaha myšlení prochází změnami. Myšlení se zpomaluje, je méně pohotové a originální. Častá je také perseverace myšlení, která se projevuje tím, že člověk často přemýšlí o tom stejném stále dokola. Převažuje přemýšlení nad minulostí. Úbytek mentálních schopností však staří lidé kompenzují svými zkušenostmi, moudrostí a univerzálnějším pohledem na svět (Novotná, 2004, s. 70).

Často dochází také ke změnám v osobnosti člověka. Ve stáří se často projeví negativní vlastnosti a sklony, které v předchozích vývojových etapách dokázal tlumit nebo projevovat přijatelným způsobem (např. šetrnost se mění v lakotu apod.) (Říčan, 2006, s. 340). U některých jedinců dochází k zesílení egocentrismu, což způsobuje lhostejnost až apatii ve vztahu k druhým lidem (Novotná, 2004, s. 70).

V oblasti emocí se u větší části seniorů projevuje zvýšená citová labilita a sklon k záporným emocím (Novotná, 2004, s. 70). Citová labilita však nemusí být zákonitým projevem stárnutí, u některých seniorů se můžeme setkat i s citovou vyrovnaností (Šimíčková-Čížková, 2003, s. 138). Na počátku stáří se u většiny seniorů projevuje silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečným pro druhé. S přibývajícím věkem se pak stává dominantní potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob. V tomto období také obvykle dochází k posílení manželských vztahů a k nárůstu důležitosti rodiny. Ztráta životního partnera tak může být velmi bolestivou ránou, s níž pro starého člověka nebývá lehké se vyrovnat (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207–209).

V uvažování starších lidí lze shledat určité typické znaky, které jsou do jisté míry způsobeny stárnutím, ale také změnou životního stylu. Narůstají tendence k dogmatismu, který se projevuje strnulostí v přístupu k problémům i jejich řešení a odmítáním nových a neověřených způsobů uvažování. Pozitivní stránku rigidity lze spatřovat ve stálosti názorů a postojů starších osob. Starší lidé upřednostňují stereotyp a rutinu, nemají rádi změny, mnohdy se bojí nových zkušeností. Zaběhnutý stereotyp pro ně představuje jistotu (Vágnerová, 2007, s. 329).

Starší lidé mají sníženou odolnost vůči zátěžovým situacím, což je způsobeno tím, že v porovnání s mladými lidmi mají oslabenou nervovou soustavu a mají menší perspektivu do budoucnosti (Šimíčková-Čížková, 2003, s. 138).

S přibývajícím věkem narůstají deprese. Mohou být reakcí na těžkou ztrátu, přemístění z rodiny do domova pro seniory nebo také důsledkem tělesného onemocnění, které je pro seniora vyčerpávající a bolestivé. Existují však i deprese, které jsou označovány jako endogenní. U nich příčinu nelze zcela určit, snad jde o poruchu mozkové biochemie, jež se nějakým způsobem kombinuje s duševními zraněními, které vznikly v dřívějších vývojových obdobích, a se současnými stresy (Říčan, 2006, s. 340).

Ve stáří se mohou také objevovat stavy zmatenosti, poruchy vědomí, které jsou označovány jako amentní stavy. Projevují se zhoršenou schopností orientace a poruchami vnímání (Novotná, 2004, s. 71).

Sociální změny

Nejvýznamnější sociální změnou, která se pojí se stářím, je odchod do důchodu. Odchodem do důchodu dochází ke změně sociální role seniora. Z dříve pracujícího člověka, který se svou prací podílel na vytváření hodnot pro obyvatelstvo a stát, se stává důchodce, kterému stát

vyplácí penzi a svou činností už společnosti žádným způsobem nepřispívá. V důsledku toho může dojít k poklesu jeho společenské prestiže a autority (Mlýnková, 2011, s. 25).

Odchodem do důchodu člověk také ztrácí síť spolupracovníků a známých. Vyvážá se tedy z množství významných sociálních vazeb, ze kterých jen některé bude možné pěstovat za úplně jiných podmínek. To má za následek, že se lidé po odchodu do penze, mohou ocitnout ve značné sociální izolaci (Haškovcová, 2010, s. 82).

Ke změně dochází také v ekonomické situaci seniorů. Mnoho seniorů pobírá nízkou penzi, a proto není možné, aby si udrželi životní standart, na něhož byli zvyklí ve středním věku.

Život některých seniorů je negativně ovlivněn výskytem nemocí, které jim znemožňují dělat běžné denní činnosti. Senior již není plně soběstačný a stává se závislým na pomoci druhých osob. V dnešní době existuje řada kompenzačních pomůcek jako jsou např. hole, chodítka, vozíky, které mohou pečujícím osobám a nesoběstačnému seniorovi pomáhat. Ne všichni senioři se stávají závislými na pomoci druhých. Velké množství z nich žije dlouhou dobu aktivním životem, pěstuje svoje koníčky, bez větších problémů zvládá každodenní činnosti a péči o domácnost (Mlýnková, 2011, s. 25–26).

Kromě výše uvedených změn uvádí Malíková (2011, s. 22) ještě tyto sociální změny, které mohou být spojeny se stářím:

- omezení sociální integrace v kulturních, společenských a dalších činnostech a aktivitách,
- nezbytná, ale nevyhovující změna stylu života,
- stěhování (např. do domova pro seniory).

1.4 Příprava a adaptace na stáří

V předchozím textu byly velice obsáhle rozebrány změny, ke kterým v průběhu stáří může dojít. Aby se člověk s těmito změnami dokázal vypořádat a byl na ně připraven, je velice důležité se na stáří připravit.

Z hlediska času lze přípravu na stáří dělit na dlouhodobou, středně dlouhou a krátkodobou. Počátek dlouhodobé přípravy nalezneme v dětství, kdy se děti učí být ke starým lidem uctivé a chovat se k nim náležitým způsobem (Mlýnková, 2011, s. 18). Zařadit sem můžeme také správnou životosprávu, racionální výživu a dostatek pohybu. Středně dlouhá příprava na stáří by měla být zahájena nejpozději deset let před koncem ekonomické aktivity, ideálně však již někdy ve středním věku. Je orientována na tři základní problémové oblasti:

- biologické – osvojení si zásad zdravého životního stylu,

- psychologické – přijímání stáří jako součásti života, duševní hygiena,
- sociální – vytváření mezilidských vztahů i mimo pracoviště, mimopracovních aktivit (Příbyl, 2015, s. 23).

Krátkodobá příprava na stáří probíhá zhruba v období posledních tří let před odchodem do důchodu. Zaměřená je ryze prakticky např. na úpravy bytu, výměny opotřebovaných spotřebičů apod. V této době by si měl člověk vytvořit i plán toho, jak bude v důchodu vyplňovat svůj volný čas (Mlýnková, 2011, s. 18).

V životě člověka je odchod do důchodu významným mezníkem, který je spojen s řadou změn v životě člověka. Vyrovnávání se s odchodem do starobního důchodu je proces, který má následující fáze:

1. Příprava na důchod – Spadá do přípravy na stáří. Je nutné si uvědomit, jaké možnosti, výhody, pozitiva jsou spojeny s rolí starobního důchodce.
2. Bezprostřední reakce na změnu – Nastává ve chvíli, kdy člověk opustil dosavadní životní styl a nový zatím nevytvořil. Tuto fázi může doprovázet pocit uspokojení, ale také pocity nejistoty a strach z budoucnosti.
3. Deziluze a postupné přizpůsobování – Etapa, v níž si člověk uvědomí, že se mu změnil život. Chybí mu pravidelná činnost, a tak se u něj mohou objevit pocity prázdnoty a nudy. Je důležité, aby si tedy našel nové smysluplné činnosti, kterým se bude věnovat ve volném čase.
4. Adaptace na nový životní styl – Člověk opět dosáhne pocitu životní spokojenosti, jelikož u něj dochází k zafixování nového životního stereotypu (Příbyl, 2015, s. 24).

Adaptaci jedince na stáří ovlivňuje řada faktorů. Mezi nejdůležitější patří: osobnost člověka, jeho životní filozofie a zkušenosti, somatické a psychické změny u seniorů a vnější podmínky (Příbyl, 2015, s. 24).

Obecně existuje několik způsobů, kterými se lidé vyrovnávají s vlastním stářím:

- **Konstruktivní přístup** – Jedná se o pozitivní postoj k životu. Osoby, které zaujímají tento postoj ke stáří jsou činorodé, přizpůsobivé, uskutečňují svoje zájmy, zajímá je dění kolem nich, se stárnutím jsou smířené (Mlýnková, 2011, s. 17). Tito lidé poměrně snadno navazují i ve vyšším věku vztahy s jinými lidmi a ty dosavadní se jim daří udržovat. Mívají smysl pro humor a oplývají spokojeností, nebývají sebelítostiví a okolí je vnímá většinou jako milé starší občany (Haškovcová, 2010, s. 83). Předpokladem pro rozvoj této strategie adaptace na stáří je spokojené dětství a tvořivá dospělost (Dvořáčková, 2012, s. 17).

- **Obranný postoj** – Tento postoj je obvyklý u osob, které dříve pracovaly na vedoucích pozicích, budovaly kariéru (Mlýnková, 2011, s. 17). Senioři s tímto postojem se stáří brání a odmítají ho. Do starobního důchodu většinou odchází až ve chvíli, kdy jsou k tomu donuceni (Příbyl, 2015, s. 25). Mají tendence k tomu dokazovat svou soběstačnost přehnanou aktivitou. Pomoc od druhých osob odmítají a mají obavy, že se stanou na někom závislími (Dvořáčková, 2012, s. 17; Haškovcová, 2010, s. 83).
- **Závislost** – Mezi seniory není tento přístup nijak ojedinělý. Jedná se o seniory, kteří jsou závislí na svém okolí a spoléhají na to, že se o ně někdo postará (Příbyl, 2015, s. 25). Tento přístup je typický zejména u osob, které byly po celý svůj život spíše pasivní, spoléhaly na druhé a nechaly se jimi vést. To stejné očekávají i ve stáří (Mlýnková, 2011, s. 17).
- **Nepřátelský postoj** – Pro tyto seniory je typické, že jsou mrzutí, agresivní, zlostní, nespokojení, nepřátelští a mají tendence svalovat vinu na druhé (Mlýnková, 2011, s. 17). Cítí se být obětí vlastního života a touží po tom, aby je někdo litoval. Vyhledávají konflikty a je pro ně typické neustále stěžování si na něco. K mladým lidem se chovají nepřátelsky nejspíš kvůli tomu, že jim závidí jejich mládí (Dvořáčková, 2012, s. 17). Mnohdy tito senioři žijí osamělým životem, jelikož se jim okolí včetně příbuzných raději vyhýbá (Mlýnková, 2011, s. 17).
- **Sebenenávist** – Tito senioři jsou pesimističtí, lítostiví, pociťují zklamání z vlastního života. Ačkoliv se cítí osaměle, mezilidské kontakty nevyhledávají (Mlýnková, 2011, s. 17). Tuto strategii volí většinou jedinci, kteří neměli uspokojivý vztah s rodiči, manželem nebo v práci. Svůj život hodnotí kriticky a smrt vnímají jako vysvobození. Najít u těchto lidí pozitivní přístupy je velice obtížné, proto nezbyvá nic jiného než jejich postoj k životu a stáří akceptovat (Dvořáčková, 2012, s. 18).

1.5 Potřeby ve stáří

Než se začneme zabývat samotnými potřebami ve stáří, vymezíme si, co to potřeba vlastně je. Příbyl (2015, s. 31) definuje potřebu jako: „... *projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.*“ Mlýnková (2011, s. 47) dodává, že potřeba nemusí být nutně jen projevem toho, že něco v organismu chybí, ale může být rovněž projevem nadbytku něčeho. Například až ve chvíli, kdy máme nadbytek podnětů z okolí, si uvědomíme potřebu intimity a klidu.

Pocity přebytku a nedostatku jsou důležitou motivační silou, která jedince podněcuje k tomu, aby se choval nebo jednal určitým způsobem, který povede k uspokojení potřeby (Mlýnková, 2011, s. 47).

Existují různé způsoby dělení lidských potřeb. Z hlediska důležitosti pro zachování života můžeme lidské potřeby dělit na nižší a vyšší. Nižší (jinak také primární, biogenní, biologické) potřeby jsou takové, bez jejichž uspokojování člověk dlouho nepřežije. Do primárních potřeb řadíme i potřebu bezpečí. Pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, není možné uspokojit potřeby vyšší. Do vyšších (sekundárních, psychogenních, sociogenních, psychologických) potřeb se řadí takové potřeby jako jsou potřeba uznání, seberealizace, sounáležitosti. Jejich uspokojování je obvykle dlouhodobějším procesem. Podílejí se na utváření osobnosti a individuality každého z nás. Z holistického přístupu bylo odvozeno dělení potřeb na potřeby biologické (např. spánek, potrava a tekutiny, pohyb atd.), psychologické (respektování lidské důstojnosti, potřeba bezpečí apod.), sociální (potřeba lásky, potřeba společnosti lidí apod.) a duchovní (netýká se pouze věřících lidí, patří sem i potřeba smyslu života, potřeba odpuštění apod.) (Příbyl, 2015, s. 34).

Ve stáří se některé potřeby člověka proměňují, to se týká především potřeb fyziologických a psychických. Mění se význam jednotlivých potřeb, dominantními se stávají zejména potřeby zaměřené na jistotu a bezpečí (Hauke, 2014, s. 11).

Z fyziologických potřeb v seniorském věku nabývají na důležitosti především potřeba chutně připraveného jídla a potřeba vyprazdňování, s nímž mohou mít senioři problémy. Potřebují také více spánku a odpočinku, proto mnohdy podřimují i v průběhu dne. Významná je také potřeba žít bez bolesti, potřeba tepla a pohodlí. Některé z fyziologických potřeb ustupují do pozadí. Jedná se například o potřebu příjmu tekutin, protože senioři mívají snížený pocit žízně, dále pak o sexuální potřeby, úpravu zevnějšku, hygienickou péči apod. (Mlýnková, 2011, s. 48)

V oblasti **vyšších potřeb**, jak již bylo zmíněno, nabývá ve stáří na důležitosti *potřeba jistoty a bezpečí*. Vyplývá to z toho, že senioři se mohou cítit ohrožení nemocemi, sníženou soběstačností, sociálními změnami (ovdovění, stěhování) apod. Mohou mít také strach ze smrti, ze samoty atd. V potřebě bezpečí je možné rozlišovat hledisko psychické, fyzické a ekonomické. Jako psychické bezpečí lze chápat pocit jistoty, že se mohou spolehnout na své blízké. Z hlediska ekonomického bezpečí je pro seniory důležité, aby byla zachována jejich finanční autonomie, tedy aby měli dostatek financí na živobytí. Pokud není zachována, může to u nich vést ke strachu z budoucnosti. Fyzické bezpečí vyjadřuje především potřebu žít bez bolesti, zůstat fyzicky soběstačný, nebýt na obtíž blízkým členům rodiny. Ačkoliv bývá potřeba bezpečí dělena na tři již zmíněné části, jedná se o pojem o dost širší, do nějž spadají i další složky.

Spadají do ní také existenciální potřeby, jež souvisí se samotnou existencí člověka a jsou předpokladem pro naše bytí. Jsou velice důležité pro kvalitu života člověka v seniorském věku. U řady existenciálních potřeb dochází v tomto věku k jejich frustraci. Mezi existenciální potřeby řadí Příbyl (2015, s. 50–55):

1. Zdraví – jelikož ve stáří dochází ke snížení fyzických i psychických sil, nachází se u seniorů zdraví na vysoké příčce v žebříčku jejich hodnot.
2. Soběstačnost – Člověk je soběstačný, pokud zvládá sám uspokojovat základní potřeby a žít tak v rovnováze s nároky, které na něj klade jeho zevní prostředí. Pokud u člověka dojde ke snížení soběstačnosti, tato skutečnost se pro něj může stát zdrojem pocitů strachu, což může vést k bezmoci, závislosti na kompenzačních pomůckách a pomoci jiných osob.
3. Sociální a ekonomické jistoty – Sociální jistoty v sobě nezahrnují jen blízkou rodinu ale i širší okolí. V mnoha případech nedobrovolně se senioři uzavírají před světem, jsou izolováni od společnosti a trpí pocity osamělosti a smutku.
4. Bezpečí, pomoc – Senioři, kteří se cítí být ohroženi nemocí či změnou prostředí, hledají pomoc nejen u svých blízkých, ale rovněž u státních i nestátních systémů a institucí.
5. Bydlení – Aby seniorovi nevytvářelo bariéry jeho vlastní domácí prostředí, je vhodné zajistit jeho bezbariérovost, vybavit jej potřebnými pomůckami, jako jsou madla apod., a odstranit takové součásti, které by mohly představovat riziko (uvolněné prahy apod.).
6. Informace – Jelikož u seniorů dochází ke zhoršení vnímání, sluchu, degenerativním procesům v mozku, mohou u nich vznikat různé dezinformace o prostředí, které mohou vést k tomu, že jsou dezorientováni v reálném životě. Mohou také vznikat různá nedorozumění, která mohou u seniora vést k prohloubení sociální izolace, k pocitům zbytečnosti. Je tedy velice důležité, aby komunikace byla přizpůsobena schopnostem seniora a bylo ověřováno, zda senior dobře rozuměl a pochopil sdělované.
7. Potřeba podnětů, stimulů – Senioři potřebují podněty, ačkoliv je tato potřeba ve stáří snižena. V potaz je však nutné brát individualitu člověka, aby nedocházelo k jeho přetížení. Pokud je podnětů na seniora mnoho, může se projevit podrážděnost seniora, únava, pasivita až apatie. Nové podněty vedou seniora k aktivizaci a oddalují vznik závislosti na péči jiných osob.
8. Klid a mír – Klid a mír v životě je pro starého člověka velmi důležitý. Špatně snáší konflikty, potřebuje věřit svému okolí, má potřebu usmíření, odpuštění, touží po zahlázení starých křivd.

9. Potřeba struktury, řádu – Starý člověk si za řadu dlouhých let, která prožil ve svém domácím prostředí, vytvořil řadu stereotypů, měl vytvořen jakýsi řád, pravidla a pořádek. K narušení tohoto zavedeného řádu dochází ve chvíli, kdy ztratí soběstačnost, zhorší se jeho zdravotní stav či dojde ke změně prostředí. Aby si senior zvykl na nově vzniklé podmínky, překonal počáteční pocity zmatku, strachu, neklidu či dezorientace, je zapotřebí poskytnout mu dostatečně dlouhou dobu.

Je běžné, že lidé v závěrečné etapě svého života bilancují, posuzují svůj život a přemýšlí o jeho smyslu. Uvažují o tom, zda se jim podařilo splnit všechny cíle, které si v životě vytyčili. Proto na důležitosti ve stáří nabývají rovněž potřeby duchovní (Malíková, 2011, s. 50).

Při naplňování potřeb v seniorském věku mohou vznikat různé bariéry, které mohou bránit jejich saturaci (uspokojení). Lze je dělit na:

- osobní bariéry – ostych, podceňování druhého, strach ze zklamání,
- psychické bariéry – jedinec není schopen přijmout pomoc od druhého při naplňování potřeb,
- jazykové bariéry – komunikační šum, nevhodně zvolený slovník...,
- fyziologické bariéry – jejich příčinou může být tělesný diskomfort, když dojde k jeho odstranění, pomůže to odstranit i tuto bariéru,
- bariéry prostředí – např. prostředí nemocnice, neútulné prostředí, chlad...,
- nepochopení sdělovanému – stydí se opakovaně zeptat, což je typické u seniorů trpících nedoslýchavostí (Příbyl, 2015, s. 47).

Dále se může jednat ještě o bariéry, které se nevyskytují příliš často, ale setkat se s nimi také můžeme. Jedná se o vyslovení a přijímání omluvy, kritiky nebo pochvaly, řeč těla a zpětnou vazbu (Šamánková, 2011, s. 14). Je důležité, aby si všech zmíněných bariér byly vědomé především osoby, které pečují o seniory, aby mohly vhodně předcházet jejich vzniku (Příbyl, 2015, s. 47).

Pokud nemá člověk uspokojeny potřeby, hovoříme o frustraci. Frustrace u člověka nastává ve chvíli, kdy jedinec nemůže uspokojit potřeby, které jsou pro něho subjektivně důležité, ačkoliv to předpokládal. Nějaká překážka brání jejich uspokojení. Frustrace bývá relativně krátkodobou záležitostí a je možné její relativně snadné překonání. Na frustraci nelze nahlížet pouze jako na nežádoucí stav, jelikož na jejím základě dochází k formování osobnosti jedince, frustrace jej vede k hledání nových řešení a rozvíjí jeho schopnosti. Závažnějším stavem než frustrace je deprivace. Deprivace vyjadřuje „... *děletrvající nedostatek v uspokojování*

některé z lidských potřeb (Vymětal, 2004, s. 30).“ Deprivace je zátěžovým vlivem, který může mít velice závažný vliv na psychiku člověka. Rozlišuje se deprivace biologických potřeb (např. nedostatek jídla, spánku), senzorická deprivace (nedostatek smyslových podnětů), kognitivní deprivace (výchovná a výuková zanedbanost), citová deprivace (strádání v oblasti citů) a sociální deprivace (deprivace v oblasti mezilidských vztahů) (Příbyl, 2015, s. 48).

2 Sociální služby pro seniory v České republice

V poslední době došlo v naší společnosti k oslabení funkce rodiny v oblasti péče o její stárnoucí členy, což je způsobeno zejména pracovním vytížením jejích členů. Aby bylo i přesto o staré lidi postaráno existují sociální služby, které péči o ně zajišťují. Následující kapitola bude věnována vývoji sociální péče o seniory a současné podobě sociálních služeb na našem území, přičemž zvýšená pozornost bude věnována individuálnímu plánování a standardům kvality, jakožto významným změnám, které přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Závěr kapitoly bude zaměřen na péči v domovech pro seniory.

2.1 Vývoj sociální péče o seniory na území ČR

Když se poohlédneme zpět do minulosti, lze konstatovat, že se situace v oblasti poskytování sociálních služeb na území našeho státu zlepšila. Není však ještě tak dlouho tomu, co bylo vše jinak a sociální služby byly poskytovány na úplně jiných základech. Dříve byli lidé s postižením, lidé staří, nemocní nebo umírající umísťováni do ústavů – většinou sociálních, ale i zdravotnických. Skutečnost, že ve společnosti takoví jedinci existují, byla silně tabuizována, usilovalo se o udržení dojmu, že mezi námi žijí jen jedinci zdraví, silní a výkonní. Izolace starých a nemocných byla považována ze normální. V tomto systému „péče“ nebylo s lidmi zacházeno jako s individualitami, nebyly brány v potaz jejich potřeby a pocity. Pokud se v minulosti nemohla o úplně nebo částečně nesoběstačného seniora postarat rodina, jediným možným řešením této situace bylo jeho umístění do jediné tehdy existující formy institucionální péče – do státního domova důchodců. Poskytovaná péče byla hrazena státem. Do chvíle, než bylo možné seniora skutečně umístit do tohoto zařízení, byla situace mnohdy řešena dlouhou dobu trvajícími pobyty seniorů v nemocnici nebo v LDN. Senioři neměli většinou možnost vyjádřit se ke zdravotní a sociální péči, která jim byla poskytována, zpravidla bylo rozhodováno za ně. Do ústavní péče mohl být senior umístěn bez vlastního souhlasu, vyžadováno od něj bylo, aby se podřídil režimu a chodu zařízení. Lze předpokládat, že existovali pracovníci, kteří o seniory svědomitě pečovali, nicméně lidský přístup byl závislý na individuálním postoji každého pracovníka. Mnoho seniorů po zbytek dnů jejich života doprovázely v domovech důchodců pocity zklamání, křivdy, ponížení a lítosti. Péči o seniory obstarávaly zdravotní sestry a sanitářky. Docházelo zde velmi často k porušování práv seniorů. Vybrat si ústav, do něhož bude senior umístěn, bylo nemožné. V rámci regionu fungovala spádová příslušnost, která byla přísně dodržována, takže byli senioři nuceni nastoupit i do ústavu, který neměl dobrou pověst (Malíková, 2011, s. 29–30).

Částečné zlepšení situace v oblasti sociálních služeb v ČR nastalo po roce 1989, kdy se začal opět postupně rozvíjet neziskový sektor, který byl v době komunismu jako poskytovatel sociálních služeb omezován, a vznikly nové sociální služby, především terénní a ambulantní. Nicméně k výraznějším změnám došlo teprve až potom, co v platnost vstoupil zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Malíková, 2011, s. 30; Kalvach, 2011, s. 218). Na základě jeho přijetí vznikl nový systém sociálních služeb, pro nějž jsou význačné určité charakteristiky, které jsou uvedené v následujících odrážkách.

- Důraz je kladen na individualizované poskytování sociálních služeb vycházejících z potřeb konkrétních jedinců.
- Sociální služby mají být aktivační, tedy vést klienta k samostatnosti a předcházet dalšímu setrvávání v nepříznivé sociální situaci.
- Jako základní předpoklad kvality poskytovaných sociálních služeb je chápáno dodržování lidských práv a také základních svobod a zachování lidské důstojnosti (Matoušek, 2007, s. 39).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s sebou také přinesl jisté koncepční změny a právní úpravu oblastí, které doposud legislativně upraveny nebyly. V zákoně o sociálních službách nyní nalezneme úpravu tzv. příspěvku na péči, na jehož základě si mohou osoby obstarat a uhradit sociální služby, které potřebují. Dále zákon o sociálních službách přinesl nové rozdělení sociálních služeb, které jsou od jeho přijetí děleny na sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Sociální služby na základě tohoto zákona musí být poskytovány na základě smluvního principu, tedy mezi poskytovatelem a uživatelem služeb musí být uzavřena smlouva o poskytování sociální služby (Matoušek, 2007, s. 40). Kvalita poskytovaných sociálních služeb je garantována tak, že sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Ti musí splňovat stanovené zákonné podmínky, aby registraci získali. Dále se kvalita poskytovaných sociálních služeb sleduje pomocí standardů kvality. Zákon o sociálních službách také vymezuje pracovní pozice pracovníků v sociálních službách, jejich kvalifikační předpoklady a povinnost celoživotního vzdělávání. V neposlední řadě také přinesl povinnost individuálního plánování sociální služby, na jehož základě se uživatel stává spolutvůrcem poskytované sociální služby (Malíková, 2011, s. 33). Standardům kvality a individuálnímu plánování jako dvěma stěžejním změnám v oblasti sociálních služeb budou věnovány v následujícím textu dvě samostatné podkapitoly.

V oblasti péče o seniory bylo přijetí zákona o sociálních službách rovněž významné, jelikož v této oblasti stanovuje:

- podmínky, za nichž mohou být poskytovány sociální služby seniorům,
- kdo může být zřizovatelem, a jakými způsoby mohou být sociální služby pro seniory financovány,
- druhy sociálních služeb, které jsou určeny pro osoby seniorského věku,
- výši příspěvku na péči, stupně závislosti, podle nichž je výše příspěvku stanovována a podmínky a postupy pro přiznávání příspěvku na péči,
- povinnosti, které musí splňovat poskytovatel, který chce poskytovat sociální služby seniorům,
- podmínky smluvního vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby a postupy v projednávání žádosti o přijetí do sociální služby,
- rozsah základních činností, které jsou povinné při poskytování pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb seniorům,
- způsoby, jakými je kontrolována a zjišťována kvalita sociálních služeb využívaných seniory,
- personální požadavky, které musí splňovat zaměstnanci, kteří poskytují odbornou péči (Malíková, 2011, s. 48).

To, jak se přijetí zákona o sociálních službách promítlo do konkrétní podoby péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb, uvádí Haškovcová (2010, s. 236–237). Po přijetí zákona o sociálních službách se usilovalo o to, aby byly domovy pro seniory pro jejich obyvatele skutečným domovem. Jsou uskutečněny dramatické změny, které tato autorka nazývá „*vpádem domova do domovů*“. Mizí kasárenský a azylový typ domovů důchodců, domovy pro seniory se otevírají světu. Současné domovy pro seniory bývají většinou pěkně vybaveny. Senioři jsou obvykle ubytováni v jedno až čtyřlůžkových pokojích, výskyt vícelůžkových pokojů je spíše ojedinělý. Některá zařízení umožňují svým uživatelům umístit si do svého pokoje oblíbené bytové doplňky. Součástí domovů pro seniory bývají rehabilitační místnosti, realizovány jsou terapeuticko-zábavní činnosti. Mnoho domovů ve svém areálu provozuje doprovodné služby např. kadeřníků nebo holičů či drobné obchůdky, kde je k zakoupení zboží běžné potřeby. Do některých domovů pro seniory také dojíždějí nejrůznější obchodníci s oblečením, kosmetikou nebo obuví (Haškovcová, 2010, s. 236–237).

2.2 Sociální služby se zaměřením na seniory

Cílem sociálních služeb je snižovat sociální a zdravotní rizika, které vyplývají ze způsobu života toho, který službu využívá; podporovat rozvoj uživatele nebo alespoň usilovat o udržení jeho stávající soběstačnosti a snažit se o jeho návrat do pro něj přirozeného domácího prostředí. Dále rozvíjet schopnosti uživatelů a vytvářet pro ně takové možnosti, aby mohli vést samostatný život, pokud toho ovšem mohou být schopni (Krejčířová, Treznerová, 2013, s. 8).

Paragraf 3, díl 1, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální službu jako: „*činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

Zjednodušeně lze sociální službu také chápat jako systematickou činnost sociálního subjektu (poskytovatele sociální služby) vůči sociálnímu objektu (příjemci) pomoci (Malík Holasová, 2014, s. 16).

Jak vyplývá z předchozího textu, oblast sociálních služeb je na našem území v současnosti upravena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální služby mohou být podle tohoto zákona poskytovány ve třech formách, a to ve formě ambulantní (služby, za nimiž je osoba doprovázena nebo dochází do zařízení sociálních služeb, a jejichž součástí není ubytování), terénní (služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí uživatele) a pobytové (služby, v jejichž rámci je osoba ubytována v zařízeních sociálních služeb) (§ 33, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Co se týká druhů sociálních služeb, výše zmíněný zákon rozlišuje tři následující druhy sociálních služeb:

1. **Sociální poradenství** – Dělí se na základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství jsou povinni zajišťovat všichni registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství pak poskytují specializované poradny, které se profilují buď podle určitého jevu nebo podle cílové skupiny (Příbyl, 2015, s. 20). Účelem sociálního poradenství je poskytnout jedinci potřebné informace, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace, ve které se on nebo jeho příbuzní nachází. Poradenství zahrnuje jak součást preventivní (zaměřenou na předcházení vzniku obtížných sociálních situací a odstraňování jejich příčin či nepříznivých podmínek), tak nápravnou (orientovanou na řešení problémů jednotlivce i jeho rodiny, a také na zmírnění důsledků, které z nich vyplývají) (Molek, 2009, s. 11).
2. **Služby sociální péče** – Služby sociální péče se zaměřují na poskytování pomoci osobám při zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti, s cílem podpořit život v jejich přiroze-

ném sociálním prostředí a umožnit jim, aby se v co nejvyšší míře mohli zapojit do běžného života společnosti, a v případech, kdy to neumožňuje jejich stav, zajistit těmto osobám zacházení a prostředí, které pro ně bude důstojné (§ 38, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Služeb sociální péče existuje celá škála, já se zmíním pouze o těch, které jsou určeny pro seniory.

- *Osobní asistence* – Jedná se o terénní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností. Poskytuje se v jejich přirozeném prostředí a není časově omezena (Příbyl, 2015, s. 20).
- *Pečovatelská služba* – Uživateli pečovatelské služby jsou osoby se sníženou soběstačností. Tato služba je zaměřena na poskytování péče v domácím prostředí seniora či v zařízení sociálních služeb. Ji poskytované sociální služby jsou zpoplatněné a zahrnují ošetřovatelské úkony, péči o domácnost, nakupování, žehlení, praní, doprovod k lékaři apod. (Příbyl, 2005, s. 20; Mlýnková, 2011, s. 66)
- *Tísňová péče* – Je zaměřena na poskytování nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace. Je určena zejména pro osoby, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení života (Příbyl, 2005, s. 20).
- *Průvodcovské a předčitatelské služby* – Lze se setkat s terénní i ambulantní formou této služby. Využívají ji zejména osoby se sníženými orientačními a komunikačními schopnostmi.
- *Odlehčovací služby* – Vyskytují se v ambulantní, terénní i pobytové formě. Jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností, o něž je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem této služby je umožnit nutný odpočinek pečující osobě (Příbyl, 2005, s. 21).
- *Centra denních služeb* – Centra denních služeb poskytují denní pobyt seniorům, jejichž psychické nebo fyzické schopnosti jsou omezeny a vyžadují denní péči. Tato centra poskytují pomoc nejen samotným seniorům, ale i jejich pečujícím příbuzným. Senioři zde mohou trávit čas v době, kdy jsou příbuzní, kteří o ně jinak pečují, v zaměstnání. Současně tato centra poskytují také odlehčovací služby. V případě, že příbuzní, kteří zajišťují péči o seniora, chtějí odjet například na dovolenou, mohou seniora na přechodnou dobu umístit do lůžkové části zařízení, kde mu péči zajistí personál.

- *Denní stacionáře* – Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou využívají senioři mající sníženou soběstačnost a vyžadující pravidelnou pomoc ze strany jiné fyzické osoby. Zajištěna jim zde je všestranná péče.
- *Týdenní stacionáře* – Princip jejich činnosti je podobný jako u denních stacionářů. Rozdílná je pouze délka pobytu seniora. Týdenní stacionáře obvykle fungují od nedělního večera nebo pondělního rána do pátečního odpoledne. O víkendech jsou senioři se svými příbuznými (Mlýnková, 2011, s. 66).
- *Domovy pro seniory* – Jedná se o pobytovou službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností především z důvodu věku, a které vyžadují pravidelnou pomoc ze strany jiné fyzické osoby (Příbyl, 2005, s. 21). Bude jim věnována samostatná podkapitola.
- *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* – Jsou pobytovými službami pro osoby se sníženou soběstačností způsobenou zdravotním postižením, které potřebují pravidelnou pomoc poskytovanou jinou fyzickou osobou.
- *Domovy se zvláštním režimem* – Jsou zaměřené na poskytování pobytových služeb osobám majícím sníženou soběstačnost z důvodu závislosti na návykových látkách, z důvodu chronického duševního onemocnění anebo trpícím různými typy demencí, které potřebují pomoc ze strany jiné fyzické osoby.
- *Sociální služby, které jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče* – Jedná se o pobytovou službu pro osoby, které už nevyžadují lůžkovou zdravotní péči, ale jejichž zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné osoby (Příbyl, 2005, s. 21).

3. Služby sociální prevence – Tyto služby se zaměřují na situace a jevy, které se mohou stát příčinou sociálního vyloučení. Stěžejní oblast zaměření sociální prevence tvoří tzv. sociálně negativní jevy jako je např. kriminalita, zneužívání návykových látek, bezdomovectví apod. Senioři z oblasti služeb sociální prevence využívají především:

- *Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením* – Jedná se o služby poskytované v ambulantní nebo terénní formě určené pro osoby ohrožené sociálním vyloučením z řad seniorů a osob se zdravotním postižením.
- *Azylové domy* – Jde o pobytovou službu na přechodnou dobu, která je určena pro osoby, které ztratily bydlení (Příbyl, 2005, s. 21–22).

2.3 Individuální plánování

Předtím, než vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nebyla péče v pobytových sociálních zařízeních uživatelům poskytována individualizovaně. Činnosti byly vykonávány rutinně systémem skupinové péče. Ten nepřihlížel k individualitě jednotlivých klientů a neusiloval o to, aby byla naplněna jejich očekávání. Vyžadoval po nich, aby se podřídili režimu zařízení a často tak byli nuceni vzdát se svých životních návyků a předešlého způsobu života. Klientům se nedostávalo dostatečného prostoru pro rozvoj jejich osobnosti, byli málo podporováni k tomu, aby rozvíjeli svou soběstačnost. Často také docházelo k porušování lidských práv např. v oblasti svobody projevu nebo pohybu a ponižování důstojnosti člověka. Klienti mnohdy nebyli spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb, ztráceli naději, optimismus, byli rezignovaní a apatičtí. Neměli možnost se nějakým způsobem zapojit do rozhodování o jim poskytované péči. Komunikace s pracovníky byla mnohdy neuspokojivá a spolupráce mezi nimi a klientem nedostatečná. Problémem byl často také nedostatek soukromí (Malíková, 2011, s. 157–158).

Přijetím zákona o sociálních službách z roku 2006 se individuální plánování služby stalo nejen jedním z hlavních požadavků na kvalitu sociálních služeb, ale také jedním ze symbolů změn v této oblasti (Haicl, Haiclová, 2011, s. 23). Individuální plánování je „*proces kontraktování, tedy dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována*“ (Haicl, Haiclová, 2011, s. 25). Jeho cílem je, aby poskytovaná sociální služba byla v co největším zájmu uživatele, byla přizpůsobena jeho specifickým požadavkům, podmínkám, možnostem, schopnostem a osobním cílům, a aby se do procesu plánování i jejího výkonu uživatel sám zapojil (Hauke, 2011, s. 16).

Na realizaci individuálního plánování se podílí několik pracovníků zařízení sociálních služeb. Jejich činnost má charakter činnosti multidisciplinárního týmu. Tým pověřený uskutečňováním individuálního plánování se obvykle skládá z koordinátora, moderátora, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách (klíčových pracovníků), důvěrníka klienta, všeobecných sester, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, pracovníka pro volnočasové aktivity, psychologa a dalších pracovníků zařízení. Pokud je potřeba, k projednávání určité záležitosti, která souvisí s individuálním plánováním klienta, mohou být pozvány ještě další osoby jako jsou např. příbuzní, přátelé, nutriční terapeut, praktický nebo odborný lékař apod. (Malíková, 2011, s. 160) Nyní si lehce nastíníme role jednotlivých členů týmu v rámci individuálního plánování. Odpovědnost za funkční a plynulé uskutečňování individuálního plánování u uživatelů nese koordinátor individuálního plánování. Tím bývá obvykle vedoucí sociální pracovník,

který určuje klíčového pracovníka pro uživatele, sleduje činnost klíčových pracovníků a dohlíží na tvorbu a uskutečňování individuálního plánu. Klíčovými pracovníky bývají obvykle pracovníci v sociálních službách. Klíčového pracovníka uživateli sociální služby přiděluje na začátku jejího poskytování koordinátor individuálního plánování. Je mu přidělen z důvodu, že po příchodu do zařízení, nezná uživatel žádného z pracovníků, proto by byl pro něj výběr složitý. Po jisté době pobytu je uživatel koordinátorem dotázán, zda mu přidělený klíčový pracovník vyhovuje nebo zda si jej přeje změnit. Hlavním úkolem klíčového pracovníka je ve spolupráci s klientem vytvořit individuální plán, který bude směřovat k dosažení klientova osobního cíle. Společně s dalšími pracovníky organizuje a zajišťuje plnění individuálního plánu, podílí se na jeho realizaci a provádí kontrolu jeho plnění. Dalším členem multidisciplinárního týmu je důvěrník klienta. Důvěrníkem je člověk, kterému klient důvěřuje a svěřuje se mu se svými problémy, pocity, radostmi i starostmi. Ideální situace nastává, pokud klient důvěřuje svému klíčovému pracovníkovi natolik, že se stává i jeho důvěrníkem. Pokud tato situace nenastane, může tuto funkci vykonávat i jiný pracovník zařízení např. ergoterapeut, pracovník úklidu, recepční apod. Řízení pracovních porad a jejich koordinaci má v rámci individuálního plánování na starosti další člen týmu, kterým je moderátor. Ten dává pozor na to, aby všichni pracovníci dostali v rámci porady možnost se vyjádřit, a aby porada byla konstruktivní, tedy zaměřená na hledání možností, jak určitý problém řešit. Jeho role spočívá v podpoře týmové spolupráce. Pokud se rozhoduje o konkrétním řešení problému, zůstává nestranný. Je vhodné, když se do tvorby individuálního plánu zapojují i rodinní příslušníci a další blízké osoby klienta. Mohou být totiž důležitým zdrojem informací o klientovi, které klíčovému pracovníkovi mohou pomoci při tvorbě individuálního plánu a k lepšímu porozumění klientovi (Malíková, 2011, s. 161–166).

V praxi sociálních služeb existuje více způsobů, jak může být plánování sociální služby realizováno. Jednotlivé způsoby se od sebe liší nejen samotnými postupy (např. formou záznamu individuálního plánu, vedením dialogu apod.), ale rovněž upřednostňovanými hodnotami (např. zaměřením na cíle nebo procesy) a dalšími teoretickými východisky. Setkat se můžeme s následujícími modely plánování sociální služby. Prvním je *model zaměřený na dosahování cílů*, jehož východiskem jsou cíle, které byly stanoveny samotným uživatelem. Cílem se v tomto pojetí rozumí především změna, která by měla být u uživatele dosažena na základě poskytování sociální služby. Klíčový pracovník vystupuje v roli poradce, který pomáhá uživateli s formulací cíle a také se stanovením konkrétních kroků, které bude nutné provést, aby bylo cíle dosaženo. Jelikož se ukázalo, že model zaměřený na dosahování cílů je pro mnoho uživatelů nepoužitelný, vznikl *model zaměřený na dialog a uživatele služby*. Ten upřednostňuje dialog o potřebách

uživatelé. Uživatel služby je klíčovým pracovníkem motivován, aby některé z potřeb věnoval pozornost a učinil z ní osobní cíl. V tomto přístupu se většinou neusiluje o dlouhodobé plánování služby, ale spíše o zjištění aktuálních potřeb uživatele a podpory, kterou bude v konkrétních oblastech potřebovat. Role klíčového pracovníka spočívá zejména v pomoci uživateli při formulaci jeho potřeb, při aktivizaci zdrojů uživatele a v nabídnutí odpovídající podpory. Třetím modelem plánování služby je *model vycházející ze schémat počítačové podpory*. Plánování služby se v rámci tohoto modelu uskutečňuje tak, že klíčový pracovník do počítačového programu zadá okruh obtíží konkrétního uživatele a počítač sám vytvoří nabídku možností konkrétní podpory. Tyto možnosti podpory jsou následně projednány s uživatelem služby. Čtvrtým modelem plánování služby je *model expertní*, jehož počátky nalezneme v medicínském pojetí sociální práce. Pracovník si v rámci tohoto modelu ponechává odstup a expertní pozici. Často využívaným postupem je získávání osobních a sociálních anamnéz, důraz je kladen na práci s dokumentací uživatele (Haicl, Haiclová, 2011, s. 26–30).

Individuální plánování je proces, který skýtá mnoho pozitiv jak pro uživatele, tak pro poskytovatele sociálních služeb. Přínosem individuálního plánování pro uživatele je, že vystupuje jako rovnocenný partner, zná svá práva a povinnosti, ví, jak bude služba probíhat, jelikož se na jejím průběhu domluvil s pracovníkem, a není pasivním příjemcem služby, ale nese částečnou odpovědnost za průběh služby a za plnění osobních cílů. Co se týká poskytovatele, pozitivním přínosem individuálního plánování pro něj je, že všichni pracovníci postupují stejným způsobem na základě individuálního plánu, aniž by každý nový zaměstnanec musel od uživatele zjišťovat, jak chce, aby mu byly služby poskytovány, představuje pro něj kontrolní mechanismus k efektivnímu využívání služby, ale také prostředek ke zvyšování kvality služby a změnám v nabídce služeb vycházejících z potřeb, přání a osobních cílů uživatelů (Hauke, 2011, s. 16–17).

V současnosti existují určité okolnosti, které pro kvalitní individuální plánování představují ohrožení. Jednou z nich je formalizace, která je nejspíše způsobena nepochopením smyslu zjišťování potřeb a individuálního plánování. Dalším problémem je skutečnost, že ve velkém množství pobytových sociálních zařízení mají pracovníci přímé obslužné péče na starosti neúměrné množství klientů s vysokým stupněm nesoběstačnosti. Péče o tyto klienty jim pak může zabrat většinu jejich pracovní doby, a tak jim už nezbývá čas na péči o uživatele, které dostali svěřené jako klíčoví pracovníci. Problematická také často bývá komunikace a spolupráce v týmu. Koordinátoři individuálního plánování by měli poskytovat rady, pomoc klíčovým pracovníkům, realita je však mnohdy jiná (Malíková, 2011, s. 191).

2.4 Kvalita sociálních služeb

Než se budeme věnovat samotné otázce kvality sociálních služeb, je vhodné vymezit si samotný pojem „kvalita“. Například Horecký (2011, s. 25) definuje kvalitu jako „... soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se vztahují na naplnění daných požadavků.“ Pokud tuto definici vztáhneme na oblast sociálních služeb, můžeme říci, že kvalita sociálních služeb vyjadřuje soubor vlastností, které jsou dány mírou uspokojení potřeb a zájmů jejich uživatelů, ale rovněž zadavatelů (subjektů, které je objednávají a financují z veřejných rozpočtů), jelikož jsou službami veřejnými (Novotný, Lukeš, 2008, s. 99).

Za kvalitní pak lze považovat takovou sociální službu, která je poskytována tak, aby nedocházelo k porušování lidských a osobních práv jejich uživatelů, která vychází z očekávání, požadavků a osobních cílů uživatelů, která je průběžně vyhodnocována, přičemž jsou brány v potaz osobní cíle a možnosti uživatelů, která bere ohled na individuální potřeby klientů, zlepšuje kvalitu jejich života a podporuje jejich životní styl, která informuje uživatele o možnostech podání stížnosti na způsob nebo kvalitu poskytované sociální služby a zároveň má stanovené postupy, na základě kterých jsou stížnosti vyřizovány, která uživatelům umožňuje využívat běžně dostupné veřejné služby (např. kadeřníka apod.), jejímiž zaměstnanci jsou vyškolení odborníci, kteří jsou schopni zajistit odpovídající kvalitu poskytovaných služeb, a která má určený počet pracovníků, který odpovídá druhu poskytované sociální služby, její kapacitě, potřebám a počtu uživatelů (Kolektiv autorů, 2007).

Kvalita sociálních služeb je v České republice zjišťována a zajišťována na základě Standardů kvality sociálních služeb. Ty jsou tvořeny souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, která definují nezbytnou úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb (Novotný, Lukeš, 2008, s. 100). Jejich hlavním účelem je zajistit, aby poskytované sociální služby respektovaly a chránily práva, jak uživatelů služby, tak i těch, kteří službu poskytují – pracovníků (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 54). Všichni poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni podle § 88, dílu 2, písmena h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách tyto standardy dodržovat. Znění kritérií jednotlivých standardů se nachází ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., která je prováděcím předpisem ke zmíněnému zákonu (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 11). Standardy kvality jsou vypracovány v obecném znění, každý poskytovatel musí standardy kvality rozpracovat a přizpůsobit svým konkrétním podmínkám a cílové skupině tak, aby co možná do největší míry odpovídaly skutečné reálné situaci a byly vyhovující pro uživatele služby. Přínos standardů kvality spočívá v tom, že jejich plošné a celonárodní zavedení, umožňuje porovnávání efektivity jednotlivých druhů služeb a zařízení nabízejících totožný

druh služby. Mimo to jsou také garancí úrovně a kvality nabízených sociálních služeb (Malíková, 2011, s. 70). Standardy kvality se dělí na tři základní okruhy, na procedurální standardy, personální standardy a standardy provozní. *Procedurální standardy* vyjadřují, jak má vypadat poskytování služby. Stanovují, na co je nutné si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého jedince. Zaměřují se také na ochranu práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnosti. *Personální standardy* se orientují na to, jak je služba personálně zajištěna. Vyjadřují skutečnost, že kvalita služby přímo závisí na pracovnících a jejich dovednostech, vzdělání, pracovních podmínkách, podpoře, vedení apod. *Provozní standardy* určují podmínky, za nichž jsou sociální služby poskytovány. Zaměřují se na prostory, kde jsou sociální služby poskytovány, ale také na jejich dostupnost a zvyšování kvality (MPSV, 2002, s. 6). Každý ze standardů obsahuje kritéria, která se dělí na zásadní a další. Zásadní kritéria jsou povinná, což znamená, že se vyžaduje, aby je poskytovatel sociální služby dodržoval a realizoval v plné míře. Další kritéria nejsou povinná a nemusí být tedy splněna (Malíková, 2011, s. 70).

Kvalita sociálních služeb je ze strany státu zjišťována na základě inspekce kvality sociálních služeb. Ta je prováděna krajským úřadem a Ministerstvem práce a sociálních věcí (u poskytovatelů zřízených či založených krajem) a probíhá přímo v místě poskytování služby. Realizuje ji zpravidla inspekční tým složený ze tří osob – inspektora, který je zaměstnancem krajského úřadu nebo MPSV, a dvou specializovaných odborníků, kteří jsou zapsáni v Seznamu inspektorů kvality sociálních služeb, který vede MPSV. Délka inspekce závisí na rozsahu poskytované sociální služby, nicméně zpravidla trvá jeden až tři dny. V rámci inspekční činnosti je sledováno plnění podmínek registrace poskytovatelů (např. je zjišťováno, zda je poskytovaný druh služby v souladu s registrovaným druhem služby), kvalita poskytovaných sociálních služeb (posuzována na základě míry naplnění Standardů kvality sociálních služeb), a v neposlední řadě se inspekce zaměřuje na plnění povinností poskytovatelů, které vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (např. naplňování lidských a občanských práv uživatelů...). Plnění standardů kvality sociálních služeb se hodnotí podle stupně splnění jednotlivých kritérií systémem bodového hodnocení, přičemž za každé kritérium jsou započteny 3 body, jestliže je splněno výborně, 2 body, pokud je kritérium splněno dobře, 1 bod, v případě, že je kritérium splněno částečně, nebo 0 bodů, jestliže kritérium není splněno (§ 38, vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách). Na konci inspekce je poskytovateli sociálních služeb předána inspekční zpráva, v níž jsou uvedena zjištění inspekčního týmu o stavu poskytované sociální služby a stává se podkladem pro její možné budoucí zkvalitnění (Kolektiv autorů, 2007). Proces inspekce kvality

sociálních služeb je náročný pro poskytovatele i inspektory, nicméně ho lze považovat jako významný nástroj ke zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb (Malík Holasová, 2014, s. 57).

V této podkapitole bylo zatím hovořeno pouze o standardech kvality jako nástroji, kterým lze hodnotit kvalitu sociálních služeb. Standardy kvality ale nejsou jediným měřítkem kvality sociálních služeb. Mimo ně lze kvalitu poskytovaných sociálních služeb měřit např. na základě těchto způsobů – E-Qalin, TQM, supervize, stížnosti, sebehodnocení apod. V souvislosti s domovy pro seniory bych se ráda zmínila ještě o projektu Značka kvality, který je zaměřený na vytvoření certifikovaného systému hodnocení kvality pro domovy pro seniory, pečovatelské služby, domovy se zvláštním režimem a ambulantní služby pro osoby se zdravotním postižením, a je realizován Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. Systém Značky kvality vznikl od roku 2009 a původně byl určen pouze pro domovy pro seniory. První certifikace této služby byla uskutečněna v roce 2011. Cílem Značky kvality v sociálních službách je poskytnout informace o tom, jakou kvalitu mohou od života v konkrétním zařízení noví uživatelé služby či zájemci o ni očekávat. Certifikace je založena na udělování hvězd, kterými jsou hodnoceny nejdůležitější oblasti poskytování služby (ubytování, strava, kultura a volný čas, partnerství, péče). Služba je hodnocena z pohledu samotného uživatele sociální služby. Na rozdíl od standardů kvality je Značka kvality dobrovolná a prováděna je za poplatek, který za základní certifikaci v případě domova pro seniory činí 23 490 Kč (platnost od 23. 1. 2019). Platnost certifikátu Značky kvality je u zařízení, které bylo certifikováno poprvé 3 roky, u každé další certifikace pak 4 roky od termínu jejího získání (APSS, 2011).

2.5 Domovy pro seniory

Domov pro seniory je zařízení sociálních služeb, které poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností především z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc ze strany jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti, které jsou v rámci této sociální služby poskytovány patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o svou osobu, poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při provádění osobní hygieny nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv či oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí (§ 49, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Kromě zmíněných činností, které je poskytovatel povinen zajistit, mohou být v domově pro seniory poskytovány fakultativně ještě i další činnosti (§ 35, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Tato sociální služba není určena pro osoby mladší 65 let¹, osoby trpící Alzheimerovou chorobou ve stadiu, kdy vyžadují trvalý dohled jiné osoby, seniory, jejichž zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení nebo trpí akutní nemocí a potřebují nepřetržitou lékařskou péči, pro seniory s psychickou poruchou, u kterých je nebezpečí, že ohrozí sebe či někoho jiného, a jejichž stav nelze ovlivnit léčbou. Dále není poskytována osobám, které mohou svým chováním nebo onemocněním významně narušovat či znemožňovat společné bydlení, osobám trpícím chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na alkoholu či jiných omamných látkách, osobám se speciálními požadavky, které jsou nesplnitelné z důvodů personálních, věcných či technických, a také pro osoby, u nichž by bylo umístění do domova pro seniory pouhým řešením jejich bytové či rodinné situace (Veselá, s. 3–4).

Pokud má osoba zájem o umístění do zařízení, musí nejprve podat žádost o přijetí do zařízení a k ní přiložit doklady nebo kopie dokladů, které jsou požadovány. Tuhle žádost pak podá v případě, že se jedná o zařízení zřizované státem na příslušném spádovém odboru, v případě že jde o nestátní pobytové zařízení, přímo v daném zařízení. Žádost je poté projednána a žadatel je vyrozuměn, jestli splňuje zákonem stanovené podmínky (Malíková, 2011, s. 65). O poskytnutí sociální služby v domově pro seniory je mezi osobou a poskytovatelem sociálních služeb uzavřena smlouva, u které je vyžadována písemná forma a musí obsahovat zákonem stanovené náležitosti (§ 91, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Cílem poskytované sociální služby v domově pro seniory je uživatel, který za pomoci služeb poskytovaných v zařízení, podpory a pomoci důstojným způsobem prožije a dožije stáří, a který je spokojený v oblasti stravování, ubytování, poskytování sociálně aktivizačních činností a rovněž v oblasti soukromí. Dále se v rámci této sociální služby usiluje o to, aby byly u uživatele co nejdéle uchovány jeho schopnosti a dovednosti, a to především v oblasti jeho soběstačnosti (Veselá, s. 2).

V souladu se základními zásadami uvedenými v §2 zákona o sociálních službách jsou sociální služby v domově pro seniory poskytovány tak, aby rozsah a forma pomoci poskytnutá v jejich rámci zachovávala důstojnost člověka a vycházela z jeho individuálních potřeb. Jsou také poskytovány v zájmu osob a v odpovídající kvalitě tak, aby byla dodržována lidská práva a základní svobody (§ 2, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Domov pro seniory patří do pobytových služeb poskytovaných za úhradu. Zákon stanovuje, že po úhradě za ubytování a stravu musí uživateli domova pro seniory zůstat alespoň 15 % jeho příjmu (§ 73, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). K úhradě částí poplatků

¹ Věková hranice nutná pro přijetí do domova pro seniory se může u jednotlivých zařízení tohoto typu lišit.

spojených s poskytováním sociální služby v domově pro seniory může uživatel využít příspěvku na péči. Jedná se o příspěvek hrazený ze státního rozpočtu, který je určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby (§ 7, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Výše příspěvku na péči je odvozená od stupně, na kterém je posuzovaná osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. Základními životními potřebami se myslí mobilita, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, orientace, výkon fyziologické potřeby, tělesná hygiena, péče o zdraví, péče o domácnost a osobní aktivity (§ 9, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Přiznání příspěvku na péči předchází řízení o jeho přiznání. To se zahajuje na základě písemně podané žádosti, která musí být podána na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce místně příslušném na základě místa trvalého pobytu osoby, která o příspěvek na péči žádá. Sociální pracovník Krajské pobočky Úřadu práce pak za účelem rozhodování o přiznání příspěvku provede sociální šetření, jehož cílem je zjistit schopnost osoby vést samostatný život v rámci svého přirozeného sociálního prostředí. Po provedení sociálního šetření je na příslušnou OSSZ zaslána žádost o posouzení stupně, ve kterém je osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby. OSSZ při posuzování stupně závislosti vychází z výsledků sociálního šetření a ze zdravotního stavu osoby, který je doložen nálezem, který vydal poskytovatel zdravotních služeb, popř. z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře a z výsledků funkčních vyšetření. Na základě posudku OSSZ pak krajská pobočka Úřadu práce vydává rozhodnutí o přiznání, popř. nepřiznání příspěvku na péči žadateli (MPSV, 2016).

Zřizovateli domovů pro seniory, stejně jako jiných zařízení sociálních služeb, mohou být v ČR kraje, obce, Ministerstvo práce a sociálních věcí, fyzické osoby a také nestátní neziskové organizace. Obce mohou v rámci své samostatné působnosti domovy pro seniory (sociální služby) zřizovat jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity či jako příspěvkové organizace mající samostatnou právní subjektivitu. Stejně tak i kraje mohou v rámci své samostatné působnosti zřizovat domovy pro seniory (sociální služby) jako svoje organizační složky nebo jako příspěvkové organizace (Matoušek, 2007, s. 12). Poskytovateli sociálních služeb v domově pro seniory mohou podle zákona být územní samosprávné celky a těmito celky zřizované právnické osoby, další právnické osoby, dále ministerstvo a jím zřízené státní příspěvkové organizace (které jsou právnickými osobami) nebo organizační složky státu a také fyzické osoby (§ 6, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Sociální služby je možné poskytovat pouze na základě oprávnění k jejich poskytování, které vzniká rozhodnutím o registraci, přičemž o registraci rozhoduje příslušný krajský úřad (§ 78, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Podmínky registrace jsou uvedeny v § 79 zákona o sociálních službách. Poskyto-

vatelé sociálních služeb musí dodržovat povinnosti uvedené v zákoně, mezi které patří např. dodržování standardů kvality, zpracování vnitřních pravidel zajištění poskytované sociální služby, individuální plánování průběhu poskytované sociální služby, uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby a další (§ 88, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3 Aktivizace seniorů

Pro zachování tělesného a duševního zdraví osob seniorského věku je důležité zůstat aktivní. Proto je nutné, aby se seniorům dostávalo kvalitního programu, který povede nejen k jejich fyzické a mentální stimulaci, ale současně jim zajistí i kontakt s jinými lidmi, čímž bude zabráněno jejich sociální izolaci. Následující kapitola bude věnována právě významu aktivizace pro seniory, jejich motivaci k aktivitám, tvorbě aktivizačního programu a popisem užívaných aktivizačních metod v domovech pro seniory.

3.1 Aktivizace, její cíle a význam v seniorském věku

Aktivizace seniorů je proces, který „... slouží k podněcování potenciálu (vnitřních předpokladů) seniorů, přičemž přispívá k jejich fyzickému, ale i psychickému zdraví a celkové kvalitě života (Průcha, Veteška, 2014, s. 27).“

Cílem aktivizace u seniorů je smysluplné vyplnění jejich volného času, zachování, popř. zlepšení stávajících dovedností (chůze, myšlení, hrubé a jemné motoriky, orientace...), odstranění nežádoucích poruch chování (deprese, úzkosti, neklidu...), pozitivní ovlivňování jejich emočního stavu, zvyšování jejich sebedůvěry a sebevědomí, zajištění pravidelného režimu, díky kterému mohou nabýt pocitu bezpečí a stability, a v neposlední řadě také podpora verbální i neverbální komunikace seniorů nejen s personálem, ale také mezi sebou navzájem (Holmerová a kol., 2007, s. 140).

Hlavní přínosy aktivizace pro člověka v seniorském věku spočívají v:

- mobilizaci jeho fyzických a psychických sil, jelikož nečinnost u starých lidí může mít za následek jejich nezadržitelný úpadek, může vést k depresím, k rozpadu osobnosti a k urychlení fyziologických procesů stárnutí,
- utváření nových vztahů k lidem a překonávání pocitu osamělosti,
- posílení pocitu užitečnosti a uznání, což pozitivně ovlivňuje jeho pocit vlastní hodnoty (Šimíčková-Čížková, 2003, s. 147),
- odreagování od pochmurných myšlenek, myšlenek na bolest apod.,
- navození pocitů radosti, potěšení, prožívání zábavy (Suchá a kol., 2013, s. 13–14).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že jsou aktivity pro seniory nejen v domovech pro seniory, ale i v dalších zařízeních, které se věnují péči o ně, důležitou součástí kvalitní komplexní péče (Suchá a kol., 2013, s. 13).

3.2 Motivace seniorů k aktivitám

Staří lidé bývají apatičtí, pasivní, nebývají schopni se pro něco bezvýhradně nadchnout a mívají také chudší fantazii. To všechno jsou důvody, proč je mnohdy těžké je motivovat k nějaké činnosti. Tyto důvody se pak v zařízeních typu domova pro seniory ještě umocňují s dalšími faktory (např. s obavou z neznámého, ze zesměšnění) a mají za následek malou účast na realizovaných aktivitách v těchto zařízeních (Holmerová a kol., 2007, s. 136). Uživatelé mají samozřejmě právo se aktivit neúčastnit, nicméně vždy by se měli pracovníci snažit je pro aktivitu získat (Suchá a kol., 2013, s. 19).

Otázka tedy zní, jak seniory k účasti na uskutečňovaných aktivitách motivovat? Odpověď na ni není ale zcela jednoduchá, jelikož každý člověk je individualitou, z čehož vyplývá, že na každého může zabrat jiná strategie. Jak již bylo uvedeno v předchozím odstavci, senioři mohou mít pro svou neúčast na aktivitách různé důvody, které je nutné zjistit, abychom s nimi mohly v rámci motivace pracovat (Rheinwaldová, 1999, s. 34).

V domovech pro seniory se můžeme setkat s uživateli, kteří téměř vůbec nevycházejí ze svého pokoje a poddávají se vlastním pesimistickým myšlenkám. Dále také s klienty, kteří mají obavu z experimentování, ze zesměšnění, z neznámého, z neporozumění nebo se mohou například stydět za svou obezitu apod. Proto je velice důležité, aby terapeut navštívil všechny uživatele a osobním kontaktem se je pokusil získat pro spolupráci. Pokud má klient výše uvedené obavy, je vhodné mu pro začátek navrhnout, zda by se nechtěl aktivit účastnit pasivně, pozorovat pouze jejich průběh. Pokud se pracovníkovi podaří nalákat seniora k první návštěvě aktivity, většinou sám pak dojde k názoru, že aktivita není nijak obtížná, a že by se ochudil o množství legrace a zábavy, pokud by se příště neúčastnil. Většinou se u něj projeví i zdravá soutěživost, touha po vyrovnání se druhým a odhodlání, že to taky zvládne (Holmerová a kol., 2007, s. 136; Rheinwaldová, 1999, s. 34).

Důležitou roli hraje také čas, kdy jsou aktivity uskutečňovány. Pokud seniorům nevyhovuje denní doba, ve které je aktivita realizována, není divu, že se jí neúčastní. Této komplikaci předejdeme zjištěním, která doba je ze strany klientů pro aktivity ideální (Rheinwaldová, 1999, s. 35).

Někteří obyvatelé vnímají svůj pokoj jako prostor, kde jsou v bezpečí, kde mají svoje pohodlí, věci, a odmítají ho opustit. Takovým obyvatelům je nutné věnovat více času a pozornosti, získat si jejich důvěru. Pokud to nepostačí, je možné uspořádat některé aktivity u dotyčného na pokoji. Dostane se tak do kontaktu s jinými obyvateli domova pro seniory a časem se může odvážit k opuštění svého pokoje (Rheinwaldová, 1999, s. 35).

Za neochotou některých seniorů účastnit se společných aktivit může stát strach z lidí, které neznají, ale také přítomnost osoby, kterou nemají rádi. Pokud pracovník zjistí tyto příčiny, měl by se snažit problém vyřešit, navzájem obyvatele představit a seznámit, popř. pomoci jim s řešením vzájemných sporů a zajistit, aby zneprátené osoby neseděly vedle sebe. Někteří obyvatelé mohou mít zase problém s aktivitami, kterých se účastní osoby, které mají horší zdravotní stav než oni samotní. Mají obavy, že jednou na tom budou stejně jako oni, a to je děsí. Na tyto jedince je nutné pamatovat při tvorbě skupin (Rheinwaldová, 1999, s. 35).

V případě arteterapeutických činností usnadňuje motivaci k účasti užitečnost vytvářeného díla (např. dárek pro příbuzné). Motivačně také působí, pokud si uživatelé mohou vzít svůj výrobek na pokoj. Jestliže ani tak nejsme v motivaci úspěšní, můžeme se ještě pokusit poprosit klienty o pomoc s tím, že bychom danou činnost bez nich nezvládli. Pokud je vztah mezi arteterapeutem a klientem dobrý, tak tato slova zaberou téměř vždy. Nutným předpokladem pro to však je, že klient terapeuta dobře zná a chová k němu důvěru. Nezbytné je rovněž klienty pochválit za odvedenou práci způsobem, kterým jim dáme najevo, že pochvalu myslíme opravdu upřímně (Holmerová a kol. s. 131).

Motivačně na některé seniory může také působit skutečnost, že se při aktivitě bude podávat něco k pití nebo ke konzumaci. Na některé obyvatele mužského pohlaví zase funguje přítomnost žen na nabízené aktivitě. Někoho může na aktivitu nalákat například spolubydlící, který se jí pravidelně účastní (Suchá a kol., 2013, s. 19).

Pracovníci musí při jednání s klienty brát neustále ohled na příčiny, kvůli nimž se senioři zdráhají různých aktivit účastnit. Musí je motivovat chápavým postojem, ujišťovat je o bezpečí a pohodě a jednat s nimi trpělivě a s náležitou úctou (Rheinwaldová, 1999, s. 35).

3.3 Zásady tvorby aktivizačního programu a faktory jeho kvality a úspěšnosti

Jak uvádí Rheinwaldová (1999, s. 12): „*Kvalitní program je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný.*“ A právě tomu, na jaké zásady je nutné myslet při tvorbě kvalitního aktivizačního programu, a jaké faktory ovlivňují jeho úspěšnost, bude věnován následující text.

Nabízené a uskutečňované aktivity v domovech pro seniory musí vycházet především ze zájmů obyvatel. Při rozhodování o tom, co bude do programu zařazeno, je rozhodující,

co senioři rádi dělají, ne to, co je nejpohodlnější pro pracovníky (Rheinwaldová, 1999, s. 36). Abychom dodrželi tento požadavek, prvním krokem při vytváření aktivizačního programu by mělo být zjištění, jaké metody jsou pro uživatele vhodné, k čemuž nám poslouží testování. Testování nám umožní lepší poznání klienta, jeho životního příběhu a porozumění jeho chování. Není však vhodné provádět testování klientů hned první den, který do zařízení nastoupí, jelikož mohou prožívat nepříjemné pocity z nového prostředí a z podstatných změn v jejich zvyklostech. V průběhu prvního dne by se měl terapeut (pracovník věnující se aktivizaci) nově příchozímu klientovi do zařízení plně věnovat, představit se mu a představit mu i zbytek klientů a ostatní seznámit s ním. Měl by mu vysvětlit vše, co bude dále následovat, a jak to v zařízení funguje. Testovat klienta je vhodné až po několika dnech jeho pobytu v zařízení, teprve až se trochu adaptuje na nové prostředí. Úvodní vyšetření klienta je tvořeno třemi částmi – rozhovorem s rodinou a pacientem, pozorováním v běžných situacích a vlastním testováním. Rozhovor s pacientem a rodinou by nám měl přinést informace o soběstačnosti klienta, o jeho životě, zaměstnání, zájmech, o jeho rodinném zázemí, každodenních zvycích, zdravotním stavu apod. K získání těchto informací může být použito i dotazníku. Při pozorování zjišťujeme, jak je klient soběstačný při jídle, na jaké úrovni je jeho hrubá a jemná motorika, pozornost, zrakové schopnosti, vnímání, ale také jak komunikuje s personálem apod. Vlastní testování se zaměřuje na zjištění, v jakém stavu jsou kognitivní funkce klienta (při testování kognitivních funkcí se můžeme ptát např., co klient dělal před chvílí, co měl včera k obědu, jak se jmenují jeho vnoučata apod.), jak je soběstačný apod. (Holmerová a kol., 2007, s. 137–138).

Testování nám pomůže získat znalosti o faktorech, které mohou na straně klienta ovlivňovat možnosti jeho aktivizace, čímž nám také pomohou s výběrem vhodných aktivit, nicméně samo o sobě nám nezaručí, že bude realizace aktivit úspěšná. Pro úspěšnost aktivit je při jejich přípravě a uskutečňování nutné dodržet několik pravidel a předpokladů, mezi které patří:

- Zvolené aktivity by měly působit na všechny složky osobnosti a co nejvíce smyslů, zachovávat klientovu důstojnost, být smysluplné, podporovat silné stránky člověka a být uskutečňována ve známém, bezpečném prostředí a být zaměřeny spíše na proces než na výsledek.
- Při realizaci aktivit se seniory je nutné brát v potaz jisté aspekty, které se mohou u této populační skupiny objevovat. Jedná se např. o poruchy krátkodobé paměti, snížené psychomotorické tempo, zhoršené smyslové vnímání, změny v emocích (jako např. úzkost, pasivita, apatie).

- Aktivit by mělo být přiměřené množství, aby jimi nebyli klienti zahlceni a nepocíťovali fyzické nebo psychické vyčerpání (Holmerová a kol., 2007, s. 140–141). Z téhož důvodu je nutné dbát na vyvážený poměr aktivních a pasivních aktivit v průběhu dne (Suchá a kol., 2013, s. 19).
- Programy by měly být plánovány v dostatečném předstihu, aby se na ně mohli uživatelé připravit.
- Některé aktivity mohou probíhat pravidelně v určité dny v týdnu. Bude tak zavedena do života klientů domova pro seniory určitá rutina a zvyknou si účastnit se. Může se však stát, že se po čase stane program nudným a přestane uživatele bavit.
- U každé aktivity je nutné provádět pravidelné hodnocení, aby bylo zjištěno, zda je pro uživatele domova pro seniory stále vhodná. Hodnocení také umožní doplnit, obměnit, obohatit aktivitu tak, aby byla v souladu s očekáváním pracovníků i obyvatel.
- V domově pro seniory by měl existovat pracovník, který je pověřen tvorbou programu, jeho zaváděním i dohledem nad jeho realizací.
- Místnosti, které jsou vyhrazené pro pořádání aktivit, musí být snadno dostupné, bezpečné a mělo by být možné je přizpůsobit různým druhům akcí (Rheinwaldová, 1999, s. 22–23).
- Jelikož senioři mívají většinou rádi dodržování určitých zvyklostí, rituálů, kromě pravidelného probíhání, by měly být aktivity také vedeny stále stejnými pracovníky, které senioři znají a mají k nim důvěru. Pokud je aktivita vedena nějakým člověkem zvenčí, je vhodné, aby byl po celou dobu jejího trvání přítomen některý z pracovníků zařízení.
- Pracovník, který vede aktivity se seniory, by měl vystupovat spíše jako jejich partner. Neměl by účastníky poučovat, mentorovat ani opravovat, ale spíše je podporovat (Suchá a kol., 2013, s. 18). Je důležité, aby aktivity vedl s humorem, nikoliv však na úkor jednotlivých účastníků. Měl by spíše ukázat, že sám není dokonalý, a umět se zasmát sám sobě (Holmerová a kol., 2007, s. 137).
- Při přípravě aktivit je důležité vhodně zvolit jejich náročnost. Aktivity by neměly být příliš náročné, protože by hrozilo, že při nich senioři nebudou úspěšní, což je bude od aktivity odrazovat. Neměly by být však ani přehnaně snadné, jelikož by mohly seniory znevažovat. Je důležité, aby zvolené aktivity byly přiměřené věku a zachovávaly důstojnost člověka.

- Aktivita by měla být realizována v přátelské, pozitivní atmosféře. Při aktivitách by nemělo být zdůrazňováno, co klient již nezvládá, ale naopak podporováno, posilováno a vyzdvihováno to, čeho je ještě schopný.
- Jelikož bývá u seniorů zhoršená schopnost se soustředit, je vhodné, když aktivity probíhají v klidném prostředí, kde jsou omezeny rušivé vlivy (Suchá a kol., 2013, s. 18–19). Ze stejného důvodu je dobré, když zvolená aktivita netrvá příliš dlouhou dobu. Činnosti by se měly střídat a každá by měla posilovat jinou složku osobnosti (Holmerová a kol., 2007, s. 137).
- Nezbytné je, aby se senioři všech aktivit účastnili dobrovolně. Nicméně v souladu s předchozím textem je vhodné je i nenásilným způsobem motivovat (Suchá a kol., 2013, s. 19).
- Důležité také je, aby byli uživatelé informováni, co bude obsahem aktivity, čím jim daná aktivita bude přínosná, jaká bude její délka apod.
- Aktivizační program by měl být obměňován, aby se senioři nenudili při neustále se opakujících činnostech.
- S obyvateli, pro které nejsou vhodné skupinové aktivity (např. z důvodu dezorientace, zmatenosti, upoutanosti na lůžko apod.), by mělo být pracováno individuálně na jejich pokojích a usilováno o jejich stimulaci. Navštěvování by měli být každý den krátkou dobu (pět až deset minut), aby se příliš neunavili (Rheinwaldová, 1999, s. 34–36).

Myslím si, že výčet zásad, na které by měli pamatovat pracovníci, kteří připravují a realizují aktivizační programy v domovech pro seniory, byl vyčerpávající. Jednalo se ve většině případů o faktory, které mohou ze své pozice změnit nebo zlepšit, na kterých mohou tzv. pracovat. Nicméně je nutné dodat, že existují další faktory, které mají významný vliv na rozsah, tvorbu a realizaci aktivizačního programu, které nezávisí na pracovnících, a které nejsou z jejich strany změnitelné. Prvním tímto faktorem je motivace personálu ze strany vedení organizace (tedy vnější motivace zaměstnanců). Beze sporu se dá konstatovat, že aby byl program úspěšný, je důležité, aby jej vytvářeli a realizovali nadšení a motivovaní pracovníci. Vnější motivace zaměstnanců vychází především z tvořivosti vedení a z dostatečných zdrojů k realizaci programů. Motivací mohou být také různé kurzy a semináře, které mohou být konány přímo v domově pro seniory nebo jsou na ně pracovníci vysláni mimo zařízení. Zvyšovat motivaci zaměstnanců také může pocit smysluplnosti jejich práce a pocit, že je jejich práce ceněna. Mezi další faktory ovlivňující aktivizaci v domovech pro seniory patří

množství finančních zdrojů vyčleněných na oblast aktivizace v zařízení a v neposlední řadě také počet pracovníků věnujících se aktivizaci uživatelů (Rheinwaldová, 1999, s. 13).

Pokud bychom tedy měly shrnout, na čem je především závislá kvalita a úspěšnost aktivizačních programů v domovech pro seniory, jedná se o:

- zájem jejich uživatelů o nabízené aktivity, s čímž úzce souvisí schopnost pracovníků motivovat je k účasti na aktivitách,
- dodržování výše uvedených zásad tvorby aktivizačního programu, včetně vycházení z potřeb a zájmů seniorů při jeho tvorbě,
- motivaci pracovníků, jejich dovednostech a schopnostech,
- množství finančních zdrojů,
- počet pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů.

3.4 Personální zajištění aktivizace seniorů v domovech pro seniory

Jak již bylo uvedeno v předešlém textu, na množství prováděných aktivit, kvalitu a úspěšnost aktivizačního programu má vliv i jejich personální zajištění. O tom, kdo aktivizační činnosti v domovech pro seniory připravuje a realizuje, ale rovněž také o důležitých dovednostech a schopnostech, kterými by měli tito pracovníci disponovat, bude pojednávat následující text.

V jednotlivých domovech pro seniory na našem území se lze setkat s různými názvy pro pracovní pozici osoby, jejíž hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů. Můžeme se setkat s názvy jako „aktivizační pracovník“, „pracovník v sociálních službách – terapeut“, „pracovník základní výchovné nepedagogické činnosti“ apod. Jelikož nepanuje v této oblasti shoda, bude dále o těchto pracovnících hovořeno souhrnně jako o „pracovnících zajišťujících aktivizační činnosti.“ Posláním těchto pracovníků v domově pro seniory je tvořit aktivizační programy, organizovat a vést zájmové činnosti uživatelů a v rámci možností je přizpůsobovat přáním, životním zvyklostem, schopnostem a zdravotnímu stavu jednotlivců. Dále být pro uživatele psychickou oporou a komunikačním partnerem, na základě zájmových činností poskytovat seniorům psychickou úlevu a uvolnění a rovněž přispívat k udržování jejich potenciálu, jemné motoriky a mentálních funkcí (Musil a kol., 2006, s. 60–61). Jelikož pracovníci zajišťující aktivizační činnosti v domovech pro seniory spadají mezi pracovníky v sociálních službách, musí splňovat kvalifikační předpoklady stanovené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Na aktivizaci seniorů se v domovech pro seniory mohou podílet i sociální pracovníci, ačkoliv aktivizace uživatelů není obvykle hlavní náplní jejich činnosti. Jádrem jejich činnosti většinou spočívá především ve vedení sociální agendy v zařízení a sociální dokumentace uživatelů, v poskytování sociálního poradenství, v koordinaci individuálního plánování, v provádění analytické a metodické činnosti při poskytování sociální služby uživatelům, v evidenci podaných a schválených žádostí o přijetí do zařízení, v poskytování informací zájemcům o sociální službu, v organizačním zajištění přijetí klienta do zařízení, v pomoci při vyřizování osobních záležitostí klientů, ve vedení evidence a zúčtování úhrad uživatelů, ve vedení depozitních účtů klientů, v evidenci všech podaných stížností na poskytovanou sociální službu, v provádění sociálních šetření apod. (Malíková, 2011, s. 87–91) Nicméně Papežová (2010, s. 46) uvádí, že v současné době dochází k rozšiřování úlohy sociálních pracovníků i do oblasti aplikace různých terapií (např. muzikoterapie, trénování paměti, arteterapie apod.)

V některých domovech pro seniory může být zaměstnán a do aktivizace uživatelů se zapojovat fyzioterapeut, který je nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který má vyšší kvalifikaci a provádí léčebnou, diagnostickou a preventivní péči v oblasti poruch pohybového aparátu. Mezi náplň jeho práce patří například vykonávání vyšetření, jež jsou nezbytná pro následnou léčebnou rehabilitaci (např. svalový test, vyšetření jednotlivých kloubů apod.), provádění aktivních, pasivních, individuálních či skupinových cvičení s uživateli. Vykonává také dílčí masáže, vypracovává krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán pro klienty a provádí hodnocení efektu terapie (Malíková, 2011, s. 108–110).

Některá zařízení disponují ergoterapeutem, který je stejně jako fyzioterapeut nelékařským zdravotnickým pracovníkem s vyšší kvalifikací, který vykonává ergoterapeutická vyšetření, určuje nejvhodnější možnosti a kombinace ergoterapeutických postupů, které budou směřovat k dosažení léčebného cíle. Náplní práce ergoterapeuta je např. provádění vyšetření důležitých pro následnou léčebnou rehabilitaci a rovněž ergoterapii, vyhotovování krátkodobých i dlouhodobých plánů ergoterapie. Společně s fyzioterapeutem se podílí na vytváření dlouhodobého plánu komplexní rehabilitace, uplatňuje kondiční ergoterapii včetně kondičních cvičení, a to individuální i skupinovou formou, aplikuje relaxační metody a metody arteterapie a také provádí hodnocení efektu terapie (Malíková, 2011, s. 111–113).

Kromě oficiálních zaměstnanců zařízení se na aktivizaci mohou významnou měrou podílet i dobrovolníci, tedy lidé, kteří bez nároku na finanční odměnu poskytují svůj čas, energii, dovednosti a vědomosti ve prospěch druhých (Tošner, Sozanská, 2006, s. 35). Z časového hlediska můžeme dobrovolníky dělit na ty, kteří se dobrovolně zapojují

při jednorázových akcích, které se pořádají jednou nebo několikrát do roka, a na ty, kteří se věnují dlouhodobě dobrovolné pomoci, kterou poskytují opakovaně a pravidelně (např. dvě hodiny jednou týdně po celý rok) (Tošner, Sozanská, 2006, s. 40). Dobrovolníky se většinou stávají studenti, nezaměstnaní lidé, ženy, které pečují o rodinu a děti, a ještě nechtějí nastoupit do zaměstnání a hledají nějaké společenské uplatnění mimo domov, lidé v důchodu, kteří se cítí nevyužití, lidé vykonávající jednostrannou práci nezahrnující kontakt s lidmi, který jim chybí. Aby dobrovolníci vykonávali svou činnost v organizaci úspěšně, je nutné zajistit několik předpokladů. Dobrovolníkovy úkoly a jeho role ve vztahu ke klientům musí být jasné stanoveny a dobrovolnická činnost musí být prováděna na základě smlouvy s dobrovolníkem. Dobrovolníci by měli být koordinováni některým z profesionálních pracovníků zařízení, který disponuje dostatečnými pravomocemi nejen vůči dobrovolníkům, ale rovněž zaměstnancům dané instituce. Aby dobrovolnickou činnost nevykonávaly nevhodné osoby, je třeba, aby byli dobrovolníci vybráni zkušeným profesionálem. Nezbytné je rovněž jejich zacvičení, jehož součástí je kromě teoretického vysvětlení náplně činnosti, také předvedení žádoucího způsobu práce a možných modelových situací, s nimiž je možné se při práci s uživateli setkat, a seznámení se způsoby jejich řešení. Jelikož se i dobrovolník při své činnosti může dostat do kritických situací s klientem, musí být jeho práce průběžně supervidována (Matoušek, 2003, s. 61–62). Dobrovolníci jsou pro zařízení přínosem, jelikož jsou levným zdrojem pracovní síly, mohou přispívat k dobrému jménu organizace, protože ji propagují ve svém sociálním okolí, přinášejí do zařízení nového ducha a nadšení a mohou se také stát zdrojem kontaktů a uchazečů o práci. Je však nutné si uvědomit, že využívání dobrovolníků není zadarmo, jelikož, jak již bylo uvedeno výše, v zařízení musí fungovat člověk, který bude mít na starosti koordinaci dobrovolníků, dobrovolníkům je nutné také zajistit potřebné pracovní podmínky a prostor, a rovněž je vhodnou formou motivovat. Všechny zmíněné aspekty tvoří náklady, se kterými je nutné počítat (Novotný, Lukeš, 2007, s. 107–108). Ačkoliv bylo poukázáno, že využívání dobrovolníků v organizacích má významná pozitiva, existují jisté bariéry, které brání jeho rozvoji. Mezi tyto bariéry patří pasivita zařízení při vyhledávání a získávání dobrovolníků, nezájem organizací o dobrovolníky, nedostatečné řízení práce dobrovolníků, vysoká pracovní vyčerpání pracovníků v organizacích, obavy z rizika úrazu, nedostatek informací o dobrovolnictví, značná fluktuace dobrovolníků a s tím spojená obava z neefektivního vynakládání úsilí a prostředků na jejich zaškolování a trénink, nedůvěra v kvalitu dobrovolníky odvedené práce a obavy z možného selhání z důvodu nedostatečné odbornosti a zkušeností apod. (Tošner, Sozanská, 2006, s. 53; Novotný, Lukeš, 2007, s. 107)

Avšak ani dostatek pracovníků zajišťujících aktivizaci seniorů v zařízení není zárukou, že aktivizační program bude kvalitní a uživatelé s ním budou spokojeni. Je důležité, aby pracovníci disponovali jistými dovednostmi a k uživatelům přistupovali vhodným způsobem. Mezi obecné předpoklady a dovednosti, kterými by měli disponovat patří zdatnost (pomáhat druhým může být značně obtížné a vysilující), jistá úroveň inteligence a touha rozšiřovat svoje znalosti, přitažlivost (nejen vzhledová, ale rovněž by měli být klientovi přitažliví svým chováním, jednáním, odborností a pověstí), důvěryhodnost, čestnost a spolehlivost. Jedněmi z nej důležitějších dovedností pracovníků pomáhajících profesí jsou pak jejich komunikační dovednosti, jelikož jsou základním prostředkem, který jim umožňuje navázat s uživatelem kontakt (Matoušek, 2003, s. 52–53). Mezi jejich základní komunikační dovednosti patří fyzická přítomnost, naslouchání, které se zaměřuje na sledování slovních i mimoslovních projevů klienta, a empatie, která představuje vcítění se do problémů, pocitů a uvažování klienta (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 118). Úkolem pracovníků v domově pro seniory je navrátit lidem sebeúctu, kterou mohli pozbýt vyřazením z produktivního života, odloučením od rodin nebo neschopností samostatného života, proto je důležité, aby k nim přistupovali s respektem a porozuměním pro jejich situaci (Rheinwaldová, 1999, s. 81).

3.5 Aktivizační metody a činnosti

V předešlém textu byla věnována pozornost především faktorům, které ovlivňují aktivizaci uživatelů domova pro seniory. Tato kapitola bude zaměřena na popis konkrétních aktivizačních metod a činností, které jsou v domově pro seniory využívány. Jelikož pojmám aktivizaci v širokém slova smyslu, zahrnuji do ní jak terapeutické přístupy, tak i aktivity vyplňující volný čas seniorů, které jsou nějakým způsobem organizované.

3.5.1 Druhy aktivit

Existuje několik hledisek, podle kterých můžeme aktivity dělit:

- *Podle počtu účastníků* můžeme rozlišovat **aktivity individuální a aktivity skupinové**. Výhodou individuálních aktivit je zaměřenost pozornosti pouze na jednoho klienta a možnost získat ke spolupráci i jedince, kteří se odmítají účastnit aktivit skupinových. Naopak neumožňují takové množství sociálních interakcí a komunikace jako aktivity skupinové.
- Dále je možné na základě *míry aktivity účastníků* rozlišovat aktivity **aktivní a pasivní**. Mezi aktivity aktivní můžeme zařadit, např. cvičení nebo trénink paměti, mezi aktivity

pasivní pak relaxaci, poslech hudby apod. Podíl těchto aktivit by měl být vyrovnaný, aby se svou skladbou co nejvíce přibližovaly běžnému životu.

- *Podle zaměřenosti aktivit na stránky osobnosti člověka* je možné rozlišovat **aktivity více zatěžující fyzickou stránku a aktivity více zatěžující kognici**. I tyto aktivity by měly být ve vzájemné rovnováze.
- Aktivity lze dělit také na **pracovní, sebeobslužné a zájmové** (Suchá a kol., 2013, s. 17).

3.5.2 Pohybové aktivity

Pohyb je v období stáří velice důležitý, jelikož má na starého člověka mnoho příznivých účinků. Vede ke zlepšení imunity a odolnosti organismu, zkracuje dobu rekonvalescence po prodělání různých nemocí. Je prevencí proti tzv. metabolickému syndromu, což je stav, pro který je typický současný výskyt příznaků jako je obezita, cukrovka, vysoký krevní tlak apod. Přispívá k uchování soběstačnosti v běžných činnostech. Zlepšuje peristaltiku střev, čímž může působit proti zácpě. Napomáhá k uchování funkcí mozku, zpomaluje ubývání svalové síly a pohyblivosti kloubů. V neposlední řadě také příznivě ovlivňuje stav srdce, cév a plic. Pohyb má ale vliv nejen na fyzickou stránku člověka, ale ovlivňuje také jeho psychiku. Lidé, kteří se pravidelně věnují cvičení, mají o sobě lepší představu a jsou více soběstační. Pohyb zlepšuje také kvalitu spánku a snižuje výskyt jeho poruch. Jelikož cvičící člověk musí věnovat plnou pozornost cvičení, nemůže současně myslet na věci, které ho trápí, čímž dochází k uvolnění od stresu. Při cvičení naše tělo také produkuje endorfiny („hormony štěstí“), které zlepšují náladu člověka (Suchá a kol., 2013, s. 52–54).

Cvičení by mělo být prováděno každý den. Stejně jako u jiných aktivit je běžné, že někteří jedinci se nechtějí zapojit. Je proto vhodné je pozvat, aby se přišli jen podívat. Ve chvíli, kdy se ujistí, že také vše hravě zvládnou, se většinou ke cvičící skupině sami připojí. Někdo zase může mít obavy z toho, aby si neublížil. Tyto osoby musí být ze strany personálu ujištěny, že cvičení není pro jejich zdraví nebezpečné ale naopak prospěšné, a že při něm zažijí množství zábavy. V případě pohybových cvičení je obzvlášť důležité, aby osoba je vedoucí disponovala informacemi o zdravotním stavu všech zúčastněných, a mohla na jejich základě správně koordinovat jejich cvičení (Rheinwaldová, 1999, s. 77).

Při realizaci cvičení se seniory by mělo být dodržováno několik zásad. Veškeré cviky by měli senioři provádět jen v rozsahu, který je pro ně příjemný a nezpůsobuje napětí, cvičení pro ně nesmí být bolestivé. Senioři by se neměli přemáhat, při cvičení by měli pravidelně dýchat a pohyby provádět pomalu a plynule. Na cvičení by se také měli plně soustředit a vnímat

při něm své tělo (Klucká, 2016. s. 162). Na úvod cvičení by měla být zařazena rozcvička, která povede k zahřátí a prokrvení svalů. Jelikož mohou být reakce starších lidí pomalejší, je nutné na každý pohyb ponechat dostatek času. Je také nutné dbát na to, aby byl pohybový program vytvořen tak, aby došlo k procvičení celého těla (Rheinwaldová, 1999, s. 77–78).

3.5.3 Cvičení paměti, kognitivních funkcí

Jelikož v období stáří obvykle ubývá nervových buněk a snižuje se schopnost člověka zapamatovat si, uchovat v paměti a vybavit si zapamatované informace, je důležité, aby byly do denního režimu osob seniorského věku zařazovány aktivity zaměřené na podporu mentálních schopností, jako je cvičení paměti nebo kognitivních funkcí, jejichž cílem je zlepšení nebo zachování paměti a kognitivních funkcí na stávající úrovni, oddálení zapomínání a předcházení negativním důsledkům, které s sebou zapomínání přináší (Mlýnková, 2010, s. 101; Mlýnková, 2011, s. 159).

Cvičení paměti je aktivita, která je vhodná pro seniory, u nichž je paměť zachována. Při cvičení paměti je kladen důraz na přesnost. Při tomto cvičení je hojně využíváno pochvaly, která se využívá i při drobných pokrocích, pochvala však nesmí být účelová (Mlýnková, 2010, s. 101).

Kognitivní trénink je určen zejména klientům s poruchami paměti (Mlýnková, 2010, s. 102). Jedná se o aktivitu, která je složená z různých cvičení zaměřených na zlepšení fungování jednotlivých úrovní poznávacích (kognitivních) funkcí – např. soustředění, myšlení, paměti (zrakové i sluchové), pozornosti, čtení, psaní apod. Cílem je zlepšit jmenované schopnosti, a tak omezit či zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku jejich poruch dochází. Mezi aktivity, které je vhodné v rámci kognitivního tréninku realizovat, patří např. pravidelné čtení, při kterém se snažíme o zopakování toho, co jsme právě přečetli; trénování početních schopností a řešení slovních úloh; luštění hádanek, sudoku, křížovek; hraní vědomostních a společenských her (dáma, pexeso, šachy atd.) (Holmerová a kol., 2007, s. 158).

Na cvičení paměti nebo kognitivní trénink se musí pečovatel dopředu připravit, vypracovat plán činností, které chce s klientem vykonat, promyšlené by měl mít rovněž i jejich pořadí. Ideální je, pokud jsou vymezeny i cíle cvičení nebo tréninku. Před samotnou aktivitou si také musí připravit pomůcky, které bude využívat (Mlýnková, 2010, s. 102).

U seniorů relativně zdravých lze při aktivitách orientovaných na kognitivní funkce využívat různých forem práce – společnou práci, práci v menších či větších skupinkách, práci ve dvojicích či práci individuální. V průběhu lekce by měla vládnout pozitivní atmosféra. Pra-

covník vedoucí lekci by měl účastníky podporovat, pomáhat jim a chválit je. Vyhýbat by se naopak měl jakémukoliv jejich kritizování či stresování (Suchá a kol., 2013, s. 31–32).

3.5.4 Reminiscenční terapie

Pojem reminiscence má svůj původ v latinském slově *reminiscere*, což znamená vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti. Tohoto pojmu bývá využíváno jako synonyma k českému slovu vzpomínka nebo vzpomínání (Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

Reminiscence je hledáním významu – hledáním porozumění naší minulosti. Je to uvědomování toho, odkud jsme přišli, proces objevování a znovu objevování toho, kdo jsme, vytvářením vazeb mezi nesourodými aspekty našeho života, naší rodiny a komunity. Umožňuje nám získat jiný pohled na hodnoty, osoby a místa, kterými jsme byli utvářeni a vytvořili z nás člověka, jakým jsme. Reminiscence není to stejné jako prohledávání dlouho opomíjené spodní zásuvky sekretáře ani pouhé listování dlouho nepovšimnutými stránkami alba s fotografiemi. Reminiscence vyzývá k reflexi a rekonstrukci našich vzpomínek. Je způsobem, jak dosáhnout spokojenosti se sebou samým v současnosti i budoucnosti (Gibson, 2011, s. 26).

Reminiscenční terapii pak lze definovat jako „*rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba apod.)*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21–22).“

Využívání reminiscenční terapie v domovech pro seniory je přínosné jak pro vzpomínající, tak pro personál. Seniorovi může pomoci při adaptaci na život v pobytovém sociálním zařízení. Pomáhá mu také při překonávání pocitu izolace v těchto zařízeních, jelikož při účasti v reminiscenční skupině se lidé navzájem otevírají a lépe se poznávají, navazují nová přátelství. Podporuje u seniorů také vědomí vlastní identity a vlastní hodnoty na základě projevení upřímného zájmu o život člověka a o něj samotného. Podílí se na zvyšování sebevědomí a sebeúcty klientů, jelikož se zaměřuje na oblasti, v nichž si senior nejvíce důvěřuje. Člověk má v průběhu reminiscence možnost podělit se o své zkušenosti, dovednosti a moudrosti získané během celého svého života a vystupuje tak tedy jako expert, což zvyšuje jeho sebevědomí. Zajisté do života seniorů přináší rovněž radost, jelikož navozuje příjemné chvíle při rozhovoru s druhými, dává jim možnost se druhým otevřít, lépe se navzájem poznat a nalézt k sobě cestu. Pro pracovníky instituce se může stát jakýmsi spojovacím článkem mezi nimi a klienty, odstranit mezi nimi pomyslnou propast a způsobit, že si budou navzájem blíží. Reminiscence také pečujícím

může přinést důležité informace o seniorovi, které jim umožní lépe chápat jeho chování a reakce, lépe usuzovat na jeho potřeby. Reminiscence může také způsobit změnu ve vztahu mezi pečujícím a klientem, ten se na základě ní může stát důvěrnějším a smysluplnějším. Mění rovněž obvyklé rozdělení rolí mezi klientem a pečujícím, jelikož díky ní se klient z pouhého příjemce péče stává tím, kdo se na ní aktivně podílí (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 77–80).

Pro úspěšný průběh reminiscence je třeba dodržet jistá pravidla. Mezi nejdůležitější patří zajištění příjemného prostředí, přiměřená vzdálenost mezi všemi účastníky, zaujímání vstřícného postoje ke všem sdělením, přistupování s respektem ke všem účastníkům, trpělivé vedení reminiscenční terapie bez přílišného spěchu a organizování (Holmerová a kol., 2007, s. 186). Průběh reminiscence také významně ovlivňuje osoba facilitátora (pracovníka, který vede reminiscenční terapii). Ten by měl disponovat základními dovednostmi, mezi které patří naslouchání, vnímavost, akceptace – neodsuzování lidí na základě jejich vzpomínek, zvědavost – projevování zájmu o vzpomínky účastníků, smysl pro humor, adaptabilita – schopnost se přizpůsobit zájmům a potřebám účastníků, citlivost, dostatečná paměť, imaginace – nabídnutí jiných prostředků komunikace osobám, pro něž je slovní vyjadřování příliš náročné, dostatečné sebevědomí, demokratický přístup – dbání na zapojování všech členů skupiny, dovednosti práce se skupinou apod. (Janečková, Vacková, 2010, s. 85–86) Zárukou spokojenosti účastníků skupinovým reminiscenčním setkáním jsou také dobře vybraná témata a patřičná příprava na ně, včetně připravení reminiscenčních pomůcek. Mezi oblíbená témata reminiscenčních sezení patří například místo, odkud pocházím; dětství, hry, oblíbené činnosti; školní léta; první lásky; domácí zvířata apod. (Janečková, Vacková, 2010, s. 83–84; Holmerová a kol., 2007, s. 188)

Suchá a kol. (2013, s. 96) upozorňují na roli prostředí pro vzpomínání seniorů. Podle nich lze prostředí domova pro seniory upravit tak, aby bylo pro vzpomínání podněcující. Společné prostory mohou být vyzdobeny starými předměty či obrazy, uživatelé by rovněž měli mít možnost umístit si do svého pokoje fotografie a věci, které jsou pro ně nositeli citového významu. Některá zařízení mají zřízenou reminiscenční místnost, která obsahuje starý nábytek a předměty. Takto upravené prostředí může být pro reminiscenční setkání velice inspirativní a stimulující.

3.5.5 Arteterapie

Arteterapie je druh terapie, který „... využívá výtvarné umění jako prostředek pro klientovo vyjádření pocitů, nálad a stavů. Prostřednictvím výtvarného vyjádření tak terapeut může klienta poznat a pochopit a pomoci mu v poznání sebe sama a při řešení problémů (Müller a kol., 2014, s. 78).“

Arteterapie napomáhá člověku vyjadřovat pocity, o nichž je pro něj těžké mluvit, zvyšuje jeho sebeúctu a sebedůvěru, pomáhá mu identifikovat pocity a bloky, které brání jeho emocionálnímu vyjadřování a růstu, poskytuje cestu pro komunikaci a usnadňuje verbální vyjadřování (Phil, 2005, s. 26). Správně prováděná arteterapie přispívá k rozvoji člověka v kognitivní, duchovní i citové oblasti (Lhotová, Perout, 2018, s. 18).

Arteterapie se u seniorské populace využívá při cvičení krátkodobé paměti, při posilování vlastní hodnoty a jako pomůcky při rehabilitaci jemné motoriky. Arteterapie napomáhá seniorům v přizpůsobování se nové životní situaci, snížení fyzických sil, ztrátě zdraví, při adaptaci na specifika důchodového věku, který je spojen se změnami v sociální a ekonomické oblasti. Staří lidé se mohou cítit osaměle a izolovaně, arteterapie jim napomáhá přijmout stáří a svou minulost a vzpomenout si na významné události, které se v ní odehrály. Arteterapie u seniorů se orientuje na aktuální problémy klienta a jsou při ní využívány takové techniky a materiály, které odpovídají jeho věku. Hlavním cílem je posílení smyslu pro důstojnost. Usiluje se o aktivizaci zůstatků jeho flexibility, vitality a o stimulaci jeho kreativity (Šicková-Fabrici, 2008, s. 65–67; Casse, Dalley, 2014, s. 12).

Při arteterapii se používá celá řada technik. Prvními z těchto technik jsou techniky výtvarné. Lze při nich použít vodové či temperové barvy k malbě na papír, ale také tuše nebo voskové barvy. Dalšími využívanými technikami jsou textilní techniky. V rámci textilních technik mohou senioři např. batikovat látky, vyrábět polštáře z molitanu, vytvářet textilní koláže apod. Třetí technikou arteterapie je práce s papírem, ten je možné vystříhovat, vytvářet z něj koláže atd. Často se také využívá práce s přírodním materiálem, při které jsou používány usušené nebo živé listy a květiny. Ty je možné aranžovat do nádob, vytvářet z nich dekorace k zavěšení na stěnu nebo položení na stůl, lze je také lisovat, vytvářet z nich obrázky pomocí nanášení barev na listy a jejich otiskování apod. Také drátkování je při arteterapii používáno. Hlavním materiálem jsou drátky různé tloušťky a barvy. Pomocí drátkování je možné odrátkovat různé předměty nebo z drátků vytvářet různé tvary. Tato technika je však velice náročná na jemnou manipulaci, není tedy vhodná například pro seniory se třesem v rukou (Mlýnková, 2011, s. 174–176).

Při využití arteterapie u seniorů je důležité, aby se k seniorům nepřistupovalo jako k malým dětem, a byly pro ně vybírány vhodné metody. Není také přípustné, aby pracovník seniorovi vnucoval vlastní výtvarný názor a vkus. Každý člověk je individualita, z čehož vyplývá, že každému se může líbit něco jiného. Ničí dílo by proto neměl pracovník kriticky hodnotit (Suchá a kol., 2013, s. 131).

3.5.6 Muzikoterapie

„Muzikoterapie je léčebná metoda, která používá hudbu jako léčebný prostředek (Beníčková, 2011, s. 15).“

Na základě toho, jaká forma práce s hudbou je v rámci ní uplatňována se dělí na muzikoterapii aktivní a receptivní. Při receptivní muzikoterapii se využívá zejména reprodukováné, umělé hudby a různých zvukových médií. Je složená ze strukturovaného poslechu a vnímání této hudby, popř. může zapojovat ještě i jiné smysly než jen sluch, využívá zvukovou představivost, pohyb, tanec, imaginaci apod. Aktivní muzikoterapie je zaměřená více kreativně – pracuje se zvukem, jehož původcem je sám klient (Zelevá, 2007, s. 47).

Působení hudby může být jednak stimulační (aktivizační), jednak relaxační (sedativní), proto je hudby využíváno jak při programech zaměřených na aktivizaci, tak při relaxaci a uvolnění (Suchá a kol., 2013, s. 115).

Muzikoterapie může mít různé cíle, může se jednat například o verbální/neverbální vyjadřování pocitů, zvýšení sebevědomí, pocit sounáležitosti s druhými, posilování vlastní identity, rozvoj sociálních vztahů, redukci rušivého chování, schopnost psychosomatického uklidnění, rozvoj kreativity, osobnostní růst atd. (Müller, 2005, s. 185–186)

Každá muzikoterapeutická jednotka by měla mít srozumitelnou strukturu. Obvykle se skládá z navázání kontaktu s klientem (v této fázi je s klienty verbálně komunikováno, mohou probíhat různé vstupní hudební rituály apod.), z fáze warming-up (ta je vyplněna různými zahřívacími a aktivizačními technikami, které připravují klienty na další části setkání), z hlavní náplně muzikoterapeutické jednotky (v ní probíhá vlastní terapeutická práce, jedná se o nejvíce náročný úsek setkání), z relaxace (zde dochází k celkovému zklidnění) a ze závěru (v něm probíhá reflexe a sdílení zážitků, které klienti prožívali, diskutuje se, zařazují se závěrečné hudební rituály). Muzikoterapie by měla ideálně probíhat jedenkrát až dvakrát týdně. Délka jednotlivých muzikoterapeutických jednotek je závislá na zvolené formě. V případě individuální muzikoterapie se obvykle jedná o 20 až 60 minut, při skupinové muzikoterapii o 45 až 90 minut. Je nutné brát v potaz specifika klienta odvíjející se od jeho věku a zdravotního stavu (Kantor a kol., 2009, s. 125–126).

Muzikoterapeutická setkání by měla probíhat v prostorách, v nichž jsou jak vhodné podmínky pro realizaci muzikoterapeutických aktivit, tak odpovídající vybavení. Mezi důležité podmínky, které by měl prostor splňovat patří nerušenost provozem zařízení, odhlučnění místnosti, dostatečný prostor pro relaxační i pohybové aktivity a další podmínky odpovídající potřebám různých skupin klientů (např. bezbariérový přístup). Vybavení muzikoterapeutické místnosti se obvykle skládá z potřeb pro sezení a ležení (taburety, židle, matrace...), hudebních

nástrojů (kytara, klavír, Orffův instrumentář), vybavení pro poslech hudby (CD přehrávač, reproduktory...) a dalších pomůcek (šátky, míče...) (Kantor a kol., 2009, s. 126–127).

Hudební aktivity nemusí vytvářet pouze samotný blok muzikoterapie, ale mohou být využity i jako součásti jiných aktivizačních programů (např. v rámci tréninku paměti nebo kondičního cvičení) nebo vytvářet blok poslechu klasické hudby či relaxace. Předpokladem pro správný výběr hudební aktivity při práci se seniory ze strany pečovatele nebo terapeuta je znalost klientů, s nimiž pracuje. Je nutné brát ohled na jejich vztah k hudbě (oblíbené písně, zpěváci apod.), na jejich životní příběh (práce se vzpomínkami) a na jejich aktuální zdravotní a psychický stav (Suchá a kol., 2013, s. 117).

3.5.7 Zooterapie

„Zooterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnným termínem pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Mojžíšová a kol., 2000, s. 215).“

Při zooterapii zvíře vystupuje v roli prostředníka – koterapeuta, jelikož se zooterapie uskutečňuje za přítomnosti zooterapeuta, který je tím, kdo rozhoduje, zda, kdy a jak bude přítomnosti zvířete využito k terapeutické činnosti (Velemínský, 2007, s. 30).

Na základě druhu zvířete, který je při zooterapii využíván, rozlišujeme canisterapii (využití psa v zooterapii), felinoterapii (využití kočky v zooterapii), hiporehabilitaci (využití koně v zooterapii), delfinoterapii (využití delfína v zooterapii), lamaterapii (využití lamy v zooterapii), insektoterapii (využití hmyzu v zooterapii), ornitoterapii (využití ptactva v zooterapii). Zooterapie může probíhat samozřejmě i s využitím jiných zvířat, nicméně ostatní zvířecí druhy jsou využívány bez přesného označení. K zooterapii mohou být dále využity např. malá domácí zvířata (akvarijní rybičky, obojživelníci, plazi, drobní savci apod.), hospodářská zvířata (kozy, ovce, prasata apod.), volně žijící zvířata, exotická zvířata v zoo atd. (Velemínský, 2007, s. 32).

Existují různé metody zooterapie, v domovech pro seniory se nejčastěji zooterapie uskutečňuje jako *animal assisted activities* a *animal assisted therapy*. *Animal assisted activities* (AAA neboli „aktivity za pomoci zvířat“) je metoda zooterapie založená na přirozeném kontaktu člověka a zvířete, který je orientován na zlepšení kvality života člověka nebo přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností. Cílem může být např. zlepšení komunikace, pohyblivosti, redukce stresu apod. Obecně zde jde především o aktivizaci klienta. Zooterapie je součástí volnočasového programu klienta. Mezi typické metody, které jsou při této metodě zooterapie využívány patří péče o zvíře, jeho hlazení, hry se zvířetem apod. *Animal assisted therapy* (AAT,

„terapie za pomoci zvířat“) je zaměřena na cílený kontakt člověka a zvířete, který se zaměřuje na zlepšení fyzického nebo psychického stavu člověka. Jejím hlavním cílem je podpora procesu léčby nebo rehabilitace. Jejími nejčastějšími klienty jsou osoby s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením, lidé krátkodobě i dlouhodobě nemocní, osoby vyžadující podpůrnou léčbu fyzických nebo psychických poruch apod. (Velemínský, 2007, s. 32–33)

V rámci metod zooterapie existují ještě různé formy, kterými může být zooterapie realizována. Může se jednat o *navštěvní program* (zooterapeutický tým navštěvuje klienta v zařízení nebo v jeho domácnosti, kde uskutečňuje zooterapii), *jednorázové aktivity* (přednášky, prezentace, ukázky zooterapeutického týmu pro veřejnost nebo uzavřený okruh klientů), *pobyťový program* (pobyt klientů v prostředí, kde je uskutečňována zooterapie), *rezidentní program* (zvíře, se kterým je zooterapie uskutečňována, je umístěno přímo v zařízení) a *ambulantní program* (zooterapii uskutečňuje specialista v ordinaci, kam klient dochází) (Velemínský, 2007, s. 36).

Pro uživatele domovů pro seniory má využívání zooterapie významný přínos, který spočívá především v tom, že:

- zvířata přináší do života člověka jistou zodpovědnost, která se týká nutnosti postarat se o ně, což může vést ke zvýšení sebevědomí u starých lidí, jelikož tím získávají důležitou náplň svého současného života;
- se zvířaty je možné verbálně komunikovat, proto pro starého člověka mohou představovat někoho, s kým si může kdykoliv popovídat;
- zvířata usnadňují komunikaci mezi lidmi, mohou podnítit rozhovor mezi klienty nebo být předmětem rozhovoru;
- zvířata mohou mít rovněž pozitivní vliv na zdravotní stav starých lidí, jelikož při hlazení zvířete dochází ke snížení krevního tlaku, ke zpomalení srdeční činnosti a k navození stavu celkového zklidnění, mohou také spolupůsobit na snižování spotřeby léků proti bolesti a úzkosti;
- ve společnosti zvířat lidé lépe překonávají tělesná a duševní utrpení (Poduschka, 1999, s. 8);
- zvířata seniorům napomáhají k naplnění potřeb náklonnosti, důvěry, starostlivosti, lásky a radosti;
- nově příchozím obyvatelům zvířata usnadňují adaptaci na prostředí zařízení, jelikož se díky zvířatům pro ně stává více domácké (Poduschka, 1999, s. 14).

Zvířata v domovech pro seniory jsou však přínosem nejen pro seniory, ale i pro personál, jelikož předchází syndromu vyhoření pečujících osob v těchto zařízeních, který je způsoben

neustálou konfrontací s nemocemi a smrtí a frustrující skutečností, že v případě některých klientů není v jejich silách jim účinně pomoci (Hrozenská a kol., 2008, s. 122–123).

3.5.8 Ergoterapie

Termín ergoterapie pochází z řeckých slov *ergon* (v překladu práce) a *therapeia* (v překladu léčení, terapie) (Křivošíková, 2011, s. 13).

Ergoterapii je možné definovat jako „... *odbornou, záměrnou, a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (např. manipulaci s předměty, surovinami či materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem* (Kozáková, Müller, 2006, s. 47).“

Ergoterapie se zaměřuje na čtyři základní oblasti. První oblastí je *ergoterapie cílená na postiženou oblast*, v níž se usiluje o to, aby na základě aktivního zapojení postižené oblasti došlo k jejímu trénování a cvičení. Jejím cílem může být např. zvětšení svalové síly, nácvik úchopu apod. Při ergoterapii zaměřené na postiženou oblast jsou využívány aktivity jako např. práce s keramickou hlinou, házení míče, práce v dřevařské dílně. Druhou oblastí ergoterapie je *ergoterapie zaměřená na nácvik soběstačnosti*, jejímž cílem je dosažení co největší možné nezávislosti lidí v oblasti každodenních aktivit. Může se jednat např. o nácvik osobní hygieny, koupání, konzumace pokrmů, ale také kupříkladu nácvik telefonování nebo manipulace s penězi. Třetí oblastí je oblast *předpracovní rehabilitace*. Ta se klientely v domovech pro seniory netýká, proto jen uvedu, že se zaměřuje na pomoc jedincům se zdravotními problémy při zařazení do pracovního procesu. Poslední oblastí ergoterapie je *ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové fyzické kondice*, která má své uplatnění zejména u pacientů, kteří jsou dlouhodobě nemocní či upoutáni na lůžku. Svoje využití má ale také v domovech pro seniory a jiných zařízeních určených pro tuto cílovou skupinu (Müller, 2005, s. 258–266).

Cílem ergoterapie u seniorů je zejména podpora jejich samostatnosti a sociální interakce, jejich celková aktivizace, zvýšení psychické a fyzické kondice, zachování soběstačnosti v aktivitách denního života, úprava negativních projevů v chování, zvýšení zájmu o současné dění i o vlastní osobu, trénování kognitivních funkcí a zachování povědomí o vlastní osobě (Müller, 2005, s. 67).

Aktivity realizované v rámci ergoterapie jsou mezi uživateli domovů pro seniory velmi oblíbené, jelikož většinou vycházejí z jejich přirozených schopností a potřeb. Aby zvolené aktivity co možná do nejvyšší míry byly v souladu se zaměřením osobnosti klienta, je vhodné

od zájemců o ergoterapii zjistit, jaké jsou jejich zájmy, záliby či jaké dříve vykonávali povolání (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 38).

3.5.9 Další aktivity

Kromě již zmíněných aktivizačních metod mohou být v rámci aktivizace uživatelů domovů pro seniory využívány i další činnosti a aktivity, které si ve stručnosti představíme v této podkapitole.

Velmi oblíbenou činností bývá u seniorů **vaření**. Pro seniory představuje činnost, která je naprosto běžná a přirozená a provádí se v každé domácnosti. Navíc přináší konkrétní a hmatatelné výsledky. Faktem také je, že pro mnohé seniory je jídlo jedním z mála potěšení, které jim ještě zbývají. Při vaření člověk nenásilnou formou trénuje hrubou a jemnou motoriku, ale také kognitivní funkce. Je totiž nutné celý proces vaření naplánovat, zajistit, aby bylo připraveno všechno potřebné, musí se zvážit nebo odměřit ingredience a při přípravě pokrmu postupovat podle receptu. Pokud senioři vaří ve skupině, je podporována také jejich komunikace a spolupráce. Dochází rovněž ke stimulaci smyslů, a to nejen chuti při konzumaci připraveného jídla, ale také čichu při jeho přípravě, a někdy také hmatu (např. při hnětení těsta). Jelikož se jedná o činnost, která je prospěšná pro druhé lidi, může mít pozitivní vliv i na emoční stav starých osob (Suchá a kol., 2013, s. 148–149).

V oblasti péče o seniory mají svůj význam i **stolní a zábavné hry**, jelikož nabízejí příležitosti ke zlepšení komunikace ve skupině, k zábavnému procvičování paměti a dalších kognitivních funkcí, ale také například k mezigeneračnímu propojení. Vhodnými stolními a zábavnými hrami pro seniory jsou např. šachy, bingo, karetní hry, pexeso, domino, člověče, nezlob se, puzzle (Suchá a kol., 2013, s. 83–92).

Jelikož se ve stáří dostává do popředí otázka naplnění duchovních potřeb a lidé v tomto věku přemýšlí o smyslu života a rekapituluji svůj život, je vhodné, aby v domovech pro seniory probíhaly i **duchovní programy**. Obecně lze tyto programy dělit do dvou oblastí. První z nich jsou pastorece, ty jsou vykonávány duchovními nebo pastoračními asistenty s teologickým vzděláním. Zahrnují modlitební setkání, bohoslužby, svátostné obřady apod. Druhou oblastí duchovních programů jsou spirituální aktivity. Jedná se o aktivity mající duchovní náplň, ale přímo se nevztahující k určité náboženské tradici, které mohou být vedeny i laikem. Zařadit sem můžeme např. čtení náboženské literatury, slavení tradičních svátků (Vánoc, „dušiček“...), zpěv duchovních písní apod. (Suchá a kol., 2013, s. 150)

Aby se uživatelé domova pro seniory měli na co těšit a připravovat, měla by se v něm konat čas od času nějaká **větší akce** (např. oslavy všeho druhu). Díky ní získají senioři jistou náplň života, nenudí se a neztrácí motivaci žít a pečovat o sebe. Na některé akce může mít povolený vstup i veřejnost, rodinní příslušníci uživatelů nebo jejich přátelé (Klucká, Volfová, 2016, s. 55).

U starších osob dochází k úbytku smyslové výkonnosti, což může vést k jejich stažení se do sebe a s ním spojenému zhoršení pohybových, kognitivních a dalších funkcí, které může vést k sociální izolaci a pasivitě těchto osob. Z těchto důvodů je vhodné zařazovat **aktivitu, které smysly stimulují** a udržují je v aktivitě. Může se jednat o různé aktivity zaměřené na rozpoznávání různých potravin po čichu, rozpoznávání slyšených zvuků, rozpoznávání předmětů po hmatu apod. Kromě těchto aktivit dochází ke stimulaci smyslů i při aromaterapii a při terapii snoezelen (Suchá a kol., 2013, s. 156–160). Aromaterapie je metoda, která se využívá k léčení těla, mysli i duše, založená na aplikaci nebo inhalaci esenciálních olejů z různých rostlin (Kolektiv autorů, 2006, s. 118). Snoezelen je metoda pocházející z Nizozemska, která vznikla spojením dvou slov snuffelen (čichat) a doezelen (dřímát). Usiluje se při ní o stimulaci všech smyslů, zvlášť nebo současně, o relaxaci, o odreagování od stresu apod. Snoezelen terapie se zpravidla uskutečňuje individuálně v místnostech speciálně vybavených a s využitím speciálních pomůcek (Suchá a kol., 2013, s. 158).

Další aktivitou, která může být realizována v rámci aktivizace v domovech pro seniory je **čtení**. Čtení knih je pro člověka velmi obohacující, jelikož napomáhá rozvoji jeho fantazie a kritického myšlení, může mu také posloužit jako způsob odreagování od různých náročných situací, procvičuje koncentraci pozornosti, zlepšuje paměť a může být rovněž prostředkem k uspokojení kulturních potřeb či zdrojem nových informací a zážitků. Součástí programu v domovech pro seniory bývá společné předčítání pro seniory, kteří již nejsou schopni samostatného čtení, např. z důvodu těžšího zrakového postižení (Suchá a kol., 2013, s. 164; Kulka, 2008, s. 69). Pokud je četba knih využívána za účelem navození žádoucího prožívání, chování a jednání klientů individuálně a společensky prospěšným směrem, jedná se o **biblioterapii** (Svoboda, 2013, s. 9).

Velké oblibě se u obyvatel domova pro seniory těší **zahradničení**, jelikož patří k jedné z nejvíce častých zálib osob seniorského věku. V podstatě se jedná o zdravou, smysluplnou činnost na čerstvém vzduchu, která je pro seniory prospěšná. Může sice obsahovat prvky, které nejsou pro staré lidi vhodné, např. ohýbání se k záhonům, jednostranný typ zátěže, např. při hrabání listí, ale existují možnosti, jak se těmito nežádoucími prvky vyhnout nebo je kompenzovat (Suchá a kol., 2013, s. 166).

Protože se mohou senioři nacházet ve stresu, který může být způsoben změnami v životním stylu, soužitím se spolubydlicími nebo frustrací ze zdravotních problémů, je vhodné, když jsou užívány **relaxační techniky**, které pomáhají stres snižovat. V jejich rámci může být využito např. dechových cvičení, protahování, naslouchání hudbě apod. (Klucká, Volfová, 2016, s. 62)

Nositeli významného motivačního prvku pro seniory jsou **mezigenerační aktivity**. Může se jednat např. o uspořádání besídky dětí z mateřské školy v domově pro seniory, vyrobení dárečků dětmi pro seniory apod. Nebo naopak senioři mohou pro děti připravit s pomocí pracovníka nějaké úkoly a pomáhat jim při jejich plnění (Suchá a kol., 2013, s. 168).

V některých domovech pro seniory fungují i **zájmové kroužky** např. dramatický, taneční, pěvecký apod. Do značné míry jejich fungování ale závisí na zdravotním stavu obyvatel. V některých zařízeních existuje i pěvecký sbor složený z obyvatel daného domova pro seniory (Klucká, Volfová, 2016, s. 57).

Zdrojem nových podnětů jsou pro osoby žijící v domově pro seniory **procházky**. Chůze představuje nejprůprirozenější pohybovou aktivitu, což způsobuje, že je většinou seniory kladně přijímaná. Délku a trasu procházky je nezbytné volit s ohledem na fyzický stav seniorů. Důležité je také stanovení cíle (např. nasbírání listů, natrhání květin...) (Suchá a kol., 2013, s. 168–169).

Zajímavým zpestřením běžného života v zařízení mohou být také **výlety**. I v případě výletu je opět důležité stanovení jeho cíle. Nutné je také zjistit, zda je objekt, kam se chystáme, bezbariérový, kde je možné zaparkovat autobus, jak daleko budeme muset jít od autobusu pěšky, a to z důvodu abychom mohli zajistit před odjezdem vše potřebné a měli s sebou dostatečné množství lidí jako doprovod. Na výletech by měly být pořízeny fotografie, které pak mohou zdobit chodby, být využity k promítání apod. (Suchá a kol., 2013, s. 169)

V domovech pro seniory mohou také probíhat různé **kulturní akce** jako jsou koncerty, besedy, promítání filmů, divadelní představení, taneční večery, jarmarky či vystoupení, kterých je účastna veřejnost. Tyto kulturní akce mohou pro seniory představovat zvláštní příležitost, na kterou se už dopředu těší, připravují si slavnostní oblečení a dávají si záležet, aby na ní vypadali dobře (Suchá a kol., 2013, s. 169).

Některá zařízení rezidenčního typu uspořádávají několikrát do roka tzv. „**lázeňský den**“. V tento den vše v zařízení probíhá jinak. Obyvatelům jsou v tento den k dispozici např. masérky, kosmetičky, kadeřnice apod. Dále je např. při koupání pouštěna relaxační hudba, v různých místnostech je prováděna aromaterapie apod. (Suchá a kol., 2013, s. 169)

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

Tato kapitola je věnována popisu a prezentaci výsledků realizovaného výzkumného šetření, jehož cílem bylo *analyzovat nabízené aktivizační činnosti v domovech pro seniory v České republice a zjistit aspekty na straně zařízení, které mohou ovlivňovat nabídku aktivizačních činností a zájem uživatelů těchto zařízení o nabízené aktivity*. V rámci této kapitoly jsou uvedeny cíle výzkumu a stanovené výzkumné otázky, popsána je zde vybraná metoda výzkumu, výzkumný vzorek a jeho složení, dále jsou zde také uvedeny formulované hypotézy a výsledky provedeného výzkumu.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Při formulaci výzkumných cílů a otázek jsem vycházela z teoretické části práce, především ze třetí kapitoly, která se zaměřuje na otázku aktivizace seniorů v domovech pro seniory, jejímu personálnímu zajištění, druhům aktivizačních činností a faktorům ovlivňujícím aktivizaci seniorů.

Pro empirickou část práce byly formulovány tyto cíle:

1. Zjistit a analyzovat nabídku aktivizačních činností v domovech pro seniory v České republice.
2. Zjistit a analyzovat, jak jsou aktivizační činnosti v domovech pro seniory plánovány, připravovány a realizovány.

V rámci tohoto cíle byly formulovány ještě tři dílčí cíle:

- Zmapovat aktivizační činnosti v těchto zařízeních z hlediska jejich procesuální stránky.
Procesuální stránkou aktivizačních činností jsou myšleny způsoby řízení aktivizačních činností, využívané formy aktivizačních činností, plánování aktivizačních činností, motivace uživatelů, spolupráce s jinými subjekty v rámci aktivizace a hodnocení aktivizačních činností.
- Zjistit, jak jsou aktivizační činnosti v těchto zařízeních personálně zajištěny.
- Zmapovat prostorové podmínky pro realizaci aktivizačních činností v těchto zařízeních.

3. Zjistit bariéry, které mohou představovat limity pro realizaci aktivizačních činností v domovech pro seniory.

4. Zjistit postoje pracovníků věnujících se aktivizaci uživatelů v těchto zařízeních k aspektům týkajícím se aktivizace uživatelů.
5. Ověřit stanovené hypotézy.

Aby došlo k naplnění uvedených cílů výzkumu, je nutné zodpovědět tyto výzkumné otázky:

1. *Jaké aktivizační činnosti jsou nabízené v domovech pro seniory?*
 - Na tuto výzkumnou otázku jsem v rámci dotazníku zjišťovala odpověď otázkou č. 10, která respondentům předkládala výčet aktivizačních činností a jejich úkolem bylo označit ty aktivity, které v jejich zařízení probíhají.
2. *Jaké organizační formy jsou při realizaci aktivizačních činností v těchto zařízeních využívány?*
 - Na zjištění odpovědi na tuto výzkumnou otázku byla v dotazníku orientována otázka č. 11, kterou jsem zjišťovala, zda v zařízení probíhají individuální, skupinové/hromadné aktivizační činnosti, popř. obojí.
3. *Jaké aktivizační činnosti jsou z hlediska jejich řízení v těchto zařízeních prováděny?*
 - Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly do dotazníku zařazeny otázky č. 15 a č. 16, přičemž otázkou č. 15 jsem se dotazovala na to, jaké aktivity jsou z hlediska řízení v domovech pro seniory realizovány a otázkou č. 16 jsem pak zjišťovala, které z těchto aktivit převládají.
4. *Jak často probíhají v těchto zařízeních aktivizační činnosti?*
 - K této výzkumné otázce se v dotazníku pojily otázky č. 12, č. 13 a č. 14, přičemž otázka č. 12 zjišťovala frekvenci skupinových činností, otázka č. 13 frekvenci individuálních činností a otázkou č. 14 jsem se dotazovala na existenci a pravidelnost víkendových aktivizačních činností.
5. *Jsou v těchto zařízeních zjišťovány potřeby uživatelů v oblasti aktivizace a individuální důvody pro neúčast uživatelů na aktivitách?*
 - Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsem zjišťovala otázkami č. 21, č. 22, č. 23 a č. 24 v dotazníku. Otázkou č. 21 jsem se dotazovala, zda jsou v daném zařízení zjišťovány potřeby uživatelů v oblasti aktivizace, otázkou č. 22 jsem pak zjišťovala metodu, která je k tomuto účelu využívána. Účelem otázky č. 23 bylo získat informace o tom, zda jsou v zařízeních zjišťovány individuální důvody pro ne-

účast uživatelů na aktivitách a cílem otázky č. 24 pak bylo zjistit, zda jsou aktivizační činnosti upravovány tak, aby byly zjištěné důvody odstraněny.

6. *Jsou uživatelé v těchto zařízeních motivováni k účasti na aktivitách, a jakým způsobem jejich motivace probíhá?*

- K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 25 a č. 26 v dotazníku, přičemž otázkou č. 25 jsem se dotazovala, zda jsou uživatelé ze strany pracovníků domova pro seniory motivováni k účasti na aktivitách a otázkou č. 26 jsem zjišťovala způsob, jakým motivace probíhá.

7. *Jsou v těchto zařízeních aktivizační činnosti dopředu plánovány?*

- Odpovědi na tuto výzkumnou otázku poskytly v dotazníku otázky č. 27, č. 28 a č. 29. Otázkou č. 27 jsem zjišťovala, zda jsou aktivity dopředu plánovány prostřednictvím plánů aktivizace, otázkou č. 28 jsem pak zjišťovala, jestli je plán aktivizace dostupný uživatelům domova pro seniory a otázkou č. 29 jsem se dotazovala na existenci pravidelně probíhajících aktivizačních činností.

8. *Jsou aktivizační činnosti v těchto zařízeních pravidelně hodnoceny uživateli?*

- Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsem zjišťovala otázkami, které měly v dotazníku č. 30 a č. 31. Otázka č. 30 se dotazovala na existenci pravidelného hodnocení aktivit uživateli a otázka č. 31 na metody využívané při jejich hodnocení.

9. *Spolupracují tato zařízení v rámci aktivizace s blízkými osobami uživatelů, veřejností, zařízeními podobného typu nebo s mateřskými či základními školami ve svém okolí?*

- Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsem zjišťovala otázkami č. 17, č. 18, č. 19 a č. 20 v dotazníku. Otázkou č. 17 jsem od respondentů zjišťovala, zda jsou v zařízení realizovány aktivity, kterých se účastní blízké osoby uživatelů či veřejnost, otázkou č. 18 jsem zjišťovala, zda jsou v zařízení realizovány aktivity, kterých se účastní žáci mateřským či základních škol, otázkou č. 19 jsem se dotazovala, zda zařízení spolupracuje v rámci aktivizace uživatelů s jinými zařízeními podobného typu a otázkou č. 20 jsem pak zjišťovala frekvenci pořádání společných aktivit.

10. *Jak jsou aktivizační činnosti v těchto zařízeních personálně zajištěny?*

- K této výzkumné otázce se vázaly v dotazníku otázky č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8 a č. 9. Otázkou č. 4 jsem od respondentů zjišťovala, zda v jejich zařízení působí pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů. Na tuto otázku poté navazovala otázka č. 5, která se ptala na počet takových pracovníků v zařízení

a otázka č. 6, která se dotazovala na jejich odbornou způsobilost. Otázkou č. 7 jsem zjišťovala, jací další pracovníci zařízení se do aktivizace uživatelů zapojují. Otázky č. 8 a č. 9 se týkaly působení dobrovolníků v zařízení a jejich počtu.

11. Jakými prostorovými podmínkami pro realizaci aktivizačních činností disponují tato zařízení?

- Pro zodpovězení této výzkumné otázky byla do dotazníku zařazena otázka č. 32, kterou jsem se dotazovala na to, jakými prostory pro realizaci aktivizačních činností zařízení disponují

12. Jaké bariéry představují limity pro aktivizaci uživatelů v těchto zařízeních?

- Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsem zjišťovala za pomoci škál, které byly součástí dotazníkové položky č. 33.

13. Jaké mají pracovníci věnující se aktivizaci uživatelů v těchto zařízeních postoje k určitým aspektům týkajícím se aktivizace?

- Postoje pracovníků, kteří se v domovech pro seniory věnují aktivizaci uživatelů, byly zjišťovány v rámci škál, které byly součástí dotazníkové položky č. 34.

4.2 Formulace hypotéz

Pro výzkumné šetření byly formulovány následující tři hypotézy, které zjišťují, zda existuje vztah mezi těmito proměnnými:

- využíváním pomoci dobrovolníků a frekvencí individuálních aktivizačních činností,
- pravidelným hodnocením aktivizačních činností uživateli a jejich zájmem o tyto činnosti,
- přítomností pracovníka pro aktivizaci v domově pro seniory a počtem druhů nabízených aktivit.

Platnost stanovených hypotéz byla posléze ověřována na základě testu nezávislosti chí-kvadrát. Tuto statistickou metodu jsem vybrala, jelikož se využívá v případech, kdy se rozhoduje, zda existuje závislost mezi dvěma proměnnými (jevy) zachycenými na základě nominálního (popř. ordinálního) měření (Chrásková, 2007, s. 76). Postup výpočtu je uveden v příloze této diplomové práce.

Hypotéza č. 1:

Využívání pomoci dobrovolníků má vliv na frekvenci provádění individuálních aktivizačních činností.

1H_A: V domovech pro seniory, které využívají pomoci dobrovolníků, je frekvence provádění individuálních aktivizačních činností vyšší než v domovech pro seniory, které pomoci dobrovolníků nevyužívají.

1H₀: Mezi využíváním pomoci dobrovolníků a frekvencí provádění individuálních aktivizačních činností neexistuje významný vztah.

Při ověřování platnosti hypotézy č. 1 bylo využito odpovědí na otázky č. 8 v dotazníku, která zjišťovala, zda domovy pro seniory využívají v rámci aktivizace uživatelů pomoci dobrovolníků, a odpovědí na otázku č. 13, která zjišťovala frekvenci provádění individuálních aktivizačních činností v těchto zařízeních.

Hypotéza č. 2:

Pravidelné hodnocení aktivizačních činností ze strany uživatelů má vliv na zájem uživatelů o tyto činnosti.

2H_A: V domovech pro seniory, ve kterých jsou aktivizační činnosti pravidelně hodnoceny uživateli je méně četný výskyt nezájmu uživatelů o tyto aktivity než v těch, ve kterých nejsou aktivizační činnosti pravidelně uživateli hodnoceny.

2H₀: Mezi pravidelným hodnocením aktivizačních činností uživateli a zájmem uživatelů o tyto činnosti neexistuje významný vztah.

Podkladem pro ověření hypotézy č. 2 se staly položky č. 30 a č. 33 v dotazníku, přičemž otázka č. 30 se dotazovala, zda jsou aktivizační činnosti realizované v domovech pro seniory pravidelně hodnoceny ze strany uživatelů a v rámci položky č. 33 bylo zjišťováno, do jaké míry se tato zařízení potýkají s nezájmem o nabízené aktivity.

Hypotéza č. 3:

Přítomnost pracovníka v domově pro seniory, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, má vliv na počet nabízených druhů aktivizačních činností.

3H₀: Počet nabízených druhů aktivizačních činností je větší v domovech pro seniory, ve kterých je zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů než v těch, ve kterých tento pracovník zaměstnán není.

3H_A: Mezi přítomností pracovníka v domově pro seniory, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů a počtem nabízených druhů aktivizačních činností, neexistuje významný vztah.

Při ověřování hypotézy č. 3 byly použity odpovědi na otázky č. 4 a č. 10 v dotazníku. Otázka č. 4 zjišťovala, zda je v oslovených domovech pro seniory zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů. Otázka č. 10 se dotazovala na nabízené druhy aktivizačních činností v těchto zařízeních.

4.3 Metoda výzkumného šetření

Vzhledem ke zvoleným cílům výzkumu a také počtu domovů pro seniory v České republice, jsem pro získání požadovaných dat vybrala kvantitativní metodu výzkumu – dotazník.

Dotazník je soustavou dopředu vytvořených a pečlivým způsobem formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny. Na otázky v dotazníku dotazovaná osoba odpovídá písemně (Chráska, 2007, s. 163). Dotazník se využívá především při hromadném získávání dat, tedy při získávání informací od velkého počtu dotázaných. Jelikož umožňuje získat velké množství dat při relativně malé investici času, bývá považován za ekonomický výzkumný nástroj (Gavora, 2008, s. 122).

Dotazník použitý ve výzkumném šetření byl složen ze vstupní části, vlastních otázek dotazníku a konce dotazníku. Ve vstupní části dotazníku bylo uvedeno, kdo je zadavatelem dotazníku, k čemu získaná data poslouží, a také jak dotazník vyplňovat. Po této úvodní vstupní části již následovaly vlastní otázky dotazníku. Dotazník byl tvořen 32 uzavřenými otázkami a 19 škálovými otázkami. Uzavřené otázky se v dotazníku vyskytovaly ve formě otázek výběrových, u kterých respondenti vybírali z nabízených odpovědí tu, která nejvíce odpovídá skutečnosti, a také otázky výčtové, které umožňovaly označit větší množství nabízených odpovědí. Škálové otázky zjišťovaly míru souhlasu či nesouhlasu respondentů s uvedenými tvrzeními. Na závěr dotazníku bylo zařazeno poděkování respondentům za spolupráci.

Jelikož jsem v rámci výzkumu chtěla získat odpovědi od co největšího počtu domovů pro seniory ve vybraných krajích ČR, využila jsem v rámci výzkumného šetření elektronického dotazníku, který byl rozeslán do jednotlivých domovů pro seniory prostřednictvím e-mailu. Součástí emailu byl i průvodní dopis, v němž byl uveden zadavatel výzkumu, účel dotazníku,

pokyny pro jeho vyplnění a datum ukončení výzkumu. Aby byla dotazníkem získána požadovaná data, byly oslovené domovy pro seniory v průvodním dopise upozorněny, že má být z každého domova pro seniory odesláno pouze po jednom vyplněném dotazníku.

4.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření se skládalo z pilotáže a vlastního výzkumného šetření. Při zjišťování poskytovatelů domovů pro seniory v České republice jsem v obou zmíněných etapách výzkumu vycházela z Registru poskytovatelů sociálních služeb, jehož správcem je MPSV. Kontaktní emaily na jednotlivé domovy pro seniory jsem posléze získala z webových stránek jednotlivých domovů pro seniory.

V rámci pilotáže jsem na malém vzorku respondentů ověřovala srozumitelnost otázek dotazníku. Pilotáž byla uskutečněna na přelomu dubna a května roku 2019 formou zaslání elektronického dotazníku do domovů pro seniory v České republice v Olomouckém kraji (10 dotazníků), Zlínském kraji (10 dotazníků), Pardubickém kraji (5 dotazníků), Ústeckém kraji (10 dotazníků), Libereckém kraji (5 dotazníků) a Královéhradeckém kraji (10 dotazníků). Celkem bylo v rámci pilotáže rozesláno 50 dotazníků, přičemž zpět bylo zasláno 36 vyplněných dotazníků. Na základě dat získaných pomocí pilotáže, došlo u několika otázek k úpravám v jejich znění, aby byly lépe srozumitelné.

Vlastní výzkumné šetření bylo uskutečněno v květnu 2019 formou rozeslání elektronického dotazníku do 247 domovů pro seniory v pěti krajích České republiky. Průběh výběru prvků do výzkumu a složení výzkumného vzorku jsou upřesněny v další podkapitole.

4.5 Výzkumný vzorek

V České republice bylo podle údajů uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb ke dni 5. května 2019, kdy jsem započala vlastní výzkumné šetření, registrováno 534 domovů pro seniory. Tento počet domovů pro seniory představoval pro můj výzkum základní soubor.

Na základě náhodného výběru jsem vybrala 5 krajů v České republice, v nichž byl výzkum uskutečněn. Jednalo se o kraje Jihomoravský, Středočeský, Moravskoslezský, Jihočeský a Karlovarský. V rámci těchto krajů jsem poté elektronicky rozeslala dotazník do všech v nich registrovaných domovů pro seniory, u nichž bylo možné dohledat kontaktní email pro zaslání dotazníku. V rámci jednotlivých krajů jsem oslovila s žádostí o vyplnění dotazníku 46 domovů pro seniory v Jihomoravském kraji, 77 domovů pro seniory ve Středočeském kraji, 72 domovů

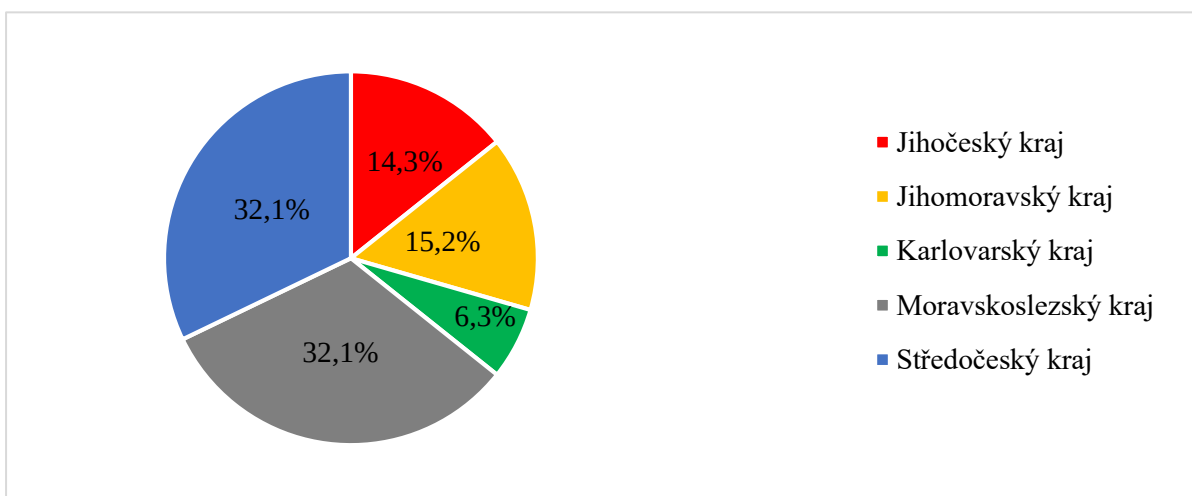
pro seniory v Moravskoslezském kraji, 35 domovů pro seniory v Jihočeském kraji a 17 domovů pro seniory v Karlovarském kraji. Celkem jsem tedy oslovila 247 domovů pro seniory. Vyplněných dotazníků se mi zpět vrátilo celkem 112, a to:

- 16 dotazníků z domovů pro seniory v Jihočeském kraji,
- 17 dotazníků z domovů pro seniory v Jihomoravském kraji,
- 7 dotazníků z domovů pro seniory v Karlovarském kraji,
- 36 dotazníků z domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji,
- 36 dotazníků z domovů pro seniory ve Středočeském kraji.

Návratnost dotazníku byla 45,34 %.

Ve třech následujících grafech je zobrazeno složení výzkumného vzorku podle kraje, v němž se domov pro seniory nachází, podle zřizovatele domova pro seniory a podle počtu uživatelů domova pro seniory.

První graf zobrazuje složení výzkumného vzorku podle kraje, v němž se domov pro seniory nachází.



Graf č. 1 Domovy pro seniory podle kraje

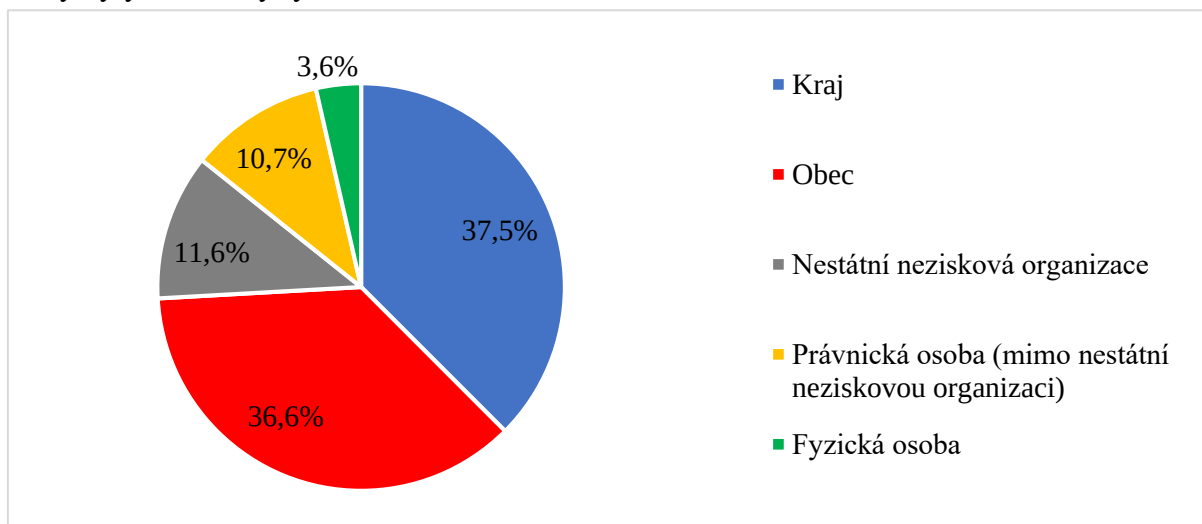
Zdroj: zpracováno autorkou

Kraj, v němž se domov pro seniory nachází	Četnost	Relativní četnost
Jihočeský	16	14,3 %
Jihomoravský	17	15,2 %
Karlovarský	7	6,3 %
Moravskoslezský	36	32,1 %
Středočeský	36	32,1 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 1 Domovy pro seniory podle kraje

Zdroj: zpracováno autorkou

Druhý graf zobrazuje složení výzkumného vzorku podle zřizovatele. Z celkového počtu 112 domovů pro seniory jich bylo 42 zřizovaných krajem, 41 obcí, 13 nestátní neziskovou organizací, 12 jinou právnickou osobou než nestátní neziskovou organizací a 4 domovy pro seniory byly zřizovány fyzickou osobou.



Graf č. 2 Domovy pro seniory podle zřizovatele

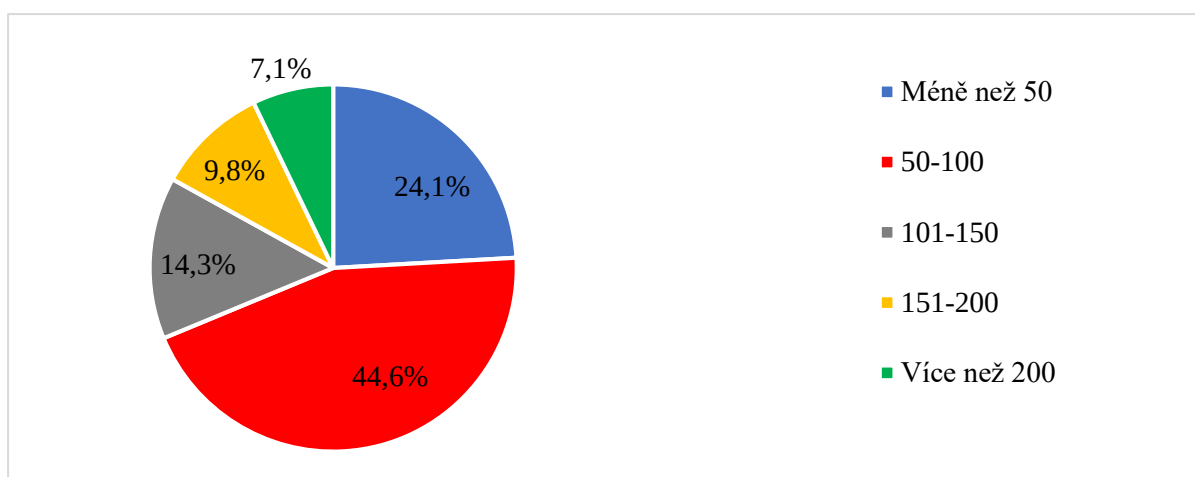
Zdroj: zpracováno autorkou

Zřizovatel domova pro seniory	Četnost	Relativní četnost
Kraj	42	37,5 %
Obec	41	36,6 %
Nestátní nezisková organizace	13	11,6 %
Právnická osoba (mimo NNO)	12	10,7 %
Fyzická osoba	4	3,6 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 2 Domovy pro seniory podle zřizovatele

Zdroj: zpracováno autorkou

Třetí graf ukazuje složení výzkumného vzorku podle počtu uživatelů domova pro seniory. Ve 27 domovech pro seniory bylo ubytováno méně než 50 uživatelů, v 50 domovech pro seniory bylo ubytováno od 50 do 100 uživatelů, 16 domovů pro seniory ubytovávalo od 101 do 150 uživatelů, 151 až 200 uživatelů mělo 11 domovů pro seniory a 8 domovů pro seniory mělo více než 200 uživatelů.



Graf č. 3 Domovy pro seniory podle počtu uživatelů

Zdroj: zpracováno autorkou

Počet uživatelů domova pro seniory	Četnost	Relativní četnost
Méně než 50	27	24,1 %
50–100	50	44,6 %
101–150	16	14,3 %
151–200	11	9,8 %
Více než 200	8	7,1 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 3 Domovy pro seniory podle počtu uživatelů

Zdroj: zpracováno autorkou

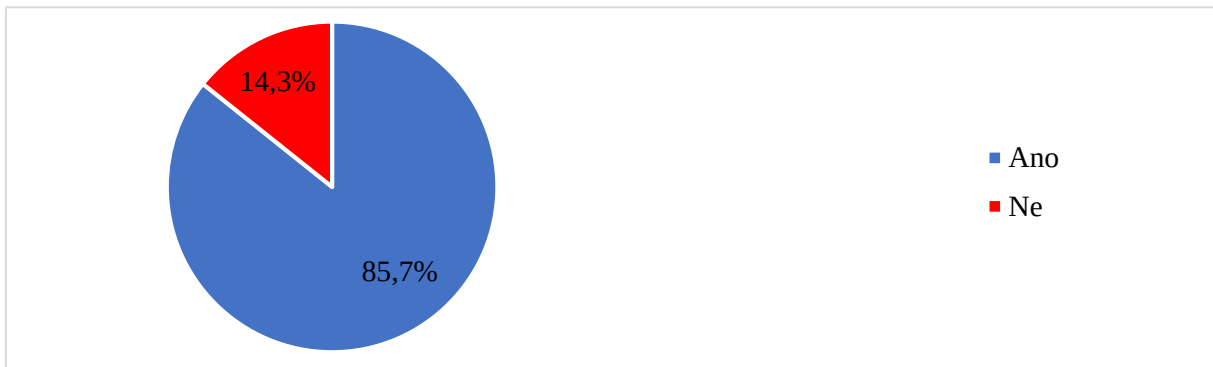
4.6 Výsledky a vyhodnocení výzkumu

V této kapitole jsou prezentovány výsledky provedeného výzkumného šetření formou zanesení získaných dat (odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku) do tabulek rozdělení četností a grafického znázornění prostřednictvím výsečových a sloupcových grafů.

4.6.1 Personální zajištění aktivizace uživatelů v domovech pro seniory

V rámci personálního zajištění aktivizace uživatelů v domovech pro seniory byla zjišťována existence pracovníka, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, počet takových pracovníků a jejich odborná způsobilost (otázka č. 6 v dotazníku), zapojování jiných pracovníků domovů pro seniory do aktivizace uživatelů (otázka č. 7 v dotazníku) a také využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci uživatelů (otázka č. 8 v dotazníku) a počet aktivně působících dobrovolníků (otázka č. 9 v dotazníku).

Otázkou č. 4 jsem se respondentů dotazovala, **zda v jejich domově pro seniory pracuje/pracují pracovníci, jehož/jejichž hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů**. Na tuto otázku odpovědělo 96 respondentů kladně, zbylých 16 respondentů uvedlo, že v jejich zařízení pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, nepůsobí.



Graf č. 4 Existence pracovníka pro aktivizaci uživatelů

Zdroj: zpracováno autorkou

Existence pracovníka pro aktivizaci uživatelů	Četnost	Relativní četnost
Ano	96	85,7 %
Ne	16	14,3 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 4 Existence pracovníka pro aktivizaci uživatelů

Zdroj: zpracováno autorkou

Otázkou č. 5 jsem od respondentů, kteří uvedli, že v jejich zařízení působí pracovník/pracovníci, jehož/jejichž hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, zjišťovala, **kolik takových pracovníků je v jejich zařízení zaměstnáno**. Nejčtenější odpovědí bylo, že v zařízení působí jeden pracovník pro aktivizaci, tuto odpověď označilo 27 respondentů.

Počet pracovníků pro aktivizaci uživatelů	Četnost	Relativní četnost
1	27	28,1 %
2	21	21,9 %
3	17	17,7 %
4	11	11,5 %
5	5	5,2 %
6	5	5,2 %
7	2	2,1 %
8	4	4,2 %
9	2	2,1 %
10 a více	2	2,1 %
	Σ 96	Σ 100,0 %

Tabulka č. 5 Počet pracovníků pro aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Odbornou způsobilost pracovníků pro aktivizaci jsem zjišťovala otázkou č. 6 v dotazníku. Nejčastější odpovědí bylo střední vzdělání s maturitní zkouškou + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách, tato odpověď byla zvolena 58 respondenty. Druhou nejčastěji volenou odpovědí, kterou uvedlo 30 respondentů, bylo střední vzdělání s výučním listem + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

Odborná způsobilost	Četnost	Relativní četnost
střední vzdělání s výučním listem + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách	30	19,6 %
střední vzdělání s maturitní zkouškou + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách	58	37,9 %
střední vzdělání v oboru, pro které se podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. nevyžaduje kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách	15	9,8 %
vysokoškolské vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka	13	8,5 %
vyšší odborné vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka	16	10,5 %
vysokoškolské vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta	2	1,3 %
vysokoškolské vzdělání v jiném oboru než výše uvedeném + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách	7	4,6 %
vyšší odborné vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta	2	1,3 %
vyšší odborné vzdělání v jiném oboru než výše uvedeném + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách	1	0,7 %
střední vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta	0	0 %
jiné vzdělání	8	5,2 %
nevím	1	0,7 %
	Σ 153	Σ 100,0 %

Tabulka č. 6 Odborná způsobilost pracovníků pro aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

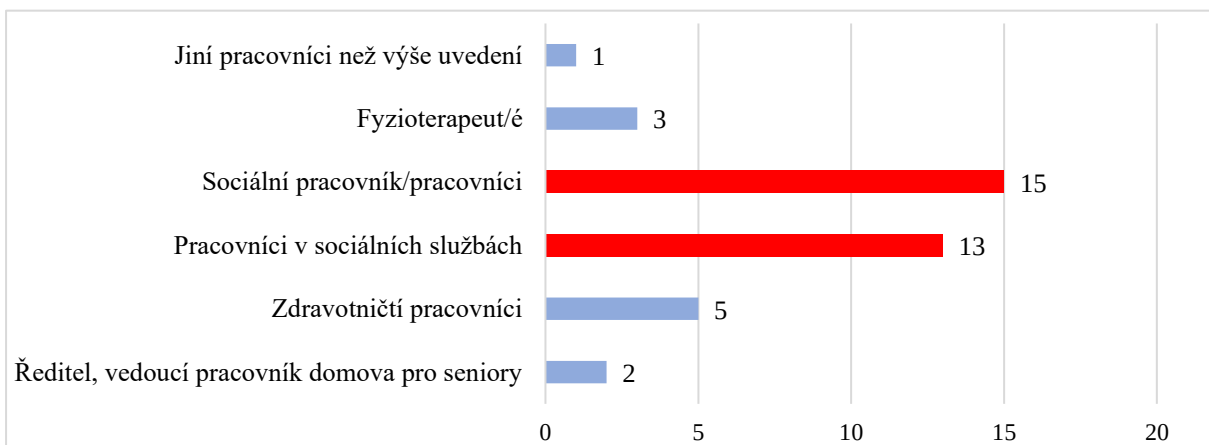
Skutečnost, **zda se do aktivizace uživatelů v oslovených zařízeních zapojují i jiní pracovníci než ti, u nichž je aktivizace hlavní náplní jejich práce**, jsem zjišťovala otázkou č. 7 v dotazníku. Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že nejčastěji se do aktivizace mimo pracovníky pro aktivizaci zapojují pracovníci v sociálních službách (označení 89 respondenty) a sociální pracovníci (označení 70 respondenty). 3 respondenti označili odpověď, že se žádný z pracovníků, kteří byli na výběr, do aktivizace uživatelů nezapojuje, což znamená, že aktivizace uživatelů je čistě úkolem pracovníků pro aktivizaci. U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí, proto je relativní četnost vypočítávána z celkového počtu respondentů (tedy 112).

Pracovník zapojující se do aktivizace	Četnost	Relativní četnost
Ředitel, vedoucí pracovník domova pro seniory	22	19,6 %
Zdravotničtí pracovníci	26	23,2 %
Pracovníci v sociálních službách	89	79,5 %
Sociální pracovník/pracovníci	70	62,5 %
Fyzioterapeut/é	32	28,6 %
Jiní pracovníci než výše uvedení	14	12,5 %
Žádný ze zmíněných pracovníků	3	2,7 %

Tabulka č. 7 Zapojení jiných pracovníků do aktivizace

Zdroj: zpracováno autorkou

U otázky č. 7 měli respondenti, v jejichž domově pro seniory není zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, označit pracovníky, kteří zastupují jeho roli. Pracovníky s největší četností voleb byli sociální pracovníci (označení 15 respondenty) a pracovníci v sociálních službách (označení 13 respondenty). U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí, proto je relativní četnost vypočítána z celkového počtu respondentů, kteří uvedli, že v jejich domově pro seniory není zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů (tedy z 16).



Graf č. 5 Pracovníci nahrazující pracovníka pro aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Pracovníci nahrazující pracovníka pro aktivizaci	Četnost	Relativní četnost
Ředitel, vedoucí domova pro seniory	2	12,50 %
Zdravotničtí pracovníci	5	31,25 %
Pracovníci v sociálních službách	13	81,25 %
Sociální pracovník/pracovníci	15	93,75 %
Fyzioterapeut/é	3	18,75 %
Jiní pracovníci než výše uvedení	1	6,25 %

Tabulka č. 8 Pracovníci nahrazující pracovníka pro aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Účelem otázky č. 8 v dotazníku bylo zjistit, **zda je v domovech pro seniory využíváno v rámci aktivizace pomoci dobrovolníků**. 91 respondentů na tuto otázku odpovědělo kladně, zbylých 21 respondentů záporně.



Graf č. 6 Využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Využívání pomoci dobrovolníků	Četnost	Relativní četnost
Ano	91	81,25 %
Ne	21	18,75 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 9 Využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Kolik dobrovolníků aktivně působí v domovech pro seniory, ve kterých využívají jejich pomoci, jsem zjišťovala v pořadí devátou otázkou v dotazníku. Nejčastější odpovědí bylo, že v zařízení působí tři až pět dobrovolníků, tuto odpověď zvolilo 37 respondentů.

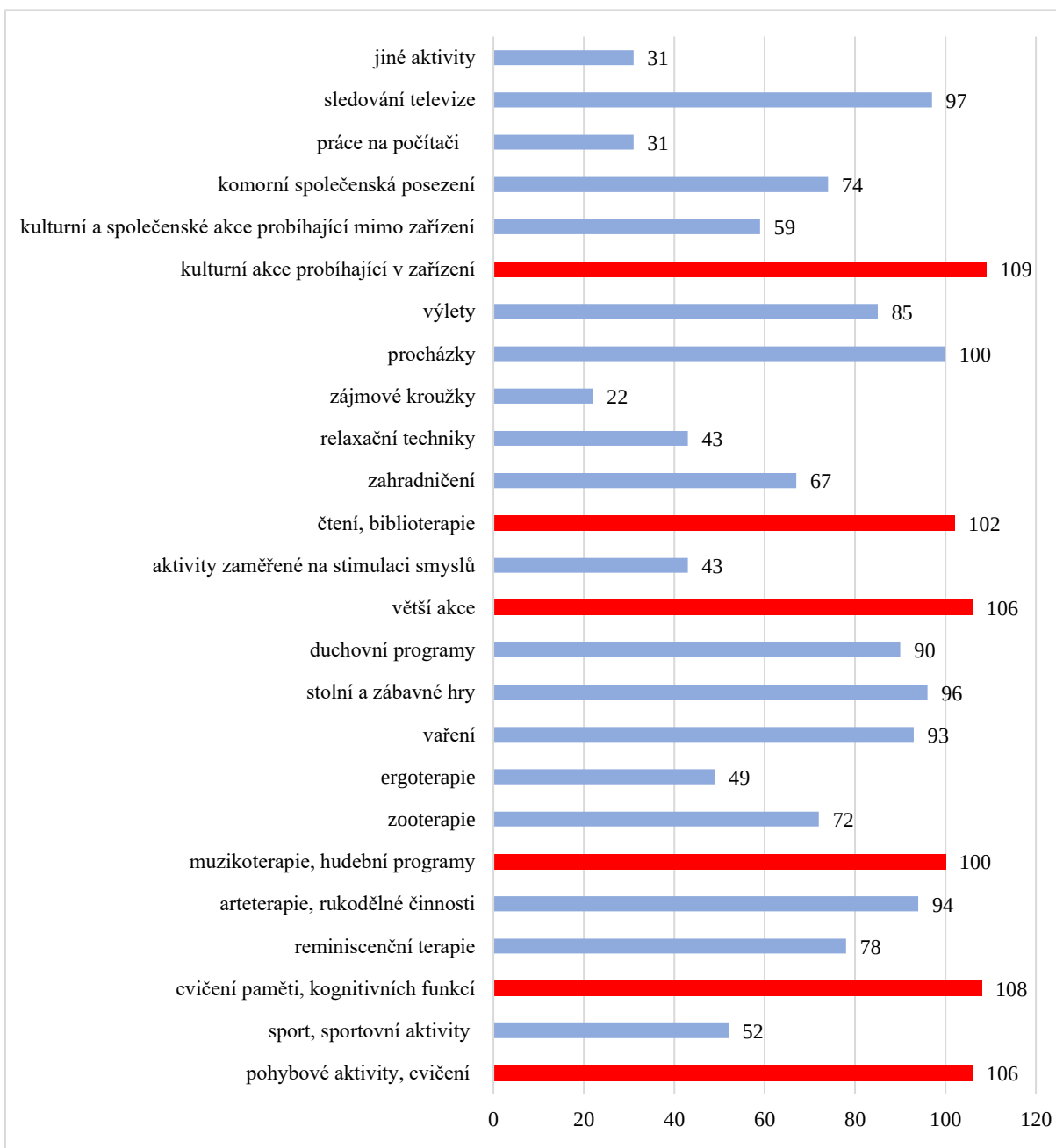
Počet dobrovolníků	Četnost	Relativní četnost
1–2	21	23,1 %
3–5	37	40,7 %
6–8	10	11,0 %
9–11	8	8,8 %
12–15	7	7,7 %
Více než 15	8	8,8 %
	Σ 91	Σ 100,0 %

Tabulka č. 10 Počet dobrovolníků

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.2 Nabízené aktivizační činnosti v domovech pro seniory

Na to, **jaké druhy aktivizačních činností jsou v domovech pro seniory realizovány**, jsem se dotazovala v rámci otázky č. 10 v dotazníku. Mezi činnosti s největší četností patřily pohybové aktivity, cvičení (označeny 106 respondenty), cvičení paměti nebo kognitivních funkcí (označeny 108 respondenty), muzikoterapie a hudební programy (označeny 100 respondenty), větší akce, kterých se účastní velké množství obyvatel domova pro seniory jako jsou oslavy, karnevaly, zahradní slavnosti apod. (označené 106 respondenty), čtení a biblioterapie (označené 102 respondenty), procházky (označené 100 respondenty), kulturní akce probíhající v zařízení (označené 109 respondenty).



Graf č. 7 Nabízené aktivizační činnosti

Zdroj: zpracováno autorkou

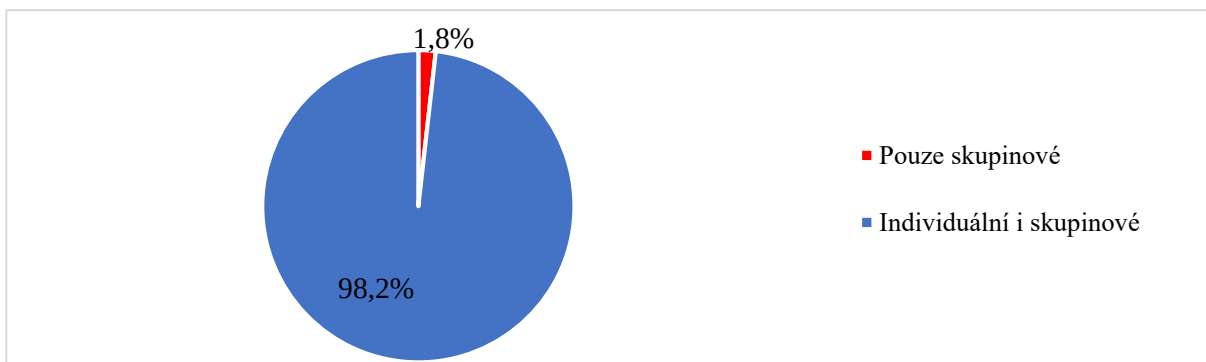
Aktivizační činnost	Četnost	Relativní četnost
pohybové aktivity, cvičení	106	94,6 %
sport, sportovní aktivity	52	46,4 %
cvičení paměti, kognitivních funkcí	108	96,4 %
reminiscenční terapie	78	69,6 %
arteterapie, rukodělné činnosti	94	83,9 %
muzikoterapie, hudební programy	100	89,3 %
zooterapie	72	64,3 %
ergoterapie	49	43,8 %
vaření	93	83,0 %
stolní a zábavné hry	96	85,7 %
duchovní programy	90	80,4 %
větší akce, kterých se účastní velké množství obyvatel domova	106	94,6 %
aktivity zaměřené na stimulaci smyslů (např. aromaterapie, snoezelen)	43	38,4 %
čtení, biblioterapie	102	91,1 %
zahradničení	67	59,8 %
relaxační techniky	43	38,4 %
zájmové kroužky	22	19,6 %
procházky	100	89,3 %
výlety	85	75,9 %
kulturní akce probíhající v zařízení (např. besedy, přednášky, koncerty, jarmarky)	109	97,3 %
kulturní a společenské akce probíhající mimo zařízení (např. návštěva divadla)	59	52,7 %
komorní společenská posezení (např. čajový dýchánek, pánský klub, kavárnička)	74	66,1 %
práce na počítači	31	27,7 %
sledování televize	97	86,6 %
jiné aktivity	31	27,7 %

Tabulka č. 11 Nabízené aktivizační činnosti

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.3 Organizační formy využívané při realizaci aktivizačních činností

Jaké organizační formy jsou při uskutečňování aktivizačních činností využívány jsem se dotazovala otázkou č. 11 v dotazníku. 110 respondentů odpovědělo, že v jejich zařízeních jsou realizované jak individuální, tak skupinové aktivizační činnosti, pouze 2 respondenti uvedli, že v jejich zařízení jsou realizované pouze skupinové aktivizační činnosti.



Graf č. 8 Využívané organizační formy

Zdroj: zpracováno autorkou

Využívaná organizační forma	Četnost	Relativní četnost
Pouze individuální	0	0,0 %
Pouze skupinové	2	1,8 %
Individuální i skupinové	110	98,2 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

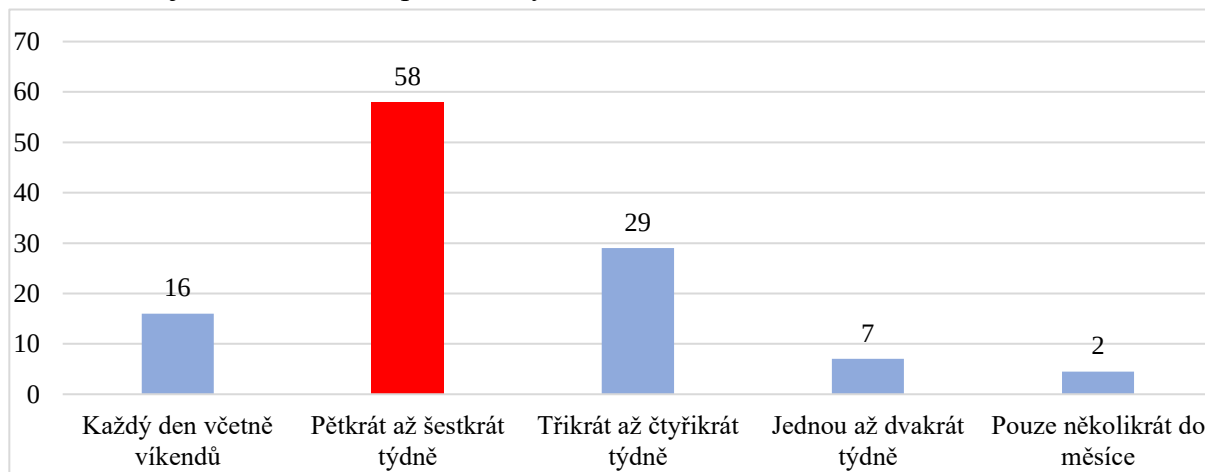
Tabulka č. 12 Využívané organizační formy

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.4 Frekvence individuálních a skupinových aktivizačních činností

Jak často v oslovených domovech pro seniory probíhají individuální a skupinové aktivizační činnosti jsem zjišťovala pomocí otázek č. 12 a č. 13 v dotazníku.

Na frekvenci skupinových aktivizačních činností jsem se dotazovala v rámci otázky č. 12. Odpověď respondentů s největší četností byla, že skupinové aktivizační činnosti v jejich zařízení probíhají pětikrát až šestkrát týdně. Tuto odpověď zvolilo 58 respondentů. Třikrát až čtyřikrát týdně probíhají skupinové aktivizační činnosti ve 29 domovech pro seniory, každý den včetně víkendů jsou skupinové aktivizační činnosti realizovány v 16 domovech pro seniory, jednou až dvakrát týdně v 7 domovech pro seniory a pouze několikrát do měsíce se uskutečňují ve 2 domovech pro seniory.



Graf č. 9 Frekvence skupinových aktivizačních činností

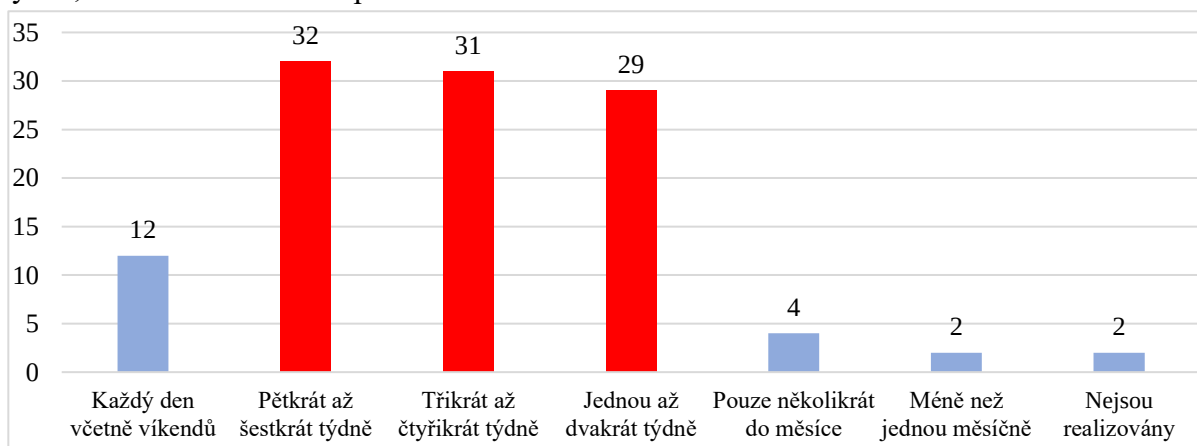
Zdroj: zpracováno autorkou

Frekvence skupinových aktivizačních činností	Četnost	Relativní četnost
Každý den včetně víkendů	16	14,3 %
Pětkrát až šestkrát týdně	58	51,8 %
Tříkrát až čtyřikrát týdně	29	25,9 %
Jednou až dvakrát týdně	7	6,3 %
Pouze několikrát do měsíce	2	1,8 %
Méně než jednou měsíčně	0	0,0 %
Nejsou realizovány	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 13 Frekvence skupinových aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

Frekvenci individuálních aktivizačních činností jsem zjišťovala pomocí otázky č. 13 v dotazníku. Na tuto otázku měli respondenti odpovědět, jak často jsou průměrně realizovány individuální aktivizační činnosti s uživatelem, který se nemůže účastnit skupinových aktivizačních činností nebo pro kterého nejsou vhodné. Dvěma nejčastěji volenými odpověďmi byla frekvence tříkrát až čtyřikrát týdně, kterou označilo 32 respondentů a pětkrát až šestkrát týdně, kterou vybralo 31 respondentů. Častá byla také odpověď jednou až dvakrát týdně, kterou zvolilo 29 respondentů.



Graf č. 10 Frekvence individuálních aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

Frekvence individuálních aktivizačních činností	Četnost	Relativní četnost
Každý den včetně víkendů	12	10,7 %
Pětkrát až šestkrát týdně	32	28,6 %
Tříkrát až čtyřikrát týdně	31	27,7 %
Jednou až dvakrát týdně	29	25,9 %
Pouze několikrát do měsíce	4	3,6 %
Méně než jednou měsíčně	2	1,8 %
Nejsou realizovány	2	1,8 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 14 Frekvence individuálních aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

V rámci dotazníku jsem zjišťovala rovněž **existenci a pravidelnost uskutečňování víkendových aktivizačních činností v domovech pro seniory**. Pravidelně každý víkend je nějaká aktivizační činnost realizována v 18 domovech pro seniory. Aktivizační činnosti o víkendech provádějí, ale nikoliv pravidelně v 60 domovech pro seniory. Ve zbylých 34 domovech pro seniory nejsou víkendové aktivity realizovány.

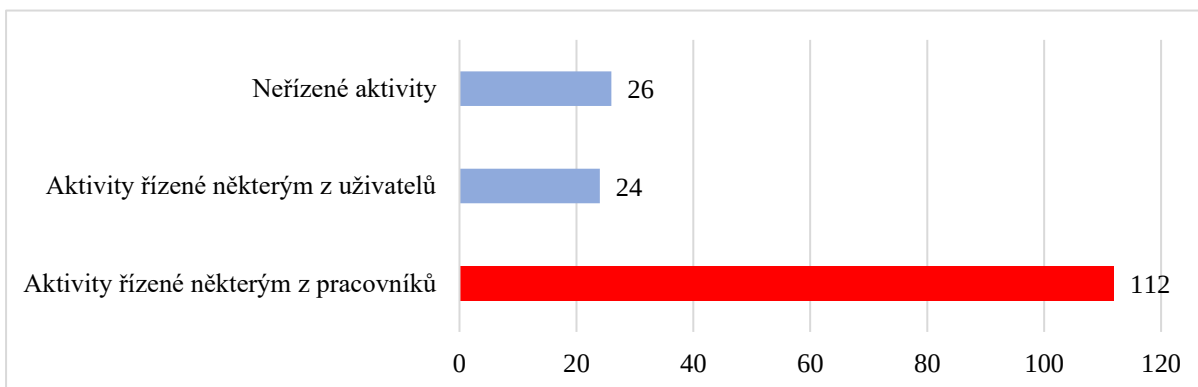
Realizování víkendových aktivizačních činností	Četnost	Relativní četnost
Ano, pravidelně každý víkend	18	16,07 %
Ano, ale nepravidelně	60	53,57 %
Ne	34	30,36 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 15 Realizování víkendových aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.5 Využívané způsoby řízení aktivizačních činností

Využívané způsoby řízení aktivizačních činností jsem zjišťovala otázkou č. 15 v dotazníku. Ve všech 112 domovech pro seniory jsou realizovány aktivizační činnosti řízené některým z pracovníků zařízení, ve 24 domovech pro seniory jsou realizované aktivizační činnosti, které řídí některý z uživatelů a ve 26 těchto zařízeních jsou uskutečňovány neřízené aktivity. Jelikož u této otázky mohli respondenti označit více odpovědí, je relativní četnost vypočítávána z celkového počtu respondentů, tedy 112, nikoliv z celkového počtu odpovědí na tuto otázku.



Graf č. 11 Využívané způsoby řízení aktivit

Zdroj: zpracováno autorkou

Využívané způsoby řízení	Četnost	Relativní četnost
Aktivity řízené některým z pracovníků	112	100,0 %
Aktivity řízené některým z uživatelů	24	21,4 %
Neřízené aktivity	26	23,2 %

Tabulka č. 16 Využívané způsoby řízení aktivit

Zdroj: zpracováno autorkou

Otázkou č. 16 v dotazníku jsem se respondentů dotazovala, **jaké aktivizační činnosti z hlediska jejich řízení v zařízení převládají**. 108 respondentů označilo za převládající aktivity ty řízené některým z pracovníků, 4 respondenti vybrali odpověď, že nelze určit, které z aktivit převládají.

Převládající aktivity z hlediska řízení	Četnost	Relativní četnost
Aktivity řízené některým z pracovníků	108	96,4 %
Aktivity řízené některým z uživatelů	0	0,0 %
Neřízené aktivity	0	0,0 %
Nelze určit, které z aktivit převládají	4	3,6 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

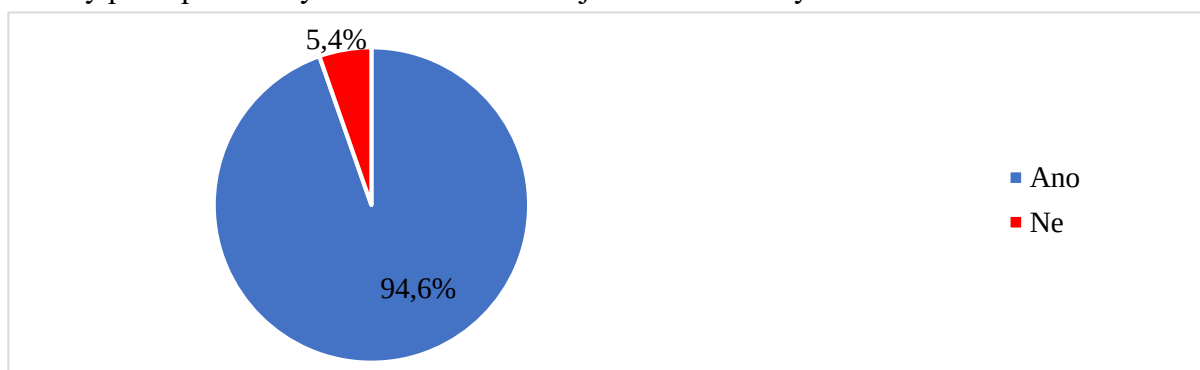
Tabulka č. 17 Převládající aktivity z hlediska řízení

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.6 Spolupráce domovů pro seniory s dalšími subjekty v rámci aktivizace

Zda domovy pro seniory spolupracují v rámci aktivizace jejich uživatelů s jinými subjekty jsem zjišťovala otázkami č. 17, č. 18 a č. 19, přičemž byla zjišťována spolupráce s blízkými osobami a veřejností, mateřskými nebo základními školami a jinými zařízeními podobného typu jako je domov pro seniory.

Otázka č. 17 v dotazníku se zaměřovala na **spolupráci mezi domovem pro seniory a blízkými osobami uživatelů a veřejností**. Zjišťováno bylo, zda jsou v domovech pro seniory uskutečňovány aktivity, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost. U této otázky odpovědělo 106 respondentů kladně, zbylých 6 respondentů uvedlo, že v jejich zařízení nejsou aktivity přístupné blízkým osobám nebo veřejnosti realizovány.



Graf č. 12 Realizace aktivit, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost

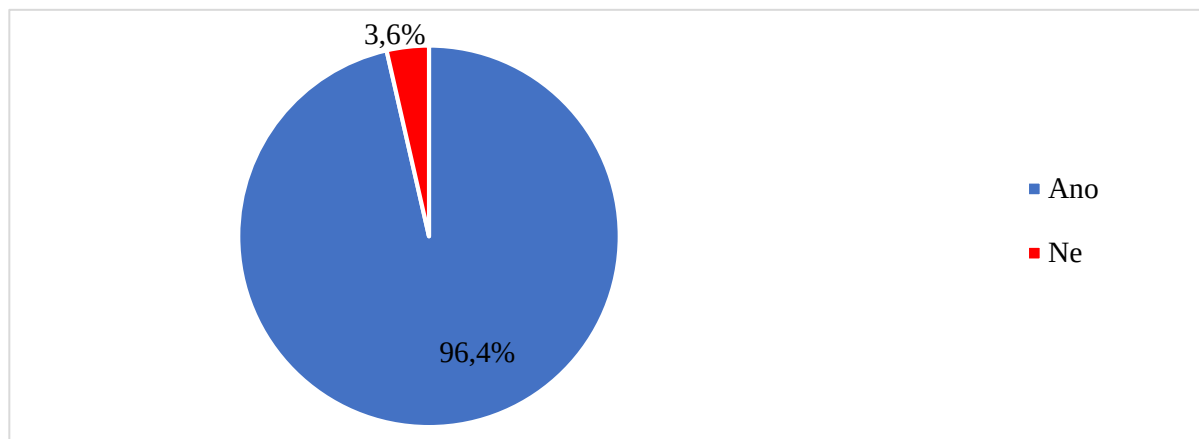
Zdroj: zpracováno autorkou

Realizace aktivit, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost	Četnost	Relativní četnost
Ano	106	94,6 %
Ne	6	5,4 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 18 Realizace aktivit, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost

Zdroj: zpracováno autorkou

Spolupráci mezi domovy pro seniory a mateřskými nebo základními školami jsem zjišťovala prostřednictvím otázky č. 18 v dotazníku, která se respondentů dotazovala, zda jsou v zařízení pořádány aktivity, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol. Kladně na tuto otázku odpovědělo 108 respondentů, záporně pak zbylí 4 respondenti.



Graf č. 13 Realizace aktivit, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol

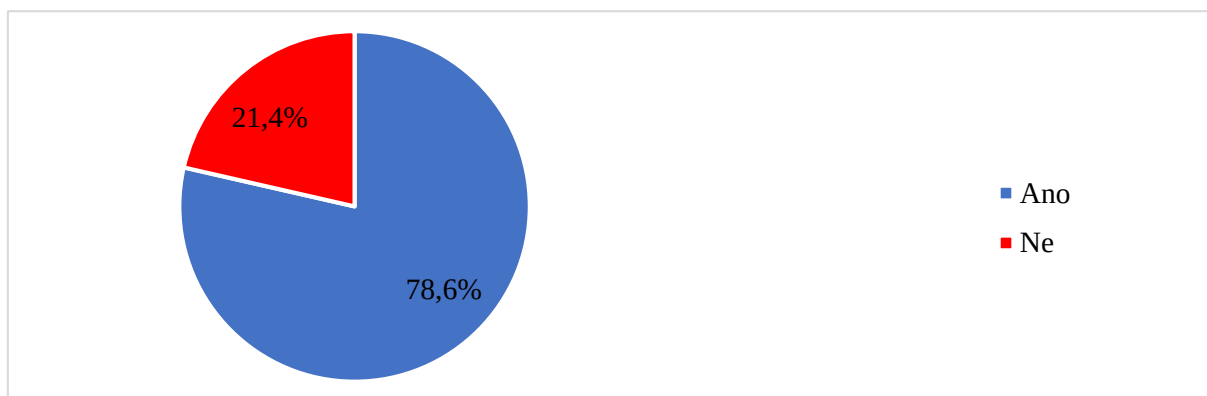
Zdroj: zpracováno autorkou

Realizace aktivit, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol	Četnost	Relativní četnost
Ano	108	96,4 %
Ne	4	3,6 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 19 Realizace aktivit, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol

Zdroj: zpracováno autorkou

Otázkou č. 19 v dotazníku jsem zjišťovala, zda **domovy pro seniory v rámci aktivizace spolupracují s jinými zařízeními podobného typu**. 88 respondentů uvedlo, že jejich domov pro seniory v rámci aktivizace spolupracuje s jinými zařízeními podobného typu, zbylých 24 respondentů naopak uvedlo, že s jinými zařízeními podobného typu jejich domov pro seniory nespolupracuje.



Graf č. 14 Spolupráce se zařízeními podobného typu

Zdroj: zpracováno autorkou

Spolupráce se zařízeními podobného typu	Četnost	Relativní četnost
Ano	88	78,6 %
Ne	24	21,4 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 20 Spolupráce se zařízeními podobného typu

Zdroj: zpracováno autorkou

K otázce č. 19 se vázala otázka č. 20, kterou jsem zjišťovala, **jak často jsou ve spolupráci s těmito zařízeními pořádány společné aktivity pro jejich uživatele**. Nejčtenější odpovědí bylo, že jsou společné aktivity pořádány pouze několikrát do roka, tuto odpověď zvolilo 63 respondentů.

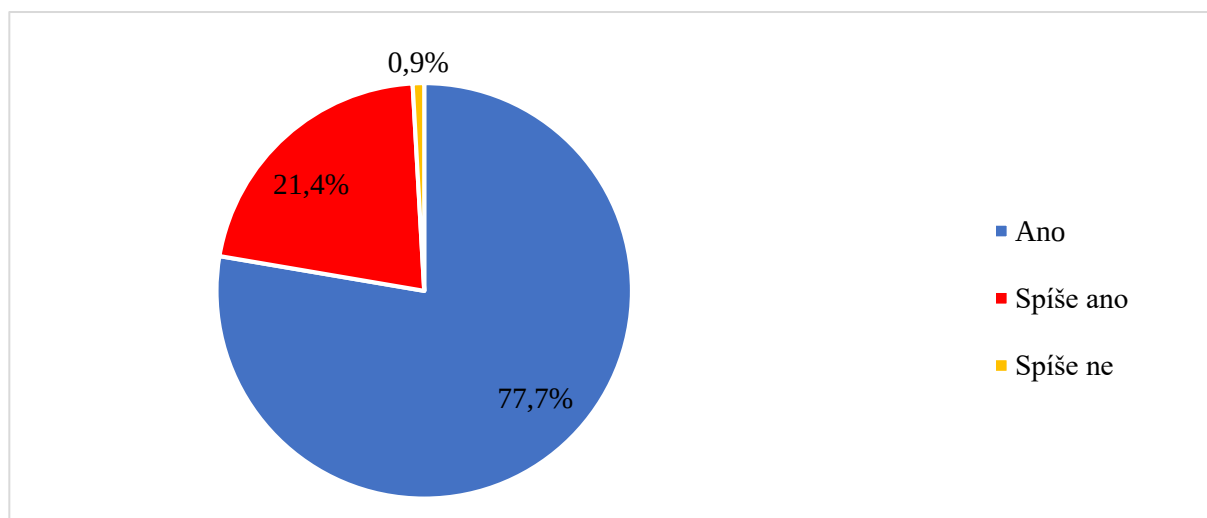
Frekvence pořádání společných aktivit se zařízeními podobného typu	Četnost	Relativní četnost
Více než jedenkrát měsíčně	3	3,4 %
Přibližně jedenkrát měsíčně	14	15,9 %
Pouze několikrát do roka	63	71,6 %
Méně často než jedenkrát do roka	8	9,1 %
	Σ 88	Σ 100,0 %

Tabulka č. 21 Frekvence pořádání společných aktivit se zařízeními podobného typu

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.7 Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace

Na to, zda jsou v domovech pro seniory zjišťovány potřeby uživatelů v oblasti aktivizace, jsem se dotazovala respondentů otázkou č. 21 v dotazníku. Na tuto otázku odpovědělo 87 respondentů ano, 24 respondentů odpovědělo spíše ano a jeden respondent zvolil odpověď spíše ne.



Graf č. 15 Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace

Zdroj: zpracováno autorkou

Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace	Četnost	Relativní četnost
Ano	87	77,7 %
Spíše ano	24	21,4 %
Spíše ne	1	0,9 %
Ne	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 22 Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace

Zdroj: zpracováno autorkou

K otázce č. 21 se pojila otázka č. 22, na jejímž základě jsem od respondentů zjišťovala, **jakých metod využívají při zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace**. Nejčastěji byla respondenty zvolena metoda rozhovoru, kterou označilo 104 z nich. Jelikož respondenti mohli u této otázky zvolit více odpovědí, není relativní četnost jednotlivých odpovědí vypočítána z celkového počtu odpovědí, ale z celkového počtu respondentů (tedy 112).

Metoda zjišťování potřeb	Četnost	Relativní četnost
Rozhovor	104	92,9 %
Dotazník	57	50,9 %
Pozorování	74	66,1 %
Jiná metoda	9	8,0 %

Tabulka č. 23 Metody zjišťování potřeb v oblasti aktivizace

Zdroj: zpracováno autorkou

Zda **jsou zjišťovány důvody pro neúčast uživatelů na společných aktivizačních činnostech**, jsem se dotazovala otázkou č. 23 v dotazníku. 74 respondentů odpovědělo, že tyto důvody jsou zjišťovány. 31 respondentů uvedlo, že tyto důvody jsou spíše zjišťovány. Spíše nezjišťují tyto důvody v 5 domovech pro seniory a určitě je nezjišťují ve dvou těchto zařízeních.

Zjišťování důvodů pro neúčast na společných činnostech	Četnost	Relativní četnost
Ano	74	66,07 %
Spíše ano	31	27,68 %
Spíše ne	5	4,46 %
Ne	2	1,79 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 24 Zjišťování důvodů pro neúčast na společných činnostech

Zdroj: zpracováno autorkou

Od respondentů, kteří odpověděli na otázku, zda zjišťují individuální důvody pro neúčast uživatele na aktivizačních činnostech možností ano nebo spíše ano, bylo dále zjišťováno otázkou č. 24, **jestli se pracovníci snaží na základě zjištěných důvodů, upravit aktivitu tak,**

aby byla účast uživatele na ní možná (v případě že tomu nebrání další okolnosti). Na tuto otázku odpovědělo 58 z nich ano, 41 z nich spíše ano a zbylých 6 zvolilo odpověď spíše ne.

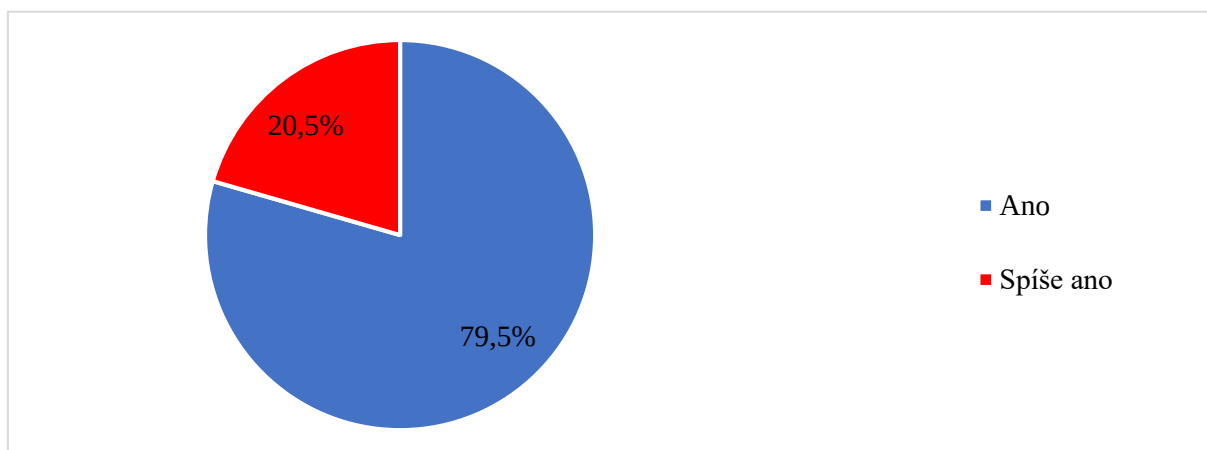
Úprava společných činností podle individuálních důvodů uživatelů	Četnost	Relativní četnost
Ano	58	55,2 %
Spíše ano	41	39,1 %
Spíše ne	6	5,7 %
Ne	0	0,0 %
	Σ 105	Σ 100,0 %

Tabulka č. 25 Úprava společných činností podle individuálních důvodů uživatelů

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.8 Motivace uživatelů k účasti na aktivizačních činnostech

Zda jsou uživatelé domovů pro seniory motivováni ze strany personálu k účasti na aktivizačních činnostech bylo zjišťováno prostřednictvím otázky č. 25. Na tuto otázku odpovědělo 89 respondentů, že uživatelé jejich zařízení jsou motivováni personálem k účasti na aktivitách, 23 respondentů uvedlo, že jejich uživatelé jsou spíše motivováni k účasti na aktivitách.



Graf č. 16 Motivace uživatelů k účasti na aktivitách

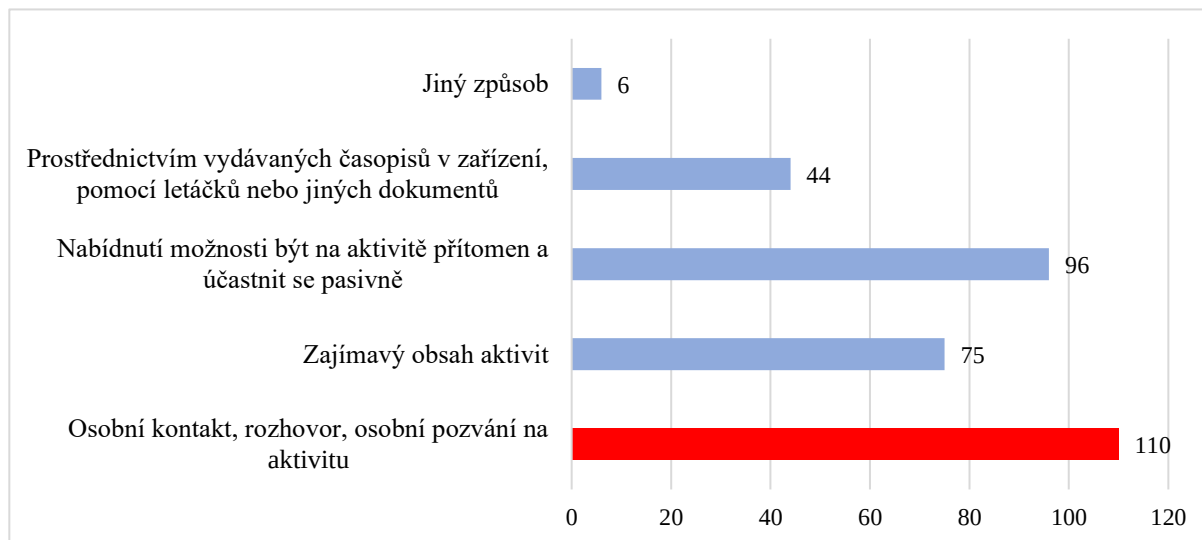
Zdroj: zpracováno autorkou

Motivace uživatelů k účasti na aktivitách ze strany personálu	Četnost	Relativní četnost
Ano	89	79,5 %
Spíše ano	23	20,5 %
Spíše ne	0	0,0 %
Ne	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 26 Motivace uživatelů k účasti na aktivitách

Zdroj: zpracováno autorkou

Otázka č. 26 souvisela s otázkou č. 25 a zjišťovala jsem prostřednictvím ní, **jakými způsoby jsou uživatelé domovů pro seniory motivováni k účasti na aktivizačních činnostech**. Nejčastěji voleným způsobem byla možnost osobní kontakt, rozhovor, osobní pozvání na aktivitu, kterou označilo 110 respondentů.



Graf č. 17 Způsoby motivace uživatelů k účasti na aktivitách

Zdroj: zpracováno autorkou

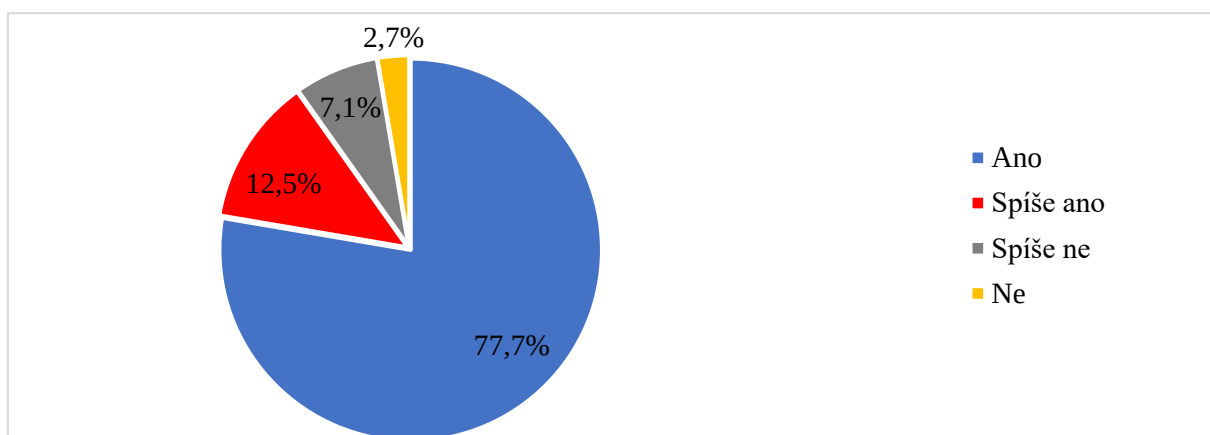
Způsoby motivace uživatelů k účasti na aktivitách	Četnost	Relativní četnost
Osobní kontakt, rozhovor, osobní pozvání na aktivitu	110	98,2 %
Zajímavý obsah aktivit	75	67,0 %
Nabídnutí možnosti být na aktivitě přítomen a účastnit se pasivně	96	85,7 %
Prostřednictvím vydávaných časopisů v zařízení, pomocí letáček nebo jiných dokumentů	44	39,3 %
Jiný způsob	6	5,4 %

Tabulka č. 27 Způsoby motivace uživatelů k účasti na aktivitách

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.9 Plánování aktivizačních činností v domovech pro seniory

K plánování aktivizačních činností se vztahovaly v dotazníku tři otázky, a to otázka č. 27, otázka č. 28 a otázka č. 29. Otázkou č. 27 jsem se dotazovala, zda **jsou aktivity pro uživatele, které budou v domovech pro seniory realizovány, plánovány dopředu prostřednictvím plánů aktivizace**. 87 respondentů na tuto otázku odpovědělo, že jsou tímto způsobem plánovány, 14 dotázaných označilo odpověď, že spíše jsou tímto způsobem plánovány, 8 respondentů vybralo odpověď, že spíše tímto způsobem plánovány nejsou a zbylí 3 respondenti odpověděli, že aktivizační činnosti dopředu plánovány prostřednictvím plánů aktivizace nejsou.



Graf č. 18 Plánování aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

Plánování aktivizačních činností	Četnost	Relativní četnost
Ano	87	77,7 %
Spíše ano	14	12,5 %
Spíše ne	8	7,1 %
Ne	3	2,7 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 28 Plánování aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

Otázka č. 28 od respondentů, kteří odpověděli, že v jejich zařízení jsou aktivizační činnosti plánovány prostřednictvím plánů aktivizace, zjišťovala, zda **jsou tyto plány aktivizace dostupné uživatelům jejich zařízení**. Převážná část respondentů (83 respondentů) odpověděla, že plány aktivizace jsou dostupné uživatelům jejich domova pro seniory.

Dostupnost plánů aktivizace uživatelům	Četnost	Relativní četnost
Ano	83	82,18 %
Spíše ano	11	10,89 %
Spíše ne	4	3,96 %
Ne	3	2,97 %
	Σ 101	Σ 100,00 %

Tabulka č. 29 Dostupnost plánů aktivizace uživatelům

Zdroj: zpracováno autorkou

S plánováním aktivizačních činností také úzce souvisí **existence pravidelně realizovaných aktivizačních činností**, kterou jsem zjišťovala otázkou č. 29. Většina respondentů (108 respondentů) odpověděla, že jsou v jejich zařízení v současnosti realizovány aktivizační činnosti, které probíhají pravidelně v určitý den v týdnu ve stejném čase. Pouze 4 dotázaní odpověděli, že v jejich zařízení pravidelně žádná aktivizační činnost neprobíhá.

Pravidelně probíhající aktivizační činnosti	Četnost	Relativní četnost
Ano	108	96,4 %
Ne	4	3,6 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 30 Pravidelně probíhající aktivizační činnosti

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.10 Hodnocení aktivizačních činností uživateli

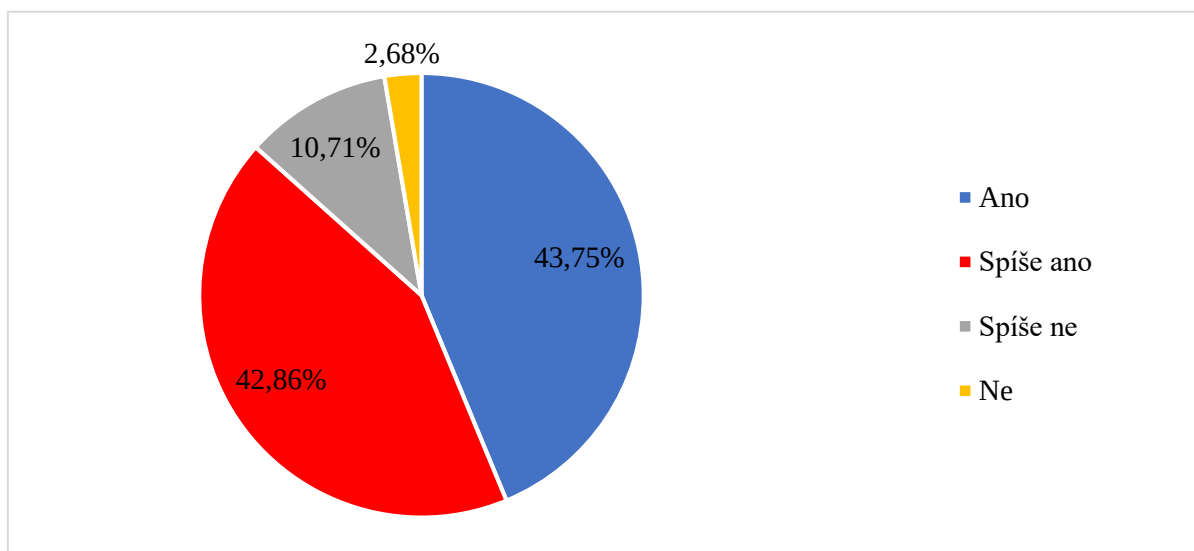
K hodnocení aktivizačních činností se v dotazníku vázaly dvě otázky – otázka č. 30 a otázka č. 31. Otázkou č. 30 jsem se respondentů dotazovala na to, **zda jsou uskutečňované aktivizační činnosti v jejich domově pro seniory pravidelně hodnoceny ze strany uživatelů**, aby bylo zjištěno, zda jsou stále v souladu s jejich očekáváními, přičemž nerozhodovalo, zda se jedná o hodnocení formální či neformální, rozhodující bylo, zda probíhá s určitou pravidelností. 49 respondentů na tuto otázku odpovědělo, že v jejich zařízení jsou aktivizační činnosti pravidelně hodnoceny ze strany uživatelů, 48 respondentů zvolilo odpověď, že toto hodnocení spíše probíhá. Možnost, že hodnocení aktivizačních činností ze strany uživatelů spíše neprobíhá, zvolilo 12 dotázaných a 3 respondenti odpověděli, že toto hodnocení v jejich zařízení neprobíhá.

Pravidelné hodnocení aktivizačních činností uživateli	Četnost	Relativní četnost
Ano	49	43,75 %
Spíše ano	48	42,86 %
Spíše ne	12	10,71 %
Ne	3	2,68 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 31 Pravidelné hodnocení aktivizačních činností uživateli

Zdroj: zpracováno autorkou

Otázka č. 31 se dotazovala, **jakých metod je při hodnocení aktivizačních činností ze strany uživatelů využíváno**. Odpověď s největší četností byla rozhovor, tuto odpověď zvolilo 89 respondentů. Druhou nejčtenější odpovědí bylo pozorování, které označilo 67 dotázaných. Možnost dotazník zvolilo 38 respondentů a jiné metody 5 respondentů. Jelikož u této otázky mohli respondenti označit více odpovědí, je relativní četnost vypočítána z celkového počtu respondentů, v jejichž zařízení je prováděno hodnocení aktivizačních činností uživateli, tedy z 97 respondentů.



Graf č. 19 Pravidelné hodnocení aktivizačních činností uživateli

Zdroj: zpracováno autorkou

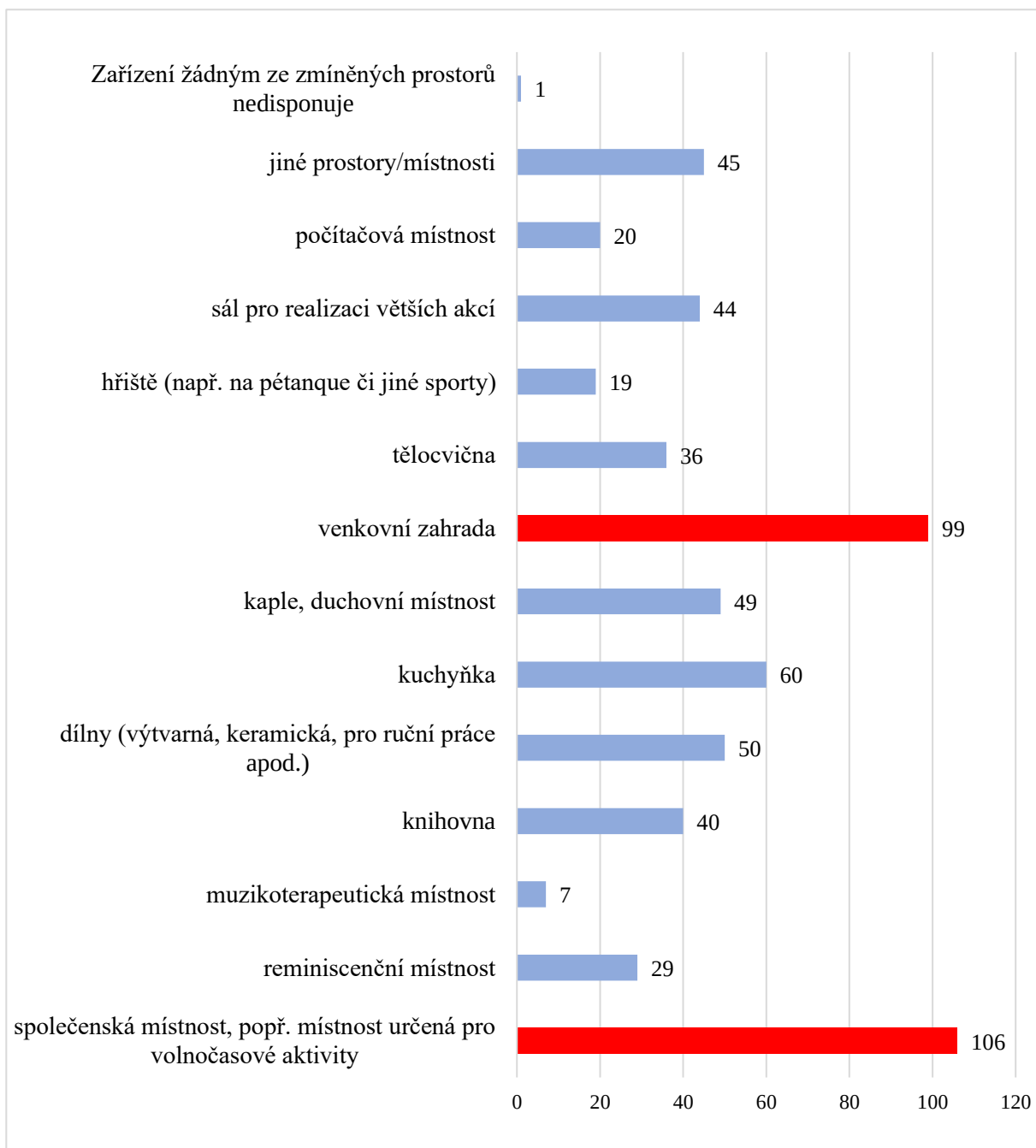
Metody hodnocení aktivizačních činností	Četnost	Relativní četnost
Pozorování	67	69,1 %
Rozhovor	89	91,8 %
Dotazník	38	39,2 %
Jiné metody	5	5,2 %

Tabulka č. 32 Metody hodnocení aktivizačních činností

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.11 Prostorové podmínky pro realizaci aktivizačních činností

Prostory/místnosti, které mohou domovy pro seniory využívat pro realizaci aktivizačních činností, jsem zjišťovala otázkou č. 32 v dotazníku. Nejčtenější odpovědí byla společenská místnost, popř. místnost určená pro volnočasové aktivity, kterou disponuje zařízení 106 respondentů. Odpovědí s druhou největší četností byla venkovní zahrada, kterou zvolilo 99 respondentů. Z důvodu, že u této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí, je relativní četnost vypočítána z celkového počtu respondentů (tedy 112), ne z celkového počtu odpovědí.



Graf č. 20 Prostory/místnosti pro aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Prostory/místnosti pro aktivizaci	Četnost	Relativní četnost
společenská místnost, popř. místnost určená pro volnočasové aktivity	106	94,6 %
reminiscenční místnost	29	25,9 %
muzikoterapeutická místnost	7	6,3 %
knihovna	40	35,7 %
dílny (výtvarná, keramická, pro ruční práce apod.)	50	44,6 %
kuchyňka	60	53,6 %
kaple, duchovní místnost	49	43,8 %
venkovní zahrada	99	88,4 %
tělocvična	36	32,1 %
hřiště (např. na pétanque či jiné sporty)	19	17,0 %
sál pro realizaci větších akcí	44	39,3 %
počítačová místnost	20	17,9 %
jiné prostory/místnosti	45	40,2 %
Zařízení žádným ze zmíněných prostorů/místností nedisponuje	1	0,9 %

Tabulka č. 33 Prostory/místnosti pro aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.12 Bariéry aktivizace uživatelů v domovech pro seniory

Bariéry aktivizace uživatelů v domovech pro seniory byly zjišťovány prostřednictvím škál, které byly součástí dotazníkové položky č. 33, přičemž sledovanými bariérami byly nezájem uživatelů o nabízené aktivity, zdravotní stav uživatelů znesnadňující jejich aktivizaci, nedostatečná motivace pracovníků ze strany vedení organizace, nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků, nedostatek finančních zdrojů na aktivizaci, nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů a nedostatečné prostorové nebo materiální podmínky. U uvedených bariér měli respondenti na škále od 1 do 5, kdy 1 vyjadřuje, že se zařízení s tímto problémem určitě nepotýká a 5 vyjadřuje, že se zařízení s tímto problémem určitě potýká, určit, do jaké míry se jejich zařízení potýká s těmito problémy.

Prvním sledovaným problémem byl **nezájem uživatelů o nabízené aktivity**. Nejčtenější odpovědí bylo, že se zařízení s tímto problémem spíše nepotýká, tuto možnost označilo 54 respondentů.

Nezájem uživatelů o nabízené aktivity	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	25	22,3 %
2 = spíše nepotýká	54	48,2 %
3 = nevím	10	8,9 %
4 = spíše potýká	18	16,1 %
5 = určitě potýká	5	4,5 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 34 Nezájem uživatelů o nabízené aktivity

Zdroj: zpracováno autorkou

Druhou sledovanou bariérou aktivizace v domovech pro seniory byl **zdravotní stav uživatelů znesnadňující jejich aktivizaci**. Shodně 38 respondentů zvolilo odpovědi „spíše nepotýká“ a „spíše potýká“. 6 respondentů odpovědělo, že se jejich zařízení s tímto problémem určitě nepotýká, 15 respondentů označilo odpověď „nevím“ a stejný počet respondentů zvolil odpověď „určitě potýká“.

Zdravotní stav uživatelů znesnadňující jejich aktivizaci	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	6	5,4 %
2 = spíše nepotýká	38	33,9 %
3 = nevím	15	13,4 %
4 = spíše potýká	38	33,9 %
5 = určitě potýká	15	13,4 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 35 Zdravotní stav uživatelů znesnadňující jejich aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Třetí sledovanou problémovou oblastí byla **nedostatečná motivace pracovníků ze strany vedení organizace**. Odpověď, že se zařízení s tímto problémem určitě nepotýká zvolilo 41 dotázaných, 54 respondentů uvedlo, že se jejich zařízení s tímto problémem spíše nepotýká. Odpověď „nevím“ zvolilo 12 respondentů, 4 respondenti označili odpověď „spíše potýká“ a pouze jeden respondent uvedl, že se jeho zařízení s tímto problémem určitě potýká.

Nedostatečná motivace pracovníků ze strany vedení organizace	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	41	36,6 %
2 = spíše nepotýká	54	48,2 %
3 = nevím	12	10,7 %
4 = spíše potýká	4	3,6 %
5 = určitě potýká	1	0,9 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 36 Nedostatečná motivace pracovníků ze strany vedení organizace

Zdroj: zpracováno autorkou

Čtvrtým sledovaným problémem byly **nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků**. Dvěma nejčtenějšími odpověďmi u tohoto problému byly „určitě nepotýká“ a „spíše nepotýká“.

Nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	64	57,1 %
2 = spíše nepotýká	41	36,6 %
3 = nevím	3	2,7 %
4 = spíše potýká	4	3,6 %
5 = určitě potýká	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 37 Nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků

Zdroj: zpracováno autorkou

Pátou sledovanou bariérou aktivizace uživatelů v domovech pro seniory byl **nedostatek finančních zdrojů na aktivizaci**. Nejčtenějšími odpověďmi byly stejně jako u předešlé problémové oblasti „určitě nepotýká“ a „spíše nepotýká“.

Nedostatek finančních zdrojů na aktivizaci	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	44	39,3 %
2 = spíše nepotýká	40	35,7 %
3 = nevím	10	8,9 %
4 = spíše potýká	14	12,5 %
5 = určitě potýká	4	3,6 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 38 Nedostatek finančních zdrojů na aktivizaci

Zdroj: zpracováno autorkou

Šestou sledovanou problémovou oblastí byl **nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů**. 37 respondentů uvedlo, že se jejich zařízení s tímto problémem určitě nepotýká a 31 dotázaných odpovědělo, že se jejich zařízení s tímto problémem spíše nepotýká. Možnost „nevím“ zvolilo 12 respondentů. Spíše se s tímto problémem potýkají v zařízeních 20 respondentů a určitě se s ním potýkají v zařízeních 12 dotázaných.

Nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	37	33,0 %
2 = spíše nepotýká	31	27,7 %
3 = nevím	12	10,7 %
4 = spíše potýká	20	17,9 %
5 = určitě potýká	12	10,7 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 39 Nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů

Zdroj: zpracováno autorkou

Posledním sledovaným problémem byly **nedostatečné prostorové nebo materiální podmínky**. 40 respondentů uvedlo, že se jejich zařízení s tímto problémem spíše nepotýká a 29 dotázaných odpovědělo, že se jejich zařízení s tímto problémem určitě nepotýká. Možnost „nevím“ zvolilo 6 respondentů. Spíše se s tímto problémem potýkají v zařízeních 28 respondentů a určitě se s ním potýkají v zařízeních 9 dotázaných.

Nedostatečné prostorové nebo materiální podmínky	Četnost	Relativní četnost
1 = určitě nepotýká	29	25,9 %
2 = spíše nepotýká	40	35,7 %
3 = nevím	6	5,4 %
4 = spíše potýká	28	25,0 %
5 = určitě potýká	9	8,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

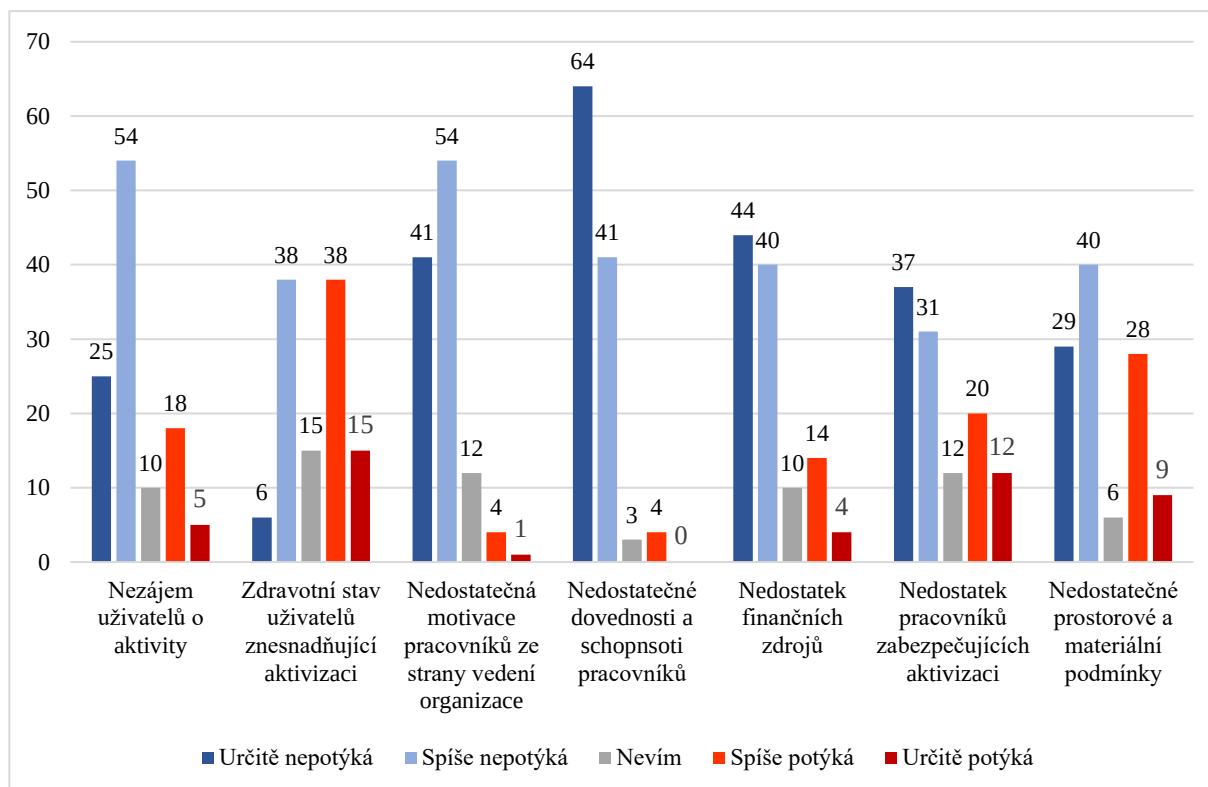
Tabulka č. 40 Nedostatečné prostorové nebo materiální podmínky

Zdroj: zpracováno autorkou

V následujícím grafu jsou zobrazeny všechny odpovědi respondentů v rámci škál, které zjišťovaly, do jaké míry se domovy pro seniory potýkají se sedmi sledovanými bariérami aktivizace uživatelů. Z tohoto grafu vyplývá, že nejproblematictější oblasti aktivizace uživatelů v domovech pro seniory tvoří:

- zdravotní stav uživatelů, který jako problém svého zařízení zvolilo 53 respondentů,
- nedostatečné prostorové a materiální podmínky, které jako problematické označilo 37 respondentů,
- nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů, se kterým se ve svém zařízení potýká 32 respondentů,
- nezájem uživatelů o nabízené aktivity, který jako problematickou oblast aktivizace uživatelů svého zařízení shledává 23 respondentů,
- nedostatek finančních zdrojů, se kterým se ve svém zařízení potýká 18 respondentů.

Naopak jako nejméně problémové oblasti respondenti volili nedostatečnou motivaci pracovníků ze strany vedení organizace (zvolena pouze 5 respondenty) a nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků (uvedli celkem pouze 4 respondenti).



Graf č. 21 Bariéry aktivizace uživatelů v domovech pro seniory

Zdroj: zpracováno autorkou

4.6.13 Postoje pracovníků pro aktivizaci k určitým aspektům týkajícím se aktivizace

Tvrzení, k nimž měli respondenti vyjádřit svůj postoj, tedy uvést, do jaké míry s nimi souhlasí nebo nesouhlasí, byla součástí dotazníkové položky č. 34.

Prvním tvrzením, k němuž měli dotazovaní vyjádřit míru svého souhlasu, popř. nesouhlasu bylo: „Aktivizace seniorů je velice důležitá, jelikož přispívá k udržení jejich fyzického a psychického zdraví a také kvality života.“ K tomuto tvrzení uvedlo 107 respondentů, že s ním souhlasí, zbylých 5 respondentů uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí.

a) Aktivizace seniorů je velice důležitá, jelikož přispívá k udržení jejich fyzického a psychického zdraví a také kvality života.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	107	95,5 %
Spíše souhlasím	5	4,5 %
Nevím	0	0,0 %
Spíše nesouhlasím	0	0,0 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 41 Tvrzení a)

Zdroj: zpracováno autorkou

V pořadí druhé tvrzení znělo: „**Pracovník vedoucí aktivity se seniory by měl vystupovat jako jejich partner a poskytovat jim podporu.**“ S tímto tvrzením potvrdilo souhlas 104 respondentů. 7 respondentů uvedlo, že s ním spíše souhlasí a 1 respondent označil odpověď „nevím“.

b) Pracovník vedoucí aktivity se seniory by měl vystupovat jako jejich partner a poskytovat jim podporu.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	104	92,86 %
Spíše souhlasím	7	6,25 %
Nevím	1	0,89 %
Spíše nesouhlasím	0	0,0 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 42 Tvrzení b)

Zdroj: zpracováno autorkou

Třetím tvrzením, ke kterému se měli respondenti vyjádřit, bylo: „**Je důležité, aby zvolené aktivity byly přiměřené věku a zdravotnímu stavu uživatelů a zachovávaly jejich důstojnost.**“ U tohoto tvrzení 108 respondentů uvedlo, že s daným tvrzením souhlasí, 3 respondenti s ním spíše souhlasili a 1 respondent zvolil odpověď „nevím“.

c) Je důležité, aby zvolené aktivity byly přiměřené věku a zdravotnímu stavu uživatelů a zachovávaly jejich důstojnost.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	108	96,4 %
Spíše souhlasím	3	2,7 %
Nevím	1	0,9 %
Spíše nesouhlasím	0	0,0 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 43 Tvrzení c)

Zdroj: zpracováno autorkou

Znění v pořadí čtvrtého tvrzení bylo následující: „**Při volbě aktivizační činnosti, která bude realizována, je důležitější vycházet z potřeb a přání uživatelů než pracovníků.**“ U tohoto tvrzení 100 respondentů zvolilo odpověď „souhlasím“, 11 respondentů označilo odpověď „spíše souhlasím“ a jeden dotázaný s tímto tvrzením spíše nesouhlasil.

d) Při volbě aktivizační činnosti, která bude realizována, je důležitější vycházet z potřeb a přání uživatelů než pracovníků.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	100	89,3 %
Spíše souhlasím	11	9,8 %
Nevím	0	0,0 %
Spíše nesouhlasím	1	0,9 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 44 Tvrzení d)

Zdroj: zpracováno autorkou

V pořadí páté tvrzení, k němuž respondenti měli uvést, do jaké míry s ním souhlasí, popř. nesouhlasí, znělo: „**Prováděné aktivizační činnosti s uživateli je důležité dopředu pečlivě naplánovat a promyslet.**“ S tímto tvrzením souhlasilo 83 respondentů, spíše s ním souhlasilo 28 respondentů a jeden respondent označil odpověď „spíše nesouhlasím“.

e) Prováděné aktivizační činnosti s uživateli je důležité dopředu pečlivě naplánovat a promyslet.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	83	74,1 %
Spíše souhlasím	28	25,0 %
Nevím	0	0,0 %
Spíše nesouhlasím	1	0,9 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 45 Tvrzení e)

Zdroj: zpracováno autorkou

Šesté tvrzení znělo: „**Je nezbytné, aby účast uživatelů na aktivitě byla dobrovolná.**“ S tímto tvrzením uvedlo souhlas 99 respondentů a spíše s ním souhlasilo 11 respondentů. Odpověď „nevím“ stejně jako odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo po jednom respondentovi.

f) Je nezbytné, aby účast uživatelů na aktivitě byla dobrovolná.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	99	88,4 %
Spíše souhlasím	11	9,8 %
Nevím	1	0,9 %
Spíše nesouhlasím	1	0,9 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 46 Tvrzení f)

Zdroj: zpracováno autorkou

V pořadí se sedmým tvrzením, které znělo: „**Nezájem uživatelů o aktivity je možné překonat vhodně zvolenou motivací.**“, uvedlo souhlas 53 dotázaných. 49 respondentů s ním spíše souhlasilo a 6 respondentů spíše nesouhlasilo. Odpověď „nesouhlasím“ zvolili 3 respondenti a odpověď „nevím“ jeden respondent.

g) Nezájem uživatelů o aktivity je možné překonat vhodně zvolenou motivací.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	53	47,32 %
Spíše souhlasím	49	43,75 %
Nevím	1	0,89 %
Spíše nesouhlasím	6	5,36 %
Nesouhlasím	3	2,68 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 47 Tvrzení g)

Zdroj: zpracováno autorkou

Znění osmého tvrzení bylo: „**Pro zachování atraktivity aktivit je nutné, aby byl jejich obsah pravidelně obměňován.**“ Souhlasilo s ním 48 respondentů a spíše souhlasilo 43 respondentů. 13 respondentů uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí. 7 respondentů označilo odpověď „nevím“ a jeden respondent odpověď „nesouhlasím“.

h) Pro zachování atraktivity aktivit je nutné, aby byl jejich obsah pravidelně obměňován.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	48	42,86 %
Spíše souhlasím	43	38,39 %
Nevím	7	6,25 %
Spíše nesouhlasím	13	11,61 %
Nesouhlasím	1	0,89 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 48 Tvrzení h)

Zdroj: zpracováno autorkou

Deváté tvrzení, k němuž se měli respondenti vyjádřit, mělo znění: „**S uživateli domova pro seniory, pro které nejsou vhodné skupinové aktivity, je nezbytné provádět aktivizační činnosti individuálně na jejich pokojích.**“ S tímto tvrzením uvedlo souhlas 83 respondentů a spíše s ním souhlasilo 22 respondentů. 5 dotázaných označilo odpověď „nevím“. Odpovědi „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ označilo shodně po jednom respondentovi.

i) S uživateli domova pro seniory, pro které nejsou vhodné skupinové aktivity, je nezbytné provádět aktivizační činnosti individuálně na jejich pokojích.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	83	74,1 %
Spíše souhlasím	22	19,6 %
Nevím	5	4,5 %
Spíše nesouhlasím	1	0,9 %
Nesouhlasím	1	0,9 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 49 Tvrzení i)

Zdroj: zpracováno autorkou

Znění v pořadí desátého tvrzení bylo: „**Pro úspěšnost a kvalitu aktivizačních programů je důležité, aby je vytvářeli a realizovali motivovaní pracovníci.**“ Souhlasilo s ním 99 dotázaných. 11 dotázaných uvedlo, že s ním spíše souhlasí. 2 dotázaní s tímto tvrzením spíše nesouhlasili.

j) Pro úspěšnost a kvalitu aktivizačních programů je důležité, aby je vytvářeli a realizovali motivovaní pracovníci.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	99	88,4 %
Spíše souhlasím	11	9,8 %
Nevím	0	0,0 %
Spíše nesouhlasím	2	1,8 %
Nesouhlasím	0	0,0 %
	Σ 112	Σ 100,0 %

Tabulka č. 50 Tvrzení j)

Zdroj: zpracováno autorkou

Předposlední tvrzení mělo znění: „**Motivaci pracovníků zajišťujících aktivizační činnosti může negativně ovlivňovat nevhodný přístup ze strany vedení a nedostatečné ocenění jejich práce.**“ 82 respondentů uvedlo, že s tímto tvrzením souhlasí a 21 respondentů s ním spíše souhlasilo. Odpověď „nevím“ uvedlo 5 respondentů. Spíše s tímto tvrzením nesouhlasili 2 respondenti a rovněž 2 respondenti s ním nesouhlasili.

k) Motivaci pracovníků zajišťujících aktivizační činnosti může negativně ovlivňovat nevhodný přístup ze strany vedení a nedostatečné ocenění jejich práce.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	82	73,21 %
Spíše souhlasím	21	18,75 %
Nevím	5	4,46 %
Spíše nesouhlasím	2	1,79 %
Nesouhlasím	2	1,79 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 51 Tvrzení k)

Zdroj: zpracováno autorkou

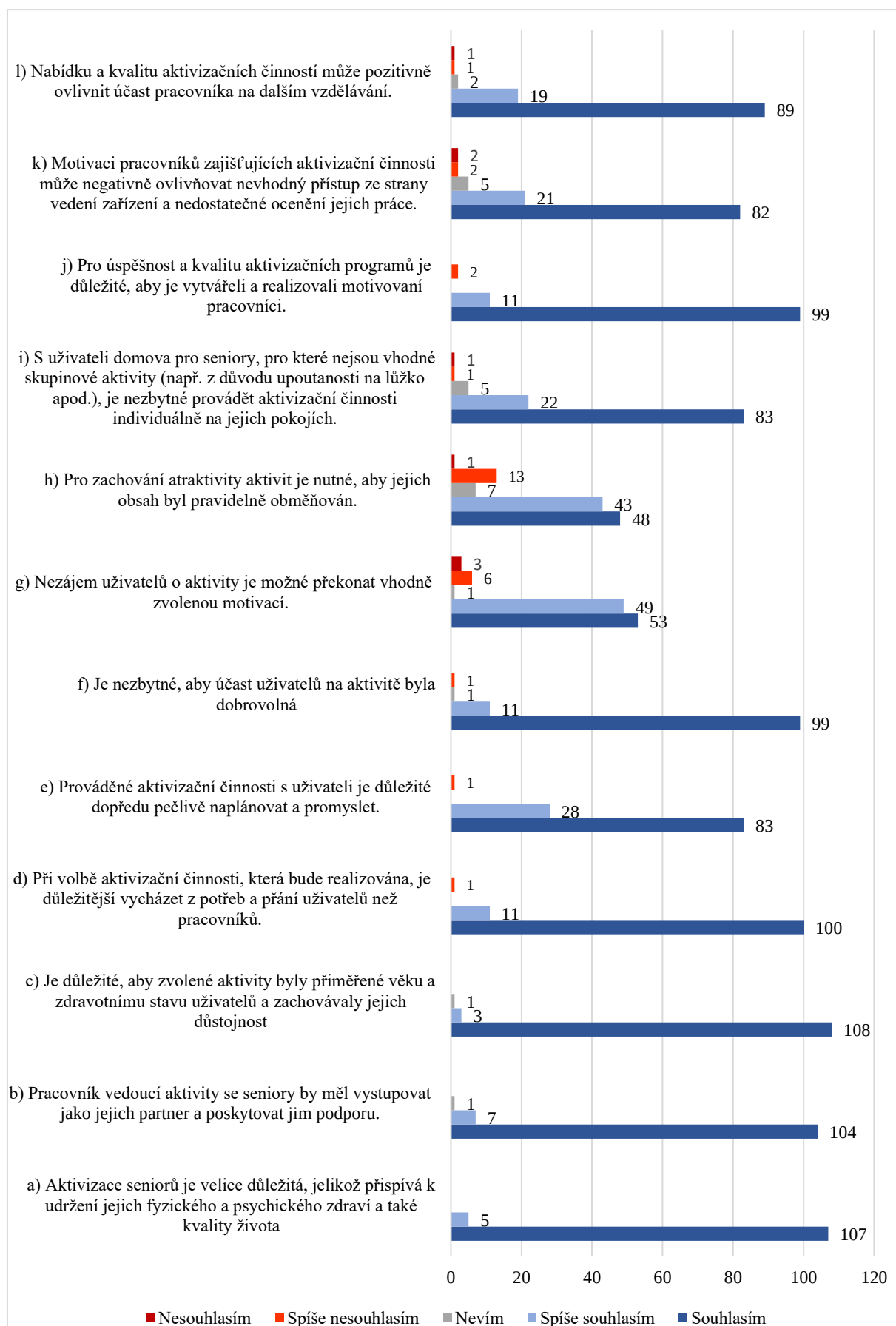
Poslední, dvanácté tvrzení znělo: „Nabídku a kvalitu aktivizačních činností může pozitivně ovlivnit účast pracovníka zabezpečujícího aktivizaci na dalším vzdělávání.“ Souhlasilo s ním 89 respondentů a spíše souhlasilo 19 respondentů. 2 respondenti se vyjádřili, že neví. Odpovědi „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ byly shodně označeny jedním respondentem.

l) Nabídku a kvalitu aktivizačních činností může pozitivně ovlivnit účast pracovníka zabezpečujícího aktivizaci na dalším vzdělávání.	Četnost	Relativní četnost
Souhlasím	89	79,46 %
Spíše souhlasím	19	16,96 %
Nevím	2	1,79 %
Spíše nesouhlasím	1	0,89 %
Nesouhlasím	1	0,89 %
	Σ 112	Σ 100,00 %

Tabulka č. 52 Tvrzení l)

Zdroj: zpracováno autorkou

V následujícím grafu jsou zaneseny všechny odpovědi respondentů na daná tvrzení. Z grafu vyplývá, že s většinou tvrzení respondenti souhlasili (označili odpověď „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“). Pouze u dvou tvrzení se vyskytovala vyšší míra nesouhlasu než u ostatních. A to u tvrzení, že pro zachování atraktivity aktivit je nutné, aby jejich obsah byl pravidelně obměňován, u kterého označilo 13 respondentů odpověď „spíše nesouhlasím“ a jeden respondent odpověď „nesouhlasím“. A také u tvrzení, že nezájem uživatelů o aktivity je možné překonat vhodně zvolenou motivací, s nímž nesouhlasili 3 respondenti a 6 respondentů s ní spíše nesouhlasilo.



Graf č. 22 Tvrzení

Zdroj: zpracováno autorkou

4.7 Ověřování stanovených hypotéz

Na počátku výzkumu byly stanoveny tři hypotézy, které byly po jeho ukončení testovány prostřednictvím testu nezávislosti chí-kvadrát. Níže pouze shrnu výsledky jejich testování, celý postup výpočtu je uveden v příloze této práce.

Hypotéza č. 1: Využívání pomoci dobrovolníků má vliv na frekvenci provádění individuálních aktivizačních činností.

$1H_A$: V domovech pro seniory, které využívají pomoci dobrovolníků, je frekvence provádění individuálních aktivizačních činností vyšší než v domovech pro seniory, které pomoci dobrovolníků nevyužívají.

$1H_0$: Mezi využíváním pomoci dobrovolníků a frekvencí provádění individuálních aktivizačních činností neexistuje významný vztah.

U první stanovené hypotézy byla vypočítána hodnota testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 2,31059$. Když tuto hodnotu porovnáme s kritickou hodnotou, která při zvolené hladině významnosti 0,05 a dvou stupních volnosti činí $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ (viz Chráska, 2007, s. 248), zjistíme, že vypočítaná hodnota je nižší než hodnota kritická, proto **zamítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou**.

Hypotéza č. 2: Pravidelné hodnocení aktivizačních činností ze strany uživatelů má vliv na zájem uživatelů o tyto činnosti.

$2H_A$: V domovech pro seniory, ve kterých jsou aktivizační činnosti pravidelně hodnoceny uživateli, je méně četný výskyt nezájmu uživatelů o tyto aktivity než v těch, ve kterých nejsou aktivizační činnosti pravidelně uživateli hodnoceny.

$2H_0$: Mezi pravidelným hodnocením aktivizačních činností uživateli a zájmem uživatelů o tyto činnosti neexistuje významný vztah.

U hypotézy č. 2 vypočítaná hodnota testového kritéria chí-kvadrát odpovídá $\chi^2 = 22,8082$. Při porovnávání této hodnoty s hodnotou kritickou, která při zvolené hladině významnosti 0,05 a jednom stupni volnosti činí $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ (viz Chráska, 2007, s. 248), zjistíme, že vypočítaná hodnota testového kritéria je vyšší než hodnota kritická, z toho důvodu **zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní**.

Hypotéza č. 3: Přítomnost pracovníka v domově pro seniory, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, má vliv na počet nabízených druhů aktivizačních činností.

3H_A: Počet nabízených druhů aktivizačních činností je větší v domovech pro seniory, ve kterých je zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů než v těch, ve kterých tento pracovník zaměstnán není.

3H₀: Mezi přítomností pracovníka v domově pro seniory, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů a počtem nabízených druhů aktivizačních činností neexistuje významný vztah.

Při testování hypotézy č. 3 byla hodnota testového kritéria chí-kvadrát vypočítána $\chi^2 = 14,7374$. Kritická hodnota při zvolené hladině významnosti 0,05 a jednom stupni volnosti činí $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ (viz Chráska, 2007, s. 248), vypočítaná hodnota testového kritéria je tedy vyšší. Tudíž **zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.**

4.8 Závěry výzkumného šetření

Závěry výzkumu uvedu prostřednictvím zodpovězení výzkumných otázek. První výzkumná otázka měla znění: „*Jaké aktivizační činnosti jsou nabízené v domovech pro seniory?*“ Na základě zkoumání bylo zjištěno, že v těchto zařízeních jsou nabízené rozmanité druhy aktivizačních činností. Nejčastěji se vyskytujícími druhy aktivizačních činností u našeho vzorku domovů pro seniory byly pohybové aktivity a cvičení, cvičení paměti a kognitivních funkcí, muzikoterapie a hudební programy, větší akce, kterých se účastní velké množství obyvatel domova pro seniory jako jsou oslavy, karnevaly, zahradní slavnosti apod., čtení a biblioterapie, procházky a kulturní akce probíhající v zařízení. Mimo tyto obvyklé činnosti byly zastoupeny i ty méně obvyklé u věkové kategorie uživatelů domovů pro seniory, jako je např. práce na počítači, kterou v rámci aktivizace realizuje 31 domovů pro seniory. Rozšířená byla rovněž zooterapie, která je uskutečňována v 72 oslovených domovech pro seniory.

Druhá výzkumná otázka zněla: „*Jaké organizační formy jsou při realizaci aktivizačních činností v těchto zařízeních využívány?*“ Na základě výzkumu bylo zjištěno, že téměř ve všech domovech pro seniory až na dvě výjimky, jsou realizovány jak individuální, tak skupinové aktivizační činnosti.

Znění třetí výzkumné otázky bylo: „*Jaké aktivizační činnosti jsou z hlediska jejich řízení v těchto zařízeních prováděny?*“ V rámci této výzkumné otázky bylo zjištěno, že ve všech domovech pro seniory, které se zúčastnily výzkumu, jsou uskutečňovány aktivity řízené některým z pracovníků, což bylo předpokládáno. Zajímavou informací naopak je, že ve 24 domo-

vech pro seniory jsou realizovány aktivity, které jsou řízené některým z uživatelů. To lze podle mého názoru vnímat jako pozitivní, jelikož je přínosné a pro ostatní uživatele obohacující, pokud má některý z uživatelů zájem, o který se chce podělit s ostatními.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: „*Jak často probíhají v těchto zařízeních aktivizační činnosti?*“ V rámci této výzkumné otázky bylo zjišťováno, jak často probíhají individuální a skupinové aktivizační činnosti. Více než polovina respondentů (přesně 58) uvedla, že jsou v jejich zařízení uskutečňovány skupinové aktivity pětikrát až šestkrát týdně. Co se týká individuálních aktivit, nejčastěji zastoupenými odpověďmi bylo, že probíhají pětikrát až šestkrát týdně (ve 32 domovech pro seniory), třikrát až čtyřikrát týdně (ve 31 domovech pro seniory) a jedenkrát až dvakrát týdně (ve 29 domovech pro seniory).

Pátá stanovená výzkumná otázka byla: „*Jsou v těchto zařízeních zjišťovány potřeby uživatelů v oblasti aktivizace a individuální důvody pro neúčast uživatelů na aktivitách?*“ Bylo zjištěno, že ve všech domovech pro seniory s výjimkou jednoho tohoto zařízení, jsou potřeby uživatelů v oblasti aktivizace zjišťovány. Nejhojněji využívanou metodou k tomuto účelu je rozhovor. Stejně jako potřeby uživatelů tak i jejich individuální důvody pro neúčast na společných aktivitách jsou ve většině domovů pro seniory (přesně ve 105) zjišťovány. Tyto výsledky potvrzují, že je v rámci služeb sociální péče v domovech pro seniory usilováno o jejich individualizované poskytování.

Šestá výzkumná otázka měla znění: „*Jsou uživatelé v těchto zařízeních motivováni k účasti na aktivitách, a jakým způsobem jejich motivace probíhá?*“ Všichni respondenti uvedli, že motivují uživatele k účasti na aktivizačních činnostech. Nejčastěji označeným způsobem, který k motivaci využívají byl osobní kontakt, rozhovor, osobní pozvání na aktivitu. Jelikož pro seniory může být osobní kontakt s druhými lidmi vzácný, lze předpokládat, že je tento způsob u této cílové skupiny i nejvíce účinný.

Formulace sedmé výzkumné otázky zněla: „*Jsou v těchto zařízeních aktivizační činnosti dopředu plánovány?*“ Pouze v 11 domovech pro seniory nejsou aktivizační činnosti dopředu plánovány prostřednictvím plánů aktivizace, ve zbylých 101 domovech pro seniory jsou dopředu tímto způsobem plánovány. V rámci této výzkumné otázky jsem dále zjišťovala, zda jsou plány aktivizace dostupné uživatelům, a to z důvodu, že důležitým aspektem účasti uživatelů na aktivitách je, že jsou o nich dostatečně dopředu informováni. Pouze 7 respondentů, v jejichž domově jsou aktivizační činnosti plánovány prostřednictvím plánů aktivizace, uvedlo, že tyto plány nejsou dostupné uživatelům jejich služby.

Osmá výzkumná otázka měla následující znění: „*Jsou aktivizační činnosti v těchto zařízeních pravidelně hodnoceny uživateli?*“ Rovněž i v oblasti hodnocení aktivizačních

činností uživateli většina respondentů (přesně 97) uvedla, že v jejich domově pro seniory jsou aktivizační činnosti pravidelně hodnoceny ze strany uživatelů, aby bylo zjištěno, zda jsou stále v souladu s jejich očekáváními. I toto zjištění můžeme chápat jako projev úsilí o poskytování individualizovaných služeb v rámci sociální péče o seniory.

Devátá výzkumná otázka se zaměřovala na otevřenost domovů pro seniory vůči svému okolí a zněla: „*Spolupracují tato zařízení v rámci aktivizace s blízkými osobami uživatelů, veřejností, zařízeními podobného typu nebo s mateřskými či základními školami ve svém okolí?*“ Musím konstatovat, že v této oblasti jsem dospěla k povzbudivým výsledkům, jelikož pouze 6 domovů pro seniory z výzkumného vzorku neuskutečňuje aktivity, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost, pouze ve 4 domovech pro seniory nejsou realizovány aktivity, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol a 24 domovů pro seniory nespolupracuje v rámci aktivizace se zařízením/i podobného typu. Dá se tedy říci, že většina domovů pro seniory, které se zapojily do našeho výzkumu, rozvíjí spolupráci s uvedenými subjekty. Především rozšířenost mezigeneračních aktivit lze jednoznačně vnímat velice pozitivně, jelikož jsou obohacující a přínosné pro obě zúčastněné generace.

Desátá výzkumná otázka byla: „*Jak jsou aktivizační činnosti v těchto zařízeních personálně zajištěny?*“ V oblasti personálního zajištění nás zajímalo, zda domovy pro seniory disponují pracovníkem, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, popř. kolik takových pracovníků zaměstnávají. Zjišťována byla rovněž jejich odborná způsobilost a v neposlední řadě i to, zda domovy pro seniory využívají v rámci aktivizace uživatelů pomoci dobrovolníků. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že 96 domovů pro seniory zaměstnává pracovníka, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů a 16 domovů pro seniory tímto pracovníkem nedisponuje. Jeho roli v zařízeních, kde pracovníka pro aktivizaci nezaměstnávají, přebírají především sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Co se týká počtu zaměstnaných pracovníků pro aktivizaci, nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že v domově pro seniory je zaměstnán jeden takový pracovník, tuto odpověď zvolilo 27 respondentů, druhou nejčastější odpověď pak byli 2 takoví pracovníci, kterou označilo 21 respondentů. V oblasti odborné způsobilosti pracovníků pro aktivizaci bylo v převaze střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách, tuto odpověď uvedlo 58 respondentů. Co se týká využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci, 91 respondentů uvedlo, že jejich pomoci zařízení využívá, přičemž nejčastěji v domovech pro seniory působí 3–5 dobrovolníků, kteří navštěvují domov minimálně jednou do měsíce. Na základě tohoto zjištění lze tedy konstatovat, že dobrovolnictví v domovech pro seniory je relativně rozšířené, což lze samozřejmě rovněž vnímat velmi pozitivně.

Jedenáctá výzkumná otázka zněla: „*Jakými prostorovými podmínkami pro realizaci aktivizačních činností disponují tato zařízení?*“ Je zřejmé že i prostory nebo místnosti, kterými domovy pro seniory disponují, mohou do značné míry ovlivňovat počet druhů nabízených aktivizačních činností. Zároveň může být ale problém nedostatku prostoru pro aktivizační činnosti obtížně řešitelný. Nicméně ve většině domovů pro seniory je zřízená alespoň společenská místnost, popř. místnost pro volnočasové aktivity, jejíž existenci uvedlo 106 respondentů. 99 zařízení disponuje venkovní zahradou, 60 zařízení kuchyňkou a 50 zařízení nějakou dílnou (např. výtvarnou, keramickou, pro ruční práce apod.). Skutečnost, že jsou v zařízeních respektovány i duchovní potřeby seniorů, dokládá rozšířenost existence duchovní místnosti nebo kaple, které jsou součástí 49 domovů pro seniory.

Dvanáctá výzkumná otázka byla zaměřena na problémy, se kterými se v rámci aktivizace jednotlivá zařízení potýkají a zněla: „*Jaké bariéry představují limity pro aktivizaci uživatelů v těchto zařízeních?*“ Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejproblematictější oblasti aktivizace uživatelů v domovech pro seniory, patří zdravotní stav uživatelů, který jako problém svého zařízení zvolilo 53 respondentů, nedostatečné prostorové a materiální podmínky, které jako problematické označilo 37 respondentů, nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů, se kterým se ve svém zařízení potýká 32 respondentů, nezájem uživatelů o nabízené aktivity, který jako problematickou oblast aktivizace uživatelů svého zařízení shledává 23 respondentů a nedostatek finančních zdrojů, se kterým se ve svém zařízení potýká 18 respondentů. Jako nejméně problémová se naopak ukázala oblast motivace pracovníků ze strany vedení organizace a také oblast dovedností a schopností pracovníků. Bohužel u většiny zmíněných problémových oblastí se jejich zlepšení jeví jako velmi složité, v případě některých jako téměř nedosažitelné (to se týká např. zdravotního stavu uživatelů).

Závěrečná výzkumná otázka měla znění: „*Jaké mají pracovníci věnující se aktivizaci uživatelů v těchto zařízeních postoje k určitým aspektům týkajícím se aktivizace?*“ Na základě vyhodnocení zjištěných postojů pracovníků k určitým tvrzením, které se týkaly aktivizace, lze konstatovat, že všichni respondenti si uvědomují význam aktivizace v seniorském věku, důležitost partnerského přístupu a podpory při aktivizačních činnostech se seniory, důležitost přiměřenosti aktivit věku a zachovávání důstojnosti při aktivizaci seniorů, nezbytnost vycházení při volbě aktivizačních činností především z potřeb uživatelů, nutnost plánování a promýšlení aktivit pro seniory, nezbytnost dobrovolné účasti seniorů na aktivizačních činnostech a důležitost provádění individuálních aktivizačních činností s uživateli, pro které nejsou vhodné skupinové činnosti. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že téměř všichni respondenti vnímají další vzdělávání jako faktor, který může pozitivně ovlivnit kvalitu a nabídku aktivi-

začnících činností. Jediná dvě tvrzení, u nichž se vyskytoval větší podíl nesouhlasných odpovědí než u ostatních, byla tvrzení „nezájem uživatelů o aktivity je možné překonat vhodně zvolenou motivací“ (s tímto tvrzením nesouhlasilo nebo spíše nesouhlasilo 9 respondentů) a „pro zachování atraktivity aktivit je nutné, aby byl jejich obsah pravidelně obměňován“ (s ním nesouhlasilo nebo spíše nesouhlasilo 14 respondentů). V případě prvního uvedeného tvrzení lze možnou příčinu nesouhlasu s tímto tvrzením vysvětlit skutečností, že některé uživatele může být opravdu velice obtížné motivovat k účasti na aktivitách. Aby byli pracovníci v tomto ohledu úspěšní, byla by nezbytná hluboká znalost všech uživatelů, jejich zájmů a životního příběhu. A i za předpokladu, že by pracovník disponoval těmito znalostmi o osobách uživatelů, by i přesto v případě některých bylo obtížné nalézt cestu, jak je k aktivitě motivovat, pokud jsou např. samotářští, uzavření, apatičtí apod. V případě druhého uvedeného tvrzení můžeme příčinu nesouhlasu s ním ze strany některých respondentů shledávat v tom, že mnozí senioři mají rádi stereotyp, a tedy i stereotypní činnosti, nové věci u nich mohou vyvolávat obavy a strach. Proto mohou někteří pracovníci vnímat jako lepší aktivity příliš neobměňovat, protože by hrozilo, že o ně uživatelé ztratí zájem.

DISKUZE

Než přejdeme k samotné diskuzi, je nutné uvést, že mnou provedený výzkum v rámci diplomové práce byl značně obsáhlý a neexistuje mnoho prací, které by oblast aktivizace seniorů zkoumaly pomocí dotazníkového šetření a s tak rozsáhlým výzkumným vzorkem jako tomu bylo právě u mého výzkumu. Autoři jiných kvalifikačních prací z této oblasti (např. Čeganová, 2010; Gerátová, 2017; Hrušková, 2015) většinou zkoumají aktivizační činnosti pouze v jednom nebo několika domovech pro seniory, přičemž je využíváno většinou kvalitativních výzkumných metod nebo kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Velice blízká v oblasti zaměření výzkumu a způsobu jeho provedení je této diplomové práci disertační práce Kateřiny Životské (2011), která provedla dvouetapový výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření. Jeho první etapa proběhla v roce 2009 a druhá etapa v roce 2011. Do první etapy se zapojilo celkem 48 domovů pro seniory a do druhé etapy 14 domovů pro seniory. Tato autorka v rámci svého výzkumu mimo jiné zkoumala nabídku aktivizačních činností v domovech pro seniory, personální zabezpečení aktivizačních činností v těchto zařízeních, prostorové podmínky pro realizaci aktivizačních činností a také limity aktivizačních programů v domovech pro seniory, proto výsledky výzkumu zmíněné autorky lze v těchto oblastech porovnat s výsledky mého výzkumu. Jelikož v druhé etapě výzkumu byl počet zkoumaných domovů pro seniory relativně malý, výsledky mého výzkumu budou srovnávány pouze s výzkumem provedeným v roce 2009.

V oblasti nabízených aktivizačních činností jsem v rámci mnou provedeného výzkumu zjistila, že nejčastěji nabízenými aktivitami jsou pohybové aktivity a cvičení; cvičení paměti a kognitivních funkcí; muzikoterapie a hudební programy; větší akce, kterých se účastní velké množství obyvatel domova pro seniory jako jsou oslavy, karnevaly, zahradní slavnosti apod.; čtení a biblioterapie; procházky a kulturní akce probíhající v zařízení, do kterých spadají různé besedy, přednášky, koncerty apod. U Životské se v rámci první etapy výzkumu v roce 2009 nejčastěji vyskytovaly tyto aktivity: přednášky a besedy, trénink paměti, společenské hry a soutěže, kulturní a společenské akce, tvořivé činnosti, cvičení, procházky, biblioterapie a čtení a duchovní aktivity (Životská, 2011, s. 159–161). Skladba nejčastěji se vyskytujících druhů nabízených aktivizačních činností byla tedy v rámci obou výzkumů podobná. V rámci porovnávání výsledků v oblasti nabízených aktivizačních jsem se ještě zaměřila na rozšířenost práce na počítači a zooterapie v rámci obou výzkumů. Co se týká práce na počítači, tu jako realizovanou aktivizační činnost v rámci mého výzkumu uvedlo 31 domovů pro seniory

(27,7 % ze všech zkoumaných domovů pro seniory). V rámci výzkumu Životské (2011) pak 8 domovů pro seniory ze 48 zkoumaných (tedy 16,7 %) (Životská, 2011, s. 160). Můžeme tedy konstatovat, že využívání informačních technologií v rámci aktivizace uživatelů v domovech pro seniory od roku 2009 zaznamenalo nárůst. Nárůst lze pak sledovat i v případě zooterapie, jejíž užívání v rámci výzkumu Životské v roce 2009 uvedlo 16 domovů pro seniory (33,3 % z celkového počtu zkoumaných domovů pro seniory) (Životská, 2011, s. 160). U mého výzkumu realizaci zooterapie uvedlo 72 oslovených domovů pro seniory, což v našem případě znamená 64,3 % z celkového počtu domovů pro seniory, které se zapojily do výzkumu.

V oblasti personálního zajištění aktivizačních činností v domově pro seniory bylo v rámci mého výzkumu zjištěno, že v 85,7 % domovů pro seniory působí pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů. Životská (2011, s. 178) uvádí, že v roce 2009 disponovalo 79,2 % domovů pro seniory aktivizačním pracovníkem nebo ergoterapeutem. I v této oblasti tedy došlo k mírnému nárůstu. Životská rovněž uvádí, že v roce 2009 využívalo 46,67 % ze všech zkoumaných domovů pro seniory pomoci dobrovolníků při aktivizaci uživatelů (Životská, 2011, s. 172). V rámci mého výzkumu uvedlo využívání pomoci dobrovolníků 81,25 % oslovených domovů pro seniory. Rovněž tedy i v této oblasti lze konstatovat významný nárůst.

Dále oba výzkumy zjišťovaly prostorové podmínky pro realizaci aktivizačních činností. V této oblasti oba výzkumy dospěly k podobným výsledkům. Jak v rámci mnou provedeného výzkumu, tak i v rámci výzkumu Životské byla nejčastěji se vyskytující místností pro realizaci aktivizačních činností v domovech pro seniory společenská místnost (Životská, 2011, s. 165).

Poslední společnou zkoumanou oblastí v rámci obou výzkumů byly limity aktivizačních programů a příčiny nezájmu o aktivizační činnosti. I v této oblasti přinesly oba výzkumy podobné výsledky. Jako nejvíce palčivý problém v oblasti aktivizace byl u obou výzkumů uváděn zdravotní stav uživatelů (Životská, 2011, s. 183).

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě studia literatury vztahující se k tématu diplomové práce a rovněž provedeného výzkumného šetření, je možné konstatovat, že na aktivizaci uživatelů v domovech pro seniory může mít pozitivní vliv:

- zaměstnávání pracovníka, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů,
- zajištění dostatečného počtu pracovníků pro aktivizaci uživatelů,
- účast pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů na dalším vzdělávání,
- motivování pracovníků pro aktivizaci ze strany vedení organizace a dostatečné ocenění jejich práce,
- zajištění dostatečných finančních zdrojů, materiálních a prostorových podmínek pro aktivizaci uživatelů,
- dostupnost místností určených pro aktivizační činnosti,
- spolupráce domovů pro seniory s jinými subjekty ze svého okolí (s mateřskými, základními školami, veřejností apod.),
- plánování aktivizačních činností prostřednictvím plánů aktivizace s důrazem na vyvážený poměr aktivních a pasivních činností,
- zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace a individuálních důvodů, proč se uživatelé aktivit neúčastní a úprava aktivizačních činností podle zjištěných potřeb a důvodů,
- motivování uživatelů k účasti na nabízených činnostech,
- informování uživatelů ze strany personálu o chystaných aktivizačních činnostech (osobním pozváním na aktivitu, pomocí letáčků nebo vydávaných časopisů v zařízeních apod.),
- pravidelné hodnocení uskutečňovaných aktivit uživateli z důvodu zjištění, zda jsou stále v souladu s jejich přáními a očekáváními,
- využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci uživatelů,
- využívání kompenzačních pomůcek, které mohou umožnit účast na aktivitách např. uživatelům s poruchami hybnosti, uživatelům trpícím nedoslýchavostí, uživatelům s poruchami zraku apod.,
- chápavý, trpělivý a partnerský přístup pracovníků vedoucích aktivizační činnosti s uživateli,
- důraz na to, aby se uživatelé při aktivitách cítili bezpečně a důstojně,
- pečlivá příprava prováděných aktivizačních činností.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala aktivizací uživatelů v domovech pro seniory. V teoretické části této práce bylo charakterizováno období stáří a stárnutí a změny s ním spojené, potřeby osob seniorského věku, popsány sociální služby poskytované seniorům v České republice, jejich vývoj a současná podoba, dále v ní byl vysvětlen význam aktivizace v seniorském věku, vyjmenovány faktory ovlivňující kvalitu a úspěšnost prováděných aktivizačních programů v domovech pro seniory a v neposlední řadě popsány aktivizační metody v těchto zařízeních využívané. Cíle stanovené pro teoretickou část práce byly tedy naplněny.

V rámci empirické části práce byl proveden kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníků, na jehož základě byly zjišťovány nabízené aktivizační činnosti v domovech pro seniory v České republice a aspekty na straně zařízení, které mohou ovlivňovat nabídku aktivizačních činností a zájem uživatelů těchto zařízení o nabízené aktivity. Výzkumný vzorek pro tento výzkum tvořily domovy pro seniory v České republice, přičemž celkem se do výzkumu zapojilo 112 domovů pro seniory z pěti krajů České republiky. V rámci empirické části byly také ověřovány hypotézy, které předpokládaly, že existuje vztah mezi určitými aspekty a frekvencí prováděných aktivizačních činností, nabídkou aktivizačních činností a zájmem uživatelů domova pro seniory o tyto aktivity. Výsledky výzkumu i testování stanovených hypotéz jsou uvedeny ve čtvrté kapitole této práce. Cíle vytyčené pro empirickou část byly z mého pohledu také naplněny.

Jelikož práce disponuje poměrně rozsáhlou teoretickou částí, která pojednává o období stáří, sociálních službách pro seniory, aktivizaci seniorů a faktorech ovlivňujících úspěšnost a kvalitu aktivizačních programů, mohla by posloužit jako příručka pro pracovníky, kteří se v domovech pro seniory a jiných zařízeních pracujících s touto cílovou skupinou, věnují aktivizaci uživatelů. Její druhý přínos vidím v tom, že poskytuje informace o tom, jaké jsou v současné době nabízeny aktivizační činnosti v domovech pro seniory, jak jsou plánovány, připravovány, realizovány a s jakými bariérami se tato zařízení v oblasti aktivizace uživatelů potýkají.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

1. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR, 2011. O značce kvality. In *znackakvality.info* [online] [cit. 13.02.2019]. Dostupné z: <http://www.znackakvality.info/>
2. BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3520-7.
3. BICKOVÁ, Lucie a Dana HRDINOVÁ. Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. In Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, s. 52–69. ISBN 978-80-904668-1-4.
4. CASE, Caroline a Tessa DALLEY. *The handbook of art therapy*. Third edition. New York: Routledge, 2014. ISBN 978-0-415-81580-2.
5. ČEGANOVÁ, Magdalena. *Využívání aktivizace seniorů pracovníky v sociálních službách pro seniory*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.
6. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
7. ČESKÁ REPUBLIKA. *Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* [online] [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/Vyhlasaka_c._505_2006.pdf
8. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů* [online] [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf
9. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
10. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
11. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

12. GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 978-80-856-0528-0.
13. GERÁTOVÁ, Barbora. *Aktivizace klientů ve vybraném domově pro seniory*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.
14. GIBSON, Faith. *Reminiscence and life story work: a practice guide*. 4th ed. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Pub., 2011. ISBN 978-1-84905-151-4.
15. HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ. Individuální plánování v sociálních službách ČR. In Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, s. 21–34. ISBN 978-80-904668-1-4.
16. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
17. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
18. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
19. HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
20. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
21. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
22. HORECKÝ, Jiří. Kvalita sociálních služeb – Značka kvality, E-Qalin. In Kolektiv autorů. *Sborník V. ročníku konference SENIOR LIVING*. Pardubice: Ledax, 2011, s. 23-30. ISBN 978-80-254-8808-9.
23. HROZENSKÁ, Martina a kol. *Sociálna práca so staršími ľuďmi*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
24. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
25. HRUŠKOVÁ, Dagmar. *Metody aktivizace seniorů v Domově pro seniory Mikuláškovu náměstí v Brně*. Olomouc, 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

26. HUTYRA, Milan. *Management jakosti* [online]. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita, 2007. [cit. 15. 2. 2019]. ISBN 978-80-248-1484-1. Dostupné z: http://www.elearn.vsb.cz/archivcd/FMMI/MJ/Hutyra_management_jakosti.pdf
27. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
28. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
29. JONES, Phil. *The arts therapies: a revolution in healthcare*. New York, NY: Brunner-Routledge, 2005. ISBN 1-58391-813-2.
30. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
31. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
32. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
33. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
34. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.
35. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5580-9.
36. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
37. KOLEKTIV AUTORŮ. *Inspekce sociálních služeb. Informace pro veřejnost a odborníky spolupracující s poskytovatelem* [online]. MPSV, 2007. [cit. 13. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce_verejnost_final.pdf
38. KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
39. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
40. KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ. *Sociální služby*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3692-0.

41. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
42. KULKA, Jiří. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2329-7.
43. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
44. LHOTOVÁ, Marie a Evžen PEROUT. *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál, 2018. ISBN: 978-80-262-1272-0
45. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
46. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
47. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
48. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
49. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
50. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.
51. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
52. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, Jiřina LACINOVÁ a Jana ŠEMBEROVÁ. *Model canisterapie. Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. České Budějovice: ZSF JU, 2000, II (4), s. 215–219. ISSN 1212-4117.
53. MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4
54. MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
55. MPSV, 2016. Příspěvek na péči. In *portal.mpsv.cz* [online] [cit. 19. 2. 2019]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/příspěvek>
56. MPSV. Registr poskytovatelů sociálních služeb [online] [cit. 7. 5. 2019]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1558083743117_2

57. MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
58. MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
59. MUSIL, Libor, Kateřina KUBALČÍKOVÁ a Olga HUBÍKOVÁ. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2006. ISBN 80-87007-41-7.
60. NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004. ISBN 80-7043-281-0.
61. NOVOTNÝ, Jiří a Martin LUKEŠ. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací*. Praha: Oeconomica, 2008. ISBN 978-80-245-1473-4.
62. PAPEŽOVÁ, Eva. Odvrácená tvář sociální práce. *Sociální práce*. 2010, 10(2), s. 46. ISSN 1213-6204.
63. PODUSCHKA, W. a kol. *Zvířata v domovech nejen pro seniory – Příručka pro návštěvní programy, držení a chování zvířat*. 2. české vydání. Praha: Hestia, 1999.
64. PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.
65. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
66. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.
67. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.
68. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
69. SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.
70. SVOBODA, Pavel. *Biblioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3684-5.
71. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
72. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 2. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.

73. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0629-2.
74. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
75. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
76. TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-178-6.
77. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
78. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
79. VESELÁ, Petra. *Praktická příručka pro uživatele sociální služby domov pro seniory*. [online] [cit. 19. 2.2019]. Dostupné z:
https://www.poliklinikabites.cz/images/stories/Domov_duchodcu/Dokumenty_ke_stazeni/P%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka_pro_u%C5%BEivatele_soci%C3%A1ln%C3%AD_sl%C5%BEby_DD.pdf
80. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.
81. ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.
82. ŽIVOTSKÁ, Kateřina. *Edukační a aktivizační programy a aktivity v domovech pro seniory*. Olomouc, 2011. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAA – Animal assisted activities – „aktivita za pomoci zvířat“

AAT – Animal assisted therapy – „terapie za pomoci zvířat“

APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

ČR – Česká republika

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

PSS – pracovník v sociálních službách

TQM – Total Quality Management

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1** Domovy pro seniory podle kraje
- Graf č. 2** Domovy pro seniory podle zřizovatele
- Graf č. 3** Domovy pro seniory podle počtu uživatelů
- Graf č. 4** Existence pracovníka pro aktivizaci uživatelů
- Graf č. 5** Pracovníci nahrazující pracovníka pro aktivizaci
- Graf č. 6** Využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci
- Graf č. 7** Nabízené aktivizační činnosti
- Graf č. 8** Využívané organizační formy
- Graf č. 9** Frekvence skupinových aktivizačních činností
- Graf č. 10** Frekvence individuálních aktivizačních činností
- Graf č. 11** Využívané způsoby řízení aktivit
- Graf č. 12** Realizace aktivit, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost
- Graf č. 13** Realizace aktivit, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol
- Graf č. 14** Spolupráce se zařízeními podobného typu
- Graf č. 15** Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace
- Graf č. 16** Motivace uživatelů k účasti na aktivitách
- Graf č. 17** Způsoby motivace uživatelů k účasti na aktivitách
- Graf č. 18** Plánování aktivizačních činností
- Graf č. 19** Pravidelné hodnocení aktivizačních činností uživateli
- Graf č. 20** Prostory/místnosti pro aktivizaci
- Graf č. 21** Bariéry aktivizace uživatelů v domovech pro seniory
- Graf č. 22** Tvrzení

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1** Domovy pro seniory podle kraje
- Tabulka č. 2** Domovy pro seniory podle zřizovatele
- Tabulka č. 3** Domovy pro seniory podle počtu uživatelů
- Tabulka č. 4** Existence pracovníka pro aktivizaci uživatelů
- Tabulka č. 5** Počet pracovníků pro aktivizaci
- Tabulka č. 6** Odborná způsobilost pracovníků pro aktivizaci
- Tabulka č. 7** Zapojení jiných pracovníků do aktivizace
- Tabulka č. 8** Pracovníci nahrazující pracovníka pro aktivizaci
- Tabulka č. 9** Využívání pomoci dobrovolníků při aktivizaci
- Tabulka č. 10** Počet dobrovolníků
- Tabulka č. 11** Nabízené aktivizační činnosti
- Tabulka č. 12** Využívané organizační formy
- Tabulka č. 13** Frekvence skupinových aktivizačních činností
- Tabulka č. 14** Frekvence individuálních aktivizačních činností
- Tabulka č. 15** Realizování víkendových aktivizačních činností
- Tabulka č. 16** Využívané způsoby řízení aktivit
- Tabulka č. 17** Převládající aktivity z hlediska řízení
- Tabulka č. 18** Realizace aktivit, kterých se mohou účastnit blízké osoby nebo veřejnost
- Tabulka č. 19** Realizace aktivit, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol
- Tabulka č. 20** Spolupráce se zařízeními podobného typu
- Tabulka č. 21** Frekvence pořádání společných aktivit se zařízeními podobného typu
- Tabulka č. 22** Zjišťování potřeb uživatelů v oblasti aktivizace
- Tabulka č. 23** Metody zjišťování potřeb v oblasti aktivizace
- Tabulka č. 24** Zjišťování důvodů pro neúčast na společných činnostech
- Tabulka č. 25** Úprava společných činností podle individuálních důvodů uživatelů
- Tabulka č. 26** Motivace uživatelů k účasti na aktivitách
- Tabulka č. 27** Způsoby motivace uživatelů k účasti na aktivitách
- Tabulka č. 28** Plánování aktivizačních činností
- Tabulka č. 29** Dostupnost plánů aktivizace uživatelům
- Tabulka č. 30** Pravidelně probíhající aktivizační činnosti
- Tabulka č. 31** Pravidelné hodnocení aktivizačních činností uživateli

Tabulka č. 32 Metody hodnocení aktivizačních činností

Tabulka č. 33 Prostory/místnosti pro aktivizaci

Tabulka č. 34 Nezájem uživatelů o nabízené aktivity

Tabulka č. 35 Zdravotní stav uživatelů znesnadňující jejich aktivizaci

Tabulka č. 36 Nedostatečná motivace pracovníků ze strany vedení organizace

Tabulka č. 37 Nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků

Tabulka č. 38 Nedostatek finančních zdrojů na aktivizaci

Tabulka č. 39 Nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů

Tabulka č. 40 Nedostatečné prostorové nebo materiální podmínky

Tabulka č. 41 Tvrzení a)

Tabulka č. 42 Tvrzení b)

Tabulka č. 43 Tvrzení c)

Tabulka č. 44 Tvrzení d)

Tabulka č. 45 Tvrzení e)

Tabulka č. 46 Tvrzení f)

Tabulka č. 47 Tvrzení g)

Tabulka č. 48 Tvrzení h)

Tabulka č. 49 Tvrzení i)

Tabulka č. 50 Tvrzení j)

Tabulka č. 51 Tvrzení k)

Tabulka č. 52 Tvrzení l)

Tabulka č. 53 Hypotéza 1 - kontingenční tabulka

Tabulka č. 54 Hypotéza č. 1 - Výpočet testového kritéria

Tabulka č. 55 Hypotéza č.2 - Kontingenční tabulka

Tabulka č. 56 Hypotéza č. 2 - Výpočet testového kritéria

Tabulka č. 57 Hypotéza č. 3 - Kontingenční tabulka

Tabulka č. 58 Hypotéza č. 3 - Výpočet testového kritéria

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Slovník použitých pojmů

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 3 – Postup ověřování hypotéz

PŘÍLOHA Č. 1 – SLOVNÍK POUŽITÝCH POJMŮ

Adaptace – „*funkční přizpůsobení se změněným životním podmínkám* (Haškovcová, 2012, s. 47).“

Alzheimerova nemoc – mozková choroba, která se projevuje ve vyšším věku a je pro ni typická silná genetická determinace. Jejím hlavním příznakem je demence, která postupuje od ztráty paměti na čerstvé události přes ztrátu vzpomínek na události, které proběhly v minulosti, a vrcholí neschopností rozeznávat předměty i osoby a provádět komplexnější úkoly (Matoušek, 2008, s. 24).

Apatie – „*lhostejnost, ztráta elánu, neúčast* (Haškovcová, 2012, s. 53).“

Demence – demence je souborem příznaků, které vznikají jako důsledek degenerativního nebo cévního onemocnění mozku a projevují se znatelným úbytkem intelektových schopností u nemocného člověka (Haškovcová, 2012, s. 65).

Deprese – „*emocionální stav charakterizovaný sklíčeností, skleslostí, u starších lidí často apatií*“. Deprese je závažné psychiatrické onemocnění, jehož léčba probíhá na základě antidepresiv. Nelze říci, že každá sklíčenost a skleslost je depresí ve smyslu psychiatrické diagnózy (Haškovcová, 2012, s. 66).

E-Qalin – Evropský systém managementu kvality, který se zaměřuje na hodnocení kvality v zařízeních pro péči o seniory, přičemž se orientuje na všechny cílové skupiny – uživatele, rodinné příslušníky, zaměstnance, vedení, okolí. Prozkoumává a kontroluje jednotlivé procesy probíhající v organizaci a rovněž výsledky s ohledem na spokojenost všech zúčastněných. Na základě sebehodnocení podporuje a požaduje učení uvnitř organizace, čímž rozvíjí inovativní potenciály, které vedou ke zlepšení v oblasti každodenní péče (Horecký, 2011, s. 27).

Fakultativní služby – „*činnosti poskytované nad rámec základních činností vymezených v zákoně o sociálních službách* (Kolektiv autorů, 2011, s. 219).“

Fenotyp – „*souhrn viditelných znaků jedince* (Geist, 1992, s. 88).“

Kognitivní (poznávací) funkce – Patří mezi základní funkce lidského mozku. Člověku umožňují poznávat okolní svět, plánovat vlastní jednání a vstupovat do interakcí s ostatními lidmi. Do kognitivních funkcí spadá zejména paměť, jazyk, zrakově-prostorové schopnosti a myšlení (Klucká, Volfová, 2009, s. 13).

Komunita – společenství lidí, kteří žijí nebo spolupracují v jedné lokalitě nebo instituci (Kolektiv autorů, 2011, s. 220).

Motivace – hybná páka lidského chování, která člověka nutí uspokojovat své vlastní potřeby (Kleветová a kol., 2008, s. 35).

Nepříznivá sociální situace – oslabení nebo ztráta schopností způsobená věkem, nepříznivým zdravotním stavem, krizovou sociální situací, životními návyky nebo způsobem života (Kolektiv autorů, 2011, s. 221).

Nominální měření – Měření, při kterém je čísel využíváno pouze jako označení pro jisté charakteristiky. Čísla v rámci tohoto měření nemají kvantitativní význam a není možné s nimi jako s čísly počítat. Lze ale počítat s četnostmi jednotlivých číselných symbolů (Chrásky, 2007, s. 36).

Ordinální měření – Měření, které je založené na přiřazování čísel objektům na základě jejich pořadí podle určitého kritéria (Chrásky, 2007, s. 36).

Organizace – „*hierarchicky strukturovaná a řízená skupina lidí sledujících určitý cíl*“ (Matoušek, 2008, s. 127).“

Poskytovatel sociální služby – právnická nebo fyzická osoba, která má oprávnění k poskytování sociálních služeb a je vedená v Registru poskytovatelů sociálních služeb (Kolektiv autorů, 2011, s. 221).

Prevence – soubor opatření, kterými je předcházeno sociálnímu selhání, a to především těm typům selhání, které jsou namířeny proti základním hodnotám společnosti (toxikomanie, xenofobie, prostituce, násilí, kriminalita apod.). Dělí se na primární, sekundární a terciální prevenci (Matoušek, 2008, s. 154).

Proměnné – vlastnosti nebo jevy vystupující ve výzkumu, mezi kterými na jeho základě hledáme (ověřujeme) existenci vztahů (Chrásky, 2007, s. 16).

Rehabilitace – komplexní postupy, jejichž cílem je odstranit nebo zmírnit následky postižení (Matoušek, 2008, s. 172).

Rezidenční služby – služby zaměřené na poskytování nepřetržité péče spojené s ubytováním a stravováním, podle zákona č. 108/2006 Sb. jsou označovány jako pobytové služby (Kolektiv autorů, 2011, s. 221).

Saturace – „*nasycení, uspokojení*“ (Kolektiv autorů, 2011, s. 222).“

Soběstačnost – „*schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emocionálně nezávislý*“ (Haškovcová, 2012, s. 149).“

Sociální vyloučení – komplexně podmíněná nedostatečná účast jedince, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti, respektive nedostatečný přístup ke společenským institucím, které zajišťují vzdělání, ochranu, zdraví a základní blahobyt (Matoušek, 2008, s. 205).

Stres – stav organismu, který je odezvou na prožívanou zátěž, která byla vyvolána nějakým podnětem (neboli stresorem) z okolí (Průcha, Veteška, 2014, s. 262).

Supervize – interakce mezi dvěma nebo více jedinci, při níž dochází ke sdílení určitých poznatků, oceňování profesionálních kompetencí a poskytování zpětné vazby, a jejímž cílem je rozvoj nových kompetencí, které usnadňují poskytování efektivních služeb (Malíková, 2011, s. 139).

Syndrom vyhoření – „*Souhrn typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu* (Matoušek, 2003, s. 55).“

Terapeutické přístupy - „*Takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání...)* (Kozáková, Müller, 2006, s. 41).“

TQM (Total Quality Management) – Model managementu jakosti, který je založen na logice, že kvalitní produkty jsou vždy výsledkem skutečně kvalitních systémů řízení organizací (Hutyra, 2007, s. 26).

Úzkost – jedná se o nepříjemnou emoci, která se projevuje obavami člověka, které však nemají konkrétní příčinu. Mezi její projevy patří nejistota, napětí, neklid, bezmoc, beznaděj (Haškovcová, 2012, s. 168).

Uživatel/klient – osoba, jíž je poskytována sociální služba (Kolektiv autorů, 2011, s. 222).

Zřizovatelé sociálních služeb – subjekty, které sociální služby financují, případně i jmenují jejich vedoucí a kontrolují jejich činnost (Matoušek, 2008, s. 87).

PŘÍLOHA Č. 2 – DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Eva Hloušková a v současnosti jsem studentkou závěrečného ročníku navazujícího magisterského studia oboru Řízení volnočasových aktivit na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník, který máte právě před sebou, a o jehož vyplnění bych vás touto cestou chtěla poprosit, mi poslouží jako podklad pro zpracování empirické části mé diplomové práce, která se zabývá problematikou aktivizace seniorů v domovech pro seniory. Je určen pro pracovníky věnující se aktivizaci uživatelů v domovech pro seniory, je zcela anonymní a jeho vyplnění nezabere více než dvacet minut času. Vámi vybranou odpověď označíte kliknutím na políčko umístěné vedle této odpovědi. V rámci dotazníku jsou zařazené i otázky, u kterých je možné zvolit více odpovědí. Na ty budete upozorněni v nadpisu otázky. Odpovídejte, prosím, pravdivě.

Předem vám děkuji za vaši ochotu a čas.

1. V jakém kraji se nachází váš domov pro seniory?

- ☐ v Jihomoravském kraji
- ☐ ve Středočeském kraji
- ☐ v Moravskoslezském kraji
- ☐ v Jihočeském kraji
- ☐ v Karlovarském kraji

2. Kdo je zřizovatelem vašeho domova pro seniory?

- ☐ obec
- ☐ kraj
- ☐ nestátní nezisková organizace
- ☐ právnická osoba (vyjma nestátní neziskové organizace)
- ☐ Ministerstvo práce a sociálních věcí
- ☐ fyzická osoba

3. Kolik je ve vašem domově pro seniory ubytováno celkem uživatelů?

- ☐ méně než 50
- ☐ 50–100
- ☐ 101–150
- ☐ 151–200
- ☐ více než 200

4. Pracuje/pracují ve vašem zařízení pracovník/pracovníci, jehož/jejichž hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů (tedy tvorba, realizace a organizace aktivizačních činností)?

- ☐ ano
- ☐ ne

5. Pokud ano, kolik takových pracovníků je ve vašem zařízení zaměstnáno?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 a více

6. Jaké je jejich odborná způsobilost?

U této otázky je možné označit více odpovědí.

- ☐ střední vzdělání s výučním listem + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách
- ☐ střední vzdělání s maturitní zkouškou + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách

- ☐ střední vzdělání v oboru, pro které se podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. nevyžaduje kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách
- ☐ vysokoškolské vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka
- ☐ vyšší odborné vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka
- ☐ vysokoškolské vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta
- ☐ vysokoškolské vzdělání v jiném oboru než výše uvedeném + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách
- ☐ vyšší odborné vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta
- ☐ vyšší odborné vzdělání v jiném oboru než výše uvedeném + absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách
- ☐ střední vzdělání, kterým se získává odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta
- ☐ jiné vzdělání
- ☐ nevím

7. Zapojují se do aktivizace uživatelů ještě i jiní pracovníci vašeho zařízení mimo ty, jejichž hlavní náplní práce je aktivizace? Pokud ano, jací?

Na tuto otázku prosím odpovězte i v případě, že ve vašem zařízení není zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů. V tomto případě označte osoby, které se podílejí na aktivizaci uživatelů, a tak zastupují jeho roli.

U této otázky je možné zvolit více odpovědí.

- ☐ ředitel, vedoucí pracovník domova pro seniory
- ☐ zdravotničtí pracovníci
- ☐ pracovníci v sociálních službách
- ☐ sociální pracovník/pracovníci
- ☐ fyzioterapeut/é

☐ jiní pracovníci než výše uvedení

☐ Žádný ze zmíněných pracovníků se do aktivizace uživatelů nezapojuje.

8. Je využíváno v rámci aktivizace uživatelů ve vašem zařízení pomoci dobrovolníků?

☐ ano

☐ ne

9. Pokud ano, kolik dobrovolníků ve vašem zařízení v současnosti působí?

Označte prosím počet dobrovolníků, kteří do zařízení docházejí pravidelně, a to minimálně jednou do měsíce.

☐ 1–2

☐ 3–5

☐ 6–8

☐ 9–11

☐ 12–15

☐ více než 15

10. Jaké druhy aktivizačních činností jsou ve vašem zařízení realizovány?

U této otázky je možné zvolit více odpovědí.

☐ pohybové aktivity, cvičení

☐ sport, sportovní aktivity (např. sportovní turnaje, sportovní odpoledne, plavání, stolní tenis, pétanque ad.)

☐ cvičení paměti, kognitivních funkcí

☐ reminiscenční terapie

☐ arteterapie, rukodělné činnosti

☐ muzikoterapie, hudební programy

☐ zooterapie

☐ ergoterapie

☐ vaření

☐ stolní a zábavné hry

- ☐ duchovní programy
- ☐ větší akce, kterých se účastní velké množství obyvatel domova (např. oslavy, karnevaly, zahradní slavnosti)
- ☐ aktivity zaměřené na stimulaci smyslů (např. aromaterapie, snoezelen)
- ☐ čtení, biblioterapie
- ☐ zahradničení
- ☐ relaxační techniky
- ☐ zájmové kroužky
- ☐ procházky
- ☐ výlety
- ☐ kulturní akce probíhající v zařízení (např. besedy, přednášky, koncerty, jarmarky, divadelní představení, promítání filmů...)
- ☐ kulturní a společenské akce probíhající mimo zařízení (např. návštěva divadla)
- ☐ komorní společenská posezení (např. čajový dýchánek, pánský klub, kavárnička)
- ☐ práce na počítači
- ☐ sledování televize
- ☐ jiné aktivity

11. Jaké druhy aktivizačních činností z hlediska použité organizační formy jsou ve vašem zařízení realizovány?

- ☐ pouze individuální
- ☐ pouze skupinové/hromadné
- ☐ individuální i skupinové

12. Jak přibližně často ve vašem zařízení probíhá nějaká řízená skupinová aktivizační činnost?

- ☐ každý den včetně víkendů
- ☐ pětkrát až šestkrát týdně
- ☐ třikrát až čtyřikrát týdně
- ☐ jednou až dvakrát týdně

- ☐ pouze několikrát do měsíce
- ☐ méně než jednou měsíčně
- ☐ Skupinové aktivizační činnosti nejsou v našem zařízení prováděny.

13. Jak často jsou prováděny individuální aktivizační činnosti s uživateli, pro které nejsou vhodné skupinové aktivity nebo se jich nemohou účastnit (např. z důvodu zdravotního stavu)?

Myslí se v přepočtu na jednoho uživatele – tedy jak často je uživatel s uvedenými charakteristikami přibližně aktivizován?

- ☐ každý den včetně víkendů
- ☐ pětkrát až šestkrát týdně
- ☐ třikrát až čtyřikrát týdně
- ☐ jednou až dvakrát týdně
- ☐ pouze několikrát do měsíce
- ☐ méně než jednou měsíčně
- ☐ Individuální aktivizační činnosti nejsou v našem zařízení prováděny.

14. Je ve vašem zařízení prováděny nějaké aktivizační činnosti i o víkendu?

Jsou myšleny aktivity, které jsou řízené nikoliv spontánní/neřízené aktivity uživatelů.

- ☐ ano, pravidelně každý víkend
- ☐ ano, ale nepravidelně
- ☐ ne

15. Jaké aktivity z hlediska jejich řízení ve vašem zařízení probíhají?

U této otázky je možné označit více možností.

- ☐ aktivity řízené některým z pracovníků zařízení
- ☐ aktivity řízené některým z uživatelů
- ☐ neřízené aktivity

16. Které z uvedených aktivit ve vašem zařízení převládají?

- ☐ aktivity řízené některým z pracovníků zařízení
- ☐ aktivity řízené některým z uživatelů
- ☐ neřízené aktivity
- ☐ nelze určit, které z uvedených aktivit převládají

17. Jsou ve vašem zařízení uskutečňovány aktivity, kterých se účastní i blízké osoby uživatelů nebo veřejnost?

- ☐ ano
- ☐ ne

18. Jsou ve vašem zařízení pořádány aktivity, kterých se účastní žáci mateřských nebo základních škol?

Jsou myšleny aktivity, kterých se společně aktivně účastní uživatelé i žáci (např. společná výtvarná činnost) i aktivity, kterých se aktivně účastní pouze žáci a uživatelé pasivně (např. vystoupení, divadelní představení žáků pro uživatele apod.).

- ☐ ano
- ☐ ne

19. Spolupracujete v rámci aktivizace uživatelů s jinými zařízeními podobného typu?

- ☐ ano
- ☐ ne

20. Pokud ano, jak přibližně často jsou ve spolupráci s těmito zařízeními pořádány společné aktivity pro jejich uživatele (např. soutěžní odpoledne apod.)?

- ☐ více než jedenkrát měsíčně
- ☐ přibližně jednou měsíčně
- ☐ pouze několikrát do roka
- ☐ méně často než jednou do roka

21. Jsou ve vašem zařízení zjišťovány potřeby uživatelů v oblasti aktivizace?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

22. Pokud ano, jakou metodou jsou zjišťovány?

U této otázky je možné zvolit více odpovědí.

- ☐ rozhovor
- ☐ dotazník
- ☐ pozorování
- ☐ jiná metoda

23. Jsou ve vašem zařízení zjišťovány individuální důvody, pro které se některý z uživatelů nechce účastnit společných aktivizačních činností?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

24. V případě, že jsou zjišťovány, pokud uživatel uvede takové důvody, které je možné odstranit úpravou aktivizačních činností a je to možné vzhledem k dalším okolnostem, snaží se pracovníci upravit činnosti tak, aby byla účast uživatele na aktivitě možná?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

25. Jsou uživatelé ve vašem zařízení motivováni ze strany personálu k účasti na aktivizačních činnostech?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

26. Pokud ano, jakým způsobem jsou uživatelé k účasti na aktivitách motivováni?

U této otázky je možné zvolit více odpovědí.

- ☐ osobním kontaktem, rozhovorem, osobním pozváním na aktivitu
- ☐ zajímavým obsahem aktivit
- ☐ nabídnutím možnosti být na aktivitě přítomen a účastnit se pasivně
- ☐ prostřednictvím vydávaných časopisů v zařízení, pomocí letáčků nebo jiných dokumentů
- ☐ jiným způsobem

27. Jsou ve vašem zařízení aktivity, které budou realizovány plánovány dopředu prostřednictvím plánu aktivizace (např. týdenního, měsíčního plánu aktivizace apod.)?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

28. Pokud ano, je tento plán aktivizačních činností dostupný uživatelům vašeho zařízení?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

29. Jsou ve vašem zařízení v současnosti uskutečňovány nějaké aktivizační činnosti, které probíhají pravidelně v určitý den v týdnu vždy ve stejném čase?

☐ ano

☐ ne

30. Jsou uskutečňované aktivizační činnosti ve vašem domově pro seniory pravidelně hodnoceny ze strany uživatelů, aby bylo zjištěno, zda jsou stále v souladu s jejich očekáváními?

U této otázky nezáleží na frekvenci hodnocení aktivit (např., zda probíhá po ukončení každé aktivity, jednou za týden, jednou za měsíc apod.), či zda je formální nebo neformální, důležité je, zda probíhá s nějakou pravidelností.

☐ ano

☐ spíše ano

☐ spíše ne

☐ ne

31. Pokud ano, jakých metod je při hodnocení aktivizačních činností ve vašem zařízení využíváno?

U této otázky je možné označit více odpovědí.

☐ pozorování

☐ rozhovor

☐ dotazník

☐ jiná/é metoda/y

32. Jaké prostory/místnosti je ve vašem zařízení možné využít k realizaci aktivizačních činností?

U této otázky je možné označit více odpovědí.

☐ společenská místnost, popř. místnost určená pro volnočasové aktivity

☐ reminiscenční místnost

☐ muzikoterapeutická místnost

☐ knihovna

- ☐ dílny (výtvarná, keramická, pro ruční práce apod.)
- ☐ kuchyňka
- ☐ kaple, duchovní místnost
- ☐ venkovní zahrada
- ☐ tělocvična
- ☐ hřiště (např. na pétanque či jiné sporty)
- ☐ sál pro realizaci větších akcí
- ☐ počítačová místnost
- ☐ jiné prostory/místnosti
- ☐ Zařízení žádným ze zmíněných prostorů/místností nedisponuje.

33. Na uvedených škálách prosím zaznačte, do jaké míry se vaše zařízení potýká s uvedenými bariérami, které mohou představovat limity pro realizaci aktivizačních činností.

- 1 = s tímto problémem se naše zařízení URČITĚ NEPOTÝKÁ,
 2 = s tímto problémem se naše zařízení SPÍŠE NEPOTÝKÁ,
 3 = NEVÍM (nebo je obtížné určit), zda se s tímto problémem naše zařízení potýká,
 4 = s tímto problémem se naše zařízení SPÍŠE POTÝKÁ,
 5 = s tímto problémem se naše zařízení URČITĚ POTÝKÁ.

nezájem uživatelů o nabízené aktivity	1	2	3	4	5
zdravotní stav uživatelů znesnadňující jejich aktivizaci	1	2	3	4	5
nedostatečná motivace pracovníků ze strany vedení organizace	1	2	3	4	5
nedostatečné dovednosti a schopnosti pracovníků	1	2	3	4	5
nedostatek finančních zdrojů na aktivizaci	1	2	3	4	5
nedostatek pracovníků zabezpečujících aktivizaci uživatelů	1	2	3	4	5
nedostatečné prostorové nebo materiální podmínky	1	2	3	4	5

34. U následujících tvrzení, uveďte prosím, do jaké míry s nimi souhlasíte či nesouhlasíte.

a) *Aktivizace seniorů je velice důležitá, jelikož přispívá k udržení jejich fyzického a psychického zdraví a také kvality života.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

b) *Pracovník vedoucí aktivity se seniory by měl vystupovat jako jejich partner a poskytovat jim podporu.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

c) *Je důležité, aby zvolené aktivity byly přiměřené věku a zdravotnímu stavu uživatelů a zachovávaly jejich důstojnost.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

d) *Při volbě aktivizační činnosti, která bude realizována, je důležitější vycházet z potřeb a přání uživatelů než pracovníků.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

e) *Prováděné aktivizační činnosti s uživateli je důležité dopředu pečlivě naplánovat a promyslet.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

f) *Je nezbytné, aby účast uživatelů na aktivitě byla dobrovolná.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

g) *Nezájem uživatelů o aktivity je možné překonat vhodně zvolenou motivací.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

h) *Pro zachování atraktivity aktivit je nutné, aby jejich obsah byl pravidelně obměňován.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

i) *S uživateli domova pro seniory, pro které nejsou vhodné skupinové aktivity (např. z důvodu upoutanosti na lůžko apod.), je nezbytné provádět aktivizační činnosti individuálně na jejich pokojích.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

j) *Pro úspěšnost a kvalitu aktivizačních programů je důležité, aby je vytvářeli a realizovali motivovaní pracovníci.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

k) *Motivaci pracovníků zajišťujících aktivizační činnosti může negativně ovlivňovat nevhodný přístup ze strany vedení zařízení a nedostatečné ocenění jejich práce.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

l) *Nabídka a kvalita aktivizačních činností může pozitivně ovlivnit účast pracovníka na dalším vzdělávání.*

☐ souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ nesouhlasím

Děkuji za vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA Č. 3 – POSTUP OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ

Stanovené hypotézy:

Hypotéza č. 1: Využívání pomoci dobrovolníků má vliv na frekvenci provádění individuálních aktivizačních činností.

1H_A: V domovech pro seniory, které využívají pomoci dobrovolníků, je frekvence provádění individuálních aktivizačních činností vyšší než v domovech pro seniory, které pomoci dobrovolníků nevyužívají.

1H₀: Mezi využíváním pomoci dobrovolníků a frekvencí provádění individuálních aktivizačních činností neexistuje významný vztah.

Hypotéza č. 2: Pravidelné hodnocení aktivizačních činností ze strany uživatelů má vliv na zájem uživatelů o tyto činnosti.

2H_A: V domovech pro seniory, ve kterých jsou aktivizační činnosti pravidelně hodnoceny uživateli, je méně četný výskyt nezájmu uživatelů o tyto aktivity než v těch, ve kterých nejsou aktivizační činnosti pravidelně uživateli hodnoceny.

2H₀: Mezi pravidelným hodnocením aktivizačních činností uživateli a zájmem uživatelů o tyto činnosti neexistuje významný vztah.

Hypotéza č. 3: Přítomnost pracovníka v domově pro seniory, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů, má vliv na počet nabízených druhů aktivizačních činností.

3H_A: Počet nabízených druhů aktivizačních činností je větší v domovech pro seniory, ve kterých je zaměstnán pracovník, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů než v těch, ve kterých tento pracovník zaměstnán není.

3H₀: Mezi přítomností pracovníka v domově pro seniory, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů a počtem nabízených druhů aktivizačních činností neexistuje významný vztah.

Ověřování hypotézy č. 1:

Zvolené testové kritérium: test nezávislosti chí-kvadrát

Vztah pro výpočet testového kritéria: $\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$

Využívání pomoci dobrovolníků	Frekvence individuálních aktivizačních činností			Suma
	Méně než 3krát týdně	3krát až 4krát týdně	Více než 4krát týdně	
ANO	28	25	38	91
NE	9	6	6	21
Suma	37	31	44	121

Tabulka č. 53 Hypotéza 1 - kontingenční tabulka

Zdroj: zpracováno autorkou

Frekvence individuálních aktivizačních činností (využívání pomoci dobrovolníků)	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Méně než 3krát týdně (ANO)	28	$\frac{91}{121} \times 37 = 27,8$	0,2	0,04	0,00143
Méně než 3krát týdně (NE)	9	$\frac{21}{121} \times 37 = 6,4$	2,6	6,76	1,05625
3krát až 4krát týdně (ANO)	25	$\frac{91}{121} \times 31 = 23,3$	1,7	2,89	0,12403
3krát až 4krát týdně (NE)	6	$\frac{21}{121} \times 31 = 5,4$	0,6	0,36	0,06666
Více než 4krát týdně (ANO)	38	$\frac{91}{121} \times 44 = 33,1$	4,9	24,01	0,72538
Více než 4krát týdně (NE)	6	$\frac{21}{121} \times 44 = 7,6$	– 1,6	2,56	0,33684
					Σ 2,31059

Tabulka č. 54 Hypotéza č. 1 - Výpočet testového kritéria

Zdroj: zpracováno autorkou

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 2,31059$

Počet stupňů volnosti: 2

Zvolená hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota pro zvolenou hladinu významnosti a 2 stupně volnosti: 5,991

2,31059 < 5,991

Interpretace výsledku: Mezi využíváním pomoci dobrovolníků a frekvencí individuálních aktivizačních činností v domovech pro seniory neexistuje statisticky významný vztah.

Ověřování hypotézy č. 2

Zvolené testové kritérium: test nezávislosti chí-kvadrát

Vztah pro výpočet testového kritéria: $\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$

Pravidelné hodnocení aktivit	Nezájem uživatelů o aktivity		Suma
	ANO	NE	
ANO	11	76	87
NE	10	5	15
Suma	21	81	102

Tabulka č. 55 Hypotéza č.2 - Kontingenční tabulka

Zdroj: zpracováno autorkou

Nezájem uživatelů o aktivity (pravidelné hodnocení)	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Nezájem uživatelů o aktivity ANO (ANO)	11	$\frac{87}{102} \times 21 = 17,91$	– 6,91	47,7481	2,6660
Nezájem uživatelů o aktivity ANO (NE)	10	$\frac{15}{102} \times 21 = 3,09$	6,91	47,7481	15,4524
Nezájem uživatelů o aktivity NE (ANO)	76	$\frac{87}{102} \times 81 = 69,1$	6,90	47,6100	0,6890
Nezájem uživatelů o aktivity NE (NE)	5	$\frac{15}{102} \times 81 = 11,9$	– 6,90	47,6100	4,0008
					Σ 22,8082

Tabulka č. 56 Hypotéza č. 2 - Výpočet testového kritéria

Zdroj: zpracováno autorkou

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 22,8082$

Počet stupňů volnosti: 1

Zvolená hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota pro zvolenou hladinu významnosti a 1 stupeň volnosti: 3,841

22,8082 > 3,841

Interpretace výsledku: Mezi pravidelným hodnocením aktivizačních činností uživateli a zájmem uživatelů o tyto činnosti existuje statisticky významný vztah.

Ověřování hypotézy č. 3

Zvolené testové kritérium: test nezávislosti chí-kvadrát

Vztah pro výpočet testového kritéria: $\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$

Zaměstnán pracovník pro aktivizaci	Počet druhů aktivizačních činností		Suma
	Více než 15 druhů	Méně než 15 druhů	
ANO	79	17	96
NE	6	10	16
Suma	85	27	112

Tabulka č. 57 Hypotéza č. 3 - Kontingenční tabulka

Zdroj: zpracováno autorkou

Počet druhů (zaměstnán pracovník pro aktivizaci)	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Více než 15 druhů (ANO)	79	$\frac{96}{112} \times 85 = 72,9$	6,1	37,21	0,5104
Více než 15 druhů (NE)	6	$\frac{16}{112} \times 85 = 12,1$	– 6,1	37,21	3,0752
Méně než 15 druhů (ANO)	17	$\frac{96}{112} \times 27 = 23,1$	– 6,1	37,21	1,6108
Méně než 15 druhů (NE)	10	$\frac{16}{112} \times 27 = 3,9$	6,1	37,21	9,5410
					Σ 14,7374

Tabulka č. 58 Hypotéza č. 3 - Výpočet testového kritéria

Zdroj: zpracováno autorkou

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2 = 14,7374$

Počet stupňů volnosti: 1

Zvolená hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota pro zvolenou hladinu významnosti a 1 stupeň volnosti: 3,841

14,7374 > 3,841

Interpretace výsledku: Mezi existencí pracovníka, jehož hlavní náplní práce je aktivizace uživatelů v domově pro seniory a počtem nabízených druhů aktivizačních činností existuje statisticky významný vztah.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Eva Hloušková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Alena Jůvová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Aktivizace seniorů v domovech pro seniory
Název v angličtině:	Activation of Seniors in Homes for the Elderly
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou aktivizace seniorů v domovech pro seniory. V teoretické části je vymezeno období stáří, jsou v ní vyjmenovány změny se stářím spojené a rovněž potřeby osob v seniorském věku, dále jsou v ní popsány sociální služby pro seniory a v neposlední řadě aktivizační metody využívané v domovech pro seniory. V empirické části byly pomocí dotazníků zjišťovány nabízené aktivizační činnosti v domovech pro seniory v České republice a aspekty, které mohou ovlivňovat nabídku aktivizačních činností a zájem uživatelů těchto zařízení o nabízené aktivity.
Klíčová slova:	senioři, stáří, domov pro seniory, aktivizace, aktivizační metody, sociální péče o seniory
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the activation of seniors in homes for the elderly. In the theoretical part is defined the age period, are described the changes associated with old age as well as the needs of people in the elderly, then are described social services for seniors and last but not least the activation methods used in homes for the elderly. In the empirical part the questionnaires were used to find out the activating activities offered in homes for the elderly in the Czech Republic and aspects that may influence the offer of activation

	activities and the interest of users of these facilities in the offered activities.
Klíčová slova v angličtině:	seniors, old age, retirement home, activation, activation methods, social care for the elderly
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Slovník použitých pojmů Příloha č. 2 – Dotazník Příloha č. 3 – Postup ověřování hypotéz
Rozsah práce:	120 stran
Jazyk práce:	český