

Využití volného času v podmínkách domovů pro seniory

Bc. Elena Kovaříková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Elena Kovaříková**
Osobní číslo: **H13985**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití volného času v podmínkách domovů pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti stáří jako jednoho z vývojových období lidského života, péče o seniory a volného času zaměřeného na seniory.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969944-0-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, O. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

STUART-HAMILTON, IAN. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

VAŠUTOVÁ, Maria a kol. Základy biodromální psychologie. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7368-934-6.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **7. ledna 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

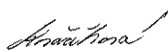
Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7. 4. 2015


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá volnočasovými aktivitami v podmínkách domovů pro seniory. Vymezuje pojmy z oblasti vývojové etapy stáří, definuje pojmy stáří, stárnutí, biologické, kalendářní a sociální stáří, ageismus. Specifikuje tělesné a psychické změny, ke kterým ve stáří dochází, okrajově se dotýká také terminálního stadia života. V rámci zařazení problematiky aktivizačních činností v domovech pro seniory do širšího kontextu se diplomová práce věnuje také stáří jako vývojové etapě lidského života a péči o seniory v České republice se zaměřením na institucionální péči. Hlavním cílem empirické části práce je zmapování nabídky aktivizačních činností ve vybraných domovech pro seniory. V rámci kvantitativního výzkumu zjišťuje dotazníkovým šetřením spokojenost seniorů s nabídkou poskytovaných volnočasových aktivit, zjišťuje, které aktivity jsou pro seniory přínosné a které v nabídce scházejí.

Klíčová slova:

stáří, stárnutí, kalendářní stáří, sociální stáří, biologické stáří, senior, péče o seniory, domovy pro seniory, ageismus, terminální stadium života

ABSTRACT

This thesis deals with leisure activities in terms of homes for the elderly. It defines the terms of the developmental stages of aging, defines the terms of age, aging, biological, and social calendarage, ageism. Specifies the physical and psychological changes which occur in the elderly, marginally affects also the final stage of life. Within the inclusion of activation activities for the elderly in the broader context of the thesis also focuses on age as a developmental stage of life and care of the elderly in the Czech Republic focusing on institutional care. The aim of the empirical part is mapping of activation activities in selected homes for the elderly. Within the quantitative research finds satisfaction questionnaire survey of seniors with a substituted offer the provision of leisure activities, to determine which activities are beneficial for seniors and gather in the menu.

Keywords:

old age, calendar age, social age, biological age, senior, elderly care homes for the elderly, ageism, terminal stage of life

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM	13
1.1 STAV ZKOUMANÉHO TÉMATU V DOMÁCÍ A ZAHRANIČNÍ LITERATUŘE.....	13
1.1.1 Domácí literatura.....	13
1.1.2 Zahraniční literatura.....	16
1.2 VZTAH K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	16
1.3 ZÁKLADNÍ POJMY.....	18
2 STÁŘÍ	21
2.1.1 Charakteristika stáří a problémy stárnutí	23
2.1.2 Členění věkových kategorií v dospělosti a ve stáří.....	26
2.1.3 Změny ve stáří.....	27
2.1.4 Terminální stadium života.....	31
2.1.5 Sociální zařazení starého člověka	32
2.1.6 Reakce na stáří	34
2.1.7 Mýty o stáří, stáří v médiích	35
3 PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE	38
3.1 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE O SENIORY	40
3.1.1 Poskytované služby	41
3.1.2 Proces adaptace na umístění do domova pro seniory.....	43
3.1.3 Umístění do domova pro seniory jako změna životního stylu.....	45
3.2 PRÁVNÍ UKOTVENÍ A KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽEB.....	46
3.2.1 Právní ukotvení	47
3.2.2 Kvalita poskytovaných služeb a její hodnocení	49
3.3 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.....	50
3.3.1 Možnosti využití volného času.....	51
3.3.2 Vybraná pobytová zařízení pro seniory	54
II PRAKTICKÁ ČÁST	59
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	60
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL	60
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	60
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	61
4.4 VÝZKUMNÉ METODY SBĚRU DAT.....	61
4.5 METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	61
4.6 TABULKY ČETNOSTÍ	62
4.6.1 Obecné charakteristiky.....	62
4.6.2 Aktivizační činnosti – charakteristiky.....	64
4.7 HYPOTÉZY.....	73
4.7.1 Ergoterapeutické aktivity - test dobré shody chí-kvadrát	73
4.7.2 Činnosti pro nácvik jemné motoriky – test dobré shody chí-kvadrát	75
4.7.3 Muzikoterapeutické aktivity – test dobré shody chí-kvadrát	77
4.7.4 Sportovní aktivity – test dobré shody chí-kvadrát	79

4.7.5	Účast na sportovních aktivitách – čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát.....	80
4.7.6	Zájem o terapii se zvířaty – čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát.....	80
4.7.7	Účast na reminiscenční terapii – test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.....	81
4.8	INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH ZÁVISLOSTÍ.....	82
4.8.1	Závislost výběru ergoterapeutických a muzikoterapeutických aktivit na věku.....	82
4.8.2	Závislost výběru společných aktivit na věku.....	86
4.8.3	Závislost výběru sportovně zaměřených aktivit na věku – DS Zlín.....	90
4.8.4	Závislost účasti na reminiscenční terapii na věku.....	91
4.8.5	Závislost výběru ergoterapeutických aktivit na délce umístění v zařízení - Domov pro seniory Zlín.....	92
4.8.6	Závislost výběru společných aktivit na pohlaví – Centrum pro seniory Holešov.....	93
5	INTERPRETACE ZJIŠTĚNÍ.....	95
	ZÁVĚR.....	102
6	DOPORUČENÍ.....	104
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	105
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	107
	SEZNAM GRAFŮ.....	108
	SEZNAM TABULEK.....	109
	SEZNAM PŘÍLOH.....	111

ÚVOD

Všichni stárneme. I ti, kteří si myslí, že se jich stárnutí a stáří netýká. Podle mnohých autorů (například Haškovcová, 2010, s. 9) existuje v současné době odklon od problematiky stáří. Člověk moderní doby nechce být starý a ani si nepřeje, aby se o stáří mluvilo. Současnou dobou vládne kult mládí, hlavním měřítkem je úspěch, nemalou roli hraje také fyzický vzhled. Žijeme jako o závod a stáří je příliš vzdálené. Člověk neuvažuje o svém vlastním stáří, dokud se ho přímo nebo zprostředkovaně nedotkne.

Problematika stáří se v současné společnosti stává celospolečenským problémem. Z demografického hlediska dochází k postupnému stárnutí populace vlivem prodloužení délky života při současném poklesu natality. Moderní celospolečenské koncepce kladou důraz spíše na podporu kvality života ve stáří než na prodloužení délky života, prosazována je koncepce tzv. úspěšného stárnutí. Zdůrazňovány jsou především principy nezávislosti, seberealizace a důstojnosti. Staří lidé mohou být pro společnost prospěšní vzhledem ke svým zkušenostem a schopnosti vnímat celospolečenské změny z širší perspektivy. Teoretická část diplomové práce se zabývá stářím jako jedním z vývojových období lidského života, vymezuje jednotlivé fáze stáří z časového hlediska, specifikuje kognitivní a emoční změny tohoto období i sociální zařazení starého člověka. Okrajově se dotýká také terminálního stadia života člověka.

Rovněž vztahy starého člověka k druhým lidem se mění, častěji se musí vyrovnávat s odchodem svých nejbližších, přátel, se změnou způsobu života v souvislosti s přechodem do domovů pro seniory, domovů s pečovatelskou službou, či jiných zařízení. Existuje celá řada doporučení a koncepcí, jak realizovat úspěšné stárnutí. Kromě obecných zásad duševní hygieny je důležité udržet se v aktivitě, zachovat si šíři zájmů, být otevřen novým poznatkům, udržovat pozitivní přátelské vztahy, navazovat nové vztahy, podle možností si zachovat fyzickou aktivitu. Řada aktivizačních programů pro seniory je nabízena také v ústavních podmínkách domovů pro seniory. Tyto programy jsou realizovány jak na úrovni preventivní, tak na úrovni léčebné. Nabídka jednotlivých aktivizačních činností se liší podle možností každého konkrétního zařízení. Třetí kapitola teoretické části se zabývá poskytováním sociálních služeb pro staré lidi se zaměřením na domovy pro seniory. Závěr teoretické části diplomové práce specifikuje aktivizační programy realizované v domovech pro seniory, přičemž se zabývá především činnostmi, které vyplňují volný čas seniorů.

Cílem empirické části diplomové práce je zmapovat volnočasové aktivizační programy, které svým klientům nabízí Domovy pro seniory ve Zlíně, Burešově, v Holešově a v Napajedlích, zjistit, které činnosti jsou pro seniory přínosné, případně, které v nabídce schází. V rámci kvantitativního výzkumu je dotazníkovým šetřením zjišťováno, které aktivizační činnosti jsou nejvíce využívány a také spokojenost seniorů s nabídkou poskytovaných volnočasových aktivit. Výsledky výzkumu bude možno poté využít především v práci instruktořek sociální péče, rovněž umožní srovnání poskytovaných služeb v těchto zařízeních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM

Teoretická část práce vychází zejména z publikací zaměřených na vývojovou psychologii. Jedná se především o publikace předních autorů, jako je například Vývojová psychologie, dětství, dospělost, stáří autorky Marie Vágnerové (2000), Vývojová psychologie autorů Josefa Langmeiera a Dany Krejčířové (2006), Ontogenetická psychologie autora Jozefa Kurice (2000) a Psychologie stárnutí anglického autora Iana Stuarta-Hamiltona. (1999) Vzhledem k zaměření celé práce byly použity hlavně části knih věnované vývojovým etapám zahrnujícím stáří, stárnutí a také terminální stadium lidského života. Publikace vymezují jednotlivé pojmy z této oblasti, zabývají se charakteristikou této vývojové etapy v návaznosti na etapy předchozí, identitou a sociálním zařazením starého člověka, postojům a reakcím na stáří. Především Marie Vágnerová (2000) a Ian Stuart-Hamilton (1999) se věnují podrobně jednotlivým změnám, které s příchodem stáří nastávají.

Základem pro zdůvodnění volby tématu se staly publikace sociální pedagogiky, zejména kniha přední slovenské autorky Zlatice Bakošové Sociálna pedagogika ako životná pomoc. (2011)

Za významné východisko k teoretické části práce lze považovat i knihu Fenomén stáří autorky Heleny Haškovcové (2010). Autorka se zde zabývá různými aspekty stáří, projevy stáří, péčí o staré lidi, jejich potřebami, vzděláním, volnočasovými aktivitami a řadou dalších témat. Zaměřuje se na aktuální problémy dnešní doby, zároveň zasazuje problematiku stárnutí a péči o lidi v pokročilém věku do historického kontextu.

Co se týká návaznosti na praktickou část práce, zde byla použita především publikace Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. (Malíková, 2010) Autorka, Eva Malíková, se zde mimo jiné zaměřuje na péči o staré seniory v České republice, ošetrovatelský proces, kvalitu poskytovaných sociálních služeb a další aktuální témata.

1.1 Stav zkoumaného tématu v domácí a zahraniční literatuře

1.1.1 Domácí literatura

Základní literatura vztahující se k tématu práce vychází především z publikací věnujících se vývojové psychologii, zejména období pozdní dospělosti a stáří, případně také terminálního stadia života. K této základní literatuře patří především Vývojová psychologie autorů Josefa Langmeiera a Dany Krejčířové. (2006) Pro práci byla využita především část zamě-

řena na kognitivní a emoční změny ve stáří, sociální zařazení starého člověka a kapitola terminální stádium života. Autoři se zaměřují na zhoršení smyslového vnímání, pokles paměti a inteligence. S ohledem na statistiky lze také říci, že s věkem dochází i k určitému poklesu tvořivosti. Řada slavných děl však byla prokazatelně vytvořena až v pozdním věku umělců – podle autorů tedy neexistuje žádná určitá věková hranice omezující tvořivost. V rámci emočních změn autoři popisují afektivní prožívání ve stáří, změny osobnosti starého člověka, citové vztahy ve stáří, popisují i jednotlivé strategie vyrovnávání se s vlastním stářím. V poslední části se kapitola věnovaná tomuto vývojovému období dotýká i závěrečného období před ukončením života člověka.

Poněkud obsáhleji se obdobím stáří zabývá v publikaci *Vývojová psychologie* i Marie Vágnerová. (2000) Období stáří dále rozděluje na období raného stáří a na pravé stáří. Kapitola věnovaná ranému stáří se podrobně zabývá tělesnými a psychickými změnami v tomto období, změnami postojů a sociálního chování starých lidí, část je věnována také odchodu do důchodu, jako významnému životnímu mezníku. Důraz klade autorka také na funkci manželství a jeho proměnami v této fázi života člověka a na popis vztahu k dětem a vnukům. V rámci období zahrnujícího pravé stáří se autorka zabývá změnami psychiky a způsobu života, především umístěním starého člověka do domova pro seniory, případně jiné instituce. Závěr této části knihy je věnován umírání a smrti a významu víry ve stáří.

Stáří jako důležitou etapu životní dráhy člověka vymezuje také Maria Vašutová a kolektiv autorů v publikaci *Základy biodromální psychologie*. (2010) Uvádí nejčastěji používané periodizace tohoto období, stejně jako ostatní autoři se zaměřuje na tělesné, psychické, emoční a osobnostní proměny člověka ve stáří. Poněkud podrobněji se však věnuje závěru celoživotní dráhy člověka, zabývá se kulturou umírání a vztahu k umírajícímu. V závěru kapitoly jsou uvedeny rovněž sociodemografické charakteristiky stáří.

Jinou publikací zabývající se jednotlivými životními stadii vývoje člověka je *Ontogenetická psychologie* autora Jozefa Kurice. (2000) Období stáří je zde rozděleno na stadium počátečního, pokročilého a vrcholného stáří, přičemž každé toto období je charakterizováno specifickými změnami a problémy. Závěr je opět věnován záležitostem na konci života, autor na tomto místě vybírá několik doporučených postupů pro komunikaci s umírajícími podle Elizabeth Kübler-Rossové, která je odbornicí v oblasti problematiky umírání a smrti.

Odchod do důchodu je jedním z nejvýznamnějších předělů v životě stárnoucího člověka. Na problémy spojené s touto radikální změnou se zaměřuje Jaro Křivohlavý v knize *Stár-*

nutí z pohledu pozitivní psychologie. (2011) Vymezuje jednotlivé aspekty odchodu do důchodu, popisuje vstup do třetí fáze života.

Významným literárním zdrojem, který zásadním způsobem přispěl k výběru tématu a jeho zpracování je publikace Fenomén stáří autorky Heleny Haškovcové. (2010) Autorka je profesorkou Katedry řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, je odborným garantem doktorského studia v oboru aplikovaná etika. V minulosti významným způsobem přispěla ke vzniku lékařské etiky jako samostatné lékařské disciplíny. Je nositelkou řady cen a členkou českého centra Mezinárodní organizace PEN klubu. Přednáší na vědeckých setkáních doma i v cizině, je autorkou několika stovek odborných sdělení a řady publikací. Stejnojmennou knihu vydala autorka již v roce 1990, nové, aktuální vydání knihy je však naprosto odlišné. Za uplynulých dvacet let se změnil politický systém, výraznou proměnu prodělala celá společnost, problematika starých a stárnoucích lidí se stala mimořádně aktuální. Autorka tedy napsala na stejné téma zcela novou knihu. Stejně jako řada jiných autorů se v úvodu publikace zabývá jednotlivými fázemi lidského života a také historickými a dnešními pohledy na stáří. Dále se však zaměřuje na aktuální problémy spojené s problematikou stáří, jako je například sociální a zdravotní problematika, image stáří v médiích, vzdělávání seniorů, volnočasovými a aktivitami, násilí na seniorech a celou řadou dnešních problémů v oblasti péče o seniory. Pro srovnání a v rámci uceleného pohledu je v knize obsažena i kapitola popisující péči o seniory v historii, v době socialismu a zdravotnickou péči o seniory po roce 1989. Autorka zde pohlíží na problematiku stáří a stárnutí zcela novým, komplexním pohledem doplněným o osobní vyznání a řadu nových, neotřelých myšlenek.

Praktická část práce je v mnohém inspirována knihou autorky Evy Malíkové, nazvanou Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. (2010) Kromě obecné části týkající se stáří a stárnutí je zde specifikována současná situace a možnosti v oblasti péče o seniory v České republice a také kvalita těchto poskytovaných služeb. Dále věnuje autorka pozornost ošetrovatelskému procesu u seniorů v pobytovém sociálním zařízení, komunikaci se seniory a možnostem edukace v těchto zařízeních. Závěrečná část knihy je zaměřena na duchovní potřeby klientů v pobytových zařízeních, mapuje možnosti a způsoby naplnění těchto potřeb.

Praktická část práce čerpá rovněž z knihy autorek Vladimíry Holczerové a Dagmar Dvořáčkové Volnočasové aktivity pro seniory (2013), která popisuje jednotlivé možnosti využití volného času v pobytových zařízeních. Jako konkrétní příklad je zde uváděn Domov

pro seniory v Kaplicích, jehož centrum aktivizačních činností, založené v roce 2011, úspěšně rozvíjí řadu aktivizačních programů.

1.1.2 Zahraniční literatura

Psychologií stárnutí se zabývá ve stejnojmenné knize (*The Psychology of Ageing*) také britský autor Ian Stuart-Hamilton.(1999) Tento britský psycholog, přednášející na Worcester College of Higher Education, publikoval řadu odborných prací v oblasti výzkumu paměti a myšlení starších pacientů trpících různými formami demence. Zde se zaměřuje na důkladný psychologický rozbor stáří a stárnutí. Jednotlivé kapitoly popisují všechny fáze stárnutí, zabývají se vysvětlením fyziologických změn, vlivem stárnutí na intelekt, paměť a řeč a změnami celé osobnosti a způsobu života člověka. Závěrečné kapitoly jsou zaměřeny na patologické změny ve stáří (demence) a zamýšlí se také nad budoucností gerontologie jako vědního oboru. Publikaci autor doplnil rovněž o slovníček odborných pojmů a obsáhlou bibliografii.

Stejný britský odborník je autorem i publikace *Introduction to Gerontology* (2011), zabývající se gerontologií mnohem obsáhleji. Úvod do gerontologie poskytuje poměrně rozsáhlý úvod do této problematiky. Zahrnuje jak tradiční oblasti gerontologie, jakými jsou biologické a sociální aspekty stárnutí, tak oblasti méně tradiční, jakou je například oblast sexuality, umění nebo moderních technologií. Publikace je dílem mezinárodního týmu autorů, kteří čerpají fakta z jiných vědních disciplín, pohlíží na stáří a stárnutí z mnoha úhlů pohledu.

1.2 Vztah k sociální pedagogice

Sociální pedagogika patří do soustavy pedagogických věd, věd o člověku. Měla by plnit své poslání vůči celé společnosti i vůči jednotlivcům. Měla by zasahovat do všech oblastí života. Jak uvádí Bakošová (2010, s. 58), „sociální pedagogika jako životní pomoc poskytuje pomoc dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí. Hledá optimální formy pomoci, kompenzuje nedostatky. Jejím cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy.“

V průběhu lidského života se vyskytuje řada problémových a zátěžových situací. Některé jsou individuální a jiné se vyskytují ve větším měřítku. Tyto sociální rizikové životní situace rozděluje Potočárová (in Bakošová a kol., 2005, s. 145) do tří základních skupin:

- situace spojené s průběhem životního cyklu, kdy je člověk v první a v závěrečné etapě svého života vystaven riziku sociální závislosti a nesamostatnosti,
- situace dlouhodobé nebo krátkodobé s výraznými sociálními riziky sociální odkázanosti, tato rizika s sebou přináší například zdravotní postižení nebo nezaměstnanost,
- situace snížené schopnosti adaptovat se na sociální prostředí na základě sociálních a kulturních rozdílů mezi jednotlivcem nebo sociální skupinou a společností, zde se jedná například o situace sociální nepřizpůsobivosti, etnické odlišnosti, situace specifické pro imigranty a podobně.

K rizikovým situacím spojeným s průběhem životního cyklu patří sociálně rizikové situace z období dětství, mládí a stáří. Proces stárnutí s sebou přináší z biologického hlediska zvýšené opotřebenosti organismu a s ním spojené sociální riziko závislosti z důvodu zvýšené potřeby pomoci. První období stáří je spjato s ukončením ekonomicky aktivního věku, s odchodem do důchodu. Opuštění zaměstnání přináší do života člověka radikální změnu, zcela se mění denní pracovní náplň, řada lidí trpí pocitem ztráty společenského významu a sociální izolací. Je pro ně obtížné najít nový obsah života, novou pozici v rámci rodinných vztahů. Toto první období s sebou ještě nemusí nutně nést zvýšenou nemocnost a sníženou pohyblivost a soběstačnost. K tomu dochází až později, biologické změny se stávají výraznější a často jsou spojeny s psychickými a mentálními změnami. Důsledkem nevratných mozkových změn je stařecká demence, která zhoršuje paměť, řeč, úsudek a další rozumové schopnosti. Poruchy paměti, orientace v čase a prostoru, motorické těžkosti, poruchy při poznávání předmětů a lidí, poruchy řeči a chování vedou ke komunikačním problémům a i k možnému nepochopení v rámci rodiny starého člověka. Je zapotřebí mnohem víc trpělivosti, empatie a schopnosti naslouchat. Specifické potřeby starých lidí by se měly odrážet v péči i službách, které jsou na ně zaměřeny. (Potočárová in Bakošová a kol., 2005, s. 149-151)

Mezi institucionalizované služby zaměřené na staré lidi patří domovy pro seniory. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Umístění do domova pro seniory, event. do jiné instituce, představuje zásadní změnu životního stylu. Je spojena se ztrátou zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity. Jde zpravidla vždy o zátěžovou situaci, jejíž intenzita závisí na mnoha okolnostech. Starý člověk ztrácí své materiální a sociální okolí, ztrácí pocit bezpečí známého prostředí. Symbolicky je tím potvrzen postupující úpa-

dek jeho schopností, zároveň může být umístění do ústavního zařízení chápáno starým člověkem jako signál blížícího se konce života. Zejména proto je tato změna natolik stresující: život v instituci je poslední fází, po ní přichází už jen smrt. (Vágnerová, 2000, s. 496)

Domovy pro seniory však zaručují svým obyvatelům velmi dobrý životní standart. Zajišťují aktivizační činnosti, které nejen vyplňují volný čas seniorů, ale také slouží k upevnění dobré životní kondice, vyloučení pocitů osamělosti a zbytečnosti. Aktivizační programy jsou rozvíjeny na preventivní i léčebné úrovni. Snaha o aktivizaci zároveň plně respektuje individuální možnosti a přání každého člověka, je důležité pomoci mu nalézt motivaci při tvorbě krátkodobých i dlouhodobých cílů, posilovat jeho sebeúctu. Aktivizační činnosti mají smysl při posilování vlastní hodnoty a potřebnosti každého člověka, upevňují potřebu seberealizace, posilují vlastní identitu. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 16-17) Aktivní stárnutí znamená vidět svět veselejšíma očima, poznávat nové lidi a zdolávat nové výzvy. Aktivizační činnosti napomáhají integraci starého člověka do nového prostředí domova, snadnější adaptaci na nové životní podmínky, přispívají k mezení rizika vyčlenění ze společnosti. Smyslem všech činností je, aby slovo Domov v názvu organizace nebylo pouhým prázdným pojmem. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 23-25)

1.3 Základní pojmy

Ageismus je pojem pocházející z anglo-americké literatury. Označuje nepřátelství a agresivní chování vůči starým lidem. Někdy je vysvětlován také jako averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Je postojem, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. (Haškovcová, 2010, s. 34)

Biologické stáří je definováno ve vztahu k tělesným změnám a involučním procesům. (Vašutová a kol., 2010, s. 261)

Kalendářní stáří je datováno od data narození. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje tuto periodizaci: 60-74 let – rané stáří (vyšší věk), 75-89 let – vlastní stáří (sénum), nad 90 let – dlouhověkost. Lze se však setkat s různou periodizací kalendářního stáří, například Vágnerová (2000) rozděluje stáří na rané (60-75 let), pravé (75-90 let) a krajní stáří (nad 90 let). (Vašutová a kol. 2010, s. 261-262)

Rizikové životní situace je pojem označující řadu problémových a zátěžových situací vyskytujících se v průběhu lidského života.

Sociální stáří je spojováno s přechodem do důchodu, vyznačuje se změnou sociální role a ekonomického zajištění jedince.

Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince.

Stáří je období života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími. Zahrnuje souhrn biologických a psychologických změn, které jsou ireverzibilní.

Strategie hostility je strategie vyrovnávání se se stářím, strategie nepřátelství a hněvivosti vůči ostatním, sklon dávat vinu za své nezdary jiným lidem nebo nepříznivým okolnostem.

Strategie konstruktivní je strategie vyrovnávání se se stářím, konstruktivní vyrovnání se s realitou vyššího věku.

Strategie obranná je strategie vyrovnávání se se stářím, projevuje se přehnanou aktivitou, kterou lidé tohoto typu zahánějí starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce.

Strategie sebenávisti je strategie vyrovnávání se se stářím, staří lidé obrazejí agresivitu vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj život jako selhání.

Strategie závislosti je strategie vyrovnávání se se stářím, projevuje se pasivitou a závislostí na jiných lidech.

Tanatologie je nový lékařský obor zabývající se smrtí a umíráním. Lidé, kteří se dozvědí o svém smrtelném onemocnění, procházejí psychologickým vývojem. První fáze je popření, druhá fáze je hněv a vzdor, třetí fází je smlouvání. Poslední fází je smíření, přijetí nevyhnutelného. Ne všichni lidé prochází všemi fázemi. V našich podmínkách tento nový vědní obor mistrovsky popsala profesorka Helena Haškovcová v monografii *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. (Koukolík, 2014, s. 142)

Terminální stadium života je konečná etapa lidského života, jedná se o poslední fázi období stáří, po níž následuje smrt.

Univerzita třetího věku je typ vysokoškolského studia určený seniorům. Vůbec první univerzita třetího věku byla uspořádána v Olomouci ve školním roce 1986/87, pod univerzitní záštitou pak byla otevřena ve školním roce 1987/88 na Fakultě všeobecného lékařství

(dnes 1.lékařská fakulta) Univerzity Karlovy v Praze. Přednášeli zde významní odborníci a zájem o toto studium byl obrovský. V roce 1989 se v souvislosti s politickým uvolněním vytvářel koncept celoživotního vzdělání, dnes jsou univerzity třetího věku pořádány ve všech městech, ve kterých fungují „normální“ univerzity. Činnost univerzit třetího věku koordinuje Asociace U3V, která vznikla v roce 1989. (Haškovcová, 2010, s. 129-134)

Úspěšné stárnutí dodržení obecných zásad duševní hygieny při procesu stárnutí, být aktivní, zachovat si šíři zájmů, uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou a duševní činnost, být otevřen novým poznatkům, navazovat nové vztah, dodržovat nezbytný odpočinek a další.

2 STÁŘÍ

Každému životnímu období je přidělen vhodný a pravý čas.

Cicero

Od nepaměti si lidé přáli žít dlouho, dožít se vysokého věku. Z pohledu historie se však jen velmi málo lidí dožilo svého vlastního stáří. Naši předkové umírali v mládí i v dospělém věku především na infekční choroby, jako byla například cholera nebo mor. Častou příčinou úmrtí byly také úrazy a dnes běžně vyléčitelné nemoci. Těžká fyzická práce, špatné hygienické podmínky, chudoba, nedostatečná lékařská péče a další nepříznivé faktory byly příčinou toho, že se umíralo příliš brzy a že jen 2 - 4 procenta populace se dožívala vyššího věku. Po dobu několika staletí bylo stáří vzácné, a proto žádoucí. V 19. století však započal nový trend, který začal dávat přednost dětem a mladým lidem a odklonil se tak od myšlenky „krásného stáří“, které se stalo obtížně přijatelným obdobím života. (Haškovcová, 2010, s. 33)

Otázkou také je, kdo byl vlastně v těchto dávných dobách považován za starého. Existuje odhad, podle kterého se v prehistorických dobách stáří nedožival nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo pětadesátý rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Do 19. století se toto číslo zvýšilo na přibližně čtyři procenta (Cowgill, 1970 in Stuart-Hamilton, 1999, s. 13). Graf pro rok 1900 by ukázal pyramidální společnost s mohutnou základnou mladších věkových dekad, ale s mnohem nižšími podíly příslušníků starších věkových kategorií. V tomto období se přibližně jen asi dvacet pět procent populace dožívalo 65 let. Dnešní západní populace je popisována jako obdélníková společnost, jelikož v každé věkové dekádě žijí přibližně stejné počty lidí. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 13) Lze říci, že žijeme ve společnosti, která stárne. Obdobný vývoj probíhá ve všech průmyslových vyspělých zemích, například Joao Pedro De Magalhaes (in Stuart-Hamilton, 2011, s. 21-22) uvádí, že v roce 2050 vzroste ve Velké Británii procentuální počet lidí v populaci, kteří jsou starší 65 let, nad 25 %. Pro srovnání, v roce 2004 to bylo 14 % (Smith in Stuart-Hamilton, 2011, s. 21). Stárnutí populace, o kterém se všude diskutuje, je v největší míře důsledkem sociálních změn a změn v medicíně, jako je prevence, včasné léčení infekčních nemocí a dalších. Délka života za poslední dekádu také zde dramaticky vzrostla. Přesto, hlavními příčinami úmrtí stále zůstávají nemoci, jako je rakovina, srdeční nemoci a neurodegenerativní onemocnění. (De Magalhaes in Stuart-Hamilton, 2011, s. 21-22)

Tento prvek je typický i pro vývoj v České republice. V roce 2007 tvořili lidé nad 65 let 14, 6 % obyvatel České republiky a tento demografický trend bude dále pokračovat. Největší nárůst seniorů je v kategorii těch nejstarších. Prognózy zpracované pro Česko odhadují, že v roce 2050 zde bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Příčiny této situace jsou obecně známé, jsou jimi například klesající porodnost, snižující se úmrtnost v důsledku lepší zdravotní péče, prodlužování střední délky života, snížení chudoby, zlepšení životních a pracovních podmínek, ochrana sociálních práv, pokrok v medicíně a další. Česká republika v tomto ohledu nemá zdaleka výjimečné postavení, jde o celosvětový trend. O Evropě se tak hovoří jako o šedivějícím kontinentu. (Malíková, 2011, s. 26-27)

Co se týká složení kategorie seniorů, je nutno říci, že jde o značně heterogenní skupinu. Zdaleka nelze vycházet z pouhých zaužívaných stereotypů o starých lidech. Na jedné straně zde žijí senioři narození v období 1930 – 1945 a starší a vedle nich senioři narození v letech 1950 – 1955, tedy tzv. mladí staří, kteří jsou velmi aktivní, nebývale vzdělaní, v relativně dobrém zdravotním stavu, počítačově gramotní, nezávislí a se slušnou životní úrovní. (Rabušic, 2002 in Schmeidler a kol., 2009, s. 22) V této souvislosti je rovněž nutno připomenout tzv. feminizaci stáří. Uvádí se, že svět starých lidí je především světem žen. Fakt, že po šedesátém roce věku rapidně klesá počet mužů, s sebou přináší vdovství a osamělost žen. Staré ženy jsou s vysokou pravděpodobností spíše vdovy než vdané a spíše žijí v jednočlenných domácnostech, na rozdíl od starých mužů, kteří jsou spíše ženatí a žijí ve vícečlenných domácnostech. Tento rozdíl je způsoben jednak vyšší úmrtností mužů ve vyšším věku, a jednak tím, že daleko častěji uzavírají další sňatky. Zpravidla si berou mladší ženu, čímž se opět zvyšuje pravděpodobnost, že svou manželku nepřežijí a nebudou žít osamoceně. (Rabušic, 1995, in Schmeidler a kol., 2009, s. 23) Muži tak mají zároveň vyšší jistotu, že se o ně manželka v případě nemoci a nemožnosti postará, kdežto ženy musí hledat pomoc u svých dětí, zpravidla dcer, které poté pečují jak o své rodiče, tak o rodiče svého manžela. Rabušic (1995, s. 152) v této souvislosti upozorňuje na významný fakt, kdy poprvé v historii lidstva má průměrný manželský pár více rodičů než dětí., což má pro dnešní ženu dalekosáhlé následky. (Rabušic, 1995 in Schmeidler a kol., 2009, s. 22-23)

Co se týká úcty ke starým lidem, ani tato nebyla v minulosti pravidlem. Pojetí a sebepojetí stáří bylo a je ve skutečnosti mnohem problematičtější, v posledních desetiletích dokonce došlo odmítání stáří a starých lidí tak daleko, že nepřátelské postoje ve společnosti přerostly v někdy skrývaný a jindy dokonce otevřený boj proti starým lidem. V angloamerické

literatuře je pro nepřátelství a agresivní chování vůči starým lidem používán pojem ageismus, jako výraz averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Ageismus není pouze jednosměrný, i sami senioři jsou pod jeho silným vlivem, neboť i oni přebírají stereotypy, které jim o stáří nabízí mladší generace. V současné době je ageismus také podstatou rozšířeného jevu, který označujeme jako věkovou diskriminaci starých lidí, a dokonce těch nejen skutečně starých. Běžně se stává, že zaměstnavatelé se ucházejí o pracovníky mladé (do 30 let), flexibilní, dynamické, ovládající několik jazyků a práci s PC. Důsledkem tohoto stavu pak je, že narůstá napětí mezi stárnoucími lidmi a příslušníky mladé generace. Z těchto důvodů vzniká řada programů zaměřených na rovné příležitosti pro všechny a postupy zabraňující sociálnímu vyloučení z důvodu věku. (Haškovcová, 2010, s. 34 – 36)

Každá společnost si vytvářela a vytváří vlastní pojetí stáří, od něj se pak odvíjí i konkrétní sebezpojetí starých lidí. Stáří je stále stejné, ale interpretace toho, co to je stáří, a jaké je být starý, je různá, a to nejen historicky, ale i aktuálně. Dokonce i v průběhu života se týž člověk dívá na stáří různou optikou, rozdílně je přijímá a hodnotí. (Haškovcová, 2010, s. 36 – 37)

2.1.1 Charakteristika stáří a problémy stárnutí

Stárnutí je primárně procesem biologickým, zpravidla jím označujeme souhrn *změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince*. Příčiny stárnutí stále nejsou uspokojivě vysvětleny. Biologické projevy stárnutí jsou nápadné – snižuje se odolnost vůči infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod. Stárnutí zřejmě urychlují rovněž nemoci v dětství a v dospělosti, přispívá k němu nesprávná výživa a životospráva, kouření, alkohol, a další životní zátěže. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202-203)

Některé další definice stárnutí

Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická. (Topinková, Neuwirth, 1995 in Malíková, 2010, s. 15)

Stuart-Hamilton (1994, s. 18) uvádí, že *stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny*. Jedná se o proměnu kontinuální a je nsnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. Stuart-Hamilton zmiňuje také pojmy primární stárnutí (tělesné změny stárnoucího organismu), sekundární stárnutí změny (které se ve stáří objevují, nejsou však jeho nutným doprovodným jevem) a terciální stárnutí (prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti).

Podle Kurice (2000, s. 156) je stárnutí *primárně procesem biologickým, ale současně podmiňuje i procesy psychické. Jde v něm o různé strukturální změny v organismu, které oslabují jeho odolnost a podmiňují postupné oslabování výkonnosti jedince ve sféře fyzické i psychické*.

Pacovský (1990 in Malíková, 2010, s. 15) chápe stárnutí jako *cestu do stáří* a člení stárnutí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí popisuje jako *normální součást života a zákonitou epochu ontogeneze*. Jako příklad patologického stárnutí uvádí stárnutí předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční.

Podle Tomeše (2005 in Malíková, 2010, s. 15) je *populační stárnutí přirozený, cyklický a konečný proces. Ve vyspělých zemích probíhá déle než dvě století*.

Co se týká **definice stáří**, je možno uvést například tyto:

Podle definice Světové zdravotnické organizace (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004 in Haškovcová, 2010, s. 20) je *stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*.

Kalvach (1997 in Ondrušová, 2011, s. 16) píše, že *„stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.“ Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných mnoha zevními faktory, z nichž zvláště významné jsou nemoci, způsob života a životní podmínky*.

Topinková a Neuwirth (1995 in Malíková, 2010, s. 16) charakterizují stáří jako *konečnou etapu procesu stárnutí nebo konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života*.

Haškovcová (1990, s. 58) uvádí, že stáří je *přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti*. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.

Z hlediska ageismu (postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří) je stáří *obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života*. (Vágnerová, 2000, s. 443)

Vašutová a kol. (2010, s. 262) charakterizuje stáří jako *souhrn biologických a psychologických změn, které jsou ireverzibilní*.

Stáří se po staletí snaží definovat umělci, filozofové, přírodovědci. S jeho definicí však vyvstávají obtíže. Uvést jedinou, všeobecně platnou a jednoznačnou definici je značně složité, proto se dnes ve většině zemí používá patnáctiletá periodizace lidského věku tak, jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace (WHO). (Topinková, Neuwirth, 1995 in Malíková, 2010, s. 16)

Je velmi těžké určit začátek stárnutí, neboť ten je dán spíše souhrnným stavem opotřebenosti lidského organismu, nežli kalendářním věkem. Z hlediska jednotlivých lidí je tedy stárnutí velmi individuální. Například Kuric (2000, s. 156) umístil počátek stárnutí do období mezi starší dospělý věk a počáteční stáří, tj. mezi 60. až 66. rok kalendářního věku a konec stárnutí kolem 75. roku. Řada badatelů v oblasti gerontologie vypracovala více teorií stárnutí, nicméně ani jedna procesy stárnutí nevysvětluje. Pacovský a Heřmanová (1981 in Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 203) třídí teorie stárnutí do třech skupin:

1. teorie o působení vnějších vlivů (ekologické podmínky, bakterie, viry)
2. teorie o působení vnitřních vlivů (genetický program. Specifické metabolické změny příčné vazby a další)
3. teorie porušené integrace a organizace

Není cílem této práce jednotlivé teorie rozebírat, lze z nich však vyvodit, že jako nejzávažnější projev stárnutí se jeví skutečnost, že nervové buňky nejsou schopny reprodukce. Atrofie a zánik nervových buněk způsobuje s největší pravděpodobností nejen disharmonii v psychických procesech, ale také v činnosti jiných orgánů, které jsou přímo nebo nepřímo řízeny nervovou soustavou. Je zřejmé, že není možné vytvořit komplexní a všeobecně platnou teorii stárnutí a že tedy před výzkumy stárnutí stále stojí mnoho nevyřešených problémů. (Kuric, 2000, s. 156-158)

Stárnutí současně podmiňuje i procesy psychické, přesto se u stárnoucího jedince můžeme setkat při oslabené smyslové činnosti s dobře zachovalými intelektuálními výkony. Důvodem je skutečnost, že při poklesu psychických funkcí se zpočátku ve značné míře uplatňuje

system kompenzačních mechanismů, který dokáže úbytek jedné funkce alespoň zčásti nahradit zvýšenou činností jiné funkce. S pokročilejším věkem však postupně slábne plasticita myšlení a dostavuje se jeho určitá stereotypnost. (Kuric, 2000, s. 158)

Jak uvádí Křivohlavý (2011, s. 16), „úkol třetího úseku životní cesty (mezi 65 a 85 lety) je kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále.“

2.1.2 Členění věkových kategorií v dospělosti a ve stáří

Vymezení stáří věkovou hranicí je poněkud problematické. Je třeba mít na paměti, že jde zpravidla o statistický průměr, do jehož rozptylu patří větší část současné populace. Stáří není dáno počtem let, je spíše měrou opotřebenosti těla jedince a souhrnem nevratných změn v jeho organismu a psychice, které přináší proces stárnutí a které již byly zahájeny v předchozích etapách života. Mezi fyziologickým a chronologickým věkem mohou existovat velké individuální rozdíly. Například Špaténková (2008 in Vašutová a kol., 2010, s. 261) uvádí trojí pojetí stáří:

- **Kalendářní stáří** je datováno od data narození. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje tuto periodizaci: 60-74 let – rané stáří (vyšší věk), 75-89 let – vlastní stáří (sénium), nad 90 let - dlouhověkost
- **Biologické stáří** je definováno ve vztahu k tělesným změnám a involučním procesům
- **Sociální stáří** je spojováno s přechodem do důchodu, vyznačuje se změnou sociální role a ekonomického zajištění jedince.

Odborná literatura uvádí různé další periodizace kalendářního stáří:

Periodizace stáří podle Příhody (1974 in Vašutová a kol, 2010, s. 261):

- Počínající, časné stáří (senescence): 60-74 let
- Vlastní stáří, kmetství (senium): 75-89 let
- Dlouhověkost (patriarchium): 90 a více let

Švancara (1983 in Vašutová a kol., 2010, s. 261) uvádí toto dělení:

- Zralá dospělost (presenium): 46/48-65 let
- Stáří (senium): nad 65 let
- Vysoký věk: nad 80 let

Periodizace podle Kalvacha (1997 in Vašutová a kol., 2010, s. 262):

- Mladí senioři: 65-74 let
- Staří senioři: 75-84 let
- Velmi staří senioři: nad 85 let

Vágnerová (2007 in Vašutová a kol., 2010, s. 262) dělí jednotlivé periody takto:

- Rané stáří: 60-75 let
- Období pravého stáří: 75-90 let
- Období krajního stáří: nad 90 let

Pro novější periodizace je charakteristické, že věkovou hranici stáří posouvají dále, takže věková skupina lidí mezi 65 a 74 lety je nazývána mladými seniory. Ve srovnání s minulými stoletími je zde patrný nesrovnatelný rozdíl v posuzování stáří člověka (Komenský nazýval lidi starší 42 let kmety). Tomuto posunu odpovídají i sociální a ekonomické trendy, například pozdější odchod do důchodu nebo pozdější rodičovství. (Vašutová a kol., 2010, s. 262)

2.1.3 Změny ve stáří

Změny, ke kterým v průběhu stárnutí dochází, jsou jak fyzického, tak psychického rázu. Proces změn bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na interakci genetické dispozice a působení vnějších faktorů. Genetické předpoklady jsou základem tzv. primárního stárnutí, tedy přesněji jsou jedním z faktorů, které ovlivňují rychlost a kvalitu stárnutí. Tempo stárnutí ovlivňuje také řada vnějších faktorů, v tomto směru mluvíme o sekundárně podmíněném stárnutí. Změny jednotlivých orgánových struktur a funkcí jsou individuálně specifické a neprobíhají rovnoměrně ani v rámci jednoho organismu. (Vágnerová, 2000, s. 448)

1. Tělesné změny ve stáří

Ze změn organismu přichází nejdříve oslabení v procesech vnímání a senzomotorické koordinace. Zhoršuje se smyslové vnímání, především zraková ostrost, klesá zraková akomodace, zmenšuje se zorné pole, snižuje se schopnost rozlišování některých barev a schopnost vidět za šera. Snižuje se rovněž citlivost zvukového analyzátoru, zejména u zvuků vysoké frekvence. Ve vysokém věku postihuje i frekvenci střední, což se projevuje nejčastěji v percepci řeči. Starý člověk do jisté míry kompenzuje zrakové a sluchové nedostatky větší opatrností, úsilím a zracionalizováním postupů činnosti. (Vašutová, 2003 in Vašutová,

2010, s. 264) Co se týká ostatních smyslových orgánů, jejich oslabení nesouvisí s činností psychiky tak úzce jako zrak a sluch. V případě chuti nemají badatelé jednotný názor na míru, v jaké ovlivňuje stárnutí její citlivost. Například Engen (1977 in Stuart-Hamilton, 1994, s. 34) uvádí, že i když lze obecně mluvit o oslabení citlivosti, citlivost na hořkou chuť naopak roste. S chutí souvisí i čich, tento však u zdravých lidí s věkem neslábne. Naopak je potvrzeno, že staří lidé mají vyšší hmatový práh citlivosti, podobně klesá také citlivost k teplotě předmětů. Tyto změny však nemusí být zřejmé a výrazné. Někteří badatelé zjistili u starších lidí zvýšení prahu citlivosti na bolest, starší lidé jsou tedy údajně schopni snášet intenzivnější podněty, aniž by je vnímali jako bolestivé. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 33-34)

Také tělesné funkce ztrácejí spolehlivost a koordinovanost, snižuje se síla a rychlost, zmenšuje se schopnost prodloužené svalové námahy. Stárnutí pojivové tkáně způsobuje, že rány se hojí pomaleji. V oblasti senzomotoriky klesá rychlost odpovědi na podnět, z mnoha výzkumů však vyplývá, že starší osoby sice pomaleji reagují na podnět, zato však přesněji. S přibývajícím věkem dochází i k omezení schopnosti přecházet z jedné činnosti na druhou. (Vašutová, 2010, s. 264)

Jak uvádí Vágnerová (2000, s. 448) stáří samo o sobě není chorobným stavem, avšak v jeho průběhu dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí. Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, což znamená, že starý člověk trpí současně větším počtem různých, obvykle chronických, onemocnění. Stáří mění viditelným způsobem i zevnějšek člověka a tímto způsobem ovlivňuje jeho sociální status. V důsledku této změny jej lidé vnímají jako starce a také se k němu takto začnou chovat. Rychlost a míra proměny je individuální, v některých případech může být tak výrazná, že člověk ztrácí své typické rysy, vypadá jinak než dřív. (Vágnerová, 2000, s. 449) Tělesná výška se postupně snižuje (po padesátém roce věku), mění se hmotnost, na kůži se tvoří vrásky, pokožka ochabuje a bledne, tvoří se pigmentové skvrny. Také vlasy řádnou a šedivějí. U žen se nad horním rtem a na bradě začínají objevovat chloupky. (Vašutová a kol., 2010, s. 264-265) Jak uvádí Špatenková (2008 in Vašutová 2010, s. 265), typickými fyziologickými změnami ve stáří jsou potíže s dýcháním, ztráta dentice, potíže s aterosklerózou a inkontinencí. Objevují se i poruchy spánku, nespavost, obvyklé jsou potíže s mobilitou, nepohyblivost a další. Patrné rozdíly jsou i mezi pohlavími, je třeba říci, že řada těchto involučních procesů probíhá rychleji u mužů než u žen. Ženy se tak v průměru dožívají vyššího věku. (Vašutová a kol., 2010, s. 265) Zevnějšek starého člověka signalizuje jeho

celkový, somatický i psychický stav. Mnozí staří lidé o sebe pečlivě dbají a toto úsilí podporuje jejich sebeúctu. (Vágnerová, 2000, s. 449)

2. Psychické změny ve stáří

Období stáří spadá podle Eriksonovy teorie psychosociálního konfliktu pod věk vyznačující se konfliktem generativity a stagnace. Naplněný život nebo zoufalství. Ve stáří dozrávají plody předcházejících etap života a zároveň si jedinec připomíná zmařené cíle, nenaplněné touhy. Důsledkem může být strach ze smrti, nespokojenost a neustálé stížnosti. Špatenková (2008 in Vašutová a kol., 2010, s. 267) uvádí ve výčtu psychických problémů starých lidí deprese, demenci, delirium, drogovou interakci (4D). Psychické změny ve stáří jsou podmíněny biologickými změnami (snižuje se počet mozkových buněk) a také mohou výsledkem psychosociálních vlivů. Bývají více úzkostliví, snadno ovlivnitelní, obtížně korigují své emoční projevy, mohou inklinovat k depresivitě. Jsou méně adaptabilní vůči změnám, často upadají do apatie a rezignace. (Špatenková, 2008 in Vašutová a kol, 2010, s. 265)

Kognitivní změny ve stáří

Běžně známým projevem stárnutí je zhoršující se paměť, a to především pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky zůstávají většinou dobře uchovány. Vzpomínky však bývají obsahově i emočně zkresleny. Minulé je hodnoceno spíše pozitivně, starý člověk lpí často na tom, čím byl a co měl, ať už to bylo postavení, majetek, zvyklosti apod. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204) Dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů, tj. ukládání i vybavování. Úbytek kompetencí se projevuje nejvíce v oblasti epizodické paměti, tzv. sémantická paměť, která obsahuje obecné znalosti, bývá trvanlivější. Úbytek paměti není důsledkem pouze biologických změn, ukázalo se, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním. Pokud je paměť trénovaná, jsou její funkce narušeny mnohem méně a uchovávají se delší dobu. Funkce paměti je navíc důležitá i pro uchování vlastní identity, člověk, který nezná svou minulost, neví, kdo je a nepoznává své okolí, svou identitu ztrácí. (Vágnerová, 2000, s. 452-453)

Individuálně variabilní jsou i změny intelektových funkcí., závisí na genetických dispozicích, na dosaženém vzdělání, na způsobu života, osobnostních vlastnostech a mnoha dalších faktorech. Úbytek rozumových schopností se může projevovat různým způsobem, staří lidé si uchovávají schopnost používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování. Úbytek schopností postihuje především tzv. fluidní inteligenci, tedy schopnost zpracovávat

nové informace a hledat nová řešení. Krystalická inteligence, tedy dříve získané znalosti, zafixované strategie uvažování a naučená řešení různých známých situací, se uchovává snáze. Vlivem stárnutí dochází ke zpomalení výkonu, ale nemusí dojít ke zhoršení celkové kapacity, starému člověku může určitá činnost trvat déle, ale je schopen ji udělat. Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se učí novému, hůře se přizpůsobuje. Proto dávají staří lidé přednost rutině a stereotypu. Postoj k vlastním psychickým změnám ve stáří signalizuje úroveň zachovalých psychických kompetencí a celkovou vyrovnanost osobnosti. Tento postoj tak může být realistický nebo také nepřiměřený. (Vágnerová, 2000, s. 454)

Emoční změny ve stáří

Intenzita emocí se ve stáří snižuje, starý člověk hodnotí situace mnohem klidněji a racionálněji, nenadchne se tak snadno pro nové. Jak uvádí Stuart-Hamilton (1999, s. 150-153), v průběhu lidského života se mění charakterové rysy osobnosti, zejména extroverze-introverze, neurotismus a psychotismus. Zajímavá je proměna extroverze a introverze s ohledem na pohlaví. Muži jsou během dospívání mnohem extrovertnější než ženy, poté dochází k rychlému poklesu extroverze, takže v šedesáti letech jsou muži introvertnější než ženy. Výrazné změny provází i skóre psychotismu, který mají muži v 16. letech dvojnásobně vyšší než ženy, avšak v sedmdesáti letech tento rozdíl prakticky mizí. Změny neurotismu nejsou tak nápadné, k poklesu dochází u obou pohlaví, i když ve všech ženských věkových skupinách je tento skóre vyšší. Pravděpodobně nejznámějším příkladem měření extroverze-introverze, neurotismu a psychotismu jsou Eysenckova měření (Eysenck a Eysenck, 1969 in Stuart-Hamilton, 1999, s. 150-151) Osobnost člověka je výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současné adaptace na obtíže vyššího věku. Člověk se tedy ve stáří stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči svému okolí. To může znamenat větší klid a trpělivost, ale také nezájem až apatii. Na počátku období stáří bývá zjevná ještě velmi silná potřeba seberealizace, potřeba být užitečný pro druhé. V širší rodině zastává starý člověk obvykle nadále důležitou roli – roli prarodiče. Styl hry prarodiče s dítětem je oproti hře rodičů tolerantnější, zároveň napomáhají vytváření důležité rodinné historie. Působení prarodičů může být pozitivní i negativní, v každém případě však poskytují dítěti jedinečnou zkušenost. Později, zejména v pozdějším stáří vystupuje do popředí spíše potřeba pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob, člověk je méně zaujat událostmi vnějšího světa, soustřeďuje se více na sebe a své problémy. Takový postoj může vést k vlastní přecitlivělosti až k hypochondrii, což ztěžuje mezigenerační soužití i soužití starých lidí

v domovech pro seniory. Mnozí staří lidé jsou reálně izolováni od svého okolí v důsledku nemoci, imobility, změny bydliště, přesto neprožívají svoji situaci se zármutkem a apatií. Na druhé straně řada starých lidí se se svým okolím běžně stýká, a přesto strádají. Manželské vztahy v tomto období sílí, kromě citových potřeb přetrvávají u mnohých lidí i potřeby sexuální, a to až do vysokého věku. Reakce na ovdovění poté bývá velmi intenzivní a dlouhotrvající, ztráta životního partnera je velmi závažnou životní událostí, s níž se starý člověk jen obtížně vyrovnává. (Langmeier, Krejčířová. 2006, s. 207-210)

2.1.4 Terminální stadium života

Nejjednodušší definice smrti praví, že je to *zhroucení všech základních funkcí organismu. Zhroucení celovztažného uspořádání. Nejde jen o zánik jednotlivých buněk, tkání nebo orgánů, ale o zhroucení jejich vzájemných vztahů. Molekulární mechanismy vedoucí ke smrti jednotlivé buňky jsou poměrně dobře známy. Ale smrt celého organismu z nich neplyne. Stejně jako zánik domu neplyne ze zániku jediné cihly.* (Koukolík, 2014, s. 141)

Smrt patří k životu a patří do života. V tomto životě má každý svůj čas, který může využít, nebo promarnit. Každý člověk ví, že zemře, ale současně si dost dobře nedovede představit, že nebude. Žije, jako by měl žít věčně. Umírání a smrt jsou velká témata, jejichž řešení nás v budoucnosti čeká a nemine. Nikdo z nás neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem. Přejeme si, aby smrt byla vzdálená a aby umírání bylo rychlé a bezbolestné. Většina lidí touží po smrti ve spánku, spokojeně usnout a ráno už se neprobudit. Opustit život a neprožívat svízelné útrapy žádné nemoci. Dlouhá a nevléčitelná nemoc nás děsí víc než vlastní smrt. Mladí lidé jsou zaneprázdnění řadou jiných starostí, smrt se jich netýká, protože se zdá být příliš v nedohlednu. Lidé ve středním věku, kteří prožívají vrchol svého života, se od diskusí na dané téma odvracejí. Nechtějí smrt vidět, ani o ní slyšet, přesvědčují sami sebe, že mají na úvahy o smrti čas, protože ty patří ke stáří. Mlyně se předpokládá, že funkcí stáří je čekání na konec života. Moderní lidé takto dokonale vytěsnili umírání a smrt ze svých myslí. (Haškovcová, 2010, s. 316)

Dříve lidé pojímali svůj život jako osud. Nad smrtí sice nejásali, ale zároveň ji také neodmítali. Míra strachu ze smrti byla v různých historických etapách různá. Smrt byla všudypřítomná, nebyla výjimečná, umíralo se v dětství, v mladém i středním věku. Byla reálná, žila s lidmi a mezi lidmi. Byla přijímána naprosto samozřejmě. Procesy umírání a smrti patřily k bazální socializaci každého dítěte. Člověk minulosti se v průběhu života na svou smrt připravoval, jednou z forem obrany byla i víra v posmrtný život, v to, že život něja-

kým způsobem pokračuje dál. Víra v Boha však není univerzálním řešením pro všechny. Další formou obrany proti strachu ze smrti a umírání je ritualizace tohoto procesu. (Haškovcová, 2010, s. 317-323)

Později, zejména v druhé polovině dvacátého století, došlo ke značné institucionalizaci smrti, která sice umožňuje komfort v péči o umírající, ale opomíná péči o „duši“ umírajícího a znesnadňuje akceptaci smrti jak umírajícím, tak jejich rodinám. V důsledku toho se zvažoval jak návrat k tradici, tedy možnosti umírat doma, v kruhu rodiny, tak snaha o humanizaci procesu umírání v institucích. Počátkem 90. let minulého století odstartoval proces, jehož podstatou je zavádění principů paliativní léčby a péče do praxe. Paliativní (útěšná, zmírňující) medicína představuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Cílem není vyléčení, protože už není reálné. Medicína už využila všech svých prostředků a další nejsou k dispozici. Do péče o umírajícího je třeba zapojit rodinu, pokud si to přeje, a umožnit, aby umírání a smrt měly přirozený a důstojný ráz. Paliativní léčba může být poskytována buď ve speciálních zařízeních pro umírající (v hospicích) nebo ve stávajících zdravotnických a sociálních zařízeních. Novou formou je také domácí hospicová péče, kdy může umírající být doma se svými blízkými, ale garanci odborné péče poskytují dojíždějící odborníci. *Participace rodiny či přátel v péči o umírajícího je vhodná nejen pro umírajícího. Zkušenost z doprovázení umožní pečujícím dospět k osobní životní moudrosti, k přijetí vlastní konečnosti a odvahy zemřít jednou „dobrou smrtí“.* (Haškovcová, 2010, s. 323-325)

2.1.5 Sociální zařazení starého člověka

Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role. Nová role důchodce je méně specifická, má nižší sociální status. Reakce na odchod do důchodu bývají různé, adaptace na tuto novou situaci trvá určitou dobu a probíhá v několika fázích. (Vágnerová, 2000, s. 490) Přejít z plného zaměstnání do důchodu je často charakterizován jako přechod z jedné místnosti do druhé, případně jako přestěhování do jiné krajiny. Mění se identita starého člověka, mění se společenství lidí, s nimiž přichází do styku, mění se zaměření zájmů a v neposlední řadě se mění také ekonomická situace. Nastává bilancování, vyúčtování toho co se v životě podařilo a co ještě zbývá dokončit. (Křivohlavý, 2011, s. 24-26)

Staří lidé mohou, jakkoliv se od nich očekává spíše sociální neangažovanost, zcela jedinečným způsobem přispět ke společenskému vývoji, vzhledem ke svým zkušenostem a schopnosti hodnotit společenské události ze širší perspektivy, než jaká je dopřána mladým lidem. Mnozí lidé zůstávají až do vysokého věku plně aktivní ve svém povolání, jiní přejí-

mají odlišné, ale také potřebné úkoly. Někteří selhávají, protože lpí na činnostech, pro které jim už chybí síly. Vztahy staršího člověka k druhým lidem se obvykle mění, nikdy však docela nezanikají. Většina lidí si zachovává pouta k manželskému partnerovi, ke svým dětem a jejich rodinám, k přátelům a sousedům. S pokračujícím věkem však řada těchto kontaktů zaniká, člověk se musí vyrovnávat s odchodem nebo ztrátou nejbližších, musí kompenzovat ztráty novými vztahy a zpravidla se více soustředí sám na sebe. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 210-211) Změnou prochází také život v manželství, staří manželé jsou nuceni trávit spolu mnohem více času, než byli zvyklí. S postupujícím věkem vzrůstá význam manželského partnera – je hlavním zdrojem pocitu jistoty a bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Jeho úmrtí je jedním z nejdůležitějších stresorů vedoucích k opuštěnosti. Ve skupině ovdovělých starých lidí převažují ženy. (Vágnerová, 2000, s. 490)

V důchodovém věku hrají lidé roli prarodičů. Základní významy role prarodičů jsou podle Vašutové (2003 in Vašutová a kol., 2010, s. 272) tyto:

- prarodičovství jako zdroj biologického uspokojení a kontinuity,
- prarodičovství jako zdroj emocionálního sebenaplnění. Vašutová, 2003. In ...

Vztah prarodiče je chápán jako konkrétní předepsaná role. V tomto smyslu jde tedy o formální interakci. Prarodiče jeví o vnoučata velký zájem, který je ale menší o péči zajištěnou jejich rodiči. Zároveň jsou však neformální a hraví, jsou zdrojem aktivity vnoučat, čímž dochází k vzájemnému uspokojování. Kromě této radostné interakce patří k základním interakcím podle Vašutové (2003 in Vašutová a kol., 2010, s. 272) i distantní interakce – prarodiče jsou benevolentní, jejich interakce s vnoučaty je zřídka. Kontakt s dětmi a vnuky uspokojuje mnohé psychické potřeby starého člověka. Jeho vztah k dětem i vnukům prochází v období stáří různými fázemi, v nichž se projevuje postupné zvyšování závislosti starého člověka.

Osamělost starých lidí nemusí být však určena množstvím kontaktů, je spíše subjektivním prožíváním struktury sociálních vztahů. Řada lidí se cítí být osamělými, i když vůbec nejsou sociálně izolováni. Obecně si na osamělost stěžují více ženy, tento jejich pocit může být vyvolán například nedostatkem vlastních zájmů nebo malou orientací na budoucnost. Období po 75. roce života s sebou přináší nové zátěžové situace, kterými jsou především nemoc a úmrtí partnera, event. jiných blízkých, zhoršení zdravotního stavu a ztráta jistoty soukromí spojená s vynucenou změnou životního stylu (hospitalizace, ústavní péče). (Vašutová a kol., 2010, s. 273) Mnoho lidí, kteří se dožívají vysokého věku, jsou plně

soběstační, aktivní a produktivní, účinně pomáhají ostatním a jsou i osobně šťastní. Způsoby, jak realizovat tzv. úspěšné stárnutí, odpovídají obecným zásadám duševní hygieny. Pro staré lidi je důležité být aktivní, zachovat si širší zájmy, uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou a duševní činnost, být stále otevřen novým poznatkům a navazovat nové vztahy. Zároveň je důležité dodržovat nezbytný odpočinek, vyhýbat se emočně rozrušujícím situacím, mít potěšení z dobrých věcí, zvládat vše s moudrostí. Ne všichni staří lidé jsou ovšem moudří, stejně jako ne všechny děti a dospívající zvládají své vývojové úkoly. Tendence k angažovanosti jsou spíše vlastností osobnosti než pouhou funkcí věku. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 210-212)

Současné koncepce „úspěšného stárnutí“ a další programy zaměřené na pozitivní adaptaci kladou důraz na udržení dostatečné aktivity lidí vysokého věku. Nečinnost je patogenní tělesně, psychicky i sociálně. Negativní důsledky nečinnosti, ale i podnětové a emoční deprivace jsou ve vyšším věku daleko závažnější než dříve a vedou k urychlení přirozených involučních změn. Výzkumy přitom ukazují, že při přiměřené aktivitě dosahují mnohé starší osoby výsledků srovnatelných s výkony mnohem mladších lidí. Aktivizace starých lidí však přitom musí respektovat individuální přání a možnosti každého člověka, nadměrná aktivizace – například v ústavních podmínkách – může za určitých podmínek nabývat až charakteru týrání starých lidí. Avšak ani aktivní fyzické či psychické týrání starých lidí a zanedbávání péče o ně nejsou zdaleka výjimečné. Násilí na seniorech může mít řadu podob a často se jej dopouští právě členové jejich rodiny. Kromě toho jsou staří lidé poškozováni i současným negativním přístupem společnosti ke stáří, který je označován jako ageismus. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 213-214)

2.1.6 Reakce na stáří

Osobnost starého člověka v sobě slučuje jak celý předchozí vývoj, tak současné adaptace na obtíže vyššího věku. Z hlediska přizpůsobování se problémům stáří lze rozlišit několik typů strategií vyrovnání se s vlastním stářím:

1. Konstruktivní strategie: člověk se konstruktivně vyrovnává s realitou vyššího věku, je stále aktivní a nepřestává mít radost ze života. Je si vědom možností svých výkonů a budoucích vyhlídek. Také eventualitu smrti přijímá bez nadměrného strachu a zoufalství. I ve vyšším věku je stále snášenlivý, nepostrádá humor, dovede se adaptovat na nové okolnosti, dále rozvíjí své zájmy, dovede se prosadit, aniž

by byl vůči ostatním agresivní. Tito lidé zpravidla prožili šťastné dětství, spokojenou dospělost, šťastné manželství i rodičovství, a to i včetně překonaných obtíží.

2. Strategie závislosti: tato strategie se projevuje pasivitou a závislostí na jiných lidech. Tito lidé jsou bez větších ambicí, přenechávají odpovědnost a povinnosti mladším a uchylují se do svého soukromí. Tato strategie je méně příznivá než konstruktivní, ale sociálně rovněž přijatelná.
3. Strategie obranná: projevuje se přehnanou aktivitou, kterou lidé tohoto typu zahánějí starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce. Lidé se často nadměrně emočně kontrolují, jednají striktně podle svých zvyků a konvencí.
4. Strategie hostility (nepřátelství a hněvivosti vůči druhým): Takoví lidé mají sklon dávat vinu za své nezdary jiným lidem nebo nepříznivým okolnostem. Často jsou agresivní a podezřívaví a stále si na něco stěžují.
5. Strategie sebenenávisť: staří lidé obracejí agresivitu vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj život jako selhání a nechtěli by jej prožít znovu. V jejich anamnéze nacházíme často ambivalentní vztahy vůči rodičům, nespokojený manželský život, stálý pocit osamělosti a neužitečnosti. Smrt je zde chápána jako vysvobození z neuspokojivého života.

Jednotlivé uvedené typy strategií vychází ze studie Reichardové (1962 in Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208), k podobným závěrům však dospěla řada dalších odborníků v rámci novějších studií. Vyčlenění pěti uvedených strategií je ovšem určitým zjednodušením, ve skutečnosti existuje mnohem větší variabilita strategií vyrovnávání se s vlastním stářím, přičemž způsob zvládání změn je vždy značně individuální. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208)

2.1.7 Mýty o stáří, stáří v médiích

Mýty vznikají na základě nejrůznějších pravd a polopravd, které se šíří mezi lidmi. Typické mýty o stáří a starých lidech formulovali v 80. letech minulého století především angličtí autoři. Haškovcová (2010, s. 42) uvádí ty, které zapustily kořeny i v naší společnosti. Mýtus falešných představ je založen na přesvědčení, že předpokladem osobní spokojenosti starých lidí je vyhovující materiální zajištění. Podle tohoto mýtu existuje přímá úměra mezi materiálním komfortem a spokojeností. Přestože nelze zpochybňovat význam ekonomického zajištění, nejedná se o jediný předpoklad, který by zakládal osobní štěstí a spoko-

jenost starého člověka. Dalším rozšířeným mýtem je mýtus zjednodušené demografie, který je založen na chybném přesvědčení, že člověk se stává starým v den odchodu do důchodu. Jako by dnem odchodu do důchodu skončila smysluplná část života a dál už bylo jen obtížné stáří doprovázené nemocemi a perspektivou blízké smrti. Tento mýtus zcela ignoruje skutečnost, že se stále prodlužuje střední délka života a člověk může žít smysluplný život i v penzi. Stejně tak je nesprávné, na základě mýtu homogenity, dovozovat, že lidé patřící k populaci seniorů jsou stejní. Staří lidé mají za sebou větší část života, který byl velmi individuální, a tak také jejich potřeby ve vyšším věku se rozcházejí. Odborníci naopak hovoří o výrazné heterogenitě potřeb seniorů. Silně zakořeněný je mýtus neužitečného času, na jedné straně je jim přiznáváno právo na odpočinek, na druhé straně jsou však podezíráni z nicnedělání. Senior, který nepracuje, není pro nás partnerem, je možné ho přehlížet a ignorovat. Na tomto přesvědčení je založen mýtus ignorance. (Haškovcová, 2010, s. 42-43)

Mýtus schematismu a automatismu vychází ze skutečnosti, že v dnešním rychle se měnícím světě se mění i náplně jednotlivých profesí, a to i během jedné generace. Tradice předávání řemesel z otce na syna až na výjimky už neplatí, seniorovi z letitých profesních zkušeností zbývá jen nepotřebné schéma automatických funkcí. Populární jsou i mýty o úbytku sexu a o lékařích. Lidé napříč generacemi se mylně domnívají, že jim medicína automaticky přinese ztracené zdraví, spokojenost a štěstí – bez vlastního přičinění. Velmi rozšířený jsou i mýtus o arterioskleróze, v poslední době hojně kolují vtipy o „panu Alzheimerovi“. Pro naše prostředí je specifický také mýtus o chudobě seniorů. Důvodem jsou relativně nízké starobní důchody, řada seniorů trpí pocitem, že mají málo peněz a nemohou z důchodu vyjít. Pocit chudoby je navíc ještě podporován vzpomínkami na někdejší pevné ceny, které byly neotřesitelné a vykazovaly perspektivní jistotu. Je však třeba zapotřebí připomenout, že populace seniorů je heterogenní i v případě příjmů a majetku, někteří jsou majetní, jiní chudí, většina reprezentuje „střed“. Dlouhodobě má až 60 procent starobních důchodců menší než průměrný důchod. Určité procento chudých lidí se však nachází v každé věkové skupině. Pro Českou republiku i pro další postkomunistické země jsou typické i mýty o bezplatném zdravotnictví nebo naopak o tom, že socialistické zdravotnictví bylo špatné. Mýty o stáří existují v nejrůznějších modifikacích a mají značný vliv na utváření všeobecného pojetí i na sebepojetí stáří. (Haškovcová, 2010, s. 44-47)

Žijeme v době vyspělých technologií. Nepochybně nejvlivnějším médiem současnosti je televize. Právě ona vytváří mediální obraz seniorů, který je zpravidla negativní a přispívá

tak k vysoké desolidarizaci populací. Nevhodně jsou prezentovány především informace týkající se důchodové reformy nebo stále opakované informace, že dlouhodobě nemocní a umírající senioři stojí naše zdravotnictví mnoho peněz. Obvykle ale již nebývá dopovězeno, že lidé umírají i v mladších věkových kategoriích a náklady na jejich péči jsou také vysoké. V rámci objektivitu a vyváženosti by měly být mediálně prezentovány i argumenty zdůrazňující zásluhovost dnešních seniorů a odpovědnost společnosti vůči nim. Negativnímu obrazu stáří v médiích se věnuje celá řada odborníků, kteří konstatovali, že senioři jsou představováni jako výrazně nesoběstační, zbyteční, osamocení a strádající. Socioložka Renata Sedláková podrobně zkoumala mediální obrazy seniorů v českých médiích a dospěla k názoru, že přispívají k sociálnímu vylučování starších spoluobčanů. V tomto kontextu se pak sami senioři nutně cítí být příslušníky obtížné generace. Normální a spokojený život seniorů není patrně příliš atraktivní, a tak se v médiích příliš neobjevuje. Zvláštním problémem je kriminalita páchaná na seniorech. I když se senioři stávají oběťmi různých podvodníků a zlodějů, dochází v médiích k neúměrnému zdůrazňování seniorů jako obětí kriminality a k všeobecnému očekávání rizika, které ale neodpovídá skutečnému výskytu popisovaných jevů. Tato prezentace kriminality má za následek také to, že se senioři cítí být ohroženi na každém kroku. (Haškovcová, 2010, s. 48-51)

Přesto však lze říci, že se objevují i kvalitní pořady zaměřené na seniory. Vhodně působí také programy, které popisují zajímavý a úspěšný životní příběh lidí, kteří zestárli a jsou i ve vyšším věku mimořádně aktivní. Co se týká reklam, objevují se jak reklamy cílené na seniory, tak reklamy plné neskryvaného ageismu. Naše, zejména veřejnoprávní televize, by si měla vzít příklad ze Směrnic pro tvorbu programů BBC, kde se mimo jiné píše, že „programy by neměly kategorizovat lidi podle věku“. Analogické problémy lze nalézt i v tištěných médiích. Čtenářům vyšších nových kategorií jsou určeny například časopisy Generace, Třetí věk, Senior revue, Doba seniorů, internetový magazín Senior Tip nebo portál www.seniori.org. Uvedená periodika jsou zaměřena především na starší spoluobčany, nepřilíživě řešenou otázkou je, jakým způsobem problematiku stárnutí přiblížit mladší generaci. Speciální periodika pro vyšší věkové kategorie by měla být doplněna tak, aby se problematika stáří a stárnutí stala integrální součástí všech médií. (Haškovcová, 2010, s. 51-52)

3 PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

Poskytování sociálních služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 9)

V České republice jsou všechny druhy zřizovaných zařízení sociálních služeb a všechny základní činnosti při poskytování těchto služeb definovány zákonem (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Mezi jednotlivé druhy sociálních služeb patří:

- **Sociální poradenství**, dále rozlišujeme **základní** sociální poradenství, které je součástí všech druhů poskytovaných sociálních služeb a **odborné** sociální poradenství, které je zaměřeno specificky na jednotlivé sociální skupiny a poskytováno v poradnách. Uživatelům služeb v pobytových sociálních zařízeních pro seniory je poskytováno vždy základní sociální poradenství.
- **Služby sociální péče**, mezi které patří **osobní asistence** (terénní služba pomáhající zajistit péči o sebe a integraci do společnosti), **pečovatelská služba** (terénní služba pomáhající zajistit péči o sebe a o domácnost), **tísňová péče** (nepřetržitá telefonická a elektronická dostupnost rady a informací osobám ve vysokém riziku ohrožení zdraví a života), **průvodcovské a předčitatelské služby**, **podpora samostatného bydlení**, **odlehčovací služby** (kombinace činností tak, aby byl poskytnut nezbytný odpočinek pečujícím osobám, většinou rodinným příslušníkům), **centra denních služeb** (typ ambulantní služby, poskytování pomoci při některých činnostech, například osobní hygieně, vyřizování osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti, jsou určeny osobám se sníženou soběstačností), **denní stacionáře** (rovněž se jedná o ambulantní typ služby, poskytování komplexní péče v potřebném rozsahu, například aktivizační a sociálně terapeutické činnosti pro osoby se sníženou soběstačností) a **týdenní stacionáře** (pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, která potřebuje pravidelnou pomoc jiné osoby). Dále zde řadíme **domovy pro osoby se zdravotním postižením** (pobytová služba pro osoby vyžadující pravidelnou pomoc a komplexní péči, součástí jsou výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti), **domovy pro seniory** (pobytová služba pro seniory se sníženou soběstačností a potřebou pravidelné, komplexní péče), **domovy se zvláštním režimem** (pobytová služba zohledňující zvláštní potřeby osob s duševním onemocněním a osob závislých na návykových látkách), **chráněné bydlení** (pobytová služba umožňující osobám se zdravotním postižením žít samostatně v podmínkách podobných standardnímu bydlení v bytě) a **sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče** (jsou poskytovány v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo psychiatrických léčebnách, jedná se o důležitý spojovací článek mezi ukončenou zdravotní péčí a zahájením poskytování sociální služby)
- **Služby sociální prevence**, mezi které patří raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová

pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Všechna tato zařízení je možné vytvářet také kombinovaně. (Malíková, 2010, s. 44-47)

Ve vztahu k problematice péče o seniory jsou stanoveny zejména:

- podmínky poskytování sociálních služeb seniorům,
- zřizovatelé a způsoby financování poskytování sociálních služeb seniorům,
- kdo může poskytovat sociální služby seniorům,
- jaké druhy sociálních služeb mohou senioři využívat,
- stupně závislosti a jejich charakteristiku u seniorů, výši příspěvku na péči podle jednotlivých stupňů závislosti a podmínky a postupy pro jejich přiznání,
- pravidla pro nakládání s příspěvkem na péči,
- povinnosti poskytovatele sociálních služeb seniorům,
- postupy v projednání žádosti o přijetí, podmínky smluvního vztahu o poskytování sociální služby mezi uživatelem a poskytovatelem,
- rozsah povinných základních činností při poskytování terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb seniorům,
- způsoby kontrolní činnosti ke zjišťování kvality poskytované sociální služby seniorům,
- personální požadavky na pracovníky podílející se na zajištění odborné péče,
- požadavky na vzdělávání pracovníků podílejících se na poskytování sociální služby seniorům.

(Česko, 2006)

3.1 Institucionální péče o seniory

Pokud z důvodu snížené soběstačnosti již není starší člověk schopen žít sám, ve své domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo zcela chybí, přichází na řadu péče institucionální. Limitem života seniorů v původním prostředí může být

také nedostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb a často i nedostatečná informovanost o těchto způsobech zajištění potřeb. Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou **domovy pro seniory**. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jiným zařízením pro seniory jsou **domovy se zvláštním režimem**. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám s demencí při Alzheimerově nemoci a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Dalším typem zařízení jsou **domovy pro osoby se zdravotním postižením**, které poskytují pobytové služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu zdravotního postižení, a kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 9-10)

3.1.1 Poskytované služby

Pobytová zařízení pro seniory, tedy domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, patří mezi zařízení, která musí splňovat zákonem určené základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Nad jejich rámec dále mohou tato zařízení zajišťovat další činnosti a nabízet je jako fakultativní službu.

K základním činnostem při poskytování sociálních služeb stanovených zákonem patří:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

(Česko, 2006)

Pracovníci vykonávající v oblasti sociálních služeb odbornou činnost jsou definováni již citovaným zákonem č. 108/2006 Sb, o sociálních službách. Jedná se o sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. V pobytových zařízeních dále vykonávají činnost zdravotničtí pracovníci (činnost je upravena zdravotnickými předpisy) a pedagogičtí pracovníci (činnost je upravena školskými předpisy).

Sociální pracovník

Sociální pracovník musí splňovat kvalifikační předpoklady v rozsahu:

- úspěšně absolvované vyšší odborné vzdělání zaměřené na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnost, ukončené absolutoriem,
- úspěšně absolvované vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, ukončené státní závěrečnou zkouškou,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně pěti let v případě ukončeného vysokoškolského vzdělání v jiné oblasti studia, než je sociálním zákonem určena pro sociální pracovníky.

Dalšími předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost podle sociálního zákona s povinností dále se vzdělávat. V pobytovém zařízení zaměřeném na seniory spolupracuje sociální pracovník se zdravotnickými pracovníky, tedy s vrchní sestrou a všeobecnými sestrami a také s pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizační sestrou a dalšími pracovníky. Sociální pracovník například mimo jiné provádí edukaci kli-

entů, podílí se na individuálním plánování průběhu sociální služby, účastní se supervizí a vzdělávacích akcí ve svém oboru, eviduje všechny podané žádosti o přijetí, eviduje záznamy ze všech jednání se zájemci o poskytování sociální služby, během pobytu klienta dohlíží na průběh adaptačního období, kontakty s klientem, zakládá důležité doklady do osobního spisu klienta, poskytuje sociální poradenství a řadu dalších činností. (Malíková, 2010, s. 86)

Pracovník v sociálních službách

Pro pozici pracovníka v sociálních službách jsou stanoveny tyto kvalifikační předpoklady:

- základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin,
- střední všeobecné nebo střední odborné vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin,
- základní vzdělání, střední vzdělání, střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání.

Dalšími předpoklady jsou bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Náplň vzdělávacího kurzu, určeného pracovníkům v sociálních službách, je stanoven prováděcí vyhláškou

č. 505/2006 Sb.. Kurz je složen ze dvou částí – obecné a zvláštní. Pracovník v sociálních službách zajišťuje v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem podstatnou část základních činností poskytovaných v sociálních službách, které jsou stanoveny sociálním zákonem. Jedná se například o pomoc při pohybových aktivitách klienta, pomoc s příjmem potravy, úklid pokoje, dodržování dezinfekčního programu, péči o použité pomůcky, péči o lůžko klienta, pomoc při odpočinku a spánku a řadu dalších činností. (Malíková, 2010, s. 95-96)

V pobytových sociálních zařízeních dále pracují zdravotničtí pracovníci. Jedná se především o následující kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků: vrchní sestra nebo vedoucí ošetrovatelské péče, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut.

3.1.2 Proces adaptace na umístění do domova pro seniory

Adaptace na změnu životního stylu, jakým je umístění do domova pro seniory, je proces, který probíhá v několika fázích. Průběh tohoto procesu je do velké míry závislý na motiva-

ci a postoji starého člověka, tedy především na míře dobrovolnosti tohoto rozhodnutí. Pokud k tomuto rozhodnutí nevedla vlastní volba, probíhá proces adaptace v těchto fázích:

- fáze odporu, staří lidé mohou být negativističtí, agresivní a hostilní vůči komukoliv, zpravidla vůči personálu domova pro seniory a také vůči ostatním klientům domova,
- fáze zoufalství a apatie, následuje poté, když se starý člověk vyčerpá a zjistí, že jeho odpor nemá žádný efekt. V této situaci většinou starý člověk reaguje útlumem apatií, rezignuje a ztrácí o všechno zájem, často i o vlastní život,
- fáze vytvoření nové pozitivní vazby, některým lidem se podaří navázat nové pozitivní vztahy, například s někým z personálu nebo s jiným klientem domova. Tento nový vztah poté může dát životu starého člověka nový smysl.

(Vágnerová, 2000, s. 499-500)

Méně problematická bývá adaptace na nový způsob života, pokud se jedná o dobrovolný odchod do domova pro seniory, i zde však mohou nastat určité obtíže. Tato adaptace probíhá ve dvou fázích:

- fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu, starý člověk získává postupně informace o novém prostředí, snaží se zorientovat, bilancuje a srovnává, co je horší či lepší. V této fázi je důležité, aby první zkušenosti a zážitky nebyly nepřijemné.
- fáze adaptace a přijetí nového životního stylu, starý člověk se po určité době smiřuje se ztrátou původního zázemí, se změnou svého života a postupně si vytvoří nový stereotyp.

Rozhodnutí, takto zásadně změnit svůj život, bývá obvykle výhradně racionální, staří lidé přijímají svůj odchod do domova pro seniory jako nutnost v situaci, kdy již z různých důvodů není možno udržet dosavadní způsob života. (Vágnerová, 2000, s. 500-501)

Přijetí klienta do domova pro seniory, denní režim

Přijetím klienta do zařízení se tedy otevírá nová životní etapa. Péče a poskytování sociální služby je zde ovlivněno především jeho individuálními požadavky, harmonogramy práce pracovníků a domácím a návštěvním řádem. Při přijetí se každému klientovi představí sociální pracovník, vrchní sestra, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, fyzioterapeut a pracovník pro volnočasové aktivity. Klient v této fázi předkládá sociálnímu pra-

covníkovi potřebné doklady, vyplňuje přijímací formuláře, podepisuje formuláře týkající se dohodnutých poskytovaných služeb. Je mu založena dokumentace sestávající se zdravotnické, ošetrovatelské, sociální a ekonomické části, a rovněž je mu představen klíčový pracovník pro adaptační období. Klient je podrobně seznámen s chodem zařízení a je uveden na svůj pokoj, případně představen spolubydlíci klientovi. Všeobecná sestra provede s klientem vstupní rozhovor, praktický lékař vstupní vyšetření, fyzioterapeut jej seznámí s rehabilitačním plánem a pracovník pro volnočasové aktivity ho informuje o spektru činností a aktivit, které se zde konají. Všechny poskytnuté informace se v následujících dnech opakují, dokud jim klient dostatečně neporozumí. V dalších dnech jsou již klientovi poskytovány služby v dohodnutém rozsahu, pracovníci v sociálních službách mu pomáhají při běžných denních činnostech, v dopoledních hodinách obvykle probíhá činnost ergoterapie nebo volnočasových aktivit, odpoledne často probíhají akce kulturní, zábavné, poslechové, které jsou méně náročné na vlastní aktivitu klientů. V průběhu celého dne s klienty provádí fyzioterapeut individuální nebo skupinové cvičení, aktivní nebo pasivní formou. Klienti mohou využít také služby kadeřnictví, pedikúry, knihovny a jiných služeb, které jsou v zařízení k dispozici. V určené dny jsou vykonávány lékařské vizity, praktickým nebo jiným odborným lékařem. Večer jsou klientům podány léky a jsou připraveni ke spánku. Také v průběhu nočních hodin jsou klienti sledováni ošetřujícím personálem. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu klienta, je přivolán praktický lékař, lékařská pohotovostní služba nebo zdravotnická záchranná služba. Poskytování služby klientům probíhá v těchto zařízeních nepřetržitě, všechny činnosti jsou poskytovány s vysoce individualizovaným přístupem a snahou zapojit klienta do aktivní spoluúčasti. (Malíková, 2010, s. 79-81)

3.1.3 Umístění do domova pro seniory jako změna životního stylu

Umístění do domova pro seniory představuje zásadní změnu životního stylu starého člověka. Jak uvádí Vágnerová (2000, s. 496), *tato změna je spojena se ztrátou zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity*. Starý člověk ztrácí známé prostředí, které tvořilo nejen byt, ale také širší sociální okolí a materiální podmínky. Umístění do zařízení zároveň *symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka*, což je chápáno jako důsledek jeho upadajících schopností. Zároveň tato změna signalizuje blížící se konec života a také proto je natolik stresující – jde o poslední fázi života, po které přichází už jen smrt.

V souvislosti s touto změnou dochází také ke změnám v oblasti psychických potřeb starého člověka:

- potřeba přiměřené stimulace a orientace – pro život v jakémkoliv zařízení je typická značná organizovanost a tlak na dodržování daných pravidel, pro člověka je tedy méně stimulující. Také orientace v novém prostředí může být obtížná, starý člověk ztrácí kontakt s okolním světem, ale zároveň je přesycen novými kontakty s dosud neznámými lidmi,
- potřeba citové jistoty a bezpečí – starý člověk ztrácí bezpečí soukromí vlastního domova a reaguje různými obrannými mechanismy, například větší tendencí k potvrzování vztahu s vlastními dětmi a vnuky. Potřeba bezpečí může být v tomto věku spojována také s potřebou vazby k někomu, kdo by toto bezpečí zajistil, je třeba dosáhnout určité rovnováhy mezi mírou samostatnosti a nezávislosti a potřebou jistoty a bezpečí,
- potřeba seberealizace – v zařízení může starým lidem scházet smysluplná činnost, na kterou byli zvyklí, rovněž snadněji ztrácejí své kompetence, protože je přestávají využívat. V rámci života v zařízení je možnost samostatného rozhodování omezená, starý člověk však potřebuje mít kontrolu nad svým životem, chce o sobě rozhodovat,
- potřeba otevřené budoucnosti – staří lidé opouštějí dosavadní způsob života a jsou situováni do role obyvatele domova pro seniory, která má nižší sociální status. Tato změna je definitivní, staří lidé si uvědomují, že tento život je poslední fází před smrtí. Reakcí může být deprese, apatie a vyhasnutí jakéhokoliv pozitivního očekávání, obrannou reakcí mohou být i nerealistické představy o budoucím životě, se kterými se starý člověk identifikuje natolik, že jim sám věří.

(Vágnerová, 2000, s. 496-499)

3.2 Právní ukotvení a kvalita poskytovaných služeb

Pro realizaci všech činností v celé sociální oblasti a poskytování sociální služeb v pobytových sociálních zařízeních platí celá řada zákonných norem a právních předpisů. Kromě obecných právních předpisů vztahujících se k mnoha oblastem lidského života existují i specifické právní úpravy zaměřené na sociální oblast, potažmo na oblast poskytování sociálních služeb.

Sociální služby mohou být poskytovány pouze subjekty, které mají k této činnosti oprávnění, a to na základě schváleného rozhodnutí o registraci. Splnění povinnosti této registrace nevyplývá ze zákona pouze příbuzným osoby, o kterou pečují, ani fyzickým a právnickým osobám, které pobývají v jiné zemi Evropské unie a které poskytují sociální službu na přechodnou dobu. Zřizovateli sociálních služeb mohou být podle zákona obec, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Poskytovateli těchto služeb potom mohou být subjekty zřizované obcí a krajem, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby nabízející široké spektrum služeb a Ministerstvo práce a sociálních věcí, které je zřizovatelem specializovaných ústavů sociální péče, v nichž poskytuje příslušné služby.

3.2.1 Právní ukotvení

Stěžejní zákonné normy v sociální oblasti jsou:

- **zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů – tato základní právní úprava vstoupila v platnost 1.1.2007. Jeho posláním je:
 - chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami z důvodu nějakého omezení (věk, zdravotní postižení, krizová životní situace a podobně),
 - vytvořit právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci,
 - vymezit práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb,
 - stanovit podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

(Česko, 2006)

- **Zákon č. 109/2006 Sb.**, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1.1.2007.
- **Vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Obsah vyhlášky ve vztahu k péči o seniory:
 - vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb pečujících o seniory,

- definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb,
- stanoví náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách pečujících o seniory,
- stanoví hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb,
- v příloze č. 1 seznamuje v plném znění se standardy kvality sociálních služeb,
- v příloze č. 2 předkládá škálu hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti včetně odchylného způsobu hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku,
- v příloze č. 3 předkládá vzor zvláštního oprávnění zaměstnance obce při sociálním šetření.

(Česko, 2006)

- **Vyhláška č. 239/2009 Sb.**, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- **Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb.**, která obsahuje obecná ustanovení, základní lidská práva a svobody všech občanů, politická práva, práva národnostních a etnických menšin, hospodářská, sociální a kulturní práva, právo na soudní a jinou právní ochranu a společná ustanovení.

K ochraně práv seniorů a jiných skupin slouží ještě celá řada dalších etických norem, které jsou významné při poskytování sociálních služeb seniorům. Mezi tyto normy patří například: Evropská charta pacientů seniorů, Práva seniorů, Práva pacientů, Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí, Práva hospitalizovaných osob, Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, Etický kodex sester, Charta základních práv Evropské unie, Charta práv tělesně postižených osob, Charta práv umírajících a řada dalších. (Malíková, 2010, s. 50)

Ochrana lidských práv je zakotvena v mnoha dalších právních normách, jako je Ústava České republiky – Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, zákon č. 89/2012 Sb., občanských zákoník, zákon č.

258/2000 b., o ochraně veřejného zdraví, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník a další.
(Malíková, 2010, s. 52)

3.2.2 Kvalita poskytovaných služeb a její hodnocení

Zavedení termín kvalita sociálních služeb souvisí s nástupem sociálního zákona. Jeho význam je důležitý, protože předurčuje, jestli lze tuto kvalitu měřit, či ne. Mikulková (2008, s. 73) uvádí, že obecná definice kvality je *dělat správné věci správným způsobem*. Definice kvality sociálních služeb jsou často spojovány s těmito oblastmi: spokojenost klienta, reakce na potřeby klienta, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče, dostupnost. (Mikulková, 2008, s. 73-74)

Kvalitu ve službách můžeme podle Mikulkové (2008, s. 74) chápat z pohledu splnění těchto kritérií:

- spokojenost klienta a jeho rodiny,
- reakce na potřeby toho, komu je určena,
- profesionalita personálního zajištění služby,
- efektivita a cenová únosnost služby,
- vhodnost prostředí, kde je služba poskytována,
- udržitelnost – ekologický aspekt, přátelská k veřejnosti.

Vnímání těchto uvedených oblastí je odlišné z pohledu různých zainteresovaných stran.

Podle Horeckého (2008, s. 95) můžeme definovat *kvalitu jako soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se vztahují na naplnění daných požadavků. Míru kvality sociálních služeb je možné definovat také jako pozitivní rozdíl od daných standardů*.

Kvalitu sociálních služeb je možno měřit a hodnotit pomocí různých způsobů:

Standardy kvality sociálních služeb, supervize, intervize, systém managementu jakosti ISO 9000 (International Organization for Standardization), TQM (Total Quality Management), EFQM, E-Qalin, Controlling, Balanced Score Card, benchmarking, vizitace péče, stížnosti, sebehodnocení. Koncepce kvality je popsána také ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (červen 1998) jako podstata akreditací. (Malíková, 2010, s. 134)

Významným nástrojem k zajištění kvality, bezpečnosti a odbornosti poskytovaných sociálních služeb jsou zejména Standardy kvality sociálních služeb, které vznikly v úzké spolu-

práci odborníků z řad uživatelů, poskytovatelů a veřejné správy a který byl publikován Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2002. Později byl vytvořen materiál Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele. Standardy kvality se poté ověřovaly formou pilotních inspekcí. Do doby účinnosti zákona o sociálních službách byly tyto standardy pouze doporučenými pravidly pro poskytování sociálních služeb a jejich používání bylo postaveno na bázi dobrovolnosti. Od 1.1.2007 se jejich používání stalo zákonnou povinností, tvoří přílohu č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. V průběhu času doznaly standardy určitých změn a nyní jsou tvořeny patnácti standardy, na rozdíl od původních sedmnácti. Jsou rozděleny do tří oblastí, na procedurální, personální a provozní standardy. První část – procedurální standardy – se zabývají postupy, které jsou uplatňovány po celou dobu poskytování sociální služby. Personální standardy jsou zaměřeny na personální zajištění služeb a profesní rozvoj zaměstnanců a provozní standardy upravují podmínky poskytování sociální služby. Standardy jsou formulovány obecně a jsou tedy uplatnitelné ve všech druzích a typech sociálních služeb. (Krhutová, 2013, s. 30-31)

3.3 Volnočasové aktivity

Objasňováním pojmu volný čas se zabývá mnoho odborných publikací. Je možné jej chápat jako opak práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil. Je to doba, kdy si můžeme činnosti svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi a přinášejí nám pocit uspokojení. Běžně se zde zahrnuje rekreace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 29)

V pobytových zařízeních pro seniory jsou pro volnočasové aktivity klientů určeny aktivizační programy. Tyto programy by měly být ve znamení celkového procesu plánování sociálních služeb, měly by umožnit každému seniorovi mít příležitost žít způsobem, který mu nejvíce vyhovuje, případně pokračovat v dřívějších aktivitách nebo v těch, které jsou pro něj důležité. Aktivita je v tomto věku velmi důležitá, mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. Nečinnost může být počátkem nezadržitelného úpadku, vede k depresím, urychluje fyziologické procesy stárnutí a rozpad osobnosti. Jediná cesta, jak procesy stárnutí zpomalit, je udržet starého člověka v aktivitě přihlédnutím k jeho možnostem a schopnostem. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 34)

Aktivizaci seniorů je možno pojmut v širším nebo užším slova smyslu. Aktivizace v užším slova smyslu se dotýká osob s ohroženou či již ztracenou soběstačností, která zahrnuje především ergoterapii s nácvikem všedních činností a obnovu soběstačnosti. Zde je

důležité především vypracování individuálního plánu se zaměřením na zdravotně sociální péči, který vychází z konkrétních osobnostních a funkčních charakteristik klienta. V širším slova smyslu zahrnuje aktivizace seniorů *smysluplné a uspokojující trávení volného času či udržování a rozvíjení pohybových aktivit, včetně vytrvalostní kondice*. Pracovníci v jednotlivých pobytových zařízeních pro seniory by měli být vyškoleni v technikách aktivizace, měli by znát potřeby a přání klientů a respektovat je. Špatně vedená aktivizace nebo nevhodné naprogramování činností může vést k neúspěchu a v nejhorším případě by mohlo dokonce ublížit. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 34)

3.3.1 Možnosti využití volného času

Ergoterapie

Ergoterapie byla dlouho ovlivněna medicínou, v roce 1992 se vydělila z fyzioterapie a bylo zřízeno její samostatné studium v rámci vyššího odborného vzdělání v Ostravě. Dnes je samostatnou disciplínou, která využívá *specifické diagnostické a léčebné postupy při rehabilitaci jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně či trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi*. Cílem je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí. Mezi ergoterapeutické aktivity patří hodnocení funkční zdatnosti seniorů při aktivitách každodenního života pomocí testu základních všedních činností podle Barthelové (ADL) a testu instrumentálních všedních činností (IADL) a výkonových testů. Patří sem aktivity zaměřené na pohybovou koordinaci a jemnou motoriku, provádění kognitivní rehabilitace, stimulování, podmiňování, mozkový trénink, rehabilitace fatických poruch. Hlavním prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost a zaměstnávání, které pomáhá obnově postižených funkcí. Ergoterapeutické aktivity v praxi vycházejí z přirozených schopností a potřeb uživatelů a jsou tedy pro oblíbenou činností. Patří sem například kurzy vaření a pečení a další drobné úkony v domácnosti. Mužská část klientů potom například pomáhá při drobných opravách, stará se o zahradu a podobně. Často využívané jsou i rukodělné činnosti, jako je pletení a háčkování, práce s keramikou, plasty, modelínou, kreslení, malování, koláže a řada dalších. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 36-39)

Muzikoterapie

Muzikoterapie se řadí k tzv. expresivním terapiím, překládá se jako léčení nebo pomoc hudbou. Někdy se používá také český výraz hudební terapie. Jde o formu zvukové terapie, která využívá přitažlivosti rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci, podpoře hojení a

navození pocitu pohody. Tato terapie může mít formu poslechu hudby, tvorby hudby, zpěvu, pohybu na hudbu, hudebního a imaginárního cvičení. Muzikoterapie může být účinná při snižování bolesti, může mít podpůrnou funkci u pacientů s popáleninami, rakovinou, dětskou mozkovou obrnou, poraněními mozku. Můžeme ji dělit podle počtu klientů na individuální, párovou nebo skupinovou. Využití hudby opět vychází z původního přirozeného prostředí, kde senioři dříve žili. V praxi je hudba v domovech pro seniory využívána ke každodennímu poslechu v rámci zpříjemnění prostředí, klientům se pouští nejrůznější hudební žánry od dechové až po moderní hudbu. Dále jsou praktikovány pěvecké činnosti, oblíbenou činností je poslech živé produkce (například posezení s harmonikářem a jiné). Využívána je také hra na hudební nástroj, jako je například kytara, flétna nebo klávesové nástroje. Při různých sezónních akcích obyvatele domova dále navštěvují také školská a jiná zařízení s nejrůznějšími hudebními vystoupeními. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 40-43)

Pohybové aktivity a taneční terapie

Pohyb hraje důležitou roli v každém kalendářním věku člověka. Zároveň je však přirozenější, čím je člověk mladší. S přibývajícím věkem je pohyb omezován, je ovlivňován sociálním prostředím, ve kterém člověk žije, může být dokonce utlumován a nahrazován jinými podněty. Určité omezení fyzické i psychické výkonnosti je chápáno jako přirozený projev stárnutí, nikoliv jako důsledek onemocnění. Pohybové aktivity mají pro seniory vícenásobný význam, mají funkci společenskou, motivační, volnočasovou, ale také rehabilitační a rekondiční. Lze je dělit do několika okruhů na léčebnou tělesnou výchovu (tělesná výchova pro lidi se změněným zdravotním stavem), zdravotní tělesnou výchovu (pro lidi se zdravotními limity, s různým zdravotním postižením), habituální pohybovou výchovou (všechny pohybové činnosti každodenního života) a rekreační sport. Využívaná bývá také taneční terapie, která bývá obohacena výrazným hudebním doprovodem. Jak uvádí Holczerová a Dvořáčková (2013, s. 47) terapeuticky působí především tyto faktory: skupina, rytmus, kontakt se zemí, jednoduchost pohybů, opakování a tranz, hlasový doprovod, terapeutické prostředky vložené do rituálu. Někdy je taneční sekvence zadávána terapeutem, jindy je volba pohybů individuální. V praxi jsou v domovech pro seniory využívány především kolektivní zdravotní výchova, individuální cvičení (například jízda na rotopedu), sportovní setkání, soutěže, hry, případně masérské služby. Taneční terapie, neboli tanec je pak využíván přirozeným způsobem, například při různých oslavách, případně jsou prvky taneční

terapie rozvíjeny u klientů na invalidním vozíku. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 44-50)

Arteterapie

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace. Arteterapii lze uplatnit formou individuální nebo skupinové terapie. Pomáhá seniorům v přizpůsobení se nové životní situaci, při poklesu fyzických sil, při ztrátě zdraví. Snaží se aktivizovat zbytky vitality seniorů, flexibility, stimulovat kreativitu. V praxi jsou senioři pomocí komunikace kresbou schopni vybavit si událost, o které nejsou schopni hovořit. Často dochází také ke zlepšení jemné motoriky. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 51-53)

Dramaterapie

Dramaterapie využívá dramatických postupů k vyjádření sebe samého, sebepoznání, pochopení mezilidských vztahů. Hlavním cílem dramaterapie se seniory je, kromě smysluplného využití volného času, také posílení integrity ega. Mnoho starých lidí se potřebuje vyrovnat s nevyřešenými konflikty, skrytými traumaty, velkými změnami. V praxi se v domovech pro seniory uplatňuje dramaterapie formou hraní divadla, případně loutkového divadla, včetně výroby kulis a rekvizit. Senioři se učí vžít do svých rolí, zapamatovat si texty, vyjádřit radost, smutek, strach, přidat nebo ubrat na hlasitosti. Při vhodné motivaci dochází ke kreativitě, je podpořena dobrá nálada a zlepšen psychický stav. V praxi bylo ověřeno, že při vhodné aplikaci arteterapie a dramaterapie jsou senioři schopni rychleji reagovat na nové podněty a lépe umí vyjadřovat své potřeby. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 54-55)

Trénování paměti

Posilování paměti lze realizovat mnoha různými způsoby. V rámci péče o vlastní osobu jsou senioři stimulováni k zapamatování si konkrétních úkonů, jako jsou ranní hygiena, ustlání lůžka, vaření kávy, přesun do jídelny a další. Při běžné komunikaci je posilována časová orientace. Datum, den v týdnu a podobně. Paměť lze trénovat i pomocí řízených aktivit, většinou různých her. Oblíbené jsou například hry stolní, jako jsou karty, pexeso, kvarteto. Při skupinových aktivitách jsou často používány také slovní hry, promítání starých filmů, vědomostní kvízy. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 62-63)

Zooterapie

Zooterapie je vlastně zvířaty podporovaná terapie, jsou to rehabilitační metody založené na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Dle využívané metody je možno zooterapii dále dělit na aktivity za pomoci zvířat, terapie za pomoci zvířat, vzdělávání za pomoci zvířat a krizovou intervenci za pomoci zvířat. Podle využívaného druhu zvířete pak dělíme zooterapii na canisterapii (využití psa), felinoterapii (využití kočky), hipoterapii (využití koně), delfinoterapii (využití delfína), lamaterapii (využití lamy), insektoterapii (využití hmyzu), ornitoterapii (využití ptactva). V domovech pro seniory se nejčastěji využívá canisterapie. (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 85)

Dalšími terapiemi využívanými v domovech pro seniory je také reminiscenční terapie (práce se vzpomínkami) nebo projekty mezigenerační solidarity.

3.3.2 Vybraná pobytová zařízení pro seniory

Pro diplomovou práci byla vybrána tato pobytová zařízení pro seniory: Domov pro seniory ve Zlíně – Burešově, Centrum pro seniory v Holešově, Domov pro seniory v Napajedlích. Poslání, cíle a zásady poskytovaných sociálních služeb, stejně jako cílová skupina seniorů, jsou pro tato zařízení prakticky shodná. Nabídka aktivizačních činností se však v závislosti na jednotlivých zařízeních liší.

Poslání

Základním posláním všech pobytových sociálních zařízení určených seniorům je poskytovat svým uživatelům potřebnou péči a zároveň je podporovat v zachování jejich soběstačnosti. Zařízení poskytují podle § 49 zákona o sociálních službách tyto základní činnosti:

- poskytování ubytování,
- poskytování stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Rozsah podpory je závislý na individuálních potřebách uživatele, které vyplývají z jeho očekávání a plánování průběhu služby. Služba je poskytována s ohledem na zdravotní stav uživatele a na možnosti spolupráce s jeho rodinou. Zpravidla nejméně jednou týdně přichází do zařízení i praktický lékař a podle aktuální potřeby také lékaři specialisté. Klientům je také poskytováno sociální poradenství. (www.ddhol.cz)

Cíle

Cílem sociální péče je maximální podpora klienta vedoucí k jeho soběstačnosti, udržení jeho schopností a zájmu pokračovat v aktivitách a zvyklostech z předchozího života. Pokud již senior není schopen sám tohoto přístupu, je mu pomáháno se zvládnutím běžných úkonů, přičemž je dbáno na zachování jeho lidské důstojnosti. Většina organizací podle potřeby poskytuje také:

- doprovod na zdravotní vyšetření mimo zařízení
- doprovod na nákupy
- drobné nákupy uživatelům
- kadeřnické a pedikérské služby (i externí)
- pomůcky pro péči o uživatele
- pomoc při vyřizování lázeňských nebo ozdravných pobytů
- pomoc při vyřizování na úřadech

Většina zařízení rovněž poskytuje služby nad rámec základní činnosti- fakultativní služby. Uživatelé tyto služby mohou, ale nemusí využívat. Fakultativní služby si uživatel hradí z vlastních prostředků. (www.dsnapajedla.cz)

Zásady poskytování sociální služby

Hlavními zásadami pro poskytování sociální služby v pobytových zařízeních pro seniory jsou:

- individuální přístup – jsou zjišťovány individuální potřeby uživatele, na jejichž základě se společně s uživateli sestavují plány, podle kterých je poskytována sociální služba,
- důstojnost – při poskytování sociální služby je zachovávána důstojnost uživatelů (např. respektováním soukromí, umožněním svobodné volby, podporou úpravy zevnějšku a podobně),

- samostatnost – uživatelé jsou podporováni v soběstačnosti, v činnostech, které jsou schopni sami zvládnout,
- sociální začleňování – podpora ve využívání služeb, kulturních a společenských akcí mimo zařízení, pomoc při udržení kontaktu se společenským prostředím v zařízení,
- lidská práva a základní svobody – ochrana práv uživatelů v souladu se zákony, směrnicemi a vnitřními pravidly domova pro seniory, personál nenutí uživatele k žádné činnosti, která by byla v rozporu s jejich vlastním rozhodnutím.
(www.dsburesov.cz)

Cílová skupina

Cílovou skupinu tvoří senioři, kteří dosáhli věku 65 let s trvalým pobytem na území ČR, a kteří nejsou schopni pro svoji nemoc, zdravotní postižení nebo ztrátu soběstačnosti žít sami ve svém domácím prostředí a jejichž situaci není možné zvládnout ani za pomoci terénních služeb. Služba není určena seniorům s těžkým psychickým postižením a demencí, jejichž potřeby nelze v daném zařízení naplnit, seniorům se závislostí na návykových látkách, seniorům s požadavkem osobní asistence, seniorům, u nichž je nutné přístrojové vybavení pro zachování životních funkcí. Dále do těchto zařízení nejsou přijímáni senioři, jejichž zdravotní stav vyžaduje trvalé léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení, senioři s akutním infekčním, parazitárním či pohlavním onemocněním, senioři v terminálním stadiu nemoci, senioři v komatózním stavu, senioři s onkologickým onemocněním, které vyžaduje odbornou péči. (www.dsburesov.cz)

Aktivizační činnosti

Domov pro seniory ve Zlíně – Burešově

Uživatelé se zde mohou věnovat různým aktivitám v rozsahu odpovídajícímu zdravotnímu stavu, zájmům a náladě. Nabídka aktivit je denně vyvěšena na nástěnkách a vyhlašována v rozhlase. Na každém oddělení pracuje instruktor sociální péče, který pomáhá uživatelům při adaptaci v novém prostředí a při individuálním vytváření denního režimu (zajišťuje nákupy, vyřizování korespondence, povídání, čtení denního tisku).

Denně jsou plánovány tyto aktivity:

- trénování paměti,
- tvořivá dílna, ruční práce,

- zábavně-vzdělávací dopoledne (besedy, připomínky výročí apod.),
- sportovní hry (kuželky, kulečnick, šipky, petanque, turistika),
- zpěv, poslech hudby, čtení poezie,
- promítání filmů.

(www.dsburesov.cz)

Domov pro seniory v Napajedlích

Hlavními aktivizačními činnostmi v tomto zařízení jsou:

- individuální rehabilitace na základě zdravotního stavu,
- skupinová rehabilitace zahrnující cvičení krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé paměti, jógu prstů, kondiční cvičení, nácvik jemné motoriky,
- společné zpívání písní, diskuse o nových událostech, zprávách,
- ergoterapie – práce s papírem, barvami na sklo, keramikou,
- muzikoterapie – výběr podle složení skupiny seniorů,
- sportovní vyžití – kuželky, šipky, házení míčků na cíl apod.

K dalším aktivitám patří také:

- účast v soutěžích,
- výlety do okolí, posezení v cukrárně,
- konání bohoslužeb,
- společenská posezení, vystoupení dětí, oslavy jubileí,
- umožnění návštěvy dřívějšího domova seniora nebo návštěvy míst posledního odpočinku,
- poradenská pomoc pozůstalým.

(www.dsnapajedla.cz)

Centrum pro seniory, p.o. Holešov

Vedle zdravotní a pečovatelské činnosti jsou zde poskytovány také různé typy aktivizačních činností a terapií. Touto činností se zabývají instruktorky sociální péče. Nabízeny jsou především tyto služby:

- předčítání knih,
- trénink paměti a jemné motoriky,
- společný zpěv, společné diskuse,

- ruční práce – modelování, pletení z pedigu, keramická dílna,
- zahradničení,
- petanque,
- hudební akce, výstavy, vystoupení dětí, kinokavárna,
- bohoslužby,
- canisterapie (terapie se psy), cavuoterapie (terapie s morčaty),
- reminiscenční terapie. (www.ddhol.cz)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Kvantitativně orientovaný výzkum je zaměřen na zjištění zájmu o volnočasové aktivity v domovech pro seniory ve Zlíně, Holešově a Napajedlích. Mapuje nabídku poskytovaných aktivizačních činností a zjišťuje spokojenost uživatelů s touto nabídkou.

4.1 Výzkumný cíl

Cílem diplomové práce je zjistit, jaká je nabídka aktivizačních činností ve vybraných domovech pro seniory, a kterým volnočasovým aktivitám dávají senioři přednost, případně zda se jich vůbec účastní. Dále práce zjišťuje, zda jsou senioři s touto nabídkou činností spokojeni a zda jsou o ní dostatečně informováni. Zjišťován je rovněž procentuální počet seniorů, kteří se zúčastňují společných aktivit, pořádaných v jednotlivých zařízeních. Diplomová práce také mapuje zájem seniorů o některé vybrané terapie a poskytované služby.

4.2 Výzkumné otázky

- Jaká je aktuální nabídka aktivizačních činností v daném zařízení?
- Existuje rozdíl ve využití jednotlivých aktivizačních činností mezi danými zařízeními?
- Účastní se tito uživatelé ergoterapeutických aktivizačních činností?
- Kterým činností v rámci ergoterapeuticky zaměřených činností dávají přednost?
- Kterým činností v rámci muzikoterapie dávají uživatelé přednost?
- Kterým společným aktivitám dávají uživatelé jednotlivých zařízení přednost?
- Účastní se uživatelé sportovních aktivit pořádaných daným zařízením?
- Kterým sportovním aktivitám dávají uživatelé přednost?
- Mají uživatelé zařízení zájem o terapie se zvířaty?
- Účastní se uživatelé zařízení reminiscenční terapie?
- Umožňuje domov pro seniory také návštěvy seniorů v předchozím bydlišti, případně jinde?
- Mají (měli by) uživatelé o tuto službu zájem?
- Jsou uživatelé dostatečně informováni o nabídce aktivizačních činností v daném zařízení?
- Jsou uživatelé s touto nabídkou spokojeni?

4.3 Výzkumný soubor

Základním souborem jsou všichni uživatelé domovů pro seniory v České republice.

Dotazníkovým šetřením byli osloveni uživatelé domovů pro seniory ve Zlíně, Holešově a Napajedlích.

4.4 Výzkumné metody sběru dat

Pro získání dostatečného množství informací o aktivizačních činnostech, poskytovaných daným zařízením, byl sestaven dotazník a tento byl předložen v tištěné formě uživatelům jednotlivých domovů pro seniory. V případě potřeby byla seniorům nabídnuta pomoc s jeho vyplněním.

4.5 Metody zpracování dat

- sestavíme tabulky četností pro roztrídění a zřehlednění informací získaných dotazníkovým šetřením,
- využijeme testu dobré shody chí-kvadrát ke zjištění, zda dávají senioři při výběru jednotlivých ergoterapeutických aktivit přednost některé činnosti,
- použijeme test dobré shody chí-kvadrát, abychom zjistili, kterých činností na nácvik jemné motoriky se senioři nejčastěji účastní,
- využijeme testu dobré shody chí-kvadrát ke zjištění, zda dávají senioři při výběru jednotlivých muzikoterapeutických aktivit přednost některé činnosti,
- využijeme testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku ke srovnání, zda mají muži i ženy stejný zájem o sportovně zaměřené aktivity,
- použijeme test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku ke zjištění, zda mají stejný zájem o terapii se zvířaty uživatelé Domova pro seniory a uživatelé Centra pro seniory v Holešově,
- použijeme testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku ke zjištění, zda mají uživatelé všech zkoumaných zařízení stejný zájem o reminiscenční terapii,
- použijeme tabulky a grafy zjišťující závislosti jednotlivých demografických a zjištěných charakteristik.

4.6 Tabulky četností

Dotazník byl roznesen uživatelům Domova pro seniory ve Zlíně, Burešově, Domova pro seniory v Napajedlích a Centra pro seniory v Holešově. S jeho vyplněním byla seniorům nabídnuta pomoc. Vyhodnocením bylo zjištěno, že dotazník vyplnilo 47 seniorů z Domova pro seniory ve Zlíně, 31 seniorů z Domova pro seniory v Napajedlích a 51 seniorů z Centra pro seniory v Holešově.

4.6.1 Obecné charakteristiky

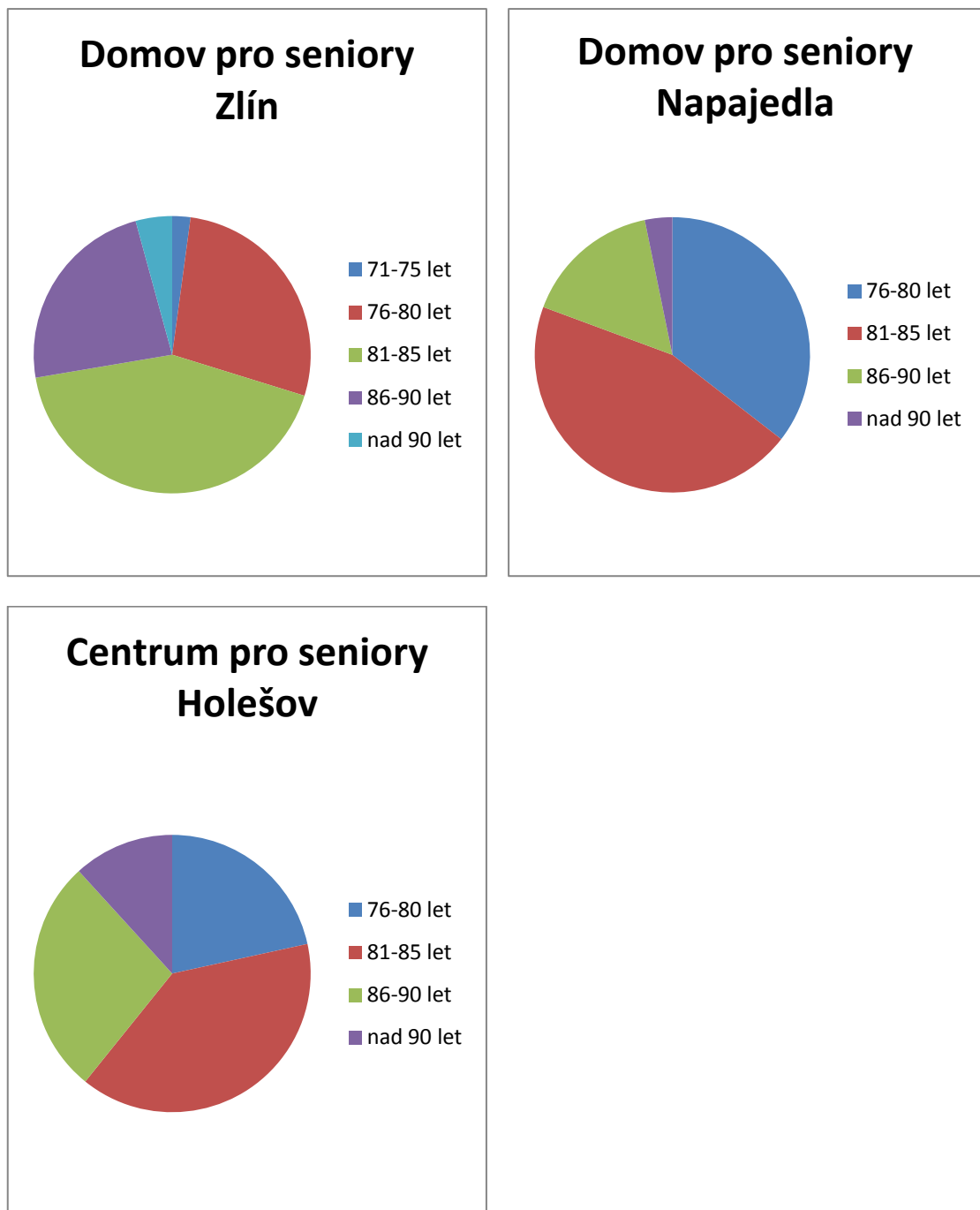
Tabulka č. 1: pohlaví

pohlaví	Domov pro seniory	Domov pro seniory	Centrum pro seniory
	Zlín	Napajedla	Holešov
muž	6	10	13
žena	41	21	38
celkem	47	31	51

Tabulka č. 2: věková struktura

věk	Domov pro seniory	Domov pro seniory	Centrum pro seniory
	Zlín	Napajedla	Holešov
65-70 let	0	0	0
71-75 let	1	0	0
76-80 let	13	11	11
81-85 let	20	14	20
86-90 let	11	5	14
nad 90 let	2	1	6

Graf č. 1: věková struktura



Tabulka č. 3: délka umístění v domově pro seniory

délka umístění	Domov pro seniory Zlín	Domov pro seniory Napajedla	Centrum pro seniory Holešov
méně než 1 rok	0	0	0

1-2 roky	3	2	2
3-4 roky	14	18	16
5-6 let	19	9	21
7-8 let	7	2	9
9-10 let	2	0	3
víc než 10 let	2	0	0

Tabulka č. 4: vzdělání

vzdělání	Domov pro seniory	Domov pro seniory	Centrum pro seniory
	Zlín	Napajedla	Holešov
základní	18	13	23
střední odborné	23	17	24
středoškolské	6	1	4
vyšší odborné	0	0	0
vysokoškolské	0	0	0

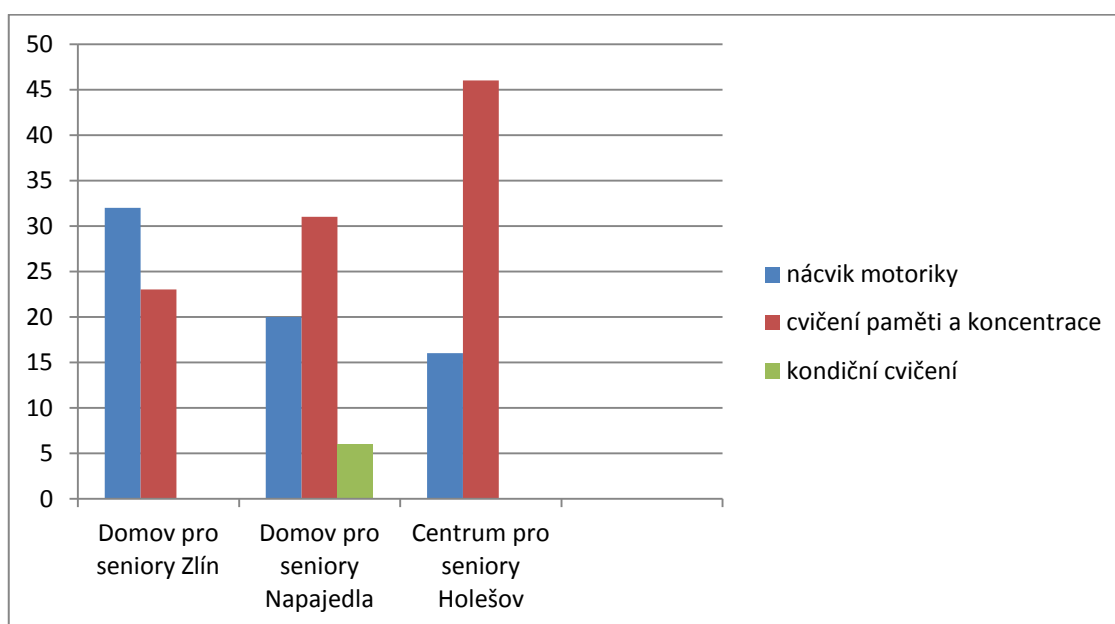
4.6.2 Aktivizační činnosti – charakteristiky**Tabulka č. 5: ergoterapeutické činnosti 1**

	Domov pro seniory	Domov pro seniory	Centrum pro seniory
	Zlín	Napajedla	Holešov
účast	35	31	46
neúčast	12	0	5

Tabulka č. 6: ergoterapeutické činnosti 2

typ činnosti	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
nácvik jemné motoriky	32	20	16
cvičení paměti a koncentrace	23	31	46
kondiční cvičení	0	6	0

Graf č. 2: ergoterapeutické činnosti



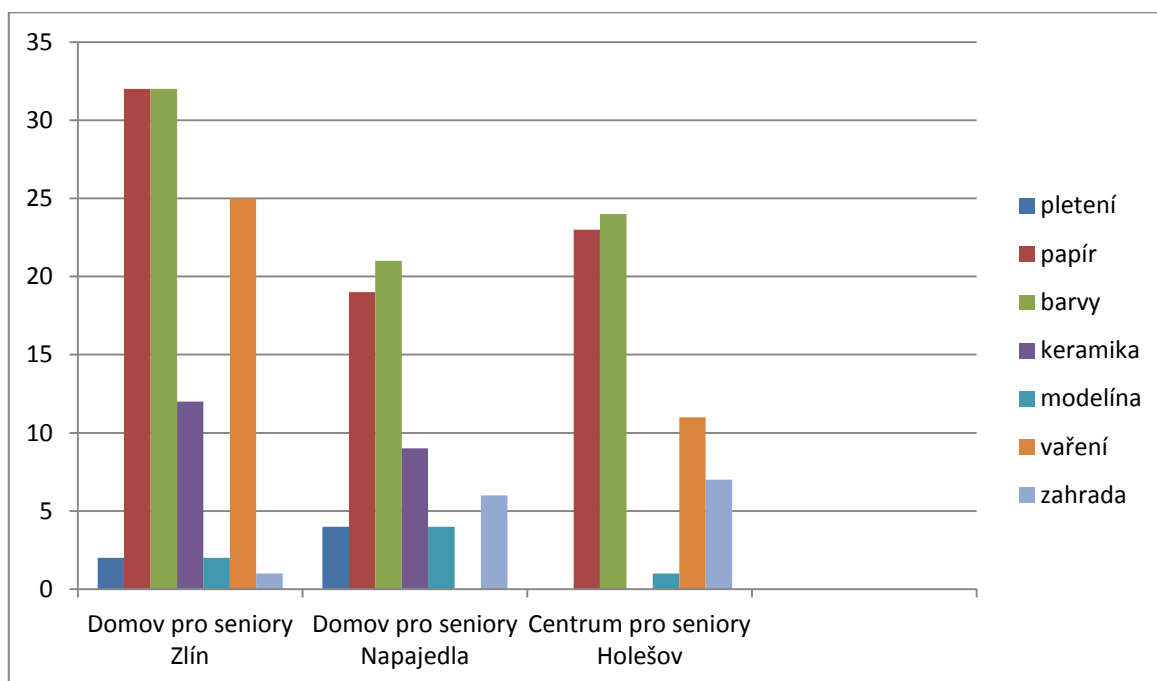
Tabulka č. 7: nácvik jemné motoriky – činnosti

název činnosti	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory V Holešově
pletení a háčkování	2	4	0
práce s papírem	32	19	23

práce s barvami	32	21	24
práce s keramikou	12	9	0
práce s modelínou, plasty	2	4	1
pomoc při opravách	0	0	0
pomoc při vaření	25	0	11
práce na zahradě	1	6	7

V případě dalších činností uvedl 1 uživatel Domova pro seniory ve Zlíně zalévání květin.

Graf č. 3: nácvik jemné motoriky – činnosti

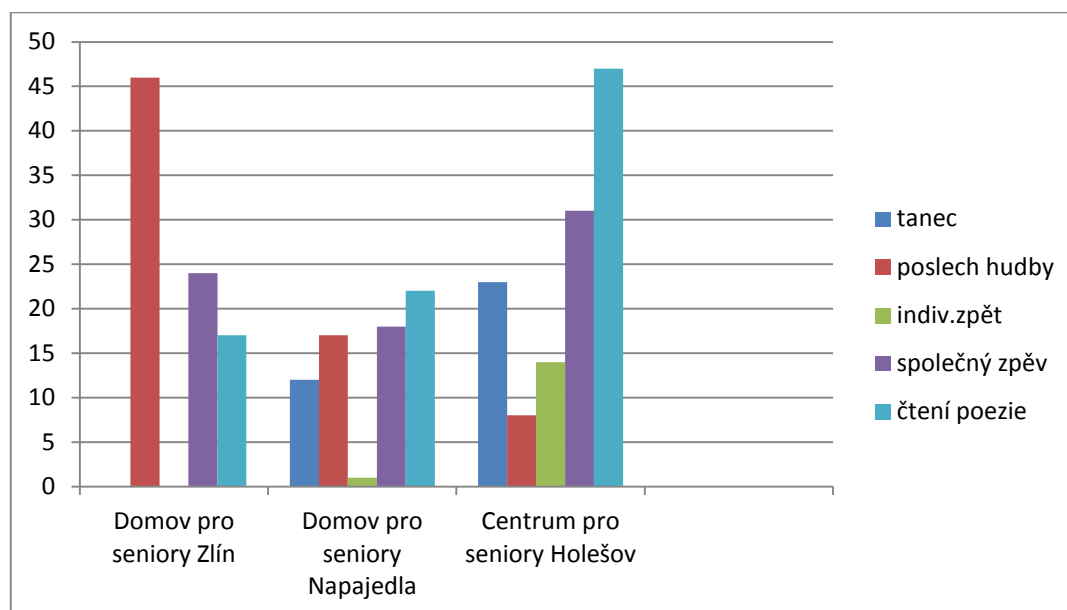


Tabulka č. 8: muzikoterapeutické činnosti

Typ činnosti	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
tanec	0	12	23
poslech hudby	46	17	8

individ. zpěv	0	1	14
společný zpěv	24	18	31
čtení poezie	17	22	47

Graf č. 4: muzikoterapeutické činnosti



Tabulka č. 9: společné aktivity 1

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
účast	38	31	43
neúčast	9	0	8

Tabulka č. 10: společné aktivity 2

název aktivity	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
sport	12	7	18

společný zpěv	23	14	29
tvořivé dílny	28	13	0
spol. posezení	14	14	26
tanec	0	1	1
spol. vycházky	0	15	30
promítání filmů	36	0	0
čtení, předčítání	24	21	37
výstavy, besedy, vystoupení	31	31	43
oslavy	34	31	43

Tabulka č. 11: sportovní aktivity 1

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
účast	26	13	29
neúčast	21	18	22

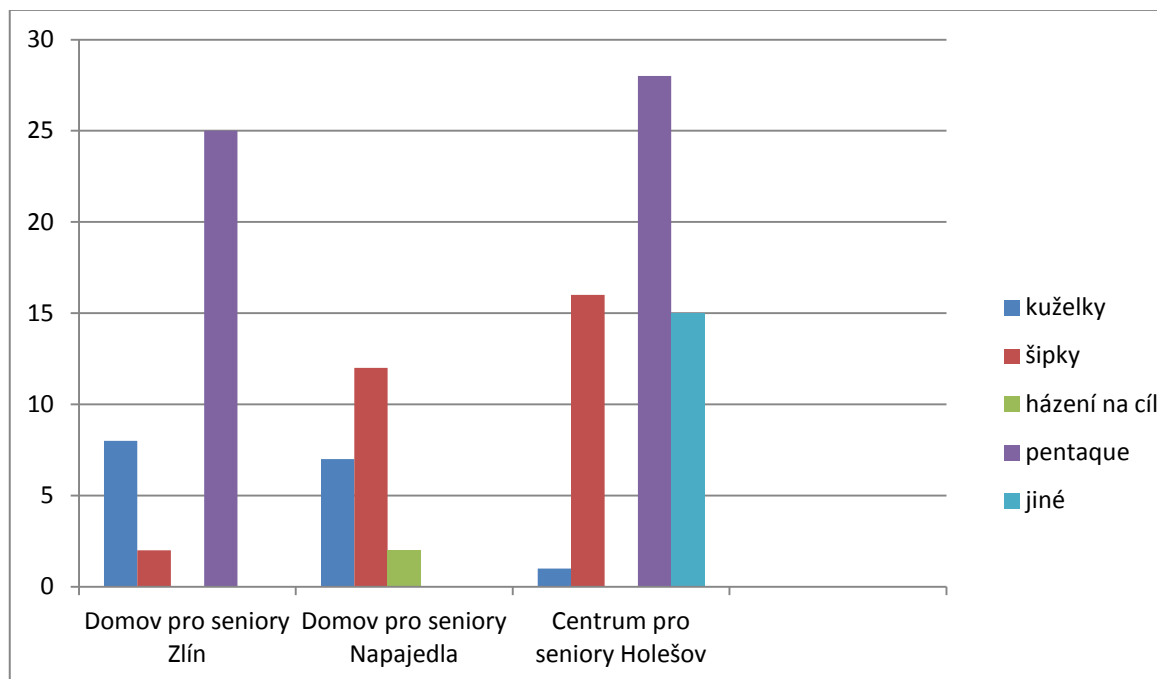
Tabulka č. 12: sportovní aktivity 2

typ aktivity	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
kuželky	8	7	1
kulečník	0	0	0
šipky	2	12	16
házení míčků na cíl	0	4	0
petanque	25	0	28

turistika	0	0	0
jiné	0	0	15

V případě jiných sportovních aktivit uvedlo 15 uživatelů Centra pro seniory v Holešově jízdu na rotopedu.

Graf č. 5: sportovní aktivity



Tabulka č. 13: bohoslužby

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
účast	28	20	36
neúčast	19	11	15

Bohoslužby pořádané domovy pro seniory jsou jak katolické, tak evangelické.

Tabulka č. 14: terapie se zvířaty

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	28	0	42

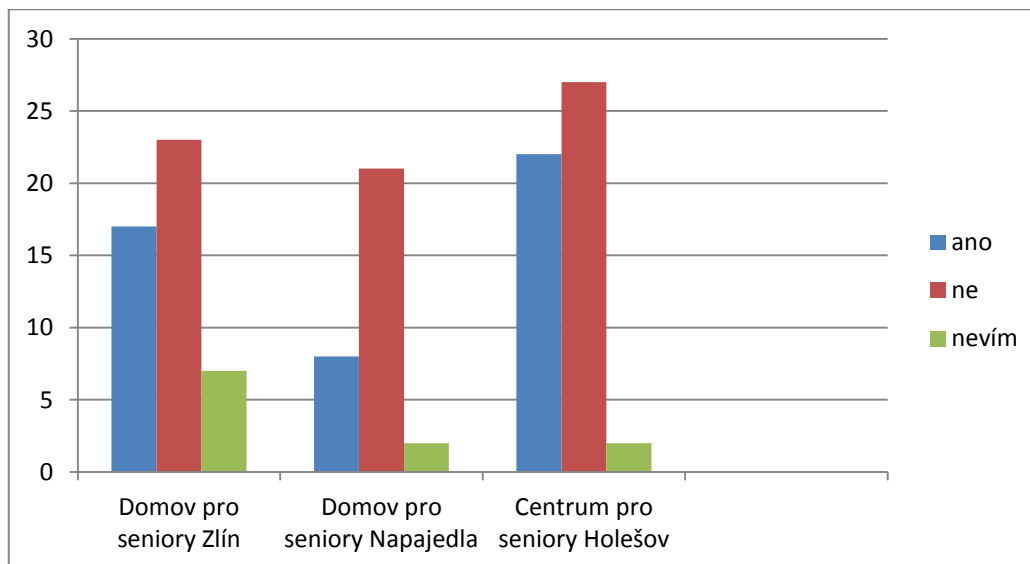
ne	3	17	0
nevím	16	14	23

Ze 42 uživatelů Centra pro seniory v Holešově, kteří odpovídali na otázku kladně, se jich 23 setkala také s terapií, součástí které bylo jiné zvíře, konkrétně králik.

Tabulka č. 15: zájem o terapii se zvířaty

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	17	8	22
ne	23	21	27
nevím	7	2	2

Graf č. 6: zájem o terapii se zvířaty



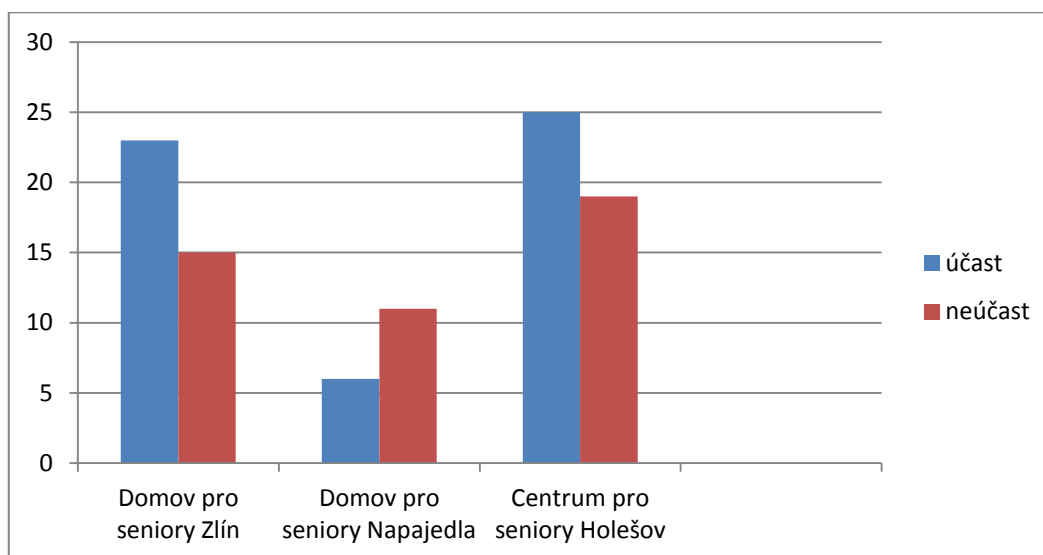
Tabulka č. 16: reminiscenční terapie

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	38	17	44

ne	1	0	1
nevím	8	14	6

Tabulka č. 17: účast na reminiscenční terapii

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
účast	23	6	25
neúčast	15	11	19

Graf č. 7: účast na reminiscenční terapii**Tabulka č. 18: poskytování dalších služeb**

Jedná se o službu – umožnění návštěvy předchozího bydliště nebo místa posledního odpočinku příbuzných a přátel.

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	0	11	15
ne	34	0	9

nevím	13	20	27
-------	----	----	----

Z 11 uživatelů Domova pro seniory v Napajedlích, kteří odpovídali kladně, tuto službu využívají 2 uživatelé.

Z 15 uživatelů Centra pro seniory v Holešově, kteří odpovídali kladně, tuto službu využívají 4 uživatelé.

Tabulka č. 19: zájem o další služby

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	17	3	4
ne	25	26	44
nevím	5	2	3

Tabulka č. 20: poskytování informací o nabízených aktivitách

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	42	31	51
ne	1	0	0
nevím	4	0	0

Tabulka č. 21: spokojenost s nabídkou aktivizačních činností

	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově
ano	32	30	44
ne	0	1	6
nevím	15	0	1

Uživatel Domova pro seniory v Napajedlích, který odpovídal záporně, postrádá v nabídce zařízení promítání filmů. Z 6 uživatelů Centra pro seniory v Holešově, kteří odpovídali záporně, jich 5 postrádá v nabídce promítání filmů a 1 tvořivé dílny.

4.7 Hypotézy

Věcné/statistické

4.7.1 Ergoterapeutické aktivity - test dobré shody chí-kvadrát

Uživatelé domovů pro seniory dávají při volbě ergoterapeutických aktivit přednost cvičení paměti a koncentrace.

H₀: Četnosti ergoterapeutických aktivit, o které mají uživatelé domovů pro seniory zájem, jsou stejné.

H_A: Četnosti ergoterapeutických aktivit, o které mají uživatelé domovů pro seniory zájem, jsou rozdílné.

Domov pro seniory ve Zlíně

Tabulka č. 22: test dobré shody chí-kvadrát 1

typ činnosti	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
nácvik jemné motoriky	32	27,5	4,5	20,25	0,736
cvičení paměti a koncentrace	23	27,5	-4,5	20,25	0,736
celkem	55				1,472

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 1,472$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 1 stupeň volnosti je $x^2 = 6,635$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 1,472 je menší než kritická hodnota, nelze proto odmítnout nulovou hypotézu. **Mezi četnostmi ergoterapeutických aktivit, kterým dávají přednost uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, není statisticky významný rozdíl.** Do tabulky nebyla zahrnuta aktivita kondiční cvičení, jejíž hodnota byla nulová.

Domov pro seniory Napajedla

Tabulka č. 23: test dobré shody chí-kvadrát 2

typ činnosti	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
nácvik jemné motoriky	20	19	1	1	0,053
cvičení paměti a koncentrace	31	19	12	144	7,579
kondiční cvičení	6	19	- 13	169	8,895
celkem	57	57			16,527

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 16,527$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupně volnosti je $x^2 = 9,210$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 16,527 je větší než kritická hodnota, lze proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **Četnosti ergoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích, jsou rozdílné.** Z tabulky četností vyplývá, že senioři dávají přednost především aktivitám na cvičení koncentrace a paměti.

Centrum pro seniory Holešov

Tabulka č. 24: test dobré shody chí-kvadrát 3

typ činnosti	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	P – O	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
nácvik jemné motoriky	16	31	-15	225	7,258
cvičení paměti a koncentrace	46	31	15	225	7,258
celkem	62	62			14,516

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 14,516$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 1 stupeň volnosti je $x^2 = 6,635$.

Vypočítaná hodnota 14,516 je větší než kritická hodnota, lze proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **Četnosti ergoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Centra pro seniory v Holešově, jsou rozdílné.** Jak ukazuje tabulka četností, uživatelé dávají přednost především aktivitám na cvičení paměti a koncentrace. Do tabulky nebyla zahrnuta aktivita kondiční cvičení, jejíž hodnota je nulová.

4.7.2 Činnosti pro nácvik jemné motoriky – test dobré shody chí-kvadrát

Uživatelé domovů pro seniory v Napajedlích a Holešově dávají při nácviku jemné motoriky přednost práci s barvami.

H₀: Četnosti jednotlivých činností v rámci nácviku jemné motoriky jsou stejné.

H_A: Četnosti jednotlivých činností v rámci nácviku jemné motoriky jsou rozdílné.

Domov pro seniory v Napajedlích**Tabulka č. 25: test dobré shody chí-kvadrát 4**

typ činnosti	pozorované četnosti	očekávané četnosti	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
práce s papírem	19	13,75	5,25	27,563	2,005
práce s barvami	21	13,75	7,25	52,563	3,823
keramika	9	13,75	-4,75	22,563	1,641
práce na zahradě	6	13,75	-7,75	60,063	4,368
celkem	55	55			11,837

Výpočet testového kritéria:

$$\chi^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$\chi^2 = \mathbf{11,837}$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 3 stupně volnosti je $\chi^2 = 11,341$.

Vypočítaná hodnota 11,837 je větší než kritická hodnota, lze proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **Četnosti aktivit pro nácvik jemné motoriky, které si volí uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích, jsou rozdílné.** Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru činností pro nácvik jemné motoriky přednost práci s barvami. V tabulce nejsou uvedeny činnosti, jejichž hodnota je nulová nebo zanedbatelná.

Centrum pro seniory v Holešově**Tabulka č. 26: test dobré shody chí-kvadrát 5**

typ činnosti	pozorované četnosti	očekávané četnosti	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
práce s papírem	23	16,25	6,75	45,563	2,804
práce s barvami	24	16,25	7,75	60,063	3,696

vaření	11	16,25	-5,25	27,563	1,696
práce na zahradě	7	16,25	-9,25	85,563	5,265
celkem	65	65			13,461

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 13,461$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 3 stupně volnosti je $x^2 = 11,341$.

Vypočítaná hodnota 13,461 je větší než kritická hodnota, lze proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **Četnosti aktivit pro nácvik jemné motoriky, které si volí uživatelé Centra pro seniory v Holešově, jsou rozdílné.** Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru činností pro nácvik jemné motoriky přednost práci s barvami. V tabulce nejsou uvedeny činnosti, jejichž hodnota je nulová nebo zanedbatelná.

4.7.3 Muzikoterapeutické aktivity – test dobré shody chí-kvadrát

1. Uživatelé domova pro seniory ve Zlíně dávají při výběru muzikoterapeutických aktivit přednost poslechu hudby.

H₀: Četnosti jednotlivých muzikoterapeutických aktivit jsou stejné.

H_A: Četnosti jednotlivých muzikoterapeutických aktivit jsou rozdílné.

Tabulka č. 27: test dobré shody chí-kvadrát 6

typ činnosti	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
poslech hudby	46	29	17	289	9,966
společný zpěv	24	29	-5	25	0,862
čtení poezie	17	29	-12	144	4,966
celkem	87	87			15,794

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 15,794$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupně volnosti je $x^2 = 9,210$.

Vypočítaná hodnota 15,794 je větší než kritická hodnota, lze proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **Četnosti muzikoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, jsou rozdílné.** Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru přednost poslechu hudby. V tabulce nejsou uvedeny činnosti, jejichž hodnota je nulová.

2. Uživatelé centra pro seniory v Holešově dávají při výběru muzikoterapeutických aktivit přednost čtení poezie.

H₀: Četnosti jednotlivých muzikoterapeutických aktivit jsou stejné.

H_A: Četnosti jednotlivých muzikoterapeutických aktivit jsou rozdílné.

Tabulka č. 28: test dobré shody chí-kvadrát 7

typ činnosti	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
tanec	23	24,6	-1,6	2,56	0,104
poslech hudby	8	24,6	-16,6	275,56	11,202
indiv. zpěv	14	24,6	-10,6	112,36	4,567
společný zpěv	31	24,6	6,4	40,96	1,665
čtení poezie	47	24,6	22,4	501,76	20,397
celkem	123	123			37,935

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 37,935$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 4 stupně volnosti je $x^2 = 13,277$.

Vypočítaná hodnota 37,935 je větší než kritická hodnota, lze proto odmítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu. **Četnosti muzikoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Centra pro seniory v Holešově, jsou rozdílné.** Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru přednost předčítání poezie.

4.7.4 Sportovní aktivity – test dobré shody chí-kvadrát

Uživatelé Centra pro seniory v Holešově dávají při výběru sportovně zaměřených aktivit petanque.

H0: Četnost volených sportovních aktivit je stejná.

HA: Četnost volených sportovních aktivit je rozdílná.

Centrum pro seniory Holešov

Tabulka č. 29: test dobré shody chí-kvadrát 8

typ činnosti	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	P – O	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
šipky	16	19,67	-3,67	13,469	0,685
pétanque	28	19,67	8,33	69,389	3,528
jiné (rotoped)	15	19,67	-4,67	21,809	1,109
celkem	59	59			5,322

Výpočet testového kritéria:

$$x^2 = \sum (P - O)^2 / O$$

$$x^2 = 5,322$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,01 a 2 stupně volnosti je $x^2 = 9,210$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 5,322 je menší než kritická hodnota, nelze proto odmítnout nulovou hypotézu. **Mezi četnostmi sportovně zaměřených, kterým dávají**

přednost uživatelé Centra pro seniory v Holešově, není statisticky významný rozdíl. Do tabulky nebyly zahrnuty aktivity, jejichž hodnoty byly nulové nebo zanedbatelné.

4.7.5 Účast na sportovních aktivitách – čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

Muži umístění v domovech pro seniory mají o sportovní aktivity větší zájem než ženy.

H₀: Mezi pohlavím uživatelů a zájmem o sportovní aktivity neexistuje souvislost.

H_A: Mezi pohlavím uživatelů a zájmem o sportovní aktivity je souvislost.

Domov pro seniory Napajedla

Tabulka č. 30: čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát 1

pohlaví	účast na sportovních aktivitách	neúčast na sportovních aktivitách	
muž	8	2	10
žena	5	16	21
	13	18	31

Tabulka č. 31: schéma čtyřpolní tabulky 1

a	b	a+b
c	d	c+d
a+c	b+d	

$$x^2 = \frac{(ad - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)} \cdot n = \frac{(128 - 10)^2}{10 \cdot 13 \cdot 18 \cdot 21} \cdot 31 = \frac{13924}{49140} \cdot 31 = \mathbf{8,784}$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát $x^2_{0,01}(1) = 6,635$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 8,784 je větší než kritická hodnota, proto přijímáme alternativní hypotézu. Byla prokázána souvislost mezi uvedenými jevy. **Muži projevují o tyto aktivity vyšší zájem. Riziko omylu je menší než 1%.**

4.7.6 Zájem o terapii se zvířaty – čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

Uživatelé Centra pro seniory v Holešově mají o terapii se zvířaty větší zájem než uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně.

H0: Četnosti uživatelů obou zařízení majících zájem o terapii se zvířaty jsou stejné.

HA: Četnosti uživatelů obou zařízení majících zájem o terapii se zvířaty jsou rozdílné.

Tabulka č. 32: čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát 2

zájem o terapii	Domov pro seniory Zlín	Centrum pro seniory Holešov	
ano	17	22	39
ne	23	27	50
	40	49	89

Tabulka č. 33: schéma čtyřpolní tabulky 2

a	b	a+b
c	d	c+d
a+c	b+d	

$$x^2 = \frac{(ad - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)} \cdot n = \frac{(459 - 506)^2}{39 \cdot 40 \cdot 49 \cdot 50} \cdot 89 = \frac{2209}{3822000} \cdot 89 = \mathbf{0,051}$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát $x^2_{0,01}(1) = 6,635$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 8,784 je menší než kritická hodnota, nelze proto odmítnout nulovou hypotézu. **Mezi uvedenými jevy neexistuje souvislost, uživatelé obou zařízení projevují o terapii se zvířaty stejný zájem. Riziko omylu je menší než 1%.**

4.7.7 Účast na reminiscenční terapii – test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích se účastní reminiscenční terapie méně než uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně a Centra pro seniory v Holešově.

H0: Četnost uživatelů, kteří se účastní reminiscenční terapie, je stejná.

HA: Četnost uživatelů, kteří se účastní reminiscenční terapie, je rozdílná.

Tabulka č. 34: kontingenční tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

účast	Domov pro seniory ve Zlíně	Domov pro seniory v Napajedlích	Centrum pro seniory v Holešově	celkem
ano	23 (20,73)	6 (9,27)	25 (24,00)	54
ne	15 (17,27)	11 (7,73)	19 (20,00)	45
celkem	38	17	44	99

$$\chi^2 = \frac{(P - O)^2}{O} = 0,249 + 1,153 + 0,042 + 0,298 + 1,383 + 0,050 = 3,175$$

O

Určení počtu stupňů volnosti:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (2 - 1) \cdot (3 - 1) = 2$$

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát $\chi^2_{0,01}(2) = 9,210$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 3,175 je menší než kritická hodnota, nelze proto odmítnout nulovou hypotézu. Nebylo tedy prokázáno, že existuje souvislost mezi uvedenými jevy. **Účast na reminiscenční terapii nesouvisí s umístěním v jednotlivých zařízeních. Riziko omylu je menší než 1%.**

4.8 Interpretace zjištěných závislostí

4.8.1 Závislost výběru ergoterapeutických a muzikoterapeutických aktivit na věku

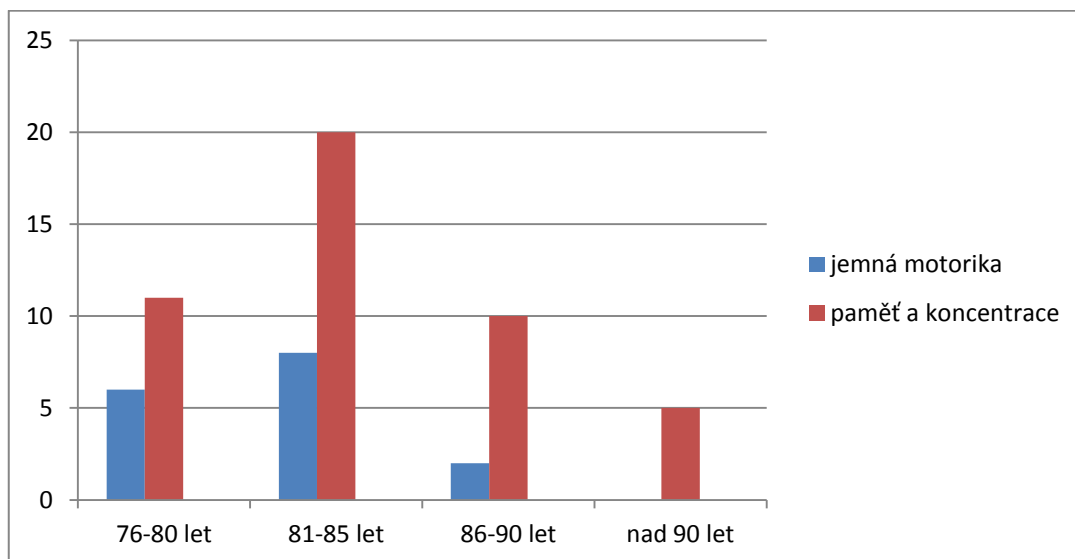
Centrum pro seniory Holešov

Tabulka č. 35: závislost ergoterapeutických aktivit na věku 1

věkové rozmezí	jemná motorika	cvičení paměti a koncentrace	kondiční cvičení
71 – 75 let	1	1	0
76 – 80 let	12	9	0
81 – 85 let	19	11	0

86 – 90 let	1	3	0
nad 90 let	0	0	0

Graf č. 8: závislost ergoterapeutických aktivit na věku

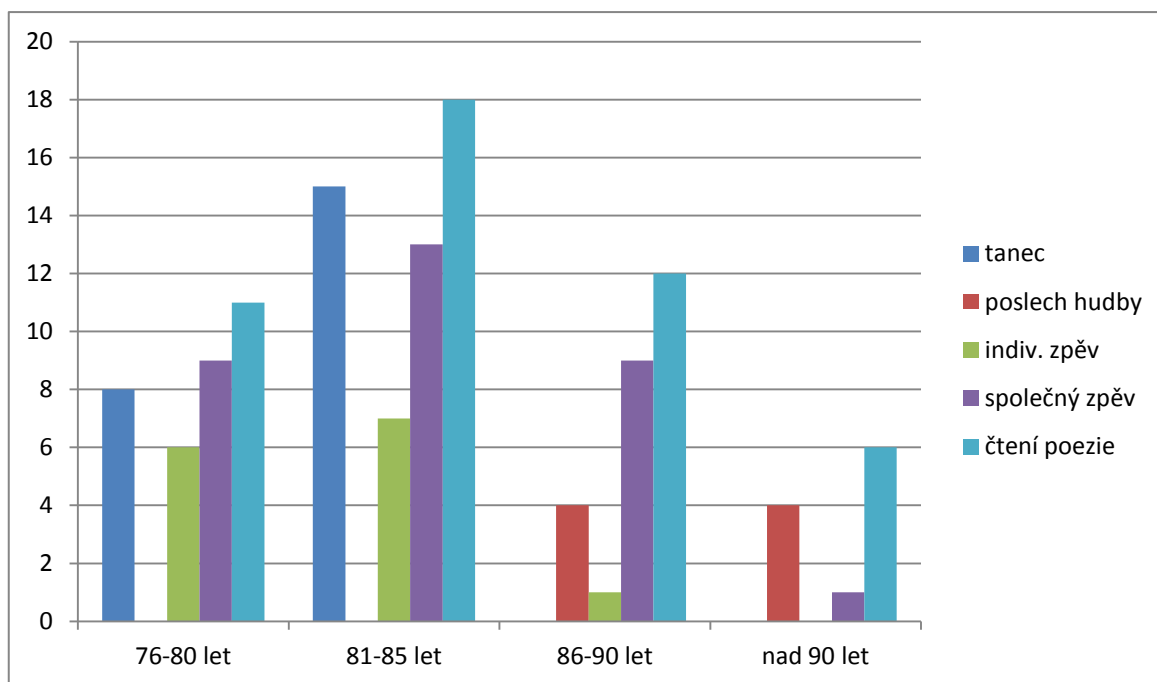


Ze zjištěných údajů vyplývá, že **všechny věkové skupiny uživatelů Centra pro seniory v Holešově dávají při výběru ergoterapeutických aktivit přednost cvičení paměti a koncentrace**. V jednotlivých věkových skupinách se však poměr vybraných aktivit liší. Ve věkové skupině nad 90 let se vyskytuje pouze tato jedna aktivita. Nejvyšší četnost mají aktivity na cvičení jemné motoriky ve věkové skupině 81-85 let, která je však nejpočetnější. Nejvyšší relativní četnosti dosahují aktivity na cvičení jemné motoriky ve věkové skupině 76 – 80 let – přibližně 35% všech ergoterapeutických aktivit.

Tabulka č. 36: závislost muzikoterapeutických aktivit na věku 1

věkové rozmezí	tanec	poslech hudby	individuální zpěv	společný zpěv	čtení poezie
76 – 80 let	8	0	6	9	11
81 – 85 let	15	0	7	13	18
86 – 90 let	4	0	1	9	12
nad 90 let	0	4	0	1	6

Graf č. 9: závislost muzikoterapeutických aktivit na věku



V rámci muzikoterapeutických aktivit dávají uživatelé Centra pro seniory přednost především čtení poezie, ke kterému se v praxi často řadí také čtení prózy. Tanec se vyskytuje spíše ve věkových skupinách do 85 let, zde je nutno připomenout, že se však jedná nejčastěji o tanec při různých oslavách a podobných akcích, případně o tanec na židlích. Zájem o individuální zpěv s věkem spíše klesá, ve vyšším věku (od 86 let) se vytrácí úplně. Naopak ve věkových kategoriích od 86 let se vyskytuje poslech hudby, který v mladších věkových kategoriích zcela schází.

Domov pro seniory ve Zlíně

Tabulka č. 37: závislost ergoterapeutických aktivit na věku 2

věkové rozmezí	jemná motorika	cvičení paměti a koncentrace	kondiční cvičení
71 – 75 let	1	1	0
76 – 80 let	12	9	0
81 – 85 let	18	10	0
86 – 90 let	1	3	0
nad 90 let	0	0	0

Uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, Burešově, dávají ve věkových kategoriích do 85 let přednost činnostem na cvičení jemné motoriky. Ve věkových kategoriích nad 86 let se poté vyskytuje cvičení paměti a koncentrace anebo se uživatelé v tomto věku již ergoterapeutických aktivit neúčastní.

Tabulka č. 38: závislost muzikoterapeutických aktivit na věku 2

věkové rozmezí	tanec	poslech hudby	individuální zpěv	společný zpěv	čtení poezie
71 – 75 let	0	1	0	1	0
76 – 80 let	0	12	0	11	6
81 – 85 let	0	20	0	12	8
86 – 90 let	0	11	0	0	3
nad 90 let	0	2	0	0	0

V rámci muzikoterapeutických aktivit převládá u uživatelů Domova pro seniory ve Zlíně poslech reprodukované hudby a ve věkových kategoriích do 85 let také společný zpěv. Individuální zpěv a tanec respondenti v dotazníku neuvedli, přestože lze předpokládat, že součástí různých oslav, pořádaných v domově, je také tanec.

Domov pro seniory Napajedla

Tabulka č. 39: závislost ergoterapeutických aktivit na věku 3

věkové rozmezí	jemná motorika	cvičení paměti a koncentrace	kondiční cvičení
76 – 80 let	8	11	4
81 – 85 let	11	14	2
86 – 90 let	1	5	0
nad 90 let	0	1	0

V rámci ergoterapeutických aktivit dávají uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích přednost cvičení paměti a koncentrace, a to ve všech věkových kategoriích. Četnost činností na zlepšení jemné motoriky je vyšší zejména ve věkových kategoriích do 85 let. Kondiční cvičení se vyskytuje jen sporadicky a pouze ve věkových kategoriích do 85 let.

Tabulka č. 40: závislost muzikoterapeutických aktivit na věku 3

věkové rozmezí	tanec	poslech hudby	individuální zpěv	společný zpěv	čtení poezie
76 – 80 let	5	4	0	3	6
81 – 85 let	7	8	1	12	11
86 – 90 let	0	4	0	3	4
nad 90 let	0	1	0	0	1

Největší četnosti muzikoterapeutických aktivit se u uživatelů Domova pro seniory v Napajedlích vyskytují ve věkové kategorii 81 – 85 let. Jedná se o společný zpěv a čtení poezie, ke kterému se obvykle řadí také čtení prózy. Tanec se vyskytuje pouze v rámci věkových kategorií do 85 let a individuální zpěv se zde až na jednu výjimku nevyskytuje vůbec.

4.8.2 Závislost výběru společných aktivit na věku

Centrum pro seniory Holešov

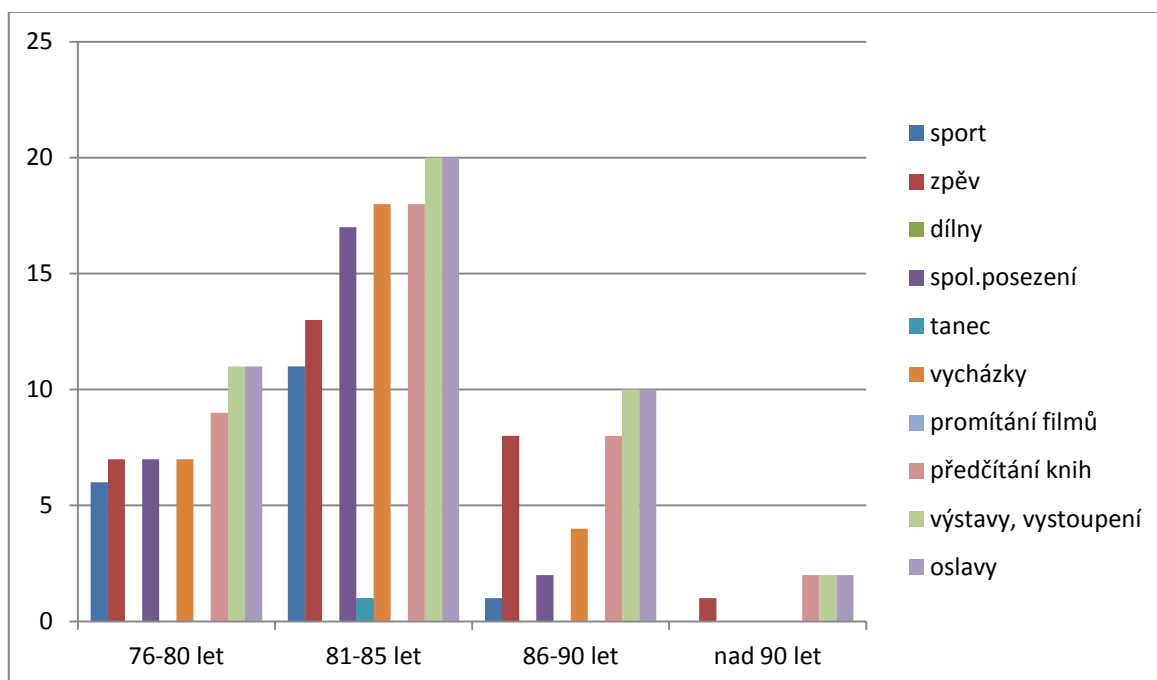
Tabulka č. 41: závislost výběru společných aktivit na věku 1

věkové rozmezí	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
76 – 80 let	6	7	0	7	0	7	0	9	11	11
81 – 85 let	11	13	0	17	1	18	0	18	20	20
86 – 90 let	1	8	0	2	0	4	0	8	10	10
nad 90 let	0	1	0	0	0	0	0	2	2	2

1. soutěže ve sportu
2. společný zpěv

3. tvořivé dílny
4. společné posezení a diskuse
5. tanec
6. společné vycházky
7. promítání filmů
8. čtení poezie, předčítání knih
9. výstavy, kulturní vystoupení, besedy
10. oslavy výročí, sezónní oslavy

Graf č. 10: závislost výběru společných aktivit na věku 1



Jak vyplývá z grafu, **společným aktivitám se věnují především senioři z věkových kategorií mladších než 85 let**. Přednost dávají hlavně výstavám, vystoupením, besedám, různým oslavám, předčítání knih a promítání filmů. Z vyšších věkových kategorií zcela logicky vymizeli sportovně zaměřené aktivity, vycházky a společné diskuse a převládá zde předčítání knih a účast na oslavách a vystoupeních.

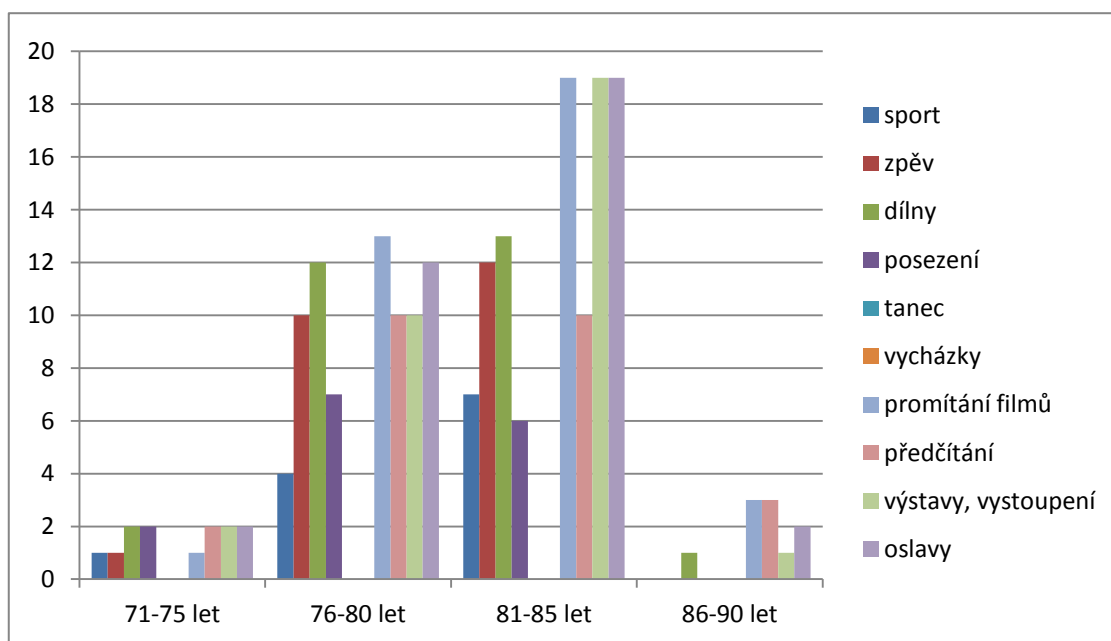
Domov pro seniory ve Zlíně

Tabulka č. 42: závislost výběru společných aktivit na věku 2

věkové rozmezí	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
71 – 75 let	1	1	2	2	0	0	1	2	2	2
76 – 80 let	4	10	12	7	0	0	13	10	10	12
81 – 85 let	7	12	13	6	0	0	19	10	19	19
86 – 90 let	0	0	1	0	0	0	3	3	1	2
nad 90 let	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1. soutěže ve sportu
2. společný zpěv
3. tvořivé dílny
4. společné posezení a diskuse
5. tanec
6. společné vycházky
7. promítání filmů
8. čtení poezie, předčítání knih
9. výstavy, kulturní vystoupení, besedy
10. oslavy výročí, sezónní oslavy

Graf č. 11: závislost výběru společných aktivit na věku 2



Jak ukazuje tabulka i graf, **uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně dávají přednost zejména účasti na výstavách, vystoupeních, oslavách a promítání filmů.** Největší četnosti se nachází ve věkové kategorii 81 – 85 let, tato skutečnost je však způsobena tím, že do této kategorie se řadí největší počet uživatelů. Uživatelé z věkových kategorií nad 85 let se již společných aktivit účastní výrazně méně a v kategorii nad 90 let nebyla zaznamenána žádná aktivita.

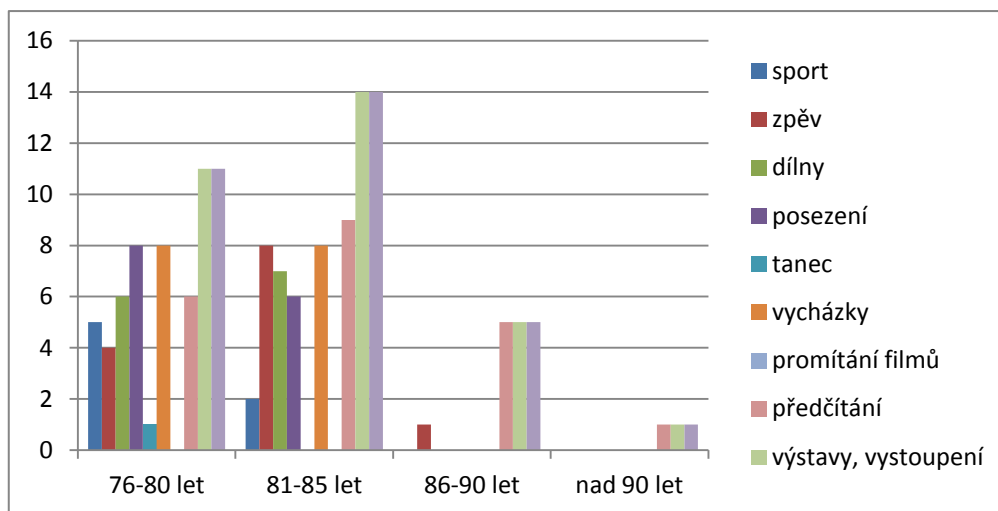
Domov pro seniory v Napajedlích

Tabulka č. 43: závislost výběru společných aktivit na věku 3

věkové rozmezí	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
76 – 80 let	5	4	6	8	1	8	0	6	11	11
81 – 85 let	2	8	7	6	0	8	0	9	14	14
86 – 90 let	0	1	0	0	0	0	0	5	5	5
nad 90 let	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

1. soutěže ve sportu
2. společný zpěv
3. tvořivé dílny
4. společné posezení a diskuse
5. tanec
6. společné vycházky
7. promítání filmů
8. čtení poezie, předčítání knih
9. výstavy, kulturní vystoupení, besedy
10. oslavy výročí, sezónní oslavy

Graf č. 12: závislost výběru společných aktivit na věku 3



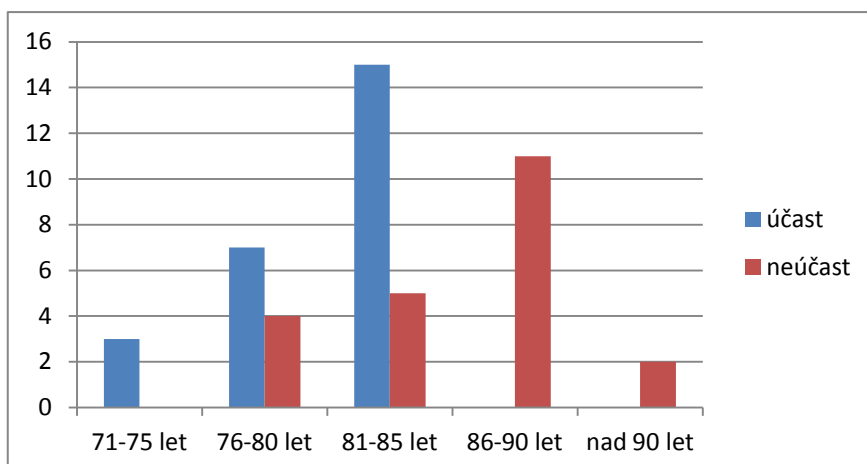
Jak lze vidět na grafickém znázornění, **společným aktivitám se věnují především uživatelé z věkových kategorií do 85 let.** Mezi aktivitami převládají hlavně **výstavy, vystoupení, různé oslavy a rovněž předčítání poezie i prózy.** Oblíbenými činnostmi jsou také společné vycházky nebo společné posezení.

4.8.3 Závislost výběru sportovně zaměřených aktivit na věku – DS Zlín

Tabulka č. 44: závislost sportovních aktivit na věku

	71 – 75 let	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	nad 90 let
účast	3	7	15	0	0
neúčast	0	4	5	11	2
celkem	3	11	20	11	2

Graf č. 13: závislost sportovních aktivit na věku



Účast uživatelů Domova pro seniory ve Zlíně na sportovních aktivitách podle očekávání s věkem výrazně klesá, žádný respondent ve věkových kategoriích nad 85 let tuto aktivitu v dotazníku neuvedl. Vysoký počet kladných odpovědí ve věkové skupině 81 – 85 let je možno přičíst nejvyššímu počtu respondentů v této věkové kategorii.

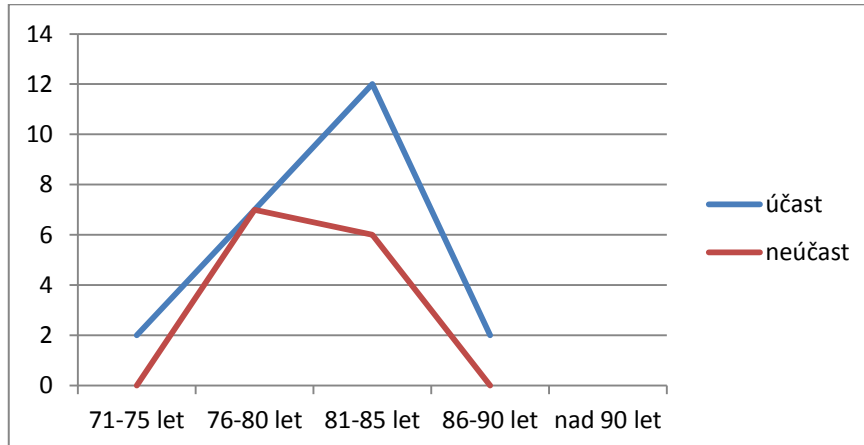
4.8.4 Závislost účasti na reminiscenční terapii na věku

Domov pro seniory Zlín

Tabulka č. 45: závislost účasti na reminiscenční terapii na věku 1

	71 – 75 let	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	nad 90 let
účast	0	7	12	2	0
neúčast	2	7	6	0	1
celkem	2	14	18	2	1

Graf č. 14: závislost účasti na reminiscenční terapii na věku



Jak vyplývá z grafu, **účast na reminiscenční terapii je nejvyšší ve věkových kategoriích od 76 do 86 let, což je však způsobeno nejvyššími četnostmi respondentů v těchto kategoriích.** Zároveň je patrné, že **účast převyšuje neúčast**, uživatelé v těchto věkových kategoriích se tedy reminiscenční terapii účastní častěji. Z tabulky je patrné, že ve věkové kategorii 81 – 85 let je účast početně dvakrát vyšší než neúčast.

Domov pro seniory v Napajedlích**Tabulka č. 46: závislost účasti na reminiscenční terapii na věku 2**

	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	nad 90 let
účast	2	3	0	0
neúčast	3	7	1	0
celkem	5	10	1	0

Centrum pro seniory Holešov**Tabulka č. 47: závislost účasti na reminiscenční terapii na věku 3**

	76 – 80 let	81 – 85 let	86 – 90 let	nad 90 let
účast	6	9	10	3
neúčast	5	9	2	1
celkem	11	18	12	4

Ze srovnání jednotlivých tabulek pro závislost účasti na reminiscenční terapii na věku pro všechna zkoumaná zařízení vyplývá, že nejvíce účastníků reminiscenční (vzpomínkové) terapie je ve věkové kategorii 81 – 85 let, vzhledem k nejvyšší četnosti uživatelů v této kategorii. Pro úplnost je však nutno uvést, že relativně vysoký počet respondentů (celkem 28) volil odpověď „nevím“ na tuto položku dotazníku, dva respondenti dokonce odpovídali „ne“. Tato skutečnost údaje o účasti poněkud zkresluje, neboť tito respondenti se terapie logicky také neúčastní.

4.8.5 Závislost výběru ergoterapeutických aktivit na délce umístění v zařízení - Domov pro seniory Zlín**Tabulka č. 48: závislost výběru ergoterapeutických aktivit na délce umístění**

	1-2 roky	3-4 roky	5-6 let	7-8 let	9-10 let	nad 10 let
účast	4	14	15	2	0	1
neúčast	0	0	3	5	2	1
celkem	4	14	18	7	2	2

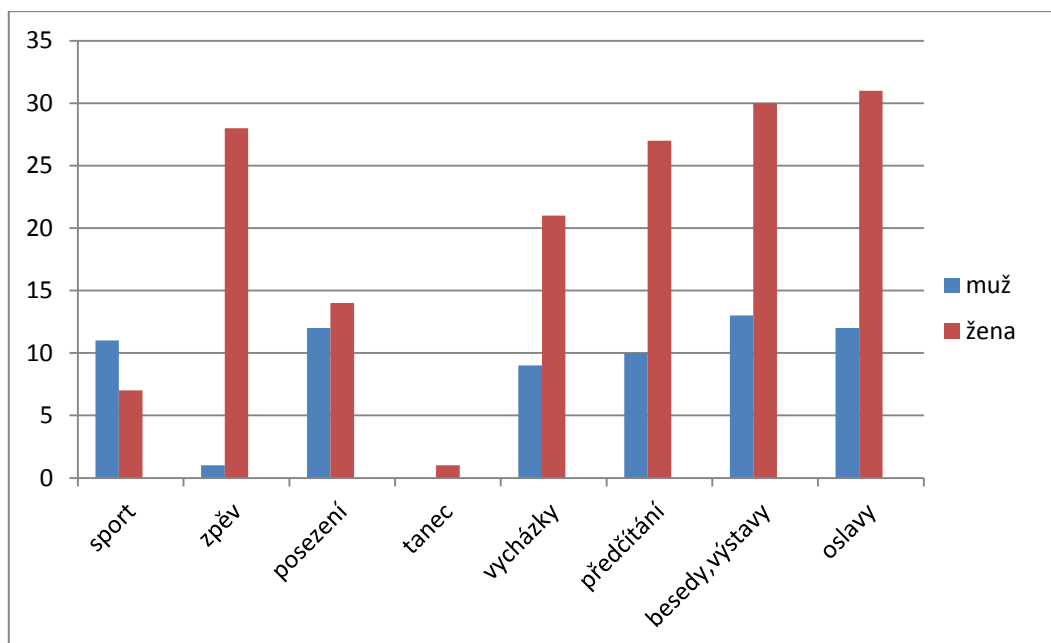
Jak je patrné z tabulky, **ergoterapeutických aktivit se účastní nejvíce uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, kteří jsou zde umístěni po dobu 5 – 6 let.**, což je však ovlivněno nejvyšším počtem respondentů v této kategorii. **Nejvyšší relativní četnost můžeme pozorovat v kategorii 3 – 4 roky**, kde je účast na tomto typu aktivit druhá nejvyšší a činí 100 %. V kategoriích 1 – 2 roky a 9 – 10 let je relativní četnost sice také 100 %, počty respondentů v těchto kategoriích jsou však nesrovnatelně nižší.

4.8.6 Závislost výběru společných aktivit na pohlaví – Centrum pro seniory Holešov

Tabulka č. 49: závislost výběru společných aktivit na pohlaví

	sport	zpěv	posezení	tanec	vycházky	předčítání	výstavy, besedy	oslavy
muž	11	0	12	0	9	10	13	12
žena	7	1	14	1	21	27	30	31

Graf č. 15: závislost výběru společných aktivit na pohlaví



Z tabulky i grafu vyplývají některé odlišnosti ve výběru společných aktivit mezi muži a ženami. **Muži daleko častěji volí společné aktivity zaměřené na sport, ženy naopak s výraznou převahou volí společný zpěv.** Početně nejvyváženější skupinou jsou společná posezení a diskuse. V ostatních kategoriích – společné vycházky, předčítání prózy i poezie,

besedy, výstavy, různé oslavy – převládají sice početně ženy, relativní četnost je zde však srovnatelná, vzhledem k mnohem menšímu počtu mužů. Například **v kategorii předčítání prózy a poezie je relativní četnost mužů 77 %, kdežto u žen 71 %, muži se tedy této činnosti účastní aktivněji.** Co se týká výstav, besed a oslav, muži se těchto činností účastní téměř všichni (besedy – 13 ze 13 mužů, oslavy 12 ze 13 mužů), tedy 100 %, kdežto žen se těchto činností účastní přibližně 82 % (30 a 31 z celkového počtu 38)

5 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÍ

V rámci dotazníkového šetření byl vytvořen dotazník roznesen uživatelům Domova pro seniory ve Zlíně, Burešově, Domova pro seniory v Napajedlích a Centra pro seniory v Holešově. S jeho vyplněním byla seniorům nabídnuta pomoc. Získané údaje byly zpracovány čárkovací sčítací metodou. Po vypracování tabulek četnosti bylo zjištěno, že dotazník vyplnilo 47 seniorů z Domova pro seniory ve Zlíně, 31 seniorů z Domova pro seniory v Napajedlích a 51 seniorů z Centra pro seniory v Holešově, celkem 129 respondentů.

Obecné charakteristiky

Při zkoumání demografické struktury uživatelů domovů pro seniory bylo zjištěno, že 29 dotazníků bylo vyplněno muži a 100 dotazníků ženami. Je tedy možno tvrdit, že převážnou většinu uživatelů těchto zařízení tvoří ženy. Co se týká věkové struktury, v případě všech tří zařízení tvoří nejpočetnější skupinu uživatelé ve věkovém rozmezí 81 – 85 let, celkem 54 uživatelů, tedy téměř polovinu celkového počtu respondentů (42 %). Věkovou kategorii 71 – 75 let tvořil 1 respondent, věkovou kategorii 76 – 80 let 35 respondentů, věkovou kategorii 86 – 90 let 30 respondentů a věkovou kategorii nad 90 let 9 respondentů. Šetření se nezúčastnil žádný respondent z věkové kategorie 65 – 70 let.

Co se týká délky umístění ve zkoumaných zařízeních, nejvyšší četnosti spadají do věkových kategorií 3 – 4 roky (48 respondentů) a 5 – 6 let (49 respondentů). Po dobu 1 – 2 let je v těchto zařízeních umístěno 7 respondentů, v případě 7 – 8 let 18 respondentů, v případě 9 – 10 let 5 respondentů a po dobu více než deseti let jsou ve zkoumaných zařízeních umístěni 2 respondenti. Žádný respondent neuvedl v dotazníku délku umístění kratší než 1 rok.

V případě úrovně vzdělání si uvedlo celkem 54 respondentů základní vzdělání (z toho 18 respondentů – Zlín, 13 respondentů – Napajedla, 23 respondentů – Holešov), 64 respondentů střední odborné vzdělání, včetně vyučení (z toho 23 respondentů – Zlín, 17 respondentů – Napajedla, 24 respondentů Holešov) a 11 respondentů středoškolské vzdělání (z toho 6 respondentů – Zlín, 1 respondent – Napajedla, 4 respondenti – Holešov). Vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání neuvedl v dotazníku žádný respondent.

Aktivizační činnosti – charakteristiky

V rámci aktivizačních činností bylo zkoumáno využití ergoterapeutických aktivit. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že ze všech dotázaných se 112 respondentů těchto aktivit účastní,

pouze 17 respondentů uvedlo neúčast. Lze tedy říci, že většina uživatelů, všech zařízení, 87 %, se ergoterapeuticky zaměřených aktivit účastní. V domově pro seniory ve Zlíně se těchto aktivit účastní 35 z celkového počtu 47 uživatelů (75 %), v Domově pro seniory v Napajedlích všech 31 dotázaných uživatelů (100 %) a v Centru pro seniory v Holešově 46 z celkového počtu 51 uživatelů (90 %). Co se týká jednotlivých ergoterapeutických aktivit, 68 respondentů uvedlo, že využívá činností na nácvik jemné motoriky (z toho 32 – Zlín, 20 – Napajedla, 16 – Holešov), 100 respondentů se účastní cvičení paměti a koncentrace (z toho 23 – Zlín, 31 – Napajedla, 46 – Holešov) a 6 respondentů kondiční cvičení (pouze Domov pro seniory v Napajedlích).

Co se týká jednotlivých činností na nácvik jemné motoriky, 6 respondentů uvedlo pletení a háčkování (z toho 2 – Zlín, 4 – Napajedla), 74 respondentů práci s papírem (z toho 32 – Zlín, 19 – Napajedla, 23 – Holešov), 77 respondentů práci s barvami (z toho 32 – Zlín, 21 – Napajedla, 24 – Holešov), 21 respondentů práci s keramikou (z toho 12 – Zlín, 9 – Napajedla), 7 respondentů práci s modelínou (z toho 2 – Zlín, 4 – Napajedla, 1 – Holešov), 36 respondentů kurzy vaření, případně pomoc při vaření (z toho 25 – Zlín, 11 – Holešov) a 14 respondentů práce na zahradě (z toho 1 – Zlín, 6 – Napajedla, 7 – Holešov). Z tabulky četností vyplynulo, že nejoblíbenější činností na nácvik jemné motoriky je práce s papírem nebo s barvami, Naopak, žádný respondent neuvedl pomoc při opravách a drobné údržbářské práce.

V rámci muzikoterapeutických aktivit se uživatelé jednotlivých zařízení mohou účastnit tance, poslechu hudby, zpěvu (individuálního i společného) a čtení poezie. Nejčastěji volanou aktivitou je pro uživatele Domova pro seniory ve Zlíně poslech hudby (46, z dalších aktivit společný zpěv – 24 a čtení poezie 17). Uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích volí nejčastěji čtení poezie, ke kterému se většinou řadí i předčítání prózy (22), z dalších činností potom společný zpěv – 18, poslech hudby – 17, tanec – 12 a jeden respondent uvedl individuální zpěv. Pro uživatele Centra pro seniory v Holešově je nejčastější muzikoterapeutickou aktivitou čtení poezie - 47, z dalších aktivit společný zpěv – 31, tanec – 23, individuální zpěv – 14 a poslech hudby – 8.

Respondenti, uživatelé všech vybraných zařízení absolvují také společné aktivity s ostatními spolubydlícími. Účast na těchto aktivitách uvedlo 38 respondentů z Domova pro seniory ve Zlíně (neúčast – 9 respondentů), všech 31 respondentů z Domova pro seniory v Napajedlích a 43 respondentů z Centra pro seniory v Holešově (neúčast zde uvedlo 8 respondentů). Co se týká výběru jednotlivých konkrétních činností, v rámci všech zařízení

převládají účasti na společných besedách, vystoupeních, výstavách, různých oslavách a také předčítání knih. U dalších aktivit existují mezi zařízeními rozdíly podle jejich aktuální nabídky činností. Uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně dávají dále přednost promítání filmů (36) a tvořivým dílnám (28), uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích se v obdobné míře účastní společného zpěvu (14), tvořivých dílen (13), společných posezení (14) a společných vycházek (15). V centru pro seniory v Holešově dávají uživatelé přednost společnému zpěvu (29), společným posezením (26), společným vycházkám (30) a nezanedbatelnou jsou i sportovní aktivity – 18. V rámci výběru sportovních aktivit je potom nejoblíbenější petanque, šipky a uživatelé Centra pro seniory v Holešově uvedli i jízdu na rotopedu.

Ve všech vybraných zařízeních probíhají bohoslužby, a to jak katolické, tak evangelické. Těchto se účastní většina uživatelů všech zařízení, účast uvedlo 28 respondentů z Domova pro seniory ve Zlíně, což je přibližně 60 %, 20 respondentů z Domova pro seniory v Napajedlích (65 %) a 36 respondentů z Centra pro seniory v Holešově (70 %).

Domovy pro seniory nabízí svým klientům obvykle také terapie se zvířaty, z nichž nejobvyklejší ne canisterapie se psy, ale i další, jejichž součástí je jiné zvíře. Například ze 42 respondentů z Centra pro seniory v Holešově, kteří se s touto terapií setkávají, se jich 23 setkala také s terapií, jejíž součástí byl králík. Ve Zlíně se s touto terapií setkala 28 respondentů a v Napajedlích naopak žádný. Zájem o tento typ terapie projevují především uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně – 36 % respondentů a uživatelé Centra pro seniory v Holešově – 43 % respondentů.

Další obvyklou aktivitou, kterou tato zařízení pro své uživatele nabízí je reminiscenční, neboli vzpomínková terapie. Účast na této terapii uvádí 23 respondentů z Domova pro seniory ve Zlíně (60 %), 6 respondentů z Domova pro seniory v Napajedlích (35 %) a 25 respondentů z Centra pro seniory v Holešově (57 %).

Některá zařízení nabízí kromě obvyklých služeb také další služby, nad rámec běžných. Jedou z těchto služeb je například umožnění návštěvy předchozího bydliště nebo místa posledního odpočinku příbuzných a přátel. Z uvažovaných zařízení tuto službu nabízí především Domov pro seniory v Napajedlích a Centrum pro seniory v Holešově. Zájem o tuto službu by měli především respondenti z Domova pro seniory ve Zlíně (17 z celkových 47), respondenti z Napajedel a Holešova o službu projevují spíše malý zájem (Napajedla - 3 z celkových 31 respondentů, Holešov - 4 z celkových 51 respondentů)

Co se týká poskytování informací o nabízených aktivitách, naprostá většina respondentů uvedla, že jsou jim poskytovány informace v dostatečné míře: 42 respondentů z Domova pro seniory odpovědělo kladně, 1 respondent s informacemi spokojený nebyl, 4 uvedli, že neví. V rámci ostatních zkoumaných zařízení uvedli všichni respondenti, že jim jsou informace poskytovány dostatečně.

Většina respondentů je také s touto nabídkou spokojená, kladně odpovědělo 32 respondentů ze Zlína, 15 respondentů uvedlo, že neví. V rámci Domova pro seniory v Napajedlích odpovídalo kladně 30 respondentů, 1 spokojen nebyl, tento postrádal v nabídce promítání filmů. V rámci centra pro seniory v Holešově odpovídalo kladně 44 respondentů, 6 jich odpovědělo záporně a 1 nevěděl. Z 6 uživatelů, kteří odpovídali záporně jich 5 postrádá promítání filmů a 1 tvořivé dílny.

Test dobré shody chí-kvadrát týkající se ergoterapeutických aktivit prokázal, že mezi četnostmi ergoterapeutických aktivit, kterým dávají přednost uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, není statisticky významný rozdíl. Do tabulky nebyla zahrnuta aktivita kondiční cvičení, jejíž hodnota byla nulová. Stejný test prokázal že, četnosti ergoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích, jsou rozdílné. Z tabulky četností vyplývá, že senioři dávají přednost především aktivitám na cvičení koncentrace a paměti. Také četnosti ergoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Centra pro seniory v Holešově, jsou rozdílné. Jak ukazuje tabulka četností, uživatelé dávají přednost především aktivitám na cvičení paměti a koncentrace

Výpočtem testového kritéria v rámci testu dobré shody chí-kvadrát zaměřeného na činnosti na nácvik jemné motoriky bylo zjištěno, že četnosti aktivit pro nácvik jemné motoriky, které si volí uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích, jsou rozdílné. Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru činností pro nácvik jemné motoriky přednost práci s barvami. Rovněž četnosti aktivit pro nácvik jemné motoriky, které si volí uživatelé Centra pro seniory v Holešově, jsou rozdílné. Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru činností pro nácvik jemné motoriky také přednost práci s barvami.

Testem dobré shody chí-kvadrát bylo rovněž prokázáno, že četnosti muzikoterapeutických aktivit, které si volí uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, jsou rozdílné. Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru přednost poslechu hudby. Stejný test zaměřený na uživatele Centra pro seniory v Holešově, prokázal, že četnosti jednotlivých muzi-

koterapeutických aktivit, které si volí, jsou rozdílné. Jak vyplývá z tabulky četností, uživatelé dávají při výběru přednost předčítání poezie.

Testem dobré shody chí-kvadrát posuzoval i rozdíly v četnostech sportovně zaměřených aktivit, které si respondenti volí. Bylo prokázáno, že mezi četnostmi sportovně zaměřených, kterým dávají přednost uživatelé Centra pro seniory v Holešově, není statisticky významný rozdíl.

Testem nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku jsme také prokazovali, zda existuje souvislost mezi pohlavím uživatelů a jejich zájmem o sportovní aktivity. Bylo prokázáno, že muži projevují o sportovní aktivity vyšší zájem než ženy. Obdobně jsme prokazovali, zda uživatelé Centra pro seniory v Holešově projevují vyšší zájem o terapii se zvířaty než uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně. Tato souvislost však prokázána nebyla, uživatelé obou zařízení projevují o tento druh terapie stejný zájem.

Dále jsme prokazovali testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, zda se uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích účastní reminiscenční terapie méně než uživatelé ostatních zkoumaných zařízení. Tato souvislost nebyla prokázána, účast na reminiscenční terapii tedy s umístěním v jednotlivých zařízeních nesouvisí.

Dále jsme prokazovali závislost údajů zjištěných dotazníkem na některých demografických charakteristikách. Ze zjištěných údajů vyplývá, že všechny věkové skupiny uživatelů Centra pro seniory v Holešově dávají při výběru ergoterapeutických aktivit přednost cvičení paměti a koncentrace. V jednotlivých věkových skupinách se však poměr vybíraných aktivit liší. Ve věkové skupině nad 90 let se vyskytuje pouze tato jedna aktivita. Nejvyšší četnost mají aktivity na cvičení jemné motoriky ve věkové skupině 81-85 let, která je však nejpočetnější. Nejvyšší relativní četnosti dosahují aktivity na cvičení jemné motoriky ve věkové skupině 76 – 80 let – přibližně 35% všech ergoterapeutických aktivit. Uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, Burešově, dávají ve věkových kategoriích do 85 let přednost činnostem na cvičení jemné motoriky. Ve věkových kategoriích nad 86 let se poté vyskytuje cvičení paměti a koncentrace anebo se uživatelé v tomto věku již ergoterapeutických aktivit neúčastní. V rámci ergoterapeutických aktivit dávají uživatelé Domova pro seniory v Napajedlích přednost cvičení paměti a koncentrace, a to ve všech věkových kategoriích. Četnost činností na zlepšení jemné motoriky je vyšší zejména ve věkových kategoriích do 85 let. Kondiční cvičení se vyskytuje jen sporadicky a pouze ve věkových kategoriích do 85 let.

V rámci muzikoterapeutických aktivit dávají uživatelé Centra pro seniory přednost především čtení poezie, ke kterému se v praxi často řadí také čtení prózy. Tanec se vyskytuje spíše ve věkových skupinách do 85 let, zde je nutno připomenout, že se však jedná nejčastěji o tanec při různých oslavách a podobných akcích, případně o tanec na židlích. Zájem o individuální zpěv s věkem spíše klesá, ve vyšším věku (od 86 let) se vytrácí úplně. Naopak ve věkových kategoriích od 86 let se vyskytuje poslech hudby, který v mladších věkových kategoriích zcela schází. U uživatelů Domova pro seniory ve Zlíně převládá poslech reproduované hudby a ve věkových kategoriích do 85 let také společný zpěv. Individuální zpěv a tanec respondenti v dotazníku nevedli, přestože lze předpokládat, že součástí různých oslav, pořádaných v domově, je také tanec. Největší četnosti muzikoterapeutických aktivit se u uživatelů Domova pro seniory v Napajedlích vyskytují ve věkové kategorii 81 – 85 let. Jedná se o společný zpěv a čtení poezie, ke kterému se obvykle řadí také čtení prózy. Tanec se vyskytuje pouze v rámci věkových kategorií do 85 let a individuální zpěv se zde až na jednu výjimku nevyskytuje vůbec.

Společným aktivitám se věnují především senioři z věkových kategorií mladších než 85 let. Přednost dávají hlavně výstavám, vystoupením, besedám, různým oslavám, předčítání knih a promítání filmů. Z vyšších věkových kategorií zcela logicky vymizeli sportovně zaměřené aktivity, vycházky a společné diskuse a převládá zde předčítání knih a účast na oslavách a vystoupeních

Účast uživatelů Domova pro seniory ve Zlíně na sportovních aktivitách podle očekávání s věkem výrazně klesá, žádný respondent ve věkových kategoriích nad 85 let tuto aktivitu v dotazníku nevedl. Vysoký počet kladných odpovědí ve věkové skupině 81 – 85 let je možno přičíst nejvyššímu počtu respondentů v této věkové kategorii.

Ze srovnání jednotlivých tabulek pro závislost účasti na reminiscenční terapii na věku pro všechna zkoumaná zařízení vyplývá, že nejvíce účastníků reminiscenční (vzpomínkové) terapie je ve věkové kategorii 81 – 85 let, vzhledem k nejvyšší četnosti uživatelů v této kategorii. Pro úplnost je však nutno uvést, že relativně vysoký počet respondentů (celkem 28) volil odpověď „nevím“ na tuto položku dotazníku, dva respondenti dokonce odpovídali „ne“. Tato skutečnost údaje o účasti poněkud zkresluje, neboť tito respondenti se terapie logicky také neúčastní.

Ergoterapeutických aktivit se účastní nejvíce uživatelé Domova pro seniory ve Zlíně, kteří jsou zde umístěni po dobu 5 – 6 let., což je však ovlivněno nejvyšším počtem respondentů

v této kategorii. Nejvyšší relativní četnost můžeme pozorovat v kategorii 3 – 4 roky, kde je účast na tomto typu aktivit druhá nejvyšší a činí 100 %. V kategoriích 1 – 2 roky a 9 – 10 let je relativní četnost sice také 100 %, počty respondentů v těchto kategoriích jsou však nesrovnatelně nižší.

Muži daleko častěji volí společné aktivity zaměřené na sport, ženy naopak s výraznou převahou volí společný zpěv. Početně nejvyváženější skupinou jsou společná posezení a diskuse. V ostatních kategoriích – společné vycházky, předčítání prózy i poezie, besedy, výstavy, různé oslavy – převládají sice početně ženy, relativní četnost je zde však srovnatelná, vzhledem k mnohem menšímu počtu mužů. Například v kategorii předčítání prózy a poezie je relativní četnost mužů 77 %, kdežto u žen 71 %, muži se tedy této činnosti účastní aktivněji. Co se týká výstav, besed a oslav, muži se těchto činností účastní téměř všichni (besedy – 13 ze 13 mužů, oslavy 12 ze 13 mužů), tedy 100 %, kdežto žen se těchto činností účastní přibližně 82 % (30 a 31 z celkového počtu 38).

ZÁVĚR

Domovy pro seniory jsou jedním z typických pobytových zařízení pro seniory, kteří přicházejí do tohoto, pro ně zcela nového prostředí, někdy dobrovolně, jindy nedobrovolně, vždy se ale jedná o naprostou změnu životního stylu. Rozhodnutí o umístění do domova pro seniory je obvykle vyústěním aktuální situace seniora, který se v důsledku například zhoršené zdravotní kondice již není schopen sám o sebe starat. Přestože adaptace na nové životní podmínky může být z pohledu seniora frustrující, nemusí se jednat o změnu směřovanou k nižší životní úrovni, prakticky nulovému uplatnění v kolektivu a téměř žádným možnostem seberealizace. Zaměstnanci domovů pro seniory se snaží přechod do zcela odlišného prostředí každému novému uživateli co nejvíce ulehčit, především přidělením konkrétního pracovníka (zaměstnance), který je seniorovi nápomocen v období adaptace. Všechny domovy pro seniory poskytují kromě základních služeb a zdravotní péče také aktivizační programy, které vyplňují volný čas uživatelů v zařízení. Tyto programy jsou součástí celkového procesu plánování sociálních služeb. Každý senior má příležitost zvolit si aktivity, které mu nejvíce vyhovují. Pracovníci v jednotlivých pobytových zařízeních pro seniory by měli být vyškoleni v technikách aktivizace, měli by znát potřeby svých klientů a jejich přání a měli by je respektovat.

Teoretická část práce uvádí jednotlivé terapie a činnosti, které vyplňují volný čas seniorů v zařízení. Některé činnosti (například ergoterapeutické aktivity) jsou obvyklou součástí nabízených programů, celkový souhrn všech nabízených činností se však může v jednotlivých zařízeních výrazně odlišovat. Nabídka aktivizačních programů je závislá jak na celkovém přístupu domova pro seniory k jednotlivým aktivizačním programům a jejich plánování, tak také na osobě konkrétního pracovníka, který tyto programy zajišťuje. Konkrétní realizace těchto činností je výsledkem kreativity a invence aktivizačního pracovníka.

Jak ukazuje praktická část práce, ve zkoumaných zařízeních je úspěšně realizována ergoterapie, zahrnující cvičení paměti a koncentrace a nácvik jemné motoriky. Co se týká jednotlivých činností, nejčastěji volenými aktivitami je práce s papírem a barvami, případně vaření a pomoc v kuchyni. V rámci muzikoterapeutických aktivit je v Domově pro seniory nejoblíbenější poslech hudby, která zde hraje každodenně pro relaxaci, v Domově pro seniory v Napajedlích a Centru pro seniory v Holešově dávají přednost předčítání poezie a prózy. Oblíbený je také společný zpěv. Uživatelé všech vybraných zařízení se účastní i řady společných aktivit s ostatními seniory, nejfrekventovanější jsou společné besedy,

různá vystoupení (například dětí ze škol), oslavy výročí, sezónní oslavy a také předčítání knih. Zde je však patrný rozdíl mezi vybranými zařízeními, uživatelé Domova pro seniory dávají přednost promítání filmů, které zde probíhá pravidelně a tvořivým dílnám. Ty jsou společně se zpěvem v oblíbenosti i v Napajedlech. V Centru pro seniory v Holešově dávají uživatelé přednost také společným vycházkám do přilehlého parku a každodenním společným posezením a diskusím. Nezanedbatelnou činností jsou i sportovní aktivity, oblíbený je petanque nebo šipky. Ve všech zařízeních probíhají bohoslužby určené uživatelům, a to jak katolické, tak evangelické. Speciální a především v Holešově oblíbenou aktivitou je zooterapie, konkrétně canisterapie a terapie, jejíž součástí je aktuálně králík nebo morče. Naopak obvyklou terapií je reminiscenční terapie, využívající vzpomínek seniorů. Některá zařízení nabízí kromě obvyklých služeb ještě i další, nad rámec běžných. Ve zkoumaných zařízeních je takovou službou například umožnění návštěvy místa posledního odpočinku příbuzných nebo přátel a dalších míst. Co se týká poskytování informací o nabízených aktivitách, naprostá většina klientů uvedla, že jsou jim tyto poskytovány v dostatečné míře a stejně tak vysoký počet respondentů uvedl, že jsou s nabídkou aktivizačních činností spokojeni.

Pro úplnost je také nutno uvést, že v době výzkumu byla situace v některých zařízeních netypická, což určitým způsobem výzkum ovlivnilo. V Centru pro seniory v Holešově probíhala rekonstrukce dílen a dalších prostor, ve kterých probíhají aktivizační volnočasové činnosti. Z těchto důvodů jsou zde tedy některé činnosti omezeny nebo pozastaveny. V Domově pro seniory v Napajedlech v době těsně před výzkumem ukončila svoji činnost aktivizační pracovnice a nová pracovnice dosud její místo nezaujala. V obou případech se jednalo o krátkodobou situaci, která by v delším časovém horizontu neměla volnočasové aktivity uživatelů ovlivnit.

6 DOPORUČENÍ

Doporučením jednotlivým domovům pro seniory a zvláště jejich aktivizačním pracovníkům by mohl být příklad Domova pro seniory v Kaplicích, kde bylo dne 17.5.2011 slavnostně otevřeno Centrum aktivizačních činností. Cílem tohoto projektu je zlepšení kvality a širšího naplnění smyslu života uživatelů domova. Centrum bylo vybudováno ve sklepních prostorách domova a otevřelo uživatelům nové možnosti trávení volného času. Aktivizace zde probíhá individuálně nebo skupinově a vchází z individuálního plánu uživatele. Co se týká konkrétních nabízených činností, nabízena je zde ergoterapie za použití různých technik, například výtvarných, textilních, s papírem, hmotou, navlékání korálků a podobně. Dále je zde provozována keramická dílna, jejímiž výsledky jsou dekorace v budově domova, dárkové předměty a další. Provozovány jsou i hudební programy, činnosti v přírodě, čtení na pokračování, zooterapie a vzdělávací programy. Do aktivizačních činností jsou zahrnuty i společenské akce, jako jsou oslavy narozenin, vystoupení dětí, oslavy svátků, velikonoční a vánoční programy, návštěvy jiných domovů, kulturní vystoupení harmonikářů a mnoho dalších. (www.domovkaplice.cz) Volnočasové programy realizované Domovem pro seniory v Kaplicích jsou výsledkem aktivního a kreativního přístupu zdejších zaměstnanců – sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a dalších a jako takové mohou sloužit jako příklad pro ostatní obdobná zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, ISBN 978-80-969944-0-3.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [3] HERMAN, Jiří. A KOL., 2008. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-477-1.
- [4] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [5] KALVACH, Zdeněk A KOL., 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. Díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum.
- [6] KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2464-8.
- [7] KRHUTOVÁ, Lenka A KOL., 2013. *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovice: František Šalé-Albert. ISBN 978-80-7326-231-0.
- [8] KURIC, Jozef, 2000. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství Brno. ISBN 80-214-1844-3.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [10] LANGMEIER, Josef A KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- [11] MALÍKOVÁ, Eva, 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [12] ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova Praha. ISBN 978-80-246-1997-2.
- [13] PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.
- [14] PŘÍHODA, Václav, 1974. *Ontogeneze lidské psychiky I – IV*. Praha: SPN.

- [15] SCHMEIDLER, Karel a kol., 2009. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress. ISBN 978-80-87342-05-3.
- [16] STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- [17] STUART-HAMILTON, Ian, 2011. *Introduction to Gerontology*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 0521513308.
- [18] ŠVANCARA, Josef, 1983. *Psychologie stáří a stárnutí*. Praha: SPN.
- [19] TOPINKOVÁ, Eva a NEUWIRTH, Jiří, 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-099-6.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-131-85.
- [22] VAŠUTOVÁ, Maria, 2010. *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-934-6.
- [23] ČESKO. MINISTERSTVO VNITRA ČR. 2015. *Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv*. [online]. Ministerstvo vnitra ČR, © 2015 [cit. 2015-03-15].
Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [24] DOMOV PRO SENIORY BUREŠOV, P.O. 2015. *Poslání*. [online]. Domov pro seniory Burešov, p.o., © 2012-2015 [cit. 2015-03-15], Dostupné z: <http://www.dsbaresov.cz/cz/sluzby/domov-pro-seniory/o-sluzbe>.
- [25] CENTRUM PRO SENIORY, P.O. 2015. *Domov pro seniory*. [online]. Centrum pro seniory, p.o., © 2013 [cit. 2015-03-15], Dostupné z: <http://www.ddhol.cz/>.
- [26] DOMOV PRO SENIORY NAPAJEDLA, P.O. 2015. *Cíle a poslání*. [online]. Domov pro seniory Napajedla, p.o., © 2004-2013 [cit. 2015-03-15], Dostupné z: <http://www.dsnapajedla.cz/cile-poslani.aspx>
- [27] DOMOV KAPLICE. 2015. *Zájmové aktivity*. [online]. Domov Kaplice. cz, © 2011 [cit. 2015-03-15], Dostupné z <http://www.domovkaplice.cz/ostatni-informace/zajmove-aktivity.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living, test základních všedních činností.
EFQM	European Foundation for Management Quality, Evropská nadace pro řízení kvality.
IADL	Instrumental Activities of Daily Living, test instrumentálních všedních činností.
ISO	International Organization for Standardization, Mezinárodní organizace pro standardizaci.
TQM	Total Quality Management, Totální řízení kvality.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: věková struktura**
- Graf č. 2: ergoterapeutické činnosti**
- Graf č. 3: nácvik jemné motoriky – činnosti**
- Graf č. 4: muzikoterapeutické činnosti**
- Graf č. 5: sportovní aktivity**
- Graf č. 6: zájem o terapii se zvířaty**
- Graf č. 7: účast na reminiscenční terapii**
- Graf č. 8: závislost ergoterapeutických aktivit na věku**
- Graf č. 9: závislost muzikoterapeutických aktivit na věku**
- Graf č. 10: závislost výběru společných aktivit na věku 1**
- Graf č. 11: závislost výběru společných aktivit na věku 2**
- Graf č. 12: závislost výběru společných aktivit na věku 3**
- Graf č. 13: závislost sportovních aktivit na věku**
- Graf č. 14: závislost účasti na reminiscenční terapii na věku**
- Graf č. 15: závislost výběru společných aktivit na pohlaví**

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: pohlaví**
- Tabulka č. 2: věková struktura**
- Tabulka č. 3: délka umístění v domově pro seniory**
- Tabulka č. 4: vzdělání**
- Tabulka č. 5: ergoterapeutické činnosti 1**
- Tabulka č. 6: ergoterapeutické činnosti 2**
- Tabulka č. 7: nácvik jemné motoriky – činnosti**
- Tabulka č. 8: muzikoterapeutické činnosti**
- Tabulka č. 9: společné aktivity 1**
- Tabulka č. 10: společné aktivity 2**
- Tabulka č. 11: sportovní aktivity 1**
- Tabulka č. 12: sportovní aktivity 2**
- Tabulka č. 13: bohoslužby**
- Tabulka č. 14: terapie se zvířaty**
- Tabulka č. 15: zájem o terapii se zvířaty**
- Tabulka č. 16: reminiscenční terapie**
- Tabulka č. 17: účast na reminiscenční terapii**
- Tabulka č. 18: poskytování dalších služeb**
- Tabulka č. 19: zájem o další služby**
- Tabulka č. 20: poskytování informací o aktivizačních činnostech**
- Tabulka č. 21: spokojenost s nabídkou aktivizačních činností**
- Tabulka č. 22: test dobré shody chí-kvadrát 1**
- Tabulka č. 23: test dobré shody chí-kvadrát 2**
- Tabulka č. 24: test dobré shody chí-kvadrát 3**
- Tabulka č. 25: test dobré shody chí-kvadrát 4**
- Tabulka č. 26: test dobré shody chí-kvadrát 5**

- Tabulka č. 27:** test dobré shody chí-kvadrát 6
- Tabulka č. 28:** test dobré shody chí-kvadrát 7
- Tabulka č. 29:** test dobré shody chí-kvadrát 8
- Tabulka č. 30:** čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát 1
- Tabulka č. 31:** schéma čtyřpolní tabulky 1
- Tabulka č. 32:** čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát 2
- Tabulka č. 33:** schéma čtyřpolní tabulky 2
- Tabulka č. 34:** kontingenční tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát
- Tabulka č. 35:** závislost ergoterapeutických aktivit na věku 1
- Tabulka č. 36:** závislost muzikoterapeutických aktivit na věku 1
- Tabulka č. 37:** závislost ergoterapeutických aktivit na věku 2
- Tabulka č. 38:** závislost muzikoterapeutických aktivit na věku 2
- Tabulka č. 39:** závislost ergoterapeutických aktivit na věku 3
- Tabulka č. 40:** závislost muzikoterapeutických aktivit na věku 3
- Tabulka č. 41:** závislost výběru společných aktivit na věku 1
- Tabulka č. 42:** závislost výběru společných aktivit na věku 2
- Tabulka č. 43:** závislost výběru společných aktivit na věku 3
- Tabulka č. 44:** závislost sportovních aktivit na věku
- Tabulka č. 45:** závislost účasti na reminiscenční terapii na věku 1
- Tabulka č. 46:** závislost účasti na reminiscenční terapii na věku 2
- Tabulka č. 47:** závislost účasti na reminiscenční terapii na věku 3
- Tabulka č. 48:** závislost výběru ergoterapeutických aktivit na délce umístění
- Tabulka č. 49:** závislost výběru společných aktivit na pohlaví

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I:** Rešerše literatury
Příloha P II: Slovníček pojmů
Příloha P III: Vybrané definice a citáty
Příloha P IV: Dotazník

PŘÍLOHA P I: REŠERŠE LITERATURY

Domácí literatura

1. **BAKOŠOVÁ, Z., 2011, *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, ISBN 978-80-969944-0-3.**

Publikace je rozčleněna do sedmi kapitol, přičemž druhá kapitola se věnuje přímo sociální pedagogice jako životní pomoci. Další kapitoly jsou zaměřeny na sociální pedagogiku ve vztahu k rodině, ke škole, k náhradní rodinné a institucionální výchově. Neméně zajímavá je také kapitola šestá zvažující možnosti sociální pedagogiky při řešení některých sociálních a sociálněpatologických problémů, jakými jsou například romský problém, problematika dětí ulice a drogové závislosti.

Autorka publikace působí na Filozofické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě, na Katedře pedagogiky. Ve své pedagogické a vědecko-výzkumné činnosti se orientuje na sociální pedagogiku a pedagogickou komunikaci. Je rovněž autorkou řady vědeckých studií a odborných příspěvků, účastní se aktivně konferencí a studijních cest na Slovensku a v zahraničí.

2. **HAŠKOVCOVÁ, H., 2010, *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.**

Publikace se v úvodu zabývá jednotlivými fázemi lidského života a také historickými a dnešními pohledy na stáří. Dále se však zaměřuje na aktuální problémy spojené s problematikou stáří, jako je například sociální a zdravotní problematika, image stáří v médiích, vzdělávání seniorů, volnočasovými a aktivitami, násilí na seniorech a celou řadou dnešních problémů v oblasti péče o seniory. Pro srovnání a v rámci uceleného pohledu je v knize obsažena i kapitola popisující péči o seniory v historii, v době socialismu a zdravotnickou péči o seniory po roce 1989. Autorka zde pohlíží na problematiku stáří a stárnutí zcela novým, komplexním pohledem doplněným o osobní vyznání a řadu nových, neotřelých myšlenek. Autorka je profesorkou Katedry řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizací Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, je odborným garantem doktorského studia v oboru aplikovaná etika. V minulosti významným způsobem přispěla ke vzniku lékařské etiky jako samostatné lékařské disciplíny. Je nositelkou řady cen a členkou českého centra Mezinárodní or-

ganizace PEN klubu. Přednáší na vědeckých setkáních doma i v cizině, je autorkou několika stovek odborných sdělení a řady publikací.

3. HOLCZEROVÁ, V. a DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013, *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.

Kniha autorek Vladimíry Holczerové a Dagmar Dvořáčkové *Volnočasové aktivity pro seniory* popisuje jednotlivé možnosti využití volného času v pobytových zařízeních. Jako konkrétní příklad je zde uváděn Domov pro seniory v Kaplicích, jehož centrum aktivizačních činností, založené v roce 2011, úspěšně rozvíjí řadu aktivizačních programů.

4. KOUKOLÍK, F., 2014, *Metuzalém*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 798-80-246-2464-8

Na problematiku stáří, stárnutí a smrti je v této publikaci pohlíženo očima lékaře, jednotlivé kapitoly jsou věnovány problémům fyziologického stárnutí, jako jsou například cévy, srdce, kosti, klouby, zhoubné nádory a podobně. Zároveň se však autor věnuje zdravému způsobu stárnutí mozku a značný prostor je vymezen také problematice umírání a smrti.

5. KRHUTOVÁ, L. a kol., 2013, *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovice: František Šalé-Albert. ISBN 978-80-7326-231-0.

Kniha je zaměřena na problematiku stárnutí populace, první kapitola se zabývá obecně problematikou seniorů ve společnosti. Další části knihy jsou již věnovány konkrétně sociálním službám zaměřeným na seniory a privatizaci těchto služeb. Vymezuje teoretická východiska privatizace, zabývá se výzkumem očima poskytovatelů těchto služeb a také metodologií tohoto výzkumu.

6. KURIC, J., 2000, *Ontogenetická psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství Brno. ISBN 80-214-1844-3.

Publikace se zabývá jednotlivými životními stadii vývoje člověka. Období stáří je zde rozděleno na stadium počátečního, pokročilého a vrcholného stáří, přičemž každé toto období je charakterizováno specifickými změnami a problémy. Závěr je věnován záležitostem na konci života, autor na tomto místě vybírá několik doporučených postupů pro komunikaci s umírajícími podle Elizabeth Kübler-Rossové, která je odbornicí v oblasti problematiky umírání a smrti.

7. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011, *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.

Odchod do důchodu je jedním z nejvýznamnějších předělů v životě stárnoucího člověka. Na problémy spojené s touto radikální změnou se zaměřuje Jaro Křivohlavý v uvedené publikaci. Vymezuje jednotlivé aspekty odchodu do důchodu, popisuje vstup do třetí fáze života.

8. LANGMEIER, J. A KREJČÍŘOVÁ, D., 2006, *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

Vývojová psychologie autorů Josefa Langmeiera a Dany Krečířové je zaměřena na jednotlivé vývojové fáze lidského života. Pro práci byla využita především část zaměřená na kognitivní a emoční změny ve stáří, sociální zařazení starého člověka a kapitola terminální stadium života. Autoři se zaměřují na zhoršení smyslového vnímání, pokles paměti a inteligence. S ohledem na statistiky lze také říci, že s věkem dochází i k určitému poklesu tvořivosti. Řada slavných děl však byla prokazatelně vytvořena až v pozdním věku umělců – podle autorů tedy neexistuje žádná určitá věková hranice omezující tvořivost. V rámci emočních změn autoři popisují afektivní prožívání ve stáří, změny osobnosti starého člověka, citové vztahy ve stáří, popisují i jednotlivé strategie vyrovnávání se s vlastním stářím. V poslední části se kapitola věnovaná tomuto vývojovému období dotýká i závěrečného období před ukončením života člověka.

9. MALÍKOVÁ, E., 2010, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

Praktická část práce je v mnohém inspirována touto knihou autorky Evy Malíkové. Kromě obecné části týkající se stáří a stárnutí je zde specifikována současná situace a možnosti v oblasti péče o seniory v České republice a také kvalita těchto poskytovaných služeb. Dále věnuje autorka pozornost ošetrovatelskému procesu u seniorů v pobytovém sociálním zařízení, komunikaci se seniory a možnostem edukace v těchto zařízeních. Závěrečná část knihy je zaměřena na duchovní potřeby klientů v pobytových zařízeních, mapuje možnosti a způsoby naplnění těchto potřeb.

10. ONDRUŠOVÁ, J., 2011, *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova Praha. ISBN 978-80-246-1997-2.

Publikace v úvodu vymezuje jednotlivé aspekty stárnutí a jeho příčiny, uvádí také základní pojmy z této oblasti. Autorka se zde dále věnuje kvalitě života ve stáří a jeho smyslu. Ve čtvrté kapitole se zabývá logoterapií a dále potom i využití logoterapeutických principů při práci se seniory.

11. SCHMEIDLER, K. a kol., 2009, *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress. ISBN 978-80-87342-05-3.

Kolektiv autorů se v této publikaci zaměřuje na demografické a sociální změny současné populace, na jednotlivé aspekty stárnutí. Kniha se věnuje především mobilitě starších lidí, zdůrazňuje potřebu prostorové mobility v souvislosti s měnící se demografickou situací v Evropě, vymezuje mobilitu jako typ sociální služby.

12. VÁGNEROVÁ, M., 2000, *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

Kniha podává soustavný výklad psychického vývoje člověka od prenatálního věku přes dospělost až do konce lidského života. Autorka se soustřeďuje na logiku vývoje, charakterizuje v každém období stav jednotlivých psychických funkcí i specifické problémy. Poněkud obsáhleji se zabývá i obdobím stáří, které dále dělí na období raného stáří a na pravé stáří. Kapitola věnovaná ranému stáří se podrobně zabývá těles-

nými a psychickými změnami v tomto období, změnami postojů a sociálního chování starých lidí, část je věnována také odchodu do důchodu, jako významnému životnímu mezníku. Důraz klade autorka také na funkci manželství a jeho proměnami v této fázi života člověka a na popis vztahu k dětem a vnukům. V rámci období zahrnujícího právě stáří se autorka zabývá změnami psychiky a způsobu života, především umístěním starého člověka do domova pro seniory, případně jiné instituce. Závěr této části knihy je věnován umírání a smrti a významu víry ve stáří.

Autorka přednáší vývojovou psychologii a patopsychologii dítěte na Husitské teologické fakultě a Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze a na Technické univerzitě v Liberci, je autorkou řady původních prací i učebních textů z oblasti psychologie nemocných a postižených dětí.

13. VAŠUTOVÁ, M., 2010, *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-934-6.

V této publikaci vymezuje autorka a kolektiv autorů jednotlivé vývojové fáze lidského života a v kapitole číslo 17 také stáří jako důležitou etapu životní dráhy člověka. Uvádí nejčastěji používané periodizace tohoto období, stejně jako ostatní autoři se zaměřuje na tělesné, psychické, emoční a osobnostní proměny člověka ve stáří. Poněkud podrobněji se však věnuje závěru celoživotní dráhy člověka, zabývá se kulturou umírání a vztahu k umírajícímu. V závěru kapitoly jsou uvedeny rovněž sociodemografické charakteristiky stáří.

Zahraniční literatura

- 1. STUART-HAMILTON, I., 1999, *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.**

Psychologií stárnutí se zabývá ve stejnojmenné knize (*The Psychology of Ageing*) britský autor Ian Stuart-Hamilton. Tento britský psycholog, přednášející na Worcester College of Higher Education, publikoval řadu odborných prací v oblasti výzkumu paměti a myšlení starších pacientů trpících různými formami demence. Zde se zaměřuje na důkladný psychologický rozbor stáří a stárnutí. Jednotlivé kapitoly popisují všechny fáze stárnutí, zabývají se vysvětlením fyziologických změn, vlivem stárnutí na intelekt, paměť a řeč a změnami celé osobnosti a způsobu života člověka. Závěrečné kapitoly jsou zaměřeny na patologické změny ve stáří (demence) a zamýšlí se také nad budoucností gerontologie jako vědního oboru. Publikaci autor doplnil rovněž o slovníček odborných pojmů a obsáhlou bibliografii.

Cizojazyčná literatura

- 2. STUART-HAMILTON, I., 2011, *Introduction to Gerontology*. Cambridge: Cambridge University Press, ISBN: 0521513308**

Známý britský odborník je autorem i publikace *Introduction to Gerontology*, zabývající se gerontologií mnohem obsáhleji. Úvod do gerontologie poskytuje poměrně rozsáhlý úvod do této problematiky. Zahrnuje jak tradiční oblasti gerontologie, jakými jsou biologické a sociální aspekty stárnutí, tak oblasti méně tradiční, jakou je například oblast sexuality, umění nebo moderních technologií. Publikace je dílem mezinárodního týmu autorů, kteří čerpají fakta z jiných vědních disciplín, pohlíží na stáří a stárnutí z mnoha úhlů pohledu.

PŘÍLOHA P II: SLOVNÍČEK POJMŮ

Ageismus	postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří
Biologické stáří	je definováno ve vztahu k tělesným změnám a involučním procesům
Kalendářní stáří	je datováno od data narození. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje tuto periodizaci: 60-74 let – rané stáří (vyšší věk), 75-89 let – vlastní stáří (sénium), nad 90 let - dlouhověkost
Rizikové životní situace	řada problémových a zátěžových situací vyskytujících se v průběhu lidského života
Sociální stáří	je spojováno s přechodem do důchodu, vyznačuje se změnou sociální role a ekonomického zajištění jedince
Stárnutí	souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince
Stáří	období života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími souhrn biologických a psychologických změn, které jsou ireverzibilní.
Strategie hostility	strategie vyrovnávání se se stářím, strategie nepřátelství a hněvivosti vůči ostatním, sklon dávat vinu za své nezdary jiným lidem nebo nepříznivým okolnostem
Strategie konstruktivní	strategie vyrovnávání se se stářím, konstruktivní vyrovnání se s realitou vyššího věku
Strategie obranná	strategie vyrovnávání se se stářím, projevuje se přehnanou aktivitou, kterou lidé tohoto typu zahánějí starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce

Strategie sebenenávisti	strategie vyrovnávání se se stářím, staří lidé obracejí agresivitu vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj život jako selhání
Strategie závislosti	strategie vyrovnávání se se stářím, projevuje se pasivitou a závislostí na jiných lidech
Tanatologie	je nový lékařský obor zabývající se smrtí a umíráním. V našich podmínkách tento nový vědní obor mistrovsky popsal profesorka Helena Haškovcová v monografii Thanatologie, nauka o umírání a smrti.
Terminální stadium života	konečná etapa lidského života, poslední fáze období stáří, po němž následuje smrt
Univerzita třetího věku	je typ vysokoškolského studia určený seniorům. Univerzity třetího věku jsou pořádány ve všech městech, ve kterých fungují „normální“ univerzity. Činnost univerzit třetího věku koordinuje Asociace U3V, která vznikla v roce 1989..
Úspěšné stárnutí	dodržení obecných zásad duševní hygieny při procesu stárnutí, být aktivní, zachovat si šíři zájmů, uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou a duševní činnost, být otevřen novým poznatkům, navazovat nové vztahy, dodržovat nezbytný odpočinek a další.

PŘÍLOHA P III: VYBRANÉ DEFINICE A CITÁTY

Stárnutí

- je primárně procesem biologickým, zpravidla jím označujeme souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202-203)
- je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická. (Topinková, Neuwirth, 1995 in Malíková, 2010, s. 15)
- je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Jedná se o proměnu kontinuální a je neskadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 18)
- je primárně procesem biologickým, ale současně podmiňuje i procesy psychické. Jde v něm o různé strukturální změny v organismu, které oslabují jeho odolnost a podmiňují postupné oslabování výkonnosti jedince ve sféře fyzické i psychické. (Kuric, 2000, s. 156)
- je cesta do stáří. Člení se na stárnutí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je normální součástí života a zákonitou epochu ontogeneze. Příklad patologického stárnutí je stárnutí předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční. (Pacovský, 1990 in Malíková, 2010, s. 15)
- populační stárnutí je přirozený, cyklický a konečný proces. Ve vyspělých zemích probíhá déle než dvě století. (Tomeš, 2005 in Malíková, 2010, s. 15)

Stáří

- *je stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími. (definice WHO) (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004 in Haškovcová, 2010, s. 20)*
- *je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. “ Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných mnoha zevními faktory, z nichž zvláště významné jsou nemoci, způsob života a životní podmínky. (Kalvach, 1997 in Ondrušová, 2011, s. 16)*
- *konečná etapa procesu stárnutí nebo konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života. (Topinková a Neuwirth, 1995 in Malíková, 2010, s. 16)*
- *je přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku. (Haškovcová, 1990, s. 58)*
- *z hlediska ageismu je obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. (Vágnerová, 2000, s. 443)*
- *souhrn biologických a psychologických změn, které jsou ireverzibilní. (Vašutová a kol., 2010, s. 262)*

Citáty

Každému životnímu období je přidělen vhodný a pravý čas.

Cicero

Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.

Michel de Montaigne

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážení senioři,

mé jméno je Elena Kovaříková a studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia oboru sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Téma mé diplomové práce je:

Využití volného času v podmínkách domovů pro seniory.

Tímto bych Vás ráda oslovila a požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude sloužit výhradně pro potřeby mé práce. Vybrané odpovědi označte, prosím, do vymezeného pole.

1. Jste:
 - muž
 - žena
2. Jste ve věkové skupině:
 - 65-70 let
 - 71-75 let
 - 76-80 let
 - 81-85 let
 - 86-90 let
 - nad 90 let
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - základní
 - střední odborné, včetně vyučení
 - středoškolské
 - vyšší odborné
 - vysokoškolské
4. V domově pro seniory jsem umístěn(a) po dobu:
 - méně než 1 rok
 - 1-2 roky
 - 3-4 roky
 - 5-6 let
 - 7-8 let

- 9-10 let
- více než 10 let
- nevím, nepamatuji se

5. V rámci aktivizačních činností se v domově pro seniory ergoterapeutických aktivit:

- neúčastním
- účastním, jedná se převážně o tyto aktivity:
 - nácvik jemné motoriky (jóga prstů, pletení, háčkování, práce s barvami, papírem apod.)
 - cvičení paměti a koncentrace
 - kondiční cvičení (s hůlkami, míčky, činkami)

(označte všechny možnosti)

6. Pokud se aktivit, věnovaných nácviku jemné motoriky, účastním, dávám přednost nejraději:

- pletení a háčkování
- práci s papírem
- práci s barvami (i např. na sklo), koláže
- práci s keramikou
- práci s modelínou, plasty
- pomoc při drobných opravách (např. drobné údržbářské práce v domově)
- pomoc při vaření, drobné práce v kuchyni, kurzy vaření
- práce na zahradě
- jiné drobné úkony v domácnosti, jaké.....

(označte všechny možnosti)

7. Pokud se účastním hudebně nebo poeticky zaměřených aktivizačních činností, dávám přednost:

- tanci (včetně tance na židlích)
- poslechu hudby
- individuálnímu zpěvu písní
- společnému zpěvu písní
- čtení poezie

(označte všechny možnosti)

8. Společných aktivit s ostatními klienty domova se:

neúčastním

účastním, nejraději mám: soutěže ve sportu

společný zpěv

tvořivé dílny

společné posezení a diskuze např. nad aktuálními problémy

tanec

společné vycházky, posezení např. cukrárně, kinokavárně

promítání filmů

čtení poezie, předčítání knih

výstavy, kulturní vystoupení, besedy

oslavy výročí, sezónní oslavy

(označte všechny možnosti)

9. Sportovních aktivit pořádaných domovem pro seniory se:

neúčastním

účastním, nejraději mám: kuželky

kulečnick

šípky

házení míčků na cíl a podobné činnosti

petanque

turistiku

jiné.....

(označte všechny možnosti)

10. Pořádají se v rámci domova pro seniory také pravidelné bohoslužby?

ano, těchto se:

účastním

neúčastním

ne

nevím

11. Patří mezi nabízené aktivizační činnosti v domově také canisterapie (terapie se psy) nebo jiná terapie se zvířaty?

ano, jedná se o:

canisterapii

jiný druh této terapie.....

- ne
- nevím

12. Máte o terapii se zvířaty zájem?

- ano
- ne
- nevím

13. Probíhá v rámci aktivizačních činností v domově také reminiscenční terapie (práce se vzpomínkami)?

- ano, terapie se:
 - účastním
 - neúčastním
- ne
- nevím

14. Umožňuje domov pro seniory také Vaše návštěvy předchozího bydliště, místa posledního odpočinku příbuzných a přátel a podobně?

- ano, tuto službu:
 - využívám
 - nevyžívám
- ne
- nevím

15. Měl(a) byste o takovou službu zájem?

- ano
- ne
- nevím

16. Jsou Vám poskytovány dostatečné informace o nabízených aktivizačních činnostech?

- ano
- ne
- nevím

17. Jste s nabídkou aktivizačních činností v domově pro seniory spokojený(á)?

- ano
- ne, v nabídce postrádám.....
- nevím