

AKTIVNÍ STÁŘÍ V DOMOVECH PRO SENIORY

Jana Gregůrková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

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

PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Vaculíková, Ph.D.**
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **6. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně17.2.2016.....

.....


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 záverečných prací

²⁾ Vysoká škola nezávisle 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.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá současným stavem stárnutí české populace a způsobem jak mohou senioři, žijící v domovech pro seniory, aktivně trávit svůj volný čas. V teoretické části se zaměřuje na vymezení charakteristiky základních pojmů a poukazuje na postoj současné společnosti ke stáří. Popisuje systém sociální péče určený seniorům žijícím v domovech pro seniory. Upozorňuje na důležitý vliv aktivního života na fyzickou a psychickou stránku seniorů a věnuje se aktivizačním programům jako běžné součásti života seniorů v domovech pro seniory. Praktická část zjišťuje jak aktivní je život současných seniorů v domovech pro seniory ve Zlíně a Otrokovcích. V závěru je navržena varianta vedoucí k aktivnímu stárnutí, k činnostem ke zlepšení kvality života seniorů a jejich zdraví.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, domov pro seniory, aktivní život, aktivity, sociální pedagog

ABSTRACT

This thesis deals with the current state of the aging of the Czech population and way seniors living in nursing homes can actively spend their leisure time. The theoretical part focuses on defining the characteristics of the basic concepts and highlights the attitude of contemporary society to old age. It describes a system of social care for the elderly living in homes for the elderly. The thesis highlights the important influence of the active life of physical and the mental aspect of seniors and focuses on motivating programs as a common part of life of the elderly in retirement homes. The practical part investigates active life of today's seniors in retirement homes in Zlín and Otrokovice. The conclusion deals with the proposed option leading to an active aging, activities to improve the quality of life for seniors and their health.

Keywords: aging, age, home for the elderly, active life, activities, social educator

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Jitce Vaculíkové, Ph.D. za podnětné připomínky, odbornou pomoc a čas, který věnovala mé bakalářské práci.

Děkuji všem, kteří mi umožnili uskutečnit výzkumnou část mé práce.

Má rodina i blízcí přátelé mě podporovali a pomáhali mi po celou dobu mého studia, a proto jim též patří mé upřímné díky.

Motto: *„Přidat léta nejen životu, ale i přidat život létům“.*

(autor neznámý)

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN	12
1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.2 ŽIVOTNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	14
1.2.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	15
1.3 PÉČE O STARÉ LIDI V HISTORII	16
1.4 POSTOJ SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI KE STÁŘÍ.....	18
1.4.1 AGEISMUS	19
1.5 DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ.....	20
1.6 NÁRODNÍ PROGRAM PRO PŘÍPRAVU STÁRNUTÍ POPULACE V ČR.....	21
2 PÉČE O SENIORY V DOMOVECH PRO SENIORY	22
2.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ SLUŽBY	23
2.2 VYBRANÉ POBYTOVÉ SLUŽBY PRO SENIORY	24
2.2.1 DOMOV PRO SENIORY.....	25
2.2.2 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY	26
2.2.3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	27
2.3 POTŘEBY SENIORŮ.....	28
2.3.1 DUCHOVNÍ POTŘEBY	29
3 AKTIVNÍ STÁŘÍ	30
3.1 MOŽNOSTI AKTIVIZACE SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY.....	31
3.1.1 POHYBOVÉ AKTIVITY.....	33
3.1.2 ZÁJMOVÉ, KULTURNÍ A POZNÁVACÍ AKTIVITY.....	34
3.1.3 EDUKACE V DOMOVECH PRO SENIORY.....	35
3.2 VLIV AKTIVIZACE SENIORŮ NA FYZICKOU I PSYCHICKOU STRÁNKU SENIORA	36
3.2.1 MOTIVACE SENIORA K AKTIVNÍMU ŽIVOTU	37
3.3 MOŽNOSTI PŮSOBENÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA PŘI AKTIVIZACI SENIORŮ.....	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	40
2.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	40
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	41
2.3 PROMĚNNÉ.....	42
2.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	47
2.4.1 POPIS VÝZKUMNÝCH SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍ	47
2.5 VÝZKUMNÁ METODA.....	48
3 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	50
3.1 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	81
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	83
ZÁVĚR	84

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	85
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
SEZNAM GRAFŮ	90
SEZNAM TABULEK.....	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	93

ÚVOD

Každý z nás stárne, je to jedna z přirozených vývojových etap života člověka. Každá etapa nám nabízí nové možnosti a současně nás v něčem limituje. V dnešní moderní době je stáří všeobecně chápáno jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. Stárnutí máme spojené představou negativních projevů jako je vnější vzhled, zdravotní stav, ekonomická úroveň života či sociální péče o starší lidi. Nechceme být staří, nechceme vidět, ani slyšet, že se stáří týká přímo i nás. Stáří ale tak negativní být nemusí. Díky moderní medicíně, správné životosprávě a zejména pozitivnímu přístupu lidí ke svému životu se výrazně prodloužila délka života. Lidé si začínají uvědomovat, že dar života je potřeba přijmout a radovat se z něj v každé životní etapě. Toto přijetí, se vším pozitivním i negativním, může být pro mnohé jedince náročné a může negativně ovlivňovat životní spokojenost a kvalitu života. Proto je nezbytné dát všem lidem v seniorském věku příležitost aktivně žít. Vzhledem k prodlužující se délce života a ke stárnutí populace bude v naší společnosti narůstat počet seniorů, kteří budou potřebovat sociální péči v pobytovém zařízení. Strávit zbytek života v domově pro seniory je velmi náročné rozhodnutí a obávaná etapa lidského života, tím však život nekončí. Pro pracovníky poskytující sociální služby v domovech pro seniory je důležité si uvědomit, že dobře, pohodově a aktivně stárnout je nezbytné pro spokojený a důstojný život seniorů.

Bakalářská práce pojednává o aktivním životě seniorů žijících v domovech pro seniory. V první kapitola teoretické části je věnována popisu teoretických poznatků o stáří jako celospolečenském fenoménu. Zabývá se životními změnami ve stáří, obsahuje pohled do historie péče o staré lidi, vysvětlí postoj současné společnosti ke stáří a demografii stárnutí. Druhá kapitola se týká péče o seniory v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním zařízením. Zde jsou vysvětleny pojmy sociální služba, vybrané pobytové služby pro seniory a potřeby seniorů. Třetí kapitola je věnována vlivu aktivního stárnutí na život seniorů, jejich motivaci a možnostem aktivizace seniorů. Praktická část informuje o realizaci a výsledcích kvantitativního výzkumu s cílem zjistit jak aktivní je život současných seniorů v domovech pro seniory ve Zlíně a Otrokovicích. Výsledky šetření mohou být východiskem pro zlepšení aktivizačních programů a terapií pro klienty v domovech pro seniory. V závěru je navržena varianta vedoucí k aktivnímu stárnutí, k činnostem ke zlepšení kvality života seniorů a jejich zdraví.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

Stárnutí a stáří provází lidstvo od nepaměti, stejně tak jako touha být stále mladí. Většinou o svém vlastním stárnutí a stáří neuvažujeme a nepřipouštíme si ho až do té doby, než se nás začne blízce dotýkat. Je životní etapou, která spravedlivě postihuje každého z nás. Haškovcová (2010, s. 19) uvádí, že v každé společnosti žili staří a starší lidé, ovšem jejich počet byl po staletí relativně malý. Teprve v posledních 60 letech dochází k dynamickému a trvalému nárůstu jejich počtu, což by mělo být důvodem pro realizaci individuálních cílů zdravých seniorů a zajištění sítě kvalitních služeb pro nesoběstačné či nemocné seniory.

Zdravotní a funkční stav současné populace seniorů je mnohem lepší, než tomu bylo v minulosti. Je účelné a smysluplné usilovat o jeho zlepšování, zabezpečení nemocných a závislých starých osob, o prevenci závislosti. Nabídka smysluplných aktivit významně ovlivňuje potřeby a zájmy seniorů, zkvalitňuje jejich život ve stáří a zejména prodlužuje aktivní období života. (Mühlpachr, 2004, s. 16)

Stárnutí populace bývá společností mnohdy považováno za problém, krizi či hrozbu. Ve skutečnosti je stárnutí triumfem zdravotního, sociálního a hospodářského pokroku. Každá věková skupina má důležitý přínos pro společnost, svou komunitu a rodinu. Staří lidé mohou předávat bohaté poznatky a zkušenosti. Pro zabezpečení co nejdelšího aktivního života seniorů je nutná jejich sociální i ekonomická integrace do všech oblastí společnosti. Dosažení tohoto složitého cíle je možné díky holistickému přístupu, kdy se zohledňují zájmy všech věkových skupin, ve všech oblastech a na všech úrovních tvorby politiky. (Hetteš, 2011, s. 20-21)

Dle Kalvacha (ed, 2014, s. 18) může mít stárnutí a stáří variantní podoby, které jsou ovlivňovány různými faktory: genetickou dispozicí jedince, psychikou, životním způsobem, vlivy prostředí, nemocemi a úrazy. Hledat formy úspěšného stárnutí, aktivního, zdravého a spokojeného stáří, tvořit pro ně vhodné podmínky, je nejvýznamnější současná priorita zdravotní a sociální prevence.

Problematiku stáří je potřeba propojit celospolečensky, neboť se dotýká všech lidí. Mladí a ekonomicky činní lidé ovlivňují kvalitu života současné generace seniorů a současně si připravují podmínky pro své vlastní budoucí stárnutí. Vypořádat se se stárnutím znamená výzvu nejen pro jedince, kterého se dotýká, ale i pro společnost, která se vlivem nárůstu počtu stárnoucí populace rychle proměňuje.

1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Stáří je označována poslední vývojová etapa lidského života, která končí smrtí. Jedná se o důsledek a projev involučních změn (funkčních i morfologických), které jsou determinovány geneticky, ale i dalšími faktory, např. nemocemi, způsobem života, životními podmínkami“. Většina autorů považuje stáří za konečné vývojové období života, zatímco stárnutí za fyziologický proces, kterému se nikdo živý nemůže vyhnout. (Příbyl, 2014, s. 9)

Stárnutí a stáří se projevuje zvýšenou zranitelností jedince, snížením mentálních funkcí, ztrátou soběstačnosti, poklesem výkonnosti a omezením kontaktů s okolím. K potížím při fyziologickém průběhu stárnutí nedochází vždy a automaticky, úpadek tělesných funkcí začíná již v rané dospělosti, kolem třicátého roku věku. (Malíková, 2011, s. 14)

Podle Křivohlavého (2011, s. 16) člověk od narození prochází určitými změnami a tyto změny působí na to, jak bude své stáří prožívat a o čem se bude snažit. Haškovcová (2010, s. 24) konstatuje, že radost z prodlouženého věku těší každého z nás. Ve srovnání s předchozími generacemi žijí dnešní lidé s reálnou vyhlídkou na další prodloužení života. Délka života každého člověka je odborníky dáвана do souvislosti s genetickými zvláštnostmi a předpoklady jedince, nicméně je předpoklad, že se lidé v budoucnosti mohou dožívat věku kolem 120-130 let.

V odborné literatuře není shoda v rozdělení lidského věku. Někteří autoři, ovlivnění zlepšující se zdravotní péčí a funkčním stavem stárnoucí populace, se v současné době více přiklání k rozšířenému členění na 65-74 let: mladí senioři (problematika penzionování, volného času a aktivit, možnost seberealizace), 75-84 let: staří senioři (dochází ke změnám funkční zdatnosti, zdravotní potíže, nemoci, osamělost), 85 let a více: velmi staří senioři (problém soběstačnosti, potřeba faktického zabezpečení). (Příbyl, 2014, s. 10-11)

Jevy a procesy stáří mají svůj čas, ve kterém individuálně na nás působí, objevují se postupně a tak nelze přesněji určit věk počátku stáří. Při porovnání generace seniorů před sto lety a dnešními seniory je vidět zcela odlišné stáří. Současné stáří je ovlivněno trendem adorace mládí a jeho atributů, do popředí je dáвана krása vzhledu a těla. Stáří a senior jsou v takové hodnotově pokřivené společnosti vnímáni jako něco nepatřičného až neslušného, což ovlivňuje zejména jejich psychiku.

1.2 ŽIVOTNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ve stáří probíhá v organismu každého člověka řada změn, které jsou způsobeny tělesnými, psychickými a sociálními vlivy. Malíková (2011, s. 19-22) vysvětluje, že pro biologické aspekty stárnutí jsou typické tělesné změny stárnoucího organismu, které probíhají u každého člověka jinou rychlostí a intenzitou a souvisejí s nemocemi obvyklými ve stáří. Tělesné projevy stárnutí můžeme obecně charakterizovat jako změny ve vzhledu, celkový úbytek sil a schopností, reakce na podněty jsou pomalejší, organismus hůře reaguje na nějakou zátěž. Jak uvádí Příbyl (2014, s. 11) psychický stav jedince je silně ovlivněn jeho pozitivním či negativním hodnocením dosavadního života, přijetím vlastního stárnutí a stáří a zvyšující se sociální izolací. Dochází ke změnám psychiky a emočního prožívání, nastávají změny v žebříčku životních hodnot a potřeb.

Stáří přináší přehodnocování a každodenní nepříjemnosti. Erikson (2015, s. 109) je označuje jako stádium základní nedůvěry proti důvěře. Staří lidé vlivem stárnutí svého těla jsou nuceni nedůvěřovat svým schopnostem. Jednoduché každodenní aktivity mohou přinášet obtíže a člověk se stává často unaveným a depresivním. Vlivem dlouhodobých i náhlých ztrát důstojnosti může snadno nastoupit pocit zoufalství.

Mezi sociální aspekty nepříznivě ovlivňující stáří patří odchod do důchodu, zhoršení finančního zabezpečení, úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby, omezení sociálních kontaktů, strach z osamělosti a nesoběstačnosti, fyzické omezení z důvodu nemoci, vliv ageismu, změna životního stylu a stěhování. Dle Dvořáčkové (2012, s. 13-14) společenská role i status seniorů úzce souvisí s postojem společnosti ke stáří. Odchodem seniora do penze dochází ke změně jeho společenské role, senior se dostává do statusu „nemít roli“ a je nucen změnit a vhodným způsobem přeorganizovat svůj život, najít si nové cíle.

Změna ve vnímání času provází každý důležitý přechod. Odchodem do penze je senior předurčen k odpočinku, nemusí se o nic starat a nic dělat. Společnost jej staví do role starého a nepotřebného. Lidé, kteří byli dříve v šedesáti považováni za staré, jsou však v dnešní době plní energie a síly. Nečekají pasivně na nový život, vědí, že je důležité dělat něco pro sebe a hledají nové možnosti, jak zůstat aktivní.

1.2.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Vědecké výzkumy dokazují, že mozek seniora potřebuje být stimulován k činnosti, dostávat podněty, mít fyzickou aktivitu a činnost. Útlum a nečinnost mozku může prohloubit a urychlit průběh nemoci zvané demence.

Demence je hromadný termín, skupina chorob, která má mnoho forem. Její nejčastější formou je Alzheimerova choroba, poprvé popsána v roce 1906 německým neurologem Aloisem Alzheimerem. V mozku dochází k sesychání nebo odumírání nervových buněk, řídící centrum mozku nezvládá fungovat tak jak má. Nemocný se v počáteční fázi chová normálně, protože většina nervových buněk ještě zvládá dobře fungovat. Mozek plně využívá svých rezerv a při selhání je nahrazuje jinými nervovými buňkami a to až do kritického bodu, kdy už nelze čerpat z náhradních buněk. (Buijssen, 2006, s. 14)

Koukolík (2014, s. 113) vysvětluje, že jakmile změny v mozku překročí určitou hranici, objevují se poruchy krátkodobé paměti. Přidávají se i další příznaky demence: poruchy řeči a jazyka, poruchy poznávání, narušují se naučené složité pohyby a sociální přizpůsobování. Dle Topinkové (2005, s. 139) se často objevuje i porucha chování projevující se zejména apatií, nerozhodností, nedostatkem vůle, neklidnou aktivitou, přecházením a blouděním.

Rychlost, kterou nemoc postupuje, se u každého postiženého liší, může trvat 2 až 15 let a končí smrtí. V počáteční fázi je postižena krátkodobá paměť, ztrácí se orientace v čase a zájem o dění. Nemocný stále zvládá sám o sebe pečovat. Ve střední fázi již potřebuje dohled pečující osoby a v poslední fázi se stává zcela závislý ve všech svých potřebách na pomoci druhých a zapomíná vše, co uměl a znal. (Dienstbier, 2012, s. 114)

Senior, který trpí demencí, si nedokáže zapamatovat, co se kolem něho dělo před chvílí. Mizí jeho paměť i nabyté dovednosti – např. zapomíná, jak si má sednout. Vidí židli, ale nerozumí slovu sednout si, neví, co a jak má správně udělat. Svou nemoc si nepřipouští, nemocní jsou všichni kolem, jen on je zdravý. V domově pro seniory je proto, že jej tam dal jeho vlastní potomek, vzal mu všechny peníze a nechodí jej navštěvovat. Ve většině případů však dcera či syn svého rodiče navštěvují pravidelně a zajímají se o něj. Senior trpící demencí si z posledních událostí pamatuje stále méně, začnou mizet vzpomínky z dětství, začne se rozpadat i dlouhodobá paměť.

1.3 PÉČE O STARÉ LIDI V HISTORII

Péči o staré lidi poskytovala zejména rodina. Pokud starý člověk neměl rodinu, nebo se o něj nemohla z jakéhokoliv důvodu postarat, stával se ubožákem, žijícím na okraji lidské společnosti. Mlýnková (2011, s. 60) uvádí, že až do 19. století nejsou v dějinách lidstva žádné záznamy o zařízení, které by se věnovalo péči o staré a nemocné seniory.

Od středověku lze sledovat historii pomalu vznikající ústavní péče v českých zemích. Středověké špitály umožňovaly dlouhodobý a trvalý pobyt starým, nemocným, tulákům a chudině. Církev zajišťovala jejich správu z milodarů soucitných boháčů. Většina z nich byla plná špíny, bídy a špatného zacházení. Klášterní nemocnice, druhý typ ústavní péče, sloužily pro nemocné z řad řeholníků a z šlechtických rodin. Klášterní řád dotoval provoz a zajišťoval ošetřovatele z vlastních řad. Ani zde nebyla úroveň nijak valná, neboť řeholníci se věnovali zejména náboženským úkonům a ošetřování nemocných považovali za ponižující práci. Třetím typem byly nemocnice pro osoby malomocné nebo osoby postižené různými infekčními chorobami, které měly v době epidemií separovat nebezpečně nemocné od ostatních osob. (Haškovcová 2010, s. 183-186)

Král Vladislav II. založil v roce 1484 Malostranský špitál a v roce 1502 Staroměstský špitál, jejich význam spočíval v poskytování základní péče nemocným, která měla spíše charitativní charakter, zdaleka ne léčebný. Od roku 1552 byla v říšském policejním řádu ustanovena povinnost obcí postarat se o své chudé a staré lidi, toto chudinské právo zaniklo až v roce 1948. V roce 1787 vydal Josef II. nařízení o zřizování všeobecných nemocnic jako ústavů léčebných, čímž se zasloužil o rozsáhlý vznik veřejných nemocnic. Časem se ve špitálech a nemocnicích začalo léčit, azylový charakter pomalu vymizel. Staří lidé byli přesunuti do starobinců a chudobinců. (Haškovcová 2010, s. 186-187)

Se vznikem samostatného československého státu nastal v sociální péči obrat k lepšímu. Sociální pomoc od roku 1920 poskytovali první terénní pracovníci tzv. „otcové chudých“, kteří o ní referovali svým nadřízeným orgánům - obci. Začaly vznikat další léčebné a ošetrovací ústavy. Zcela mimořádné bylo zřízení moderního domova sociální péče roku 1929 – Masarykových domovů v Praze – Krči. Objekt měl 21 budov: z nichž 5 bylo starobincem, 5 chudobincem, 1 dětským chorobincem, další budovy sloužily jako ozdravovny a zotavovny. Péče zde byla mimořádně kvalitní, uplatňovaly se aktivační programy (léčba prací v ústavních dílnách, zahradě či na statku) a cílená podpora samostatnosti seniorů (praktický denní režim – stlaní postele, čištění vlastních oděvů a

obuvi). Masarykovy domy měly velkou oblibu, jejich éra skončila roku 1954, kdy byly přebudovány na Thomayerovu nemocnici. Pomoc starým lidem byla poskytována taktéž ze strany dobrovolných organizací a náboženských spolků např. Československým červeným křížem, Charitou, Diakonií, Českým srdcem a dalšími. (Haškovcová, 2010, s. 195-201).

Po druhé světové válce stát převzal zodpovědnost za sociální zabezpečení svých občanů. Po zestátnění všech léčebných a ošetrovacích ústavů, začaly postupně vznikat domovy důchodců. Jejich útočištěm se staly zabavené kláštery, církevní budovy nebo se stavěly nové, často však někde za městem. Senioři byli izolováni a odtrženi od běžného života, problémem bylo i vytápění, hygiena a nedostatek prostoru. (Haškovcová, 2010, s. 208-216)

V 60. letech 20. století vznikaly také domy s pečovatelskou službou, domovy – penziony, střediska osobní hygieny (koupelna nebyla běžně v domácnosti), domovinky (zařízení pro denní pobyt důchodců) a terénní pečovatelská služba. Náplní socialistické pečovatelské služby bylo rozvážet obědy, donášet nákupy potravin, omezeně byla realizována pomoc při osobní hygieně. Domovy důchodců byly často uzavřeným a zapomenutým světem, pro mnohé také poslední štací, neboť během prvních 5-6 týdnů v novém prostředí ztráceli chuť k životu a umírali. (Haškovcová, 2010, s. 218-221)

Po roce 1989 byly domovy pro důchodce přejmenovány na domovy pro seniory a senioři se dnes sami rozhodují o svém pobytu v domově. Současná péče se realizuje zejména v rodině, v resortu sociálních služeb a zdravotnictví. Občanská sdružení, církevní iniciativa a dobrovolnictví se také velmi významně podílejí na péči o staré lidi.

1.4 POSTOJ SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI KE STÁŘÍ

Každé věkové období má své klady a zápory, svou hodnotu jak pro člověka, tak i pro společnost. Štílec (2004, s. 14) míní, že dnešní společnost vnímá staré lidi spíše jako nutné zlo, protože nezapadají do oslavovaného obrazu mládí, krásy a výkonu. Moderní doba nám změnila osobní setkávání s okolím na kontakt prostřednictvím mobilního telefonu či napsáním emailové zprávy. Děti a mladí lidé jsou ochuzeni o kouzlo z vyprávění starších lidí, o zážitky a zkušenosti z jejich doby. Informace si v dnešní době zjišťují sami na internetu. Současná společnost je více nakloněna mládí a to velmi negativně ovlivňuje naše chování vůči starší generaci. Pomalé tempo seniorů nás omezuje a blokuje, staří lidé nás omezují a rozčilují.

Jak uvádí Sýkorová (2007, s. 68) pohled střední generace na problémy starších lidí ve společnosti je plný mýtů a negativního vnímání, které je často využíváno politiky a šířeno médii. Dle Mlýnkové (2011, s. 38) společnost považuje seniora jako neproduktivního člověka, který nic nebuduje, nepřináší a ničím nepřispívá.

Štílec (2004, s. 14) varuje před tím, jaký model chování si vůči starším lidem osvojíme, takový nás pak ve vlastním stáří dožene. Je potřeba být ke starším lidem vstřícnější a poskytovat jim možnosti k jejich dalšímu rozvoji. Naše vnímání a chápání představ o stáří je odrazem společenského bytí.

Pro nás všechny platí, že máme možnost vybrat si, kde budeme žít, pracovat, vzdělávat se a trávit svůj volný čas. Je na nás, na společnosti, abychom poskytli seniorům odpovídající podmínky pro svobodnou volbu způsobu života, po kterém touží. (Vávrová, 2009, s. 36)

Pro psychiku každého seniora je velmi důležité, jak jej vnímá společnost, zejména jeho vlastní rodina. Každý člověk potřebuje neustále potvrzovat svoji identitu, žít ve vztazích a být v interakci s druhými lidmi. Staří rodiče se o své děti pravidelně zajímají, podporují je a pomáhají v nouzi, mnohdy až do konce svých dnů. Na druhou stranu, zodpovědnost a starost dětí o vlastní rodiče není v dnešní postmoderní době tak automatická a samozřejmá. Sami jednou zestárneme a budeme odkázáni na pomoc druhých. Budeme mít potřebu cítit se jako hodnotná lidská bytost, která je společností respektována a přijata, taková jaká je. Bez nálepkování, soudu a hodnocení.

1.4.1 AGEISMUS

S demografickým vývojem a prodlužující se délkou života se ve společnosti stále častěji objevuje diskriminace seniorů. Setkáváme s ní na úřadech, v obchodech, v čekárnách lékařů, v dopravních prostředcích a bohužel, objevuje se i v rodinách. Odborná literatura ji označuje termínem ageismus.

Podle Sýkorové (2007, s. 50-51) ageismus stereotypizuje a diskriminuje lidi na základě věku, omezuje sociální role a znehodnocuje status seniorů, znemožňuje rovné příležitosti a v neposlední řadě snižuje jejich životní šance. Může se projevovat pohrdáním, odporem, vyhýbáním se kontaktům se seniory, diskriminací na trhu práce a násilím páchaném na seniorech nejčastěji v rodině. Příbyl (2014, s. 27-28) považuje ageismus za postoj a projev nepříjemného pocitu vůči stáří, chorobám, bezmocnosti a smrti. Mnozí senioři podléhají ageistickým názorům, ztrácejí sebedůvěru a ztotožňují se s degradujícím pohledem na stáří a stárnutí, jak jej předkládají některá masmédia.

V domovech pro seniory se ageismus může projevovat prostřednictvím ošetrovatelské péče, kdy je vůči klientům používáno například devalvující a infantilní chování, elderspeak (zdrobněliny a hovory na dětinská témata), vyhýbání se kontaktu se seniorem a vytváření závislosti. Taktéž vedení domova pro seniory může uplatňovat ageistické tendence například z důvodu snižování výdajů nebo odpírání či omezování nákladné léčby kvůli vysokému věku. (Pokorná, 2010, s. 75)

Japonská filozofie říká, že stáří je nejdůležitějším obdobím lidského života. Starý člověk, podle ní, přetváří svět k lepšímu. Úspěšným způsobem, jak vymýtit ageismus, je začít sám u sebe, ve své rodině - jak se budeme chovat ke svým rodičům, tak se potom naše děti budou chovat k nám. Nezbytné je také ukázat dětem toleranci, úctu a respekt k nemocným a starým lidem.

1.5 DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ

Změna ve věkovém složení společnosti je celosvětový trend, avšak takový problém se v historii lidstva nikdy nevyskytoval. Také v České republice se každoročně zvyšuje podíl seniorů ve společnosti. Poměr ekonomicky produktivních mladých lidí a penzistů se bude výrazně měnit a společnost se musí této skutečnosti přizpůsobit a řešit ji. Příčin tohoto demografického vývoje je několik: na jednu stranu se prodlužuje střední délka života díky lepší životní úrovni, lepší zdravotní péči a zejména díky zdravějšímu způsobu života, na druhou stranu klesá porodnost a kojenecká úmrtnost.

Dle odhadu Českého statistického úřadu z roku 2013 bude obyvatelstvo v České republice v průběhu 1. poloviny 21. století dramaticky stárnout. Odborníci předpokládají, že do roku 2050 se mírně zvýší úroveň plodnosti, sníží se úmrtnost obyvatelstva a budou i nadále do naší země přibývat zahraniční migranti. Celkový počet obyvatel však bude nižší než v roce 2013. Očekává se, že počet osob ve věku 65 let a více bude v roce 2050 až dvojnásobný ve srovnání se současnými léty. K 1. 1. 2013 byl podíl osob ve věku 65 let a více 16,8% a k 1. 1. 2050 stoupne na 32,5%. Nejrychlejší bude nárůst počtu osob starších 85 let, který vzroste až čtyřnásobně: v roce 2013 byl počet osob starších 85 let 0,2 milionu, v roce 2060 je předpoklad zvýšení až na 0,8 milionu. (Příprava na stárnutí v České republice, MPSV, 2015)

Každý desátý obyvatel v České republice bude v roce 2050 starší 80 let a zároveň bude platit, že v této věkové kategorii bude dvojnásobný počet žen oproti počtu mužů. Naděje na dožití je v současné době v České republice u žen 81 let a u mužů 75 let. Prognóza Českého statistického úřadu odhaduje, že v roce 2060 by naděje na dožití u žen mohla být 90 let a u mužů 86 let. Rozdílná naděje dožití u žen a mužů jasně ukazuje, že ženy mezi seniory výrazně převažují. Stárnutí české populace je veřejností považováno za negativní jev – 72% obyvatel považuje demografický vývoj za špatný, 55% obyvatel si přeje navýšení počtu obyvatel v České republice. (Kafková, 2013, s. 15-16)

Blahobyt a prosperita každého státu je spojována s narůstajícím počtem jeho pracovní síly. Ekonomika ovlivňuje obyvatelstvo a obyvatelstvo ovlivňuje ekonomiku. Je faktem, že vzrůstající počet starých a starších osob bude potřebovat pomoc další osoby při péči o sebe sama. Podpora zdravého a aktivního stárnutí představuje možnost a výzvu, jak zabezpečit finanční udržitelnost sociálně zdravotního systému a jak co efektivněji využít znalostí a potenciálu přibývajících počtu starších lidí.

1.6 NÁRODNÍ PROGRAM PRO PŘÍPRAVU STÁRNUTÍ POPULACE V ČR

Česká republika byla nucena reagovat na demografické změny ve společnosti, proto byl usnesením vlády České republiky ze dne 15. května 2002 č. 485 schválen plán Národního programu přípravy stárnutí (dále jen NPPS) na období let 2003 – 2007.

„Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z " Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí" (Vídeň 1982), "Zásad OSN pro seniory" (1991) a je v souladu se závěry II. světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8. - 12. 4. 2002) a přijatého " Mezinárodního plánu stárnutí 2002".“ (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007, MPSV, 2015)

NPPS pojímá stárnutí společnosti jako příležitost, která má být využita všemi generacemi a obrací se proto na mladou generaci, střední generaci i na samotné seniory. Je strategickým dokumentem, který v deseti částech (I. Etické principy, II. Přirozené sociální prostředí, III. Pracovní aktivity, IV. Hmotné zabezpečení, V. Zdravý životní styl, kvalita života, VI. Zdravotní péče, VII. Komplexní sociální služby, VIII. Společenské aktivity, IX. Vzdělávání, X. Bydlení) stanovuje cíle a opatření, která je potřeba přijmout v těchto oblastech v kontextu demografických a sociálních změn. Záměrem vlády je komplexní přístup k problematice stárnutí populace a vytvoření společných priorit všech přijatých opatření, zejména zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů.

Evropský parlament a Rada vyhlásili rok 2012 za Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Jedním z hlavních výstupů Evropského roku bylo, že vláda ČR svým usnesením č. 108 schválila Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 ze dne 13. února 2013 (k 31. 12. 2014 byla provedena aktualizace). Tyto strategie jsou zpracovávány 1 krát za 5 let. (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, MPSV, 2015)

Hlavním cílem je vytvářet společnost, která odmítá všechny formy ageismu, ochraňuje staré lidi a respektuje lidská práva. Dalším cílem je snaha o zvýšení kvality života seniorů a to podporou aktivního stárnutí, zlepšováním zdraví a zdravotní péče a podporou rodiny i pečovateli.

2 PÉČE O SENIORY V DOMOVECH PRO SENIORY

Jak uvádí Malíková (2010, s. 29-30), do roku 1989 byli staří soběstační, nesoběstační a umírající lidé izolovaní v ústavu a před jejich existencí společnost zavírala oči. Často z důvodu deficitu bytů do domova důchodců odcházeli lidé schopní dalšího samostatného života ve vlastním prostředí. Pokud se rodina nesoběstačného seniora nemohla postarat, umístila jej do nemocnice na oddělení LDN do té doby, než se uvolnilo místo v domově důchodců. Krhutová (ed, 2013, s. 17-18) připomíná typický naprostý nedostatek soukromí, kdy senioři byli ubytováni ve vícelůžkových pokojích bez sociálního zázemí, byl přísně stanovený režim dne začínající budíčkem, trávení volného času se realizovalo skupinovými procházkami, výjimečně se senioři dostali mimo areál ústavu, výjimečné bylo i soužití mužů a žen v zařízení. Malíková (2010, s. 29-30) zmiňuje profesionální deformaci a syndromem vyhoření samotného personálu, často byla porušována práva seniorů, nikoho nezajímalo jaké má senior návyky a potřeby. Veškerou péči hradil stát a tak příbuzní pravidelně přicházeli pro důchod svých blízkých. Pro mnoho seniorů v domovech důchodců byly poslední dny plné smutku, zklamání, ponížení a pasivity.

Na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982 byly vyhlášeny základní strategie v péči o seniory. Tyto strategie jsou i v dnešní době stále velmi aktuální a označujeme je jako 4xD. Demedicinalizace - péče o staré lidi by měla probíhat v systému ambulantních zdravotních, sociálních služeb a jiných společenských oblastí. Deinstitutionalizace - podpora péče v domácím prostředí, podpora starajících se příbuzných, podpora komunitní péče. Deprofesionalizace - postarat se o seniora může každý, kdo má zájem a je schopen se na této péči účastnit - rodina, přátelé, sousedé a dobrovolníci. Deresortizace - seniorská problematika by měla proniknout do všech oblastí společnosti, každý obor lidské činnosti může pro seniory něco udělat. (Příbyl, 2015, s. 16-17)

Přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. nastala výrazná změna v oblasti poskytování sociálních služeb a pomoci. Hlavním cílem současné péče o seniory je udržet jejich samostatnost, soběstačnost a sebeobslužnost v co nejvyšší míře a pokud možno v přirozeném prostředí. Dosáhnout tohoto cíle umožňují terénní a ambulantní služby, které jsou definovány v zákonu o sociálních službách. Teprve, když se soběstačnost seniora sníží natolik, že není možné, aby žil sám, či jeho rodina není schopna se o něj postarat, je možnost využít institucionální péče.

2.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby jsou od roku 1989 v procesu transformace. Změny v jejich pojetí vychází z důrazu na dodržování lidských práv, respektují svobodnou vůli osob, zajišťují důstojný život a snaží se o podporu běžného života klientů. Obecným cílem sociálních služeb je snaha o podpoření samostatného a důstojného života každého klienta dle jeho obvyklého rytmu a způsobu. Další zásadní změnou je zaměření se na konkrétní situaci klienta. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013. s. 67-68)

Holmerová (ed, 2014, s. 180) definuje sociální služby jako pomoc v oblasti péče o sebe sama, ošetřování, zajištění stravování, zajištění chodu domácnosti, ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, prosazování vlastních práv a zájmů.

Poskytování péče a služeb klientům je hlavní náplní pobytového zařízení. Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči uvádějí základní postupy při poskytování péče a služeb klientům zařízení a mají zásadní význam pro transformaci péče v České republice. (Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad, 2005, s. 87). Kuzníková (2011, s. 161) uvádí, že povinné standardy kvality sociálních služeb, zavedené zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, se týkají oblasti procedurální (jak má vypadat poskytování služby), personální (vzdělávání zaměstnanců, organizační zajištění sociální služby) a provozní (místní a časová dostupnost služby, postupy při zvyšování kvality sociálních služeb aj.).

Dle Rohanové a Holmerové (in Havrdová, 2010, s. 130) je v pobytových zařízeních péče o seniory stále ve většině případů poskytována rutinně. Uspokojují se zejména biologické potřeby klientů, méně psychosociální a nejméně spirituální, nezohledňují se životní hodnoty klientů. Poskytování péče je ovlivněno využíváním nejmodernějších technických pomůcek, ale také časovou limitou každého výkonu, nárůstem administrativy a financemi.

Rozsah a forma pomoci poskytovaná sociálními službami musí dbát na lidskou důstojnost a podporovat rozvoj či zachování stávající soběstačnosti klientů. Trendem je snaha co nejvíce přiblížit normální život klientům soběstačným i klientům se zdravotním postižením. Dříve sociální péči poskytoval výhradně stát, dnes odpovědnost za sociální služby přešla na soukromé osoby, samosprávu krajů a obcí, nestátní neziskové organizace, církve a stát. Každý z účastníků má povinnosti a svůj díl odpovědnosti.

2.2 VYBRANÉ POBYTOVÉ SLUŽBY PRO SENIORY

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí základní druhy a formy sociálních služeb. „Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se rozdělují do tří skupin jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení 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“. (Zákon č.108/2006 Sb., §32 a §33, MPSV, 2015)

Jakou sociální službu si senior vybere, záleží na tom, do jaké míry je schopen se o sebe postarat. Je-li toho schopen pouze částečně, je vhodná terénní sociální služba (pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, odlehčovací služba nebo home care - domácí zdravotní péče předepisovaná lékařem, hrazená z veřejného zdravotního pojištění). Pokud senior není schopný se o sebe postarat s pomocí rodiny a terénní sociální služby, je vhodné umístění do pobytových zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem). V současné době jsou velmi populární ambulantní sociální služby – domovinky, kam senior ve všední den dochází nebo je doprovázen, je mu zde poskytována strava, rehabilitační či zájmová činnost. (Holmerová ed, 2014, s. 180-181)

V níže uvedených podkapitolách jsou vybrány tři pobytové sociální služby, jejich popis vychází ze zákona o sociálních službách a z odborné literatury.

2.2.1 DOMOV PRO SENIORY

Nováková (2011, s. 193) popisuje domov pro seniory jako zařízení, kde se poskytuje pobytová služba osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Je zde poskytována celodenní péče, strava a ubytování, je zajištěna péče sociální i zdravotní. Holmerová (ed., 2014, s. 188) doplňuje, že součástí služby je pravidelné docházení lékaře a aktivizační činnost, která klientům nabízí zapojení se do kulturních a společenských akcí. Haškovcová (2010, s. 237) vyjmenovává i další služby, které řada domovů pro seniory provozuje, jedná se o kadeřnictví, pedikúru, bufet s možností zakoupit si nejen potraviny, ale i drogerii a tisk.

K přijetí seniora do domova pro seniory je potřeba vyplnit žádost, tento systém je zavedený již z minulosti. Žádost vyplní senior sám ze svého svobodného rozhodnutí nebo na radu lékaře, rodiny či blízkého okolí. Ve většině případů se také sám rozhodne pro pobytové zařízení, které mu bude nejvíce vyhovovat. Dlouhodobými klienty domovů pro seniory se stává pouze 3-4% seniorů starších 70 let. Není tedy pravdou, že v domově pro seniory končí skoro každý. Tento mylný dojem vyplývá z toho, že média nevěnují žádnou pozornost těm, kteří jsou v péči rodin. Haškovcová (2010, s. 236)

Mühlpachr (2004, s. 109-111) definuje problémové oblasti, které se přímo i nepřímo podílí na kvalitě života klientů. Ze strany klientů je nejčastějším problémem ztráta vazeb s rodinou, omezení soukromí, ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti, kdy klient pasivně přijímá danou roli. Ze strany poskytovatelů služeb se nejvíce vyskytuje nevyváženost zdravotnické a sociální péče – nedostatečné vybavení vědomostmi k plnění sociální funkce, nedostatek personálu – způsobuje stres péče jak zaměstnancům, tak i klientům, nízké společenské ohodnocení poskytovatelů – veřejnost nechápe náročnost péče. Dle Venglářové (2007, s. 81) bývá personál vystaven stresujícím situacím, kdy vznikne konflikt mezi jeho profesionalitou a požadavky klienta či jeho rodiny. Rodina i klient často očekávají, že personál bude konat péči, kterou bez problémů zvládne klient sám. Matoušek (2007, s. 90) zmiňuje podcenění přístupu k rodině, nedostatečné využívání spolupráce s rodinou a rivalitu mezi zdravotnickým a sociálním pracovníkem.

Cílem sociální služby pro klienty je poskytnutí důstojného, plnohodnotného a aktivního prožití jejich života, rozvíjet a zachovat jejich samostatnost, dovednosti a návyky. V domově žijí klienti, kteří se o sebe dokáží částečně postarat a klienti, kteří jsou zcela odkázáni na péči a pomoc personálu.

2.2.2 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Odlehčovací služba je definována v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 44. Jedná se o terénní, ambulantní nebo pobytovou službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem služby je nabídnout pomoc a umožnit odpočinek pečující fyzické osobě. Klientovi tato služba nabízí pomoc při zvládnutí běžných věcí týkajících se péče o jeho osobu, pomoc při osobní hygieně, stravování a ubytování, umožňuje mu kontakt se společenským prostředím, nabízí sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování jeho práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č.108/2006 Sb., MPSV, 2015)

Příkladem odlehčovací služby je Denní stacionář pro lidi s demencí Naděje Zlín, který poskytuje sociální službu klientům, jejichž zdravotní či duševní stav nevyžaduje specializovanou péči. Klienti mohou Denní stacionář navštěvovat ve všední dny od 7:00h do 16:00h, což umožňuje pečujícím žít svůj život a současně zajišťovat péči o blízkého člověka. (Naděje Zlín, 2015)

Pečující rodiny, díky sociální odlehčovací službě, mohou využít čas ke svému psychickému i fyzickému odpočinku, odjet na dovolenou nebo mohou absolvovat vlastní léčení v nemocnici. Péči o člověka se sníženou soběstačností převezmou na danou dobu pracovníci sociálního zařízení. Jejich úkolem je působit na klienty aktivně, vést je k samostatnosti a soběstačnosti, nabízí pomoc při zvládnutí běžných věcí týkajících se péče o jeho osobu, pomoc při osobní hygieně, nabízí stravování a ubytování, umožňuje mu kontakt se společenským prostředím, nabízí sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Je placenou službou ze strany klienta nebo pečujícího.

2.2.3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domov se zvláštním režimem je celoroční pobytové zařízení. Tyto domovy poskytují služby klientům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a klientům se syndromem demence, zejména Alzheimerovou nemocí, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní režim v domovech je zcela přizpůsoben specifickým potřebám těchto klientů. (Zákon č.108/2006 Sb., §50, MPSV, 2015)

Dle Haškovcové (2010, s. 237) je zákonem daná možnost zřídit domov se zvláštním režimem pro některé seniory a zejména jejich rodiny velmi vítaným řešením, bohužel takových zařízení není u nás dostatek. Habrcetlová (in Holmerová, 2015, s. 189) uvádí, že domov se zvláštním režimem funguje podobně jako domov pro seniory, je zde však opatření ve volném pohybu klientů - otevírání dveří na prstový snímač, otevírání výtahu na kód. Klienti trpící demencí jsou omezeni v samovolném opuštění zařízení z toho důvodu, že mají ztrátu schopnosti orientovat se, ztrátu schopnosti poznávat své okolí či své blízké, což je pro tuto nemoc typické.

Každé pobytové zařízení musí mít vypracovaný provozní řád, který dodržují všichni pracovníci, klienti a jiné osoby přítomné v zařízení. Domov se zvláštním režimem má stejný rozsah provozního řádu jako je v domově pro seniory. Navíc musí například obsahovat způsob zajištění volného pohybu klientů v zařízení, režim dne klientů, odlišnost v zajištění zdravotní péče - spolupráce zejména s odborným lékařem, metody a způsob aktivizace klientů - bazální stimulace, fyzioterapeut a podobně. (Malíková, 2011, s. 85)

Starý člověk se ještě nedávno musel zcela podřídit režimu domova, v dnešní době je hlavním cílem pobytového zařízení přizpůsobit se potřebám jeho klientů a to ve všech oblastech – ošetřovatelské, obslužné, stravovací a aktivizační. (Štegmannová a Havrdová in Havrdová ed., 2010, s. 54)

Domov se zvláštním režimem má za cíl využívat vlastní zdroje a schopnosti klientů, které vedou k samostatnému způsobu života a ke zvládnutí různých situací - sám se najíst, sednout si, učesat se. Snaží se na klienty působit aktivně, brát je na vycházky, účastnit se aktivit zaměřené na zapojování smyslů (čich, chuť, hmat).

2.3 POTŘEBY SENIORŮ

Trachtová (in Malíková, 2011, s. 167) obecně charakterizuje potřebu jako projev nějakého nedostatku, co je žádoucí uspokojit, neboť pak vede ke zlepšení celkového stavu člověka nebo ke zvýšení jeho spokojenosti. Dle Mlýnkové (2011, s. 47-48) se potřeba také může projevovat nadbytkem něčeho. Potřeba být sám se sebou se projevuje zejména tehdy, když je nadbytek podnětů z okolního prostředí. Senioři rádi říkají, že se těší „na svůj klid“. Příbyl (2015, s. 33-35) objasňuje, že uspokojení či neuspokojení potřeb se výrazně projevuje na psychické činnosti člověka a taktéž ovlivňuje jeho vzorec chování. Způsob jak člověk vyjadřuje a uspokojuje své potřeby je zcela individuální a projevuje se u každého jinak. Mladí, staří, zdraví i nemocní lidé mají společné potřeby, ale ty se u jedince v průběhu života mění co do množství i priority. Považuje za velmi nešťastné, pokud se i v dnešní době některá pobytová zařízení snaží vytvořit návod na saturaci potřeb seniorů.

V oblasti sociálních služeb považuje Malíková (2010, s. 167) za nejvíce rozšířené členění potřeb podle hierarchie potřeb A. H. Maslowa. Maslow se podrobně zabýval lidskými potřebami, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy. V roce 1943 vytvořil škálu ve tvaru pyramidy, kde rozčlenil lidské potřeby do pěti úrovní od nejnižší po nejvyšší. Potřeby mají logické uspořádání a další potřeba vzniká po uspokojení té předchozí. Dvořáčková (2012, s. 40-41) popisuje Maslowovo uspořádání potřeb v pyramidě následně: v základě jsou tělesné a fyziologické potřeby, které Maslow hodnotí jako základní a nejvyšší potřeby lidského organismu (potřeba dýchání, tělesné teploty, jídla, pití, spánku, vylučování, pohlavního styku a tělesné aktivity). Výše je potřeba jistoty a bezpečí (jistota zaměstnání, fyzická bezpečnost, jistota rodiny a zdraví), potřeba sounáležitosti a lásky (partnerství, partnerský vztah, potřeba mít rodinu), nad nimi je potřeba uznání a sebeúcty (potřeba nezávislosti, vlastní sebejistoty, prestiže a respektu ze strany druhých lidí, uznání a pozornosti). Na vrcholu pyramidy se nachází potřeba seberealizace, kterou autor hodnotí jako nejvyšší (záměry a představy jedince, hledání sebe sama, smyslu života).

Hodnotová orientace potřeb se u seniorů nad 75 let mění, základní potřebou se stává potřeba zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. (Mlýnková, 2011, s. 48). Sociální pracovník by měl dobře znát pořadí potřeb seniora, míru nedostatku v jejich uspokojování a nalézt vhodný způsob doplnění, neboť neuspokojování potřeb vede k deprivaci a ke strádání. Uspokojování potřeb má za cíl zachovat a udržet optimální zdravotní stav a tím zlepšit kvalitu života seniora.

2.3.1 DUCHOVNÍ POTŘEBY

Dle Mlýnkové (2011, s. 50) si senioři v poslední etapě života kladou otázky o smyslu svého života, bilancují a hodnotí jej. Mnohdy zjistí, že nemají na své otázky dostatečnou odpověď a mají potřebu se svěřit někomu, kdo jim bude naslouchat a poskytne prostor k nalezení odpovědí v nich samotných. Nemčková (in Tomagová ed, 2008, s. 173-174) vnímá nemoc a jiné radikální změny v jejich životě za velmi stresující, neboť mohou vyvolávat obavy, nejistotu a úzkost. Uspokojování duchovních potřeb poskytuje možnost vyrovnat se s různými nejistotami v životě, čímž výrazně snižuje pocity existenciální úzkosti. Náboženství může mít terapeutický účinek, rituály mohou uvolňovat emoční stres, může být útočištěm při každodenním stresu.

Malíková (2010, s. 271-275) doporučuje u klienta v pobytovém zařízení zjistit jeho vztah ke spiritualitě, rozsah duševních potřeb a církev, kterou vyznává. Vše s klientem projednat tak, aby uspokojení jeho duchovních potřeb mohlo být organizačně zajištěno. Správná a efektivní saturace duchovních potřeb působí na seniora harmonicky a vede k dosažení jeho osobní spokojenosti. Klient se může účastnit církevních obřadů a bohoslužeb, může jej navštěvovat duchovní, ale zejména musí vyřešit spiritualitu sám v sobě – najít odpovědi na své otázky, pochopit svůj vlastní život v širším kontextu a být připraven k odchodu z tohoto světa vnitřně vyrovnaný a duševně smířený.

Křišková (2010, s. 164) označuje náboženské obrazy, kříž, modlitební knížky a růženec za symboly víry, které napomáhají bohatému duchovnímu cítění klienta. Praktikování víry v souladu s vyznáním klienta vyžaduje od personálu znalost základních postupů například jak se chovat v kapli a na mši. Dle Motlové a Opatrného (in Martinek, 2008, s. 100) se pastorační práce se seniory zabývá hlavně podporou a rozvojem solidárních vztahů (návštěvy, společenské aktivity), pomocí seniorům v jejich spirituálních obtížích (modlitba, svátosti, duchovní provázení, bohoslužby) a podporou jejich duchovního života.

V poslední době se domovy pro seniory čím dál častěji setkávají s narůstajícím požadavkem na uspokojení duchovních potřeb. Stáří a smrt patří od nepaměti k sobě. Křesťanská víra napomáhá klientovi akceptovat utrpení a smrt, je pro něj velmi cennou hodnotou.

3 AKTIVNÍ STÁŘÍ

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je aktivní stárnutí procesem co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost, který vede ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 51)

Vidovićová (in Holmerová, 2015 s. 154) doporučuje, aby člověk prožil aktivní stárnutí a stárnul dobře, musí mít něco, čím smysluplně vyplní každý den, co ho bude těšit a naplňovat. Kroutilová Nováková (ed, 2011, s. 34-35) objasňuje aktivitu jako výsledek procesu aktivizace, nedostatek činnosti u seniorů, jako příčinu celkového úpadku člověka, neboť vede k nudě, pocitům osamělosti, zbytečnosti, urychluje procesy stárnutí. Aktivita zlepšuje fyzickou i psychickou kondici, zpomaluje procesy stárnutí, podporuje samostatnost a kognitivní funkce, posiluje vznik nových kontaktů a vztahy mezi seniory, brání sociální izolaci, zvyšuje pocity vlastní hodnoty, je prevencí před nemocemi a napomáhá celkové spokojenosti.

Křišková (2010, s. 156) považuje zaměstnávání klientů v domovech pro seniory činnostmi, které obohacují a zpříjemňují každodenní život, zejména za prevenci. Procvičování paměti, pozornosti a myšlení, procvičování jemné motoriky rukou, je taktéž prevencí před nudou, jednotvárností a rutinou v ústavním režimu. Podstatou je předat klientům pozitivní životní zkušenost, optimismus, humor a očekávání pěkných chvil. Aktivizovat definuje jako povzbuzení do větší aktivity, uvedení do činnosti.

Aktivita je jedním z nejdůležitějších nástrojů k uspokojení a naplnění života seniorů. Vlivem kladného subjektivního prožitku, například z dobře stráveného času, přispívá k větší spokojenosti seniora, k udržení potřebné tělesné výkonnosti a k obnově duševní rovnováhy. Aktivity, jako je posilování fyzické kondice, paměti, myšlení či tvořivosti, umožňují smysluplné zapojení do společnosti, což je pro seniora velmi důležité. Podpořit seniory ve schopnosti sám se o sebe postarat v maximální možné míře, udržet si stálý zájem a aktivitu, by měl být hlavní cíl v péči o seniory.

3.1 MOŽNOSTI AKTIVIZACE SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY

Aktivizace klientů v domovech pro seniory je metodicky zastřešována instruktorkou sociální péče a také pracovníci v přímé péči mají povinnost seniory aktivizovat při běžných činnostech. Se způsoby provádění aktivizací jsou seznamováni na pravidelných akreditovaných nebo interních školeních. Kroutilová Nováková (2011, s. 35) říká, že aktivizační program by měl obsahovat cíl, který chceme dosáhnout a metody, jako promyšlený způsob činnosti, který povede k dosažení stanoveného cíle. Dále to jsou prostředky - pomůcky, pracovní materiál, vizuální (dataprojektor) a audiovizuální (televizor, video, CD přehrávač), prostor (klubovna), časovou dotaci (přizpůsobujeme cílové skupině klientů) a bezpečnostní opatření (riziko úrazů a pádů seniorů).

Aktivizace klientů žijících v domovech pro seniory si klade za cíl zlepšit kvalitu jejich života, podpořit fyzickou zdatnost, pohybové a kognitivní schopnosti, posílit funkční schopnosti a sociální kontakty. Uskutečňuje se s jednotlivci nebo skupinově, denně (komunikace, rozcvička) nebo s určitým časovým odstupem (výlet, divadlo). Velikost skupiny závisí na konkrétních klientech, doporučuje se počet 4 až 6 klientů. Délku aktivit je potřeba přizpůsobit jejich zdravotnímu stavu – zdravý klient vydrží 60 minut, klient s mírnou demencí 20-30 minut, klient s pokročilou demencí méně než 20 minut. Účast na aktivitách je dobrovolná. Při tvorbě programu se vychází z informací od rodiny klienta, která sdělí, jaké měl záliby a koníčky v minulosti.

Možností, jak aktivizovat klienty, je velmi mnoho a smyslem této bakalářské práce není uvést všechny využívané postupy a alternativy, proto je dále uveden jen základní přehled.

K aktivizaci se nejčastěji využívá kognitivní terapie – trénink paměti a orientace, nácvik základních dovedností. Trénink paměti může obsahovat dotazy, jak klient trávil den, co jedl, s kým se setkal. Nácvik základních dovedností se týká hygieny, stravování, oblékání, péče o okolí – úklid vlastního pokoje.

Reminiscenční terapie je forma práce se vzpomínkami, která má u starých lidí rozličné způsoby využití. Janečková a Vacková (2010, s. 21) označují reminiscenční terapii jako rozhovor terapeuta se seniorem o jeho životě, minulých aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech. K terapii se často využívají staré fotografie, staré předměty užívané v domácnosti, staré nářadí, módní doplňky, filmy či lidová hudba. Vzpomínání na příjemné zážitky a šťastné životní okamžiky umožňuje tyto chvíle znovu prožít, zlepšit náladu,

připomene kvalitu života a zvýší sebevědomí. Vzpomínky na nevyřešené spory a konflikty mohou pomoci tyto problémy urovnat a vyřešit.

Současným trendem v aktivizaci klientů je smyslová terapie. Znamená uvedení do činnosti za účasti všech smyslů. Zejména u klientů s demencí, představuje novou možnost, jak podchytit a použít využitelné zdroje možné obnovy. Vyvolává dávno získané zručnosti a schopnosti vykonávat činnost běžného denního života, připomíná příhody, emocionální dojmy, napomáhá nalézat slova a hovořit. (Wehner a Schwinghammer, 2013, s. 11)

Psychomotorická terapie je metoda působení tělesné stimulace na psychiku seniora. Pohybu umožňuje měnit lidské chování, prožívání a emoce. Obecně zde patří pantomima, tanec, tělesná cvičení, relaxace a bazální terapie. Bazální terapie napomáhá klientům omezeným v komunikaci, vnímání či pohybu zprostředkovat vjemy ze svého těla. Stimulací vnímání organismu lépe reagují na okolní svět a navazují komunikaci.

Ergoterapie je pracovní terapie, která se zaměřuje na konkrétní výrobek a jejím cílem je dosáhnout maximální možné samostatnosti a nezávislosti. Klienti mohou nalézt uplatnění v keramické dílně, při výtvarných a ručních pracích. Mahrová a Venglářová (ed, 2008, s. 95) uvádějí, že klienti s duševním onemocněním mohou při ergoterapii vykonávat práce, které se týkají každodenního chodu zařízení, mohou být nápomocni při zlepšování domova výzdobou společných prostor nebo při práci na zahradě domova.

Muzikoterapie je specializovaná disciplína, která ke svému léčebnému působení užívá uměleckou a estetickou hudbu, přírodní či organizované zvuky. Jejím hlavním záměrem je terapie hudbou. Muzikoterapeut je zodpovědný za výsledek svého působení ve prospěch klientů domova.

Přínos pro aktivizaci klientů mají i dobrovolníci a studenti, vykonávající praxi v domově, kteří svou přítomností zpestřují denní stereotyp klientů.

V následujících podkapitolách budou popsány tři vybrané techniky, které se používají při práci s klienty.

3.1.1 POHYBOVÉ AKTIVITY

Pohybová aktivita ve vyšším věku může život seniora zpříjemnit a zpestřit. Důležitá je její přiměřenost a pravidelnost. Každodenní cvičení podporuje pohyblivost kloubů a funkci svalů, činnost srdce a plic, látkovou přeměnu, duševní činnost a zejména zvyšuje obranyschopnost organismu vůči infekčním nemocem. (Štikar ed, 2007, s. 114)

Roslowski (2005, s. 14-15) řadí mezi pohybové aktivity různé tělesné cvičení, pohybové hry s míčky, jízdu na kole či motopedu, turistiku a plavání. Seniorům je doporučováno cvičení zaměřené na podporu fyzické zdatnosti. Jde zejména o každodenní procházky nebo pochod v délce 30 minut, házení kroužky či šipkami.

V pobytových zařízeních je vykonávání pohybových aktivit většinou určeno denním režimem klienta. Domovy pro seniory většinou pravidelně provádí desetiminutovou ranní rozcvičku s hudbou. Cvičení začíná a končí protahovacími cviky, pohyby jsou zaměřeny na procvičení ohebnosti svalstva. Instruktorka sociální péče během cvičení hlasitě komentuje, co mají klienti dělat, informuje je, aby nepřemáhali bolest, dává prostor vzájemné interakci a od klientů dostává rady, který cvik ještě necvičili. Velmi dobrým prostředkem pro navrácení radosti do života je tanec. Příjemná hudba navozuje atmosféru pohody a klidu, klienti vykonávají taneční pohyby pomalu přenášením váhy těla z nohy na nohu, přidávají pohyby rukou. Klientům na vozíčku může pomáhat instruktorka sociální péče, která pohybuje s vozíčkem, drží klienta za ruku a tančí s ním. Tanec přináší pozitivní pocity, zlepšuje se jejich psychika, pohyblivost, koordinace a rovnováha. Další vhodnou pohybovou aktivitou je Petanque. Je to jedna z nejdostupnějších aktivit, protože není náročná na fyzickou zdatnost, podporuje orientaci klienta, blahodárně působí na zdraví pobytem na čerstvém vzduchu a umožňuje klientům zážitky ve skupině s ostatními.

Domov se zvláštním režimem může organizovat třítydenní projekt pohybové aktivity nazvaný např. Tour de Slovácko. Klienti denně šlapou na motopedu 10 minut. Po skončení projektu je vyhodnoceno, které patro domova, a který klient ujeli nejvíce kilometrů. Účastnit se mohou i klienti, kteří mají problémy chůzí - motoped lze upravit na ruční šlapání. Nenásilná soutěživost dává pocity vzrušení a zpestřuje jejich stereotypní den.

Pohybem se snižuje psychické napětí, stres a pocity strachu. Není možné starší seniory příliš fyzicky zatěžovat, výběr pohybové aktivity a míra pohybové zátěže musí vycházet z jejich aktuálního zdravotního stavu a odpovídat jejich věku. Pravidelná denní tělesná aktivita je prospěšná v každém věku a zlepšuje kvalitu života.

3.1.2 ZÁJMOVÉ, KULTURNÍ A POZNÁVACÍ AKTIVITY

Haškovcová (2010, s. 178) doporučuje seniorům v každém věku, aby pamatovali na hodnotný způsob trávení volného času a kvalitně jej využívali, nikoliv promarnili.

Zájmovými činnostmi se u klientů v domovech pro seniory podporují zájmy a záliby, které měli v minulosti. Oblíbenou aktivitou je poslech hudby z mládí. Mnoha klientům, kteří mají problém v komunikaci, se najednou rozzáří oči, zpívají si slova písně nebo notují melodii, rukama mávají do rytmu. Kulturní vystoupení dětských souborů, ukázka cvičení zdravých seniorů z Klubu seniorů, zpívání lidových písniček, připomínání různých zvyklostí je pro všechny klienty svátečním zážitkem a potěšením.

V jarních měsících lze pro klienty připravit projekt sázení květin a rostlin v domově. Instruktorka sociální péče ve spolupráci s údržbou vytvoří pojízdné truhlíky s hlínou, tak aby i klienti, kteří se nemůžou ohnout, mohli pracovat u stolu. Do pojízdných truhlíků zasadí květiny, bylinky, salát a jahody, během léta o ně pečují a postupně svou úrodu sklízí. Klienti tak mohou zavzpomínat na své zahrádky, na radost a práci, kterou jim tyto záliby poskytovaly.

Další pravidelnou a hojně navštěvovanou aktivitou kino, kdy sami klienti si volí téma, nejčastěji přírodopisné anebo cestopisné filmy.

Návštěva muzea, divadla nebo hřbitova v Den památky zesnulých jsou aktivity, kterými pobytové zařízení umožňuje klientům kontakt se sociálním prostředím. V závislosti na zdravotním stavu klientů umožňují domovy některým klientům i turistické výlety například návštěvu Památníku v Terezíně.

Domov se zvláštním režimem má určitá omezení v zájmových, kulturních a poznávacích aktivitách, které vychází ze stupně onemocnění demencí u seniorů. Klienti se mohou účastnit terapeutického vaření/pečení, vymalovávají mandaly, vystřihují různé vzory, dotýkají se a čichají ke kytičkám, které jsou vyrobeny ze spadaného listí. Reminiscenční nástěnka je další vhodnou možností, jak aktivizovat klienty s demencí a propojit jejich minulost se současností.

3.1.3 EDUKACE V DOMOVECH PRO SENIORY

Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince, které vedou k rozvoji jeho osobních potřeb, postojů, zájmů a chování. (Juřeníková in Malíková, 2010, s. 255)

Edukace klientů v domovech pro seniory je velmi specifická. Zaměřuje se zejména na výchovu klientů v daném prostředí a na vše, co souvisí s prováděním jednotlivých činností při péči o seniory a s poskytováním sociální služby. Prioritou je zajištění informovanosti klienta. Je to důležitý způsob komunikace, který umožňuje zájemcům o pobyt v zařízení, klientům a jejich příbuzným, či jiným osobám získat potřebné informace. Informace souvisejí zejména s pobytem klienta v domově pro seniory a s poskytováním sociální služby během pobytu. Klient má dobré znalosti o zařízení, ve kterém pobývá, je mu známo jaké služby se zde poskytují, jaké doplňkové služby může využívat a za jaké ceny, jak to v zařízení funguje, na koho se může obracet v různých záležitostech, jak může podat stížnost a jaký je postup jejího projednání v zařízení, kdo je jeho klíčový pracovník apod. Velká pozornost by měla být věnována správnému pochopení ze strany klienta. Edukace může být individuální nebo skupinová, může mít ústní formu nebo písemnou například dokument Domácí řád, lze vytvořit vzdělávací videopořad apod. (Malíková, 2010, s. 257-258)

Hlavním cílem edukační aktivizace v domovech pro seniory je pozitivní adaptace klienta v novém prostředí, využití jeho volného času a nalezení seberealizace v jeho nové životní etapě, v neposlední řadě napomáhá zkvalitnění života v pobytovém zařízení.

3.2 VLIV AKTIVIZACE SENIORŮ NA FYZICKOU I PSYCHICKOU STRÁNKU SENIORA

Dvořáčková (2012, s. 12) objasňuje termín fenotyp stáří jako tělesné projevy, kterými se staří lidé odlišují od mladých. Nejvýraznější změnou je snižování výšky člověka, mění se chůze a vzpřímenost postavy. Zvyšuje se tělesná hmotnost, přibývá podkožní tuk a ubývá svalstvo. Zhoršuje se ostrost vidění a sluch, dochází k poklesu čichových schopností a ke snížení vnímání všech druhů chutí. S těmito fyzickými změnami úzce souvisí i změny psychické. Jedlička (in Dvořáčková, 2012, s. 13) psychiku seniorů popisuje jako změny k horšímu, změny k lepšímu a změny, které se věkem nemění. Mezi psychické změny k horšímu řadí zpomalení psychomotorického tempa, pokles elánu, snížení paměti a všípivosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy. Změnami k lepšímu jsou trpělivost, pečlivost a pozornost, senioři jsou také více tolerantní vůči jiným lidem. Co se s přibývajícím věkem nemění, jsou jazykové znalosti, slovní zásoba a intelekt. Venglářová (2007 s. 16) se domnívá, že duševní změny mohou být vyvolané stárnutím nebo mohou být součástí duševní poruchy, což je důležité rozlišit. Psychické změny ve stáří bývají spojeny se změnou osobnosti, kdy se do popředí dostávají negativní rysy osobnosti. V kombinaci se změnami sociálními ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí.

Klienti v domovech pro seniory pravidelným pohybem udržují nebo znovu získávají takovou míru fyzické obratnosti a výkonnosti, která je činí nezávislymi na neustálé péči od jiných osob. Vhodně zvolené pohybové aktivity zpomalují stárnutí lidského organismu, udržují psychickou i duševní kondici a zlepšují kvalitu života. (Roslawski, 2005, s. 10)

Tělesná aktivita by měla být pravidelná a ne příliš namáhavá. Dostatek pohybu působí na seniora, nejen ve vyšším věku, velmi příznivě. Nejefektivnější formou pohybu je rychlá chůze, rekreační aktivity nebo práce na zahradě. Přiměřená duševní aktivita je preventivním opatřením proti projevům předčasného stárnutí. Nejužitečnějšími jsou ty aktivity, při kterých se využívá lidské tvořivosti. (Holmerová, 2014, s. 70)

Pravidelná každodenní tělesná a duševní aktivita zpomaluje stárnutí a zkvalitňuje život seniorům. Je důležité nepřipouštět si stresy, být životním optimistou, umět se smát, upřímně se radovat z každého nového dne, najít smysl zbývajících života a akceptovat co je nezměnitelné.

3.2.1 MOTIVACE SENIORA K AKTIVNÍMU ŽIVOTU

Fyzický i psychický stav každého seniora lze alespoň částečně zlepšit s použitím některých aktivizačních metod a přístupů. Zlepšení stavu se projevuje úbytkem zdravotních potíží. Jedná se zejména o soběstačnost, pohyblivost, trávení a vyprazdňování, zlepšuje se kvalita spánku, snižuje se vnímání bolesti, zlepšují se kognitivní funkce, schopnost vyjadřování, stabilizuje se emoční prožívání a klid klienta. Senior, který se cítí spokojený a vyrovnaný, lépe reaguje na situaci, ve které se nachází. Dosažení tohoto stavu mu přináší vyšší kvalitu života v jeho poslední etapě. (Malíková, 2011, s. 193)

S přibývajícím věkem ubývá svalová hmota, vlivem nedostatečného pohybu se svalová tkáň a vazy se postupně zkracují, nejsou elastické a pohyb se stává bolestivým. Matoulek (in Holmerová ed, 2014, s. 138) se domnívá, že senioři mají zájem se hýbat, ale my jim často nedokážeme správnou aktivitu naordinovat a přizpůsobit jejich zdravotnímu stavu. Udržení i zvyšování přiměřené fyzické zdatnosti sebou přináší prodloužení aktivní, nezávislé fáze života.

Topinková (2005, s. 21) doporučuje seniorům ve věku 65-70 let obecná preventivní opatření, která snižují riziko onemocnění, úrazů a poranění, udržují funkční zdatnost a soběstačnost. Jedná se o pravidelnou fyzickou aktivitu a cvičení zaměřená na stabilitu a rovnováhu, nekuřáctví, vyváženou stravu, přiměřenou hmotnost a prevenci úrazů.

Každý senior má v zásadě dvě možnosti, jak bude přistupovat ke svému životu, zda aktivně nebo pasivně. Hasmanová Marhánková (2013, s. 30) říká: „naplněný volný čas ve stáří se tak nestává pouze otevřenou možností, ale téměř povinností“.

Motivace je hybnou silou téměř veškerého lidského chování, vyplývá z osobnostních rysů, vůle něčeho dosáhnout, je podmíněna znalostmi a zkušenostmi klienta, odrážejí se v ní vlivy kulturní a sociální. Klíčem k motivaci seniorů je důvěra ve vlastní schopnosti, že to co dělají, skutečně zvládnou a výsledek bude úspěšný. Klienti v pobytových zařízeních jsou však značně pasivní, je potřeba je neustále pozitivně motivovat a pečovat o jejich fyzickou i psychickou aktivitu za účelem zmírnění nebo odstranění negativních důsledků nemoci, obnovení jejich soběstačnosti a navození pocitu pohody. Motivace by měla být cílená a pravidelná, aby klienti našli cíl pro co žít, nezůstávali v myšlenkových stereotypch a nacházeli radost i v maličkostech. U každého seniora je aktivizace individuální, je nutné hledat vhodnou motivaci a cíle, aby byla posílena sebeúcta seniora, došlo k pocitu naplnění a život dostal smysl i v poslední životní etapě.

3.3 MOŽNOSTI PŮSOBENÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA PŘI AKTIVIZACI SENIORŮ

Kopřiva (2006, s. 14) konstatuje, že je mnoho povolání, které se zabývají pomocí druhým lidem. Jde zejména o povolání lékaře, zdravotní sestry, pedagoga, sociálního pracovníka, pečovatele a psychologa. Každá z těchto profesí, stejně jako jiná povolání, musí mít svou odbornost, tj. vědomosti a dovednosti, které je potřeba si osvojit pro jejich výkon.

Základní vymezení charakteristiky profese sociální pedagog je pouze modelová, neboť tato profese, i přes velké úsilí, zatím nebyla zařazena do katalogu prací. Obecně jej lze definovat jako profesionálního pracovníka, který řídí a organizuje výchovný proces a působí na klienty, kteří potřebují pomoc a podporu, s cílem rozvíjet a upevňovat rozvoj osobnosti klienta, napomáhat správnému využití jeho volného času v domovech pro seniory. Činnosti a aktivity, které sociální pedagog může vykonávat, jsou velmi pestré, svým způsobem neopakovatelné, mohou se objevovat stále nové a tvořivé možnosti. (Kraus 2014, s. 198-199)

V současné době je sociální pedagog charakterizován jako sociální pracovník. Dle Křiškové (2010, 157-158) by takový sociální pracovník měl být vzdělaný, zručný a dostatečně empatický, aby dokázal vnímat potřeby, zájmy a osobní projevy klienta a dle nich sestavit individuální plán aktivit. Individuální plán aktivit je soubor postupů zaměřený na klienta a je vedený v písemné formě. Zajišťuje systematický přístup ke klientovi, dbá na kvalitní a žádoucí výsledky. Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 125) považují angažovanost pracovníka pracovat s klienty, pomáhat jim a aktivně se zapojovat do jejich každodenního života za nezbytný předpoklad pro poskytování kvalitní sociální péče.

Sociální pedagog působí v praxi většinou jako instruktor sociální péče. Měl by do života seniorů v domově vnést vždy něco nového, vytrhnout je určitým způsobem z každodenního stereotypu. Možností je mnoho. Může vybavit reminiscenční místnost nábytkem z minulosti, vyzdobit chodby barvami a ozdobami dle ročního období, na stoly připravit vázy s čerstvými květinami, organizovat návštěvy dobrovolníků jako zpestření dne, motivovat klienty k účasti na svátcích a oslavách. Důležitá je jeho profesionální podpora, dostatečná radost z činnosti a podpora pozitivních životních zkušeností klienta z minulosti. Zásadně by se měl vyhýbat minimálnímu zapojování seniora do činností a nepřizpůsobení se rytmu seniora.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Téma aktivního stáří se dostává stále více do popředí zájmu nejen odborníků, ale i široké veřejnosti. Díky vysoké úrovni zdravotní péče se zlepšuje zdravotní stav seniorů a prodlužuje se délka života. Kvalitu života, udržení si co nejdéle soběstačnosti, psychickou pohodu, smysluplnost života, odstranění samoty a izolace můžeme pozitivně ovlivnit vhodnou motivací a aktivizací seniorů. Realizované výzkumy se v současnosti zabývají potřebami seniorů a prožíváním deprese, kvalitou jejich života. I přesto o podobě aktivního stáří seniorů v domovech pro seniory toho stále příliš mnoho nevíme. Potřeba prožití kvalitního a smysluplného života v naší poslední vývojové etapě je důvodem, který vedl k vypracování bakalářské práce na téma Aktivní život seniorů v domovech pro seniory.

Výzkumný problém je popisného charakteru a jeho úkolem je zjistit, jak aktivní je život současných seniorů v domovech pro seniory. Dílčím problémem dané bakalářské práce je zjištění, jak se liší aktivní život současných seniorů v domovech pro seniory dle sledovaných proměnných.

2 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro získání potřebných informací k dosažení cílů a zhodnocení hypotéz výzkumného šetření jsme se rozhodli využít kvantitativní metodologický přístup s využitím dotazníkového šetření.

2.1 VÝZKUMNÉ CÍLE

Na základě zaměření výzkumu byl zvolen výzkumný cíl, jak aktivně prožívají senioři své stáří v domovech pro seniory. Dílčím výzkumným cílem dané bakalářské práce je zjištění, jak se liší aktivní život současných seniorů v domovech pro seniory dle sledovaných proměnných.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Na základě stanovených výzkumných cílů byly určeny tyto výzkumné otázky a hypotézy:

1 Jaké je vnímání aktivního stáří seniory, žijících v domovech pro seniory? Dotazník položka č. 7.

1.1 Liší se vnímání aktivního stáří u seniorů, žijících v domovech pro seniory?

H1: Vnímání aktivního života mezi seniory je rozdílné.

1.2 Jaký je nejčastější přínos aktivit pro seniory, žijící v domovech pro seniory?

Dotazník položka č. 8.

1.3 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví?

Dotazník položka č. 1.

H2 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je u mužů a žen rozdílný.

1.4 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k věku?

Dotazník položka č. 2.

H3 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle věku.

1.5 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k rodinnému stavu? Dotazník položka č. 3.

H4 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle rodinného stavu.

1.6 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k dosaženému vzdělání, které získali? Dotazník položka č. 4.

H5 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle dosaženého vzdělání, které získali.

1.7 Jaké je zastoupení seniorů v absolventech Baťovy školy práce? Dotazník položka č. 5.

1.8 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k zaměstnání, které dříve vykonávali? Dotazník položka č. 6.

H6 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle zaměstnání, které dříve vykonávali.

2 Jaké jsou překážky aktivního života seniorů? Dotazník položka č. 9.

3 Jak jsou senioři fyzicky aktivní? Dotazník položka č. 10.

4 Jakou formou jsou senioři, žijící v domovech pro seniory, informováni o nabídce aktivit v domovech pro seniory? Dotazník položka č. 11.

4.1 Je tato informovanost dostatečná? Dotazník položka č. 12.

5 Jaká je spokojenost seniorů s nabídkou aktivizačních programů v domovech pro seniory? Dotazník položka č. 13.

5.1 Jak senioři hodnotí poskytované aktivizační programy v domovech pro seniory? Dotazník položka č. 14.

6 Jaké jsou oblíbené aktivity seniorů v domovech pro seniory?

Dotazník položka č. 15.

6.1 Jaká je nejoblíbenější aktivita seniorů v domovech pro seniory? Dotazník položka č. 16.

7 Jaká je účast seniorů na aktivizačních programech v domovech pro seniory?

Dotazník položka č. 17.

2.3 PROMĚNNÉ

Při formulaci výzkumných hypotéz byly definovány následující proměnné výzkumného šetření (čísla uvedená v závorkách představují kódy, se kterými bylo v rámci statistických analýz pracováno):

vnímání aktivního života:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 7 v dotazníku, zdali se respondenti cítí být aktivní (1), spíše aktivní (2), spíše neaktivní (3) a neaktivní (4) v nynějším životě, který žijí v domově pro seniory;

předpokládáme, že změna prostředí a způsobu života ovlivňuje vnímání vlastního aktivního stáří;

pohlaví:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 1 v dotazníku, zdali je respondent (1) muž nebo (2) žena;

očekáváme, že se může projevit v účasti na aktivním životě seniorů;

věk:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 2 v dotazníku, respondenti uvedli věk v letech, pro optimalizaci zpracování dat byl věk rozdělen do skupin – (1) 68-78 let, (2) 79-89 let, (3) 90 let a více;

předpokládáme, že se zvyšujícím se věkem může aktivita seniorů v domovech pro seniory klesat;

rodinný stav:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 3 v dotazníku, zdali je respondent (1) svobodný/á, (2) vdaný/á, (3) rozvedený/á, (4) vdovec/vdova, (5) žije s družkou/druhem; domníváme se, že rodinný stav může ovlivňovat zájem stýkat se s ostatními obyvateli domova pro seniory při aktivizačních činnostech;

vzdělání:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 4 v dotazníku, zdali má respondent nejvyšší dosažené vzdělání (1) základní školu, (2) vyučen/a, (3) střední školu nebo (4) vysokou školu;

očekáváme, že dosažená úroveň poznání a myšlení jedince může mít vliv jeho aktivity v seniorském věku;

Baťova škola práce:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 5 v dotazníku, zdali respondent navštěvoval Baťovu školu práce (1) ano či (2) ne;

předpokládáme, že studium na Baťově škole práce může mít vliv aktivity seniorů v domovech pro seniory;

zaměstnání:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 6 v dotazníku, zdali respondent (1) pracoval/a manuálně, (2) pracoval/a v kanceláři, (3) nepracoval/a nebo (4) jiné;

domníváme se, že zaměstnání může ovlivňovat aktivní stáří v domovech pro seniory;

přínos účasti na aktivitách:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 8 v dotazníku, co respondentovi přináší účast na aktivitách v jeho domově pro seniory; byla nabídnuta možnost vybrat i více odpovědí:

- (1) uvědomuji si co umím, co dokážu, pojmenovávám, vzpomínám
- (2) vyvolávání vzpomínek na můj život, co mám rád/a
- (3) pozornost, obratnost – např. předávání předmětů mezi členy skupiny
- (4) vnitřní spokojenost, vyrovnanost
- (5) posílení společenských kontaktů – společné poznávání, společná činnost
- (6) jiné.....;

očekáváme, že přínos účasti na aktivitách může ovlivňovat účast seniorů na aktivitách v domovech pro seniory;

omezení:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 9 v dotazníku, co respondentu omezuje v tom, aby žil aktivněji: (1) zdravotní stav, (2) nezajímavá nabídka aktivit, (3) věk, (4) neomezuje mě nic, (5) jiné.....;

domníváme se, že omezení ovlivňují účast seniorů na aktivitách nabízených v domovech pro seniory;

fyzická aktivita:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 10 v dotazníku, zda se respondent věnuje nějaké fyzické aktivitě (1) pravidelně, (2) občas, (3) vůbec;

předpokládáme, že fyzická aktivita ovlivňuje aktivní stáří seniorů v domovech pro seniory;

způsob informovanosti:

nominální proměnná; odpověď na otázku č. 11 v dotazníku, jakou formou jsou senioři informováni o nabídce aktivit v jejich domově pro seniory; byla nabídnuta možnost vybrat i více odpovědí: (1) informují mne sociální pracovníci prostřednictvím rozhlasu, (2) informace se dozvídám na nástěnce domova, (3) sám/a se dotazuji na denní aktivity sociálních pracovníků, (4) nejsem informován/a;

očekáváme, že způsob informovanosti ovlivňuje účast seniorů na aktivitách nabízených v domovech pro seniory;

časová informovanost:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 12 v dotazníku; jak dostatečně časově jsou senioři informováni o konání aktivizačních programů v jejich domově pro seniory: (1) zcela dostatečně včas, (2) spíše dostatečně včas, (3) spíše nedostatečně včas, (4) zcela nedostatečně včas;

domníváme se, že dostatečná časová informovanost ovlivňuje účast seniorů na aktivitách nabízených v domovech pro seniory;

spokojenost:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 13 v dotazníku; jak jsou senioři spokojeni s nabídkou aktivizačních programů v jejich domově pro seniory: (1) spokojen/a, (2) spíše spokojen/a, (3) spíše nespokojen/a, (4) nespokojen/a;

předpokládáme, že spokojenost s nabídkou aktivizačních programů v domově pro seniory ovlivňuje účast seniorů na aktivitách nabízených v domovech pro seniory;

hodnocení aktivit:

ordinální proměnná a nominální proměnná; odpověď na otázku č. 14 v dotazníku; jak senioři hodnotí aktivizační programy poskytované v jejich domově pro seniory; u pěti odpovědí mohli respondenti volit ze škály 1 až 4 (ordinální proměnná), pátá odpověď nabízela možnost vepsat vlastní odpověď (nominální proměnná):

volba aktivit – (1) špatně zvolené, (2) spíše špatně zvolené, (3) spíše dobře zvolené, (4) dobře zvolené,

zajímavost aktivit – (1) nezajímavé, (2) spíše nezajímavé, (3) spíše zajímavé, (4) zajímavé,

zábavnost aktivit – (1) nezábavné, (2) spíše nezábavné, (3) spíše zábavné, (4) zábavné,

fyzická náročnost – (1) fyzicky náročné, (2) spíše fyzicky náročné, (3) spíše fyzicky snadné, (4) fyzicky snadné,

pravidelnost aktivit – (1) nepravidelné, (2) spíše nepravidelné, (3) spíše pravidelné, (4) pravidelné,

jiné – (1);

očekáváme, že hodnocení aktivizačních programů v domově pro seniory ovlivňuje účast seniorů na aktivitách nabízených v domovech pro seniory;

oblíbená aktivita:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 15 v dotazníku; co patří mezi oblíbené aktivity seniorů, byla nabídnuta možnost vybrat i více odpovědí, třináctá odpověď nabízela možnost vepsat vlastní odpověď:

- (1) muzikoterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv),
- (2) ruční práce (práce s přírodními materiály, stříhání, skládání, sypání, motání),
- (3) výtvarné práce (kreslení),
- (4) procházky po okolí,
- (5) pohybové aktivity (skupinové sportování, protažení),
- (6) trénování paměti,
- (7) reminiscence (vzpomínání na určité téma),
- (8) posezení u kávy (navazování společenských vztahů),
- (9) sledování televize,
- (10) kino,
- (11) účast na bohoslužbách,
- (12) účast na kulturních akcích,
- (13) jiné

domníváme se, že oblíbenost aktivizačních programů v domově pro seniory může mít vliv na účast seniorů na aktivitách nabízených v domovech pro seniory;

nejoblíbenější aktivita:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 16 v dotazníku; se kterou aktivitou jsou senioři v jejich domově pro seniory obzvláště spokojeni; odpověď uvedli senioři vlastními slovy a z nich byly vytvořeny kategorie: (1) kulturní akce, (2) bohoslužba, (3) kino, (4) posezení s vrstevníky, (5) pohybové aktivity, (6) vzpomínání, trénování paměti, (7) jiné: foto, PC, ruční práce, muzikoterapie, práce na zahradě, sledování TV, (8) nevím, (9) neodpověděl/a; předpokládáme, že nejoblíbenější aktivita má vliv na aktivní stáří seniorů;

účast na aktivitách:

ordinální proměnná; odpověď na otázku č. 17 v dotazníku; zda se senioři účastní aktivizačních programů v jejich domově pro seniory (1) pravidelně, (2) spíše pravidelně, (3) spíše nepravidelně, (4) nepravidelně;

očekáváme, že účast na aktivizačních programech ovlivňuje aktivní stáří seniorů v domovech pro seniory.

2.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základní výzkumný soubor byl stanoven z pobytových sociálních zařízení pro seniory ve Zlíně a Otrokovicích (N=7). Osloven byl celý základní soubor. Výběrový soubor tvoří tři zařízení (N=3), jež se s námi rozhodlo spolupracovat. Ochota zařízení s námi spolupracovat byla ovlivněna zákazem návštěv z důvodu chřipkové epidemie, který byl v době výzkumného šetření vyhlášen po celém Zlínském kraji. Způsob výběru byl exhaustivní (vyčerpávající).

Pro respondenty těchto zařízení byl vypracován dotazník s otázkami, na které odpovídali písemně, zakroužkováním vybrané odpovědi nebo vepsali vlastní odpověď. Rozdáno bylo celkem 217 dotazníků, přičemž se vrátilo 107 dotazníků, tj. 49,3%. Základní soubor tedy obsahuje celkem 107 respondentů.

2.4.1 POPIS VÝZKUMNÝCH SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍ

Domov 1 - jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje služby nepřetržitě a celodenně, kapacita je 46 klientů (starší 65 let). Ubytování je poskytováno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích, součástí domova je tělocvična, dvě společenské místnosti a místnosti, které domov pronajímá – kadeřnictví, pedikúra a bufet. Aktivizaci zajišťuje instruktorka sociální péče a sociální pracovnice.

Domov 2 - jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje služby nepřetržitě a celodenně, kapacita je 125 klientů (starší 65 let). Ubytování se poskytuje v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Klienti mohou využívat služby za úhradu: kadeřnictví, holičství, pedikúra, masérské služby, kavárna a drobný prodej v kavárně. Společenské a kulturní vyžití uskutečňují aktivizační pracovnice ve spolupráci se sociálními pracovníci.

Domov 3 - jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje služby nepřetržitě a celodenně, kapacita je 46 klientů (starší 65 let). Nabízí dvoulůžkové a jednolůžkové pokoje, součástí domova jsou odpočinkové místnosti pro společné sdílení, terapie, rehabilitace, kulturní programy, setkávání a návštěvy, dále je zde kaple pro duchovní potřeby. Aktivizace je odborně vedená aktivizační pracovníci a sociálními pracovníci.

2.5 VÝZKUMNÁ METODA

K získání odpovědí na výzkumné otázky a testování hypotéz byl použit dotazník vlastní konstrukce. Dotazník obsahuje celkem 17 otázek, z čehož je 10 otázek uzavřených, 5 otázek je polouzavřených a 2 otázky jsou otevřené. Otázky č. 1 až 6 představují sociodemografické proměnné ptající se na pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání a dřívější zaměstnání. Na zkoumanou problematiku odpovídají otázky č. 7 až 17 dotazníku.

Ukázka dotazníku je přiložena v příloze P I: Dotazník této bakalářské práce.

První verze dotazníku byla v předvýzkumu testována na 10 respondentech, kteří se vyjadřovali ke každé položce dotazníku a k tomu, jak daným otázkám rozumí. Vzhledem k tomu, že nebylo žádných připomínek ke srozumitelnosti dotazníku, byla tato první verze distribuována mezi další respondenty.

Úvod dotazníku tvoří oslovení respondentů s krátkou informací o důvodu provádění výzkumu a poděkování. Je zdůrazněna anonymnost a dobrovolnost. Otázky jsou formulovány jednoduše a srozumitelně s ohledem na pokročilejší věk některých dotazovaných respondentů. Vyplnění dotazníku nezabere více, než 10 min., respondenti zakroužkují vybranou odpověď nebo napíší vlastní odpověď.

Jednotlivým respondentům pomáhala dotazník osobně vyplnit autorka bakalářské práce, zejména však pomáhaly sociální pracovnice spolupracujícího zařízení, neboť respondenti ochotněji spolupracovali s osobou jim známou. Tím bylo zajištěno větší množství hodnotitelných dotazníků.

Výzkumné šetření bylo realizováno v průběhu měsíce února 2016. Z celkového počtu 217 rozdaných dotazníků bylo celkem získáno 107 dotazníků, tj. 49,3%.

2.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT

Vzhledem k tomu, že bylo výzkumné šetření založeno na kvantitativním metodologickém přístupu, byly zvoleny následující metody zpracování dat. Popis dat byl znázorněn prostřednictvím tabulek četností a grafické metody zobrazení dat (histogram).

Při testování hypotéz byla stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Data byla zpracována ručním výpočtem testu dobré shody chí – kvadrát (H1) a testem nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku (H2, H3, H4, H5, H6). Tyto testy byly zvoleny na základě testování nominálních a ordinálních proměnných.

Test nezávislosti chí-kvadrát kontingenční tabulku nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. U hypotéz H2, H3, H4, H5 a H6 byla tedy následně provedena standardní dichotomizace proměnných.

Kategorie 1 – aktivní, kategorie 2 -spíše aktivní byly sloučeny do kategorie 1 – aktivní až spíše aktivní. Kategorie 2 – spíše neaktivní, kategorie 3 – neaktivní byly sloučeny do kategorie 2 – spíše neaktivní až neaktivní. Z tohoto hlediska aktivní až spíše neaktivní (1) a spíše neaktivní až neaktivní (2) znamenají optimální proměnnou pro tento postup. Jednotlivé proměnné transformujeme do podoby, která umožňuje tento typ analýzy.

Při testování hypotézy H2, po dichotomizaci proměnných, byla zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,01$ a data byla zpracována ručním výpočtem testu nezávislosti chí – kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Test nezávislosti chí – kvadrát pro čtyřpolní tabulku lze použít tehdy, jestliže celková četnost $n > 40$ a žádná očekávaná četnost není menší než 5. (Chráška, 2007, s. 82)

Pro přepis dat byla použita aplikace Microsoft Excell 2010, ve které byly zpracovány data ze získaných 107 dotazníků. (příloha P II: Code book, příloha P III: Zdrojová data). Ty byly následně převedeny a dále zpracovávány ve statistickém programu Statistica 12 CZ.

3 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

1 Jaké je vnímání aktivního stáří seniory, žijících v domovech pro seniory?

Většina – 45 respondentů (42%) uvedlo, že se cítí být v nynějším životě, který žijí v domově pro seniory spíše aktivní. 43 respondentů (40%) uvedlo, že se cítí být v nynějším životě, který žijí v domově pro seniory spíše neaktivní. Vnímání aktivního života je ordinální proměnná. Změna prostředí a způsobu života ovlivňuje vnímání aktivního stáří seniorů žijících v domovech pro seniory. Současně tyto změny působí na kvalitu jejich života a na prožívání poslední životní etapy, která by měla být co nejvíce naplněná.

Tabulka 1 – Vnímání aktivního života

Kategorie	Tabulka četností: vnímání aktivního života			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 - aktivní	18	18	17	17
2 - spíše aktivní	45	63	42	59
3 - spíše neaktivní	43	106	40	99
4 - neaktivní	1	107	1	100
Σ	0	107	0	100

Zdali jsou tyto rozdíly významné, bylo testováno prostřednictvím H1.

1.1 Liší se vnímání aktivního stáří u seniorů, žijících v domovech pro seniory?

H1: Vnímání aktivního života mezi seniory je rozdílné.

1. Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Četnosti vnímání aktivního života seniorů je stejné.

H_A : Vnímání aktivního života se mezi seniory liší.

Tabulka 2 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H1

Vnímání aktivního života	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	$(P-O)^2$	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Aktivní	18	26,75	-8,75	76,56	2,86
Spíše aktivní	45	26,75	18,25	333,06	12,45
Spíše neaktivní	43	26,75	16,25	264,06	9,87
Neaktivní	1	26,75	-25,75	663,06	24,78
Σ	107	107			49,96

$$\chi^2 = 49,96$$

2. Srovnání vypočítané hodnoty testového kritéria χ^2 s hodnotou kritickou

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

Počet stupňů volnosti = 3

$$\chi^2_{0,05}(3) = 7,815 < 49,96$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 49,96$ je větší, než kritická hodnota, a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Bylo prokázáno, že ve vnímání aktivního života mezi seniory je statisticky významný rozdíl. Tento zjištěný rozdíl je nepřekvapující, podíváme-li se na pozorované četnosti v Tabulce 1.

1.2 Jaký je nejčastější přínos aktivit pro seniory, žijící v domovech pro seniory?

K této výzkumné otázce se vztahuje položka v dotazníku č. 8 – Co Vám přináší účast na aktivitách nabízených ve Vašem domově pro seniory? (lze vybrat i více možností)

- a) uvědomuji si, co umím, co dokážu, pojmenovávám, vzpomínám
- b) vyvolávání vzpomínek na můj život, co mám rád/a
- c) pozornost, obratnost – např. předávání předmětů mezi členy skupiny
- d) vnitřní spokojenost, vyrovnanost
- e) posílení společenských kontaktů – společné poznávání, společná činnost
- f) jiné

Přínos účasti na aktivitách pro seniory je nominální proměnná. Respondenti při svých odpovědích mohli volit i více nabízených možností a této možnosti při odpovědích využili. Žádný z dotazovaných respondentů ne zvolil možnost odpovědi f) jiné.

Nejvíce respondentů – 74 (34%) odpovědělo, že vyvolávání vzpomínek na jejich život, na to co mají rádi je pro ně přínosem při účasti na aktivitách nabízených v jejich domově pro seniory.

Posílení společenských kontaktů – společné poznávání, společná činnost je přínosem pro 44 respondentů (20%). 42 respondentům (19%) přináší účast na aktivitách nabízených v jejich domově pocit vnitřní spokojenosti a vyrovnanost. 39 respondentům (18%) přináší účast na aktivitách nabízených v jejich domově pro seniory uvědomění si, co umí, co

dokáží, pojmenovávají a jak si vzpomínají na tyto dovednosti. Pozornost, obratnost – např. předávání předmětů mezi členy skupiny je přínosem pro 21 respondentů (9%).

Samostatnost a vlastní motivace v prostředí domovů pro seniory brzy zaniká a postupně se vytrácejí i schopnosti vykonávat činnosti běžného denního života a zručnost. Následkem pak vznikají deprese, agresivita, odbourání kognitivních schopností i urychlení postupu různých nemocí. Vzpomínání je pro seniory tréninkem paměti, podporuje nalézání slov a slovní zásoby, podporuje vyjadřovací schopnosti, aktivuje a motivuje účastníky. Přínos aktivit pro seniory je nominální proměnná.

Tabulka 3 – Přínos účasti na aktivitách pro seniory

Kategorie	Tabulka četností: přínos účasti na aktivitách pro seniory			
	Abs. četnost	Kumul. četnost	Relativní četnost	Kumul. rel. četnost
1 – uvědomuji si, co umím, co dokáži, pojmenovávám, vzpomínám	39	39	18	18
2 – vyvolávání vzpomínek na můj život, co mám rád/a	74	113	34	52
3 – pozornost, obratnost- např. předávání předmětů mezi členy skupiny	21	134	9	61
4 – vnitřní spokojenost, vyrovnanost	42	176	19	80
5 – posílení společenských kontaktů – společné poznávání, společná činnost	44	220	20	100
6 - jiné	0	220	0	0
Σ	0	220	0	100

1.3 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví?

Z celkového počtu dotazovaných respondentů je 97 žen (91%) a 10 mužů (9%). Pohlaví je nominální proměnná. Genderové rozložení klientů v domovech pro seniory odpovídá dlouholetému vývoji, kdy se ženy dožívají vyššího věku než muži.

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory mezi muži a ženami, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H2.

H2 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je u mužů a žen rozdílný.

Tabulka 4 – Aktivní život ve vztahu k pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1- Muž		
1 - aktivní	4	40
2 - spíše aktivní	3	30
3- spíše neaktivní	3	30
4 - neaktivní	0	0
Celkem	10	100
2- Žena		
1 - aktivní	14	15
2 - spíše aktivní	42	43
3- spíše neaktivní	40	41
4 - neaktivní	1	1
Celkem	97	100
Σ	107	

1. Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je mezi muži a ženami stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se mezi muži a ženami liší.

Tabulka 5 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H2

Pohlaví	Aktivní	Spíše aktivní	Spíše neaktivní	Neaktivní	Σ
Muž	4 (1,68) ^{3,204}	3 (4,20) ^{0,343}	3 (4,02) ^{0,258}	0 (0,09) ^{0,090}	10 ^{3,895}
Žena	14(16,32) ^{0,329}	42 (40,79) ^{0,036}	40 (38,98) ^{0,026}	1 (0,91) ^{0,008}	97 ^{0,399}
Σ	18	45	43	1	107 ^{4,294}

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{18 \times 10}{107} = 1,68$

Pro každé pole tabulky byla vypočítána hodnota $\chi^2 = \frac{(P - O)^2}{O} = \frac{(4 - 1,68)^2}{1,68} = 3,204$

2. Srovnání vypočítané hodnoty testového kritéria χ^2 s hodnotou kritickou

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

Počet stupňů volnosti je podle vzorce: $f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (2 - 1) \cdot (4 - 1) = 3$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria (4,294) s kritickou hodnotou testovaného kritéria $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815 > 4,294$ zjistíme, že je menší, proto bychom za splnění podmínek výpočtu testu přijali nulovou hypotézu.

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chráška, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět.

3. Výpočet testového kritéria χ^2 po provedení dichotomizace proměnných

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H2.

H2 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je u mužů a žen rozdílný.

Tabulka 6 – Aktivní život ve vztahu k pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž		
1 - aktivní až spíše aktivní	7	70
2 - spíše neaktivní až aktivní	3	30
Celkem	10	100
Žena		
1 – aktivní až spíše aktivní	56	58
2 – spíše neaktivní až aktivní	41	42
Celkem	97	100
Σ	107	

Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je mezi muži a ženami stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se mezi muži a ženami liší.

Tabulka 7 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H2

Pohlaví	Aktivní až spíše aktivní	Spíše neaktivní až neaktivní	Σ
Muž	7	3	10
Žena	56	41	97
Σ	63	44	107

$$\text{Výpočet hodnoty } \chi^2 = 107 \cdot \frac{(7 \cdot 41 - 3 \cdot 56)^2}{(7+3) \cdot (7+56) \cdot (3+41) \cdot (56+41)} = \mathbf{0,535}$$

Srovnání vypočítané hodnoty testového kritéria χ^2 s hodnotou kritickou

Zvolená hladina významnosti je 0,01. Počet stupňů volnosti je 1.

Vypočítaná hodnota χ^2 – kvadrát = 0,535.

Kritická hodnota χ^2 – kvadrát pro stupeň 1 = $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$.

Vypočítaná hodnota χ^2 – kvadrát je menší, než hodnota kritická, proto bychom za splnění podmínek výpočtu testu přijali nulovou hypotézu.

Test nezávislosti χ^2 – kvadrát pro čtyřpolní tabulku lze použít tehdy, jestliže celková četnost $n > 40$ a žádná očekávaná četnost není menší než 5. (Chrásková, 2007, s. 83)

Vzhledem k tomu, že ani po provedené dichotomizaci proměnných nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti χ^2 – kvadrát pro čtyřpolní tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět.

1.4 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k věku?

Dotazovaní respondenti byli v dotazníku požádáni, aby uvedli svůj věk číslicí. Pro přehlednost byli poté rozděleni do tří kategorií: kategorie 1 – věk 68-78 let, kategorie 2 – věk 79-89 let a kategorie 3 – věk 90 let a více. Nejvíce dotazovaných respondentů – 70 (65%) se nachází v kategorii 2. Do kategorie 1 patří 19 respondentů (18%) a do kategorie 3 patří 18 respondentů (17%). Věk je ordinální proměnná. Zdravotní a funkční stav současné populace seniorů je mnohem lepší, než tomu bylo v minulosti, následkem je nárůst vyšší věkové kategorie v posledních 60. letech.

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H3.

H3 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle věku.

Tabulka 8 – Aktivní život ve vztahu k věku

Věk		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1: 68 – 78 let	1 - aktivní	3	16
	2 - spíše aktivní	9	47
	3 - spíše neaktivní	7	37
	4 - neaktivní	0	0
	Celkem	19	100
2: 79 – 89 let	1 - aktivní	11	16
	2 - spíše aktivní	32	46
	3 - spíše neaktivní	27	38
	4 - neaktivní	0	0
	Celkem	70	100
3: 90 a více let	1 - aktivní	4	22
	2 - spíše aktivní	4	22
	3 - spíše neaktivní	9	50
	4 - neaktivní	1	6
	Celkem	18	100
Σ		107	

1. Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k věku stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k věku liší.

Tabulka 9 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H3

Věk	Aktivní	Spíše aktivní	Spíše neaktivní	Neaktivní	Σ
1	3 (3,19)	9 (7,99)	7 (7,63)	0 (0,17)	19
2	11 (11,77)	32 (29,44)	27 (28,13)	0 (0,65)	70
3	4 (3,03)	4 (7,57)	9 (7,23)	1 (0,17)	18
Σ	18	45	43	1	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{18 \times 19}{107} = 3,19$

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chráška, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět.

3. Výpočet testového kritéria χ^2 po provedení dichotomizace proměnných

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H3.

H3 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle věku.

Tabulka 10 – Aktivní život ve vztahu k věku

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
68-78 let		
1 – aktivní až spíše aktivní	12	63
2 – spíše neaktivní až neaktivní	7	37
Celkem	19	100
79-89 let		
1 – aktivní až spíše aktivní	43	61
2 – spíše neaktivní až neaktivní	27	39
Celkem	70	100
90 a více let		
1 – aktivní až spíše aktivní	8	44
2 – spíše neaktivní až neaktivní	10	56
Celkem	18	100
Σ	107	

Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k věku stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k věku liší.

Tabulka 11 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H_3

Věk	Aktivní až spíše aktivní	Spíše neaktivní až neaktivní	Σ
1: 68-78 let	12 (11,18) ^{0,060}	7 (7,81) ^{0,084}	19 ^{0,144}
2: 79-89 let	43 (41,21) ^{0,077}	27 (28,78) ^{0,110}	70 ^{0,187}
3: 90 a více let	8 (10,59) ^{0,633}	10 (7,40) ^{0,913}	18 ^{1,546}
Σ	63	44	107 ^{1,877}

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{63 \times 19}{107} = 1,18$

Pro každé pole tabulky byla vypočítána hodnota $\chi^2 = \frac{(P - O)^2}{O} = \frac{(12 - 11,18)^2}{11,18} = 0,060$

Srovnání vypočítané hodnoty testového kritéria χ^2 s hodnotou kritickou

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

Počet stupňů volnosti je podle vzorce: $f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (3 - 1) \cdot (2 - 1) = 2$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria (1,877) s kritickou hodnotou testovaného kritéria $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991 > 1,877$ zjistíme, že je menší, proto přijímáme nulovou hypotézu. Nebylo prokázáno, že aktivní život seniorů v domovech pro seniory má ve vztahu k pohlaví statisticky významný rozdíl. Předpoklad, že aktivita seniorů v domovech pro seniory může se zvyšujícím se věkem klesat, se tímto zjištěním nepotvrdil.

1.5 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k rodinnému stavu?

Z níže uvedené tabulky vyplývá, že 90 respondentů (84%) uvedlo jako svůj rodinný stav vdova či vdovec. 8 respondentů (7%) je vdaná/ženatý, 7 respondentů (7%) rozvedená/ý a pouze 2 respondenti (2%) uvedli jako svůj rodinný stav svobodná/ý. Z celkového počtu 107 respondentů žádný neuvedl rodinný stav – žiji s druhem/družkou, proto se tato odpověď nevyskytuje ve statistickém zpracování. Rodinný stav je nominální proměnná.

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k rodinnému stavu, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H4.

H4 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle rodinného stavu.

Tabulka 12 – Aktivní život ve vztahu k rodinnému stavu

Rodinný stav		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1: svobodná/ý	1 - aktivní	0	0
	2 - spíše aktivní	1	50
	3 - spíše neaktivní	1	50
	4 - neaktivní	0	0
	Celkem	2	100
2: vdaná/ ženatý	1 - aktivní	2	25
	2 - spíše aktivní	2	25
	3 - spíše neaktivní	4	50
	4 - neaktivní	0	0
	Celkem	8	100
3: rozvedená/ý	1 - aktivní	0	0
	2 - spíše aktivní	4	57
	3 - spíše neaktivní	3	43
	4 - neaktivní	0	0
	Celkem	7	100
4: vdova/ vdovec	1 - aktivní	16	18
	2 - spíše aktivní	38	42
	3 - spíše neaktivní	35	39
	4 - neaktivní	1	1
	Celkem	90	100
Σ		107	

1. Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k rodinnému stavu stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k rodinnému stavu liší.

Tabulka 13 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H_4

Rod. stav	Aktivní	Spíše aktivní	Spíše neaktivní	Neaktivní	Σ
1	0 (0,34)	1 (0,84)	1 (0,81)	0 (0,02)	2
2	2 (1,35)	2 (3,36)	4 (3,22)	0 (0,07)	8
3	0 (1,17)	4 (2,94)	3 (2,82)	0 (0,06)	7
4	16 (15,14)	38 (37,85)	35 (36,17)	1 (0,84)	90
Σ	18	45	43	1	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{18 \times 2}{107} = 0,34$

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1 (Chráska, 2007, s. 78). Vzhledem k tomu, že nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět.

3. Výpočet testového kritéria χ^2 po provedení dichotomizace proměnných

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H_4 .

H_4 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný ve vztahu k rodinnému stavu.

Tabulka 14 – Aktivní život ve vztahu k rodinnému stavu

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Svobodný/á		
1- aktivní až spíše aktivní	1	50
2- spíše neaktivní až neaktivní	1	50
Celkem	2	100
Vdaná/ženatý		
1- aktivní až spíše aktivní	4	50
2- spíše neaktivní až neaktivní	4	50
Celkem	8	100
Rozvedená/ý		
1- aktivní až spíše aktivní	4	57
2- spíše neaktivní až neaktivní	3	43
Celkem	7	100
Vdova/vdovec		
1- aktivní až spíše aktivní	54	60
2- spíše neaktivní až neaktivní	36	40
Celkem	90	100
Σ	107	

Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k rodinnému stavu stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k rodinnému stavu liší.

Tabulka 15 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H_4

Rodinný stav	Aktivní až spíše aktivní	Spíše neaktivní až neaktivní	Σ
1: svobodná/ý	1 (1,17)	1 (0,82)	2
2: vdaná/ženatý	4 (4,71)	4 (3,29)	8
3: rozvedená/ý	4 (4,12)	3 (2,88)	7
4: vdova/vdovec	54 (52,99)	36 (37,01)	90
Σ	63	44	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{63 \times 2}{107} = 1,17$

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chrásková, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že ani po provedené dichotomizaci proměnných nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět. Zda rodinný stav ovlivňuje zájem seniorů stýkat se s ostatními obyvateli domova pro seniory při aktivizačních činnostech, nemůžeme na základě výše uvedených zjištění ověřit.

1.6 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k dosaženému vzdělání, které získali?

Jako nejvyšší dosažené vzdělání je nejčastěji uváděna střední škola – 37 respondentů (35%), hned za ní následuje vyučen/a – 36 respondentů (34%). Základní školu uvádí 31 respondentů (29%) a pouze 3 respondenti (3%) mají vysokoškolské vzdělání. Nejvyšší dosažené vzdělání je ordinální proměnná. Jednoznačný vliv na nejvyšší dosažené vzdělání seniorů měla doba, ve které žili. Tuto dobu označujeme jako meziválečné období.

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H_5 .

H5 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle dosaženého vzdělání, které získali.

Tabulka 16 – Aktivní život ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	
1: základní škola	1 - aktivní 2 - spíše aktivní 3 - spíše neaktivní 4 - neaktivní Celkem	7 7 4 0 18	39 39 22 0 100
2: vyučen/a	1 - aktivní 2 - spíše aktivní 3 - spíše neaktivní 4 - neaktivní Celkem	7 17 20 1 45	15 38 45 2 100
3: střední škola	1 - aktivní 2 - spíše aktivní 3 - spíše neaktivní 4 - neaktivní Celkem	17 11 13 2 43	38 25 30 7 100
4: vysoká škola	1 - aktivní 2 - spíše aktivní 3 - spíše neaktivní 4 - neaktivní Celkem	0 1 0 0 1	0 100 0 0 100
Σ	107		

1. Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání liší.

Tabulka 17 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H5

Nejvyšší dosažené vzdělání	Aktivní	Spíše aktivní	Spíše neaktivní	Neaktivní	Σ
1	7 (5,22)	7 (6,06)	4 (6,23)	0 (0,51)	18
2	7 (13,04)	17 (15,14)	20 (15,56)	1 (1,26)	45
3	17 (12,46)	11 (14,47)	13 (14,87)	2 (1,21)	43
4	0 (0,29)	1 (0,34)	0 (0,35)	0 (0,03)	1
Σ	31	36	37	3	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{31 \times 18}{107} = 5,22$

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chráška, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět.

3. Výpočet testového kritéria χ^2 po provedení dichotomizace proměnných

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H5.

H5 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle dosaženého vzdělání, které získali.

Tabulka 18 - Aktivní život ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní škola		
1 – aktivní až spíše aktivní	14	45
2 – spíše neaktivní až neaktivní	17	55
Celkem	31	100
Vyučen/a		
1 – aktivní až spíše aktivní	24	67
2 – spíše neaktivní až neaktivní	12	33
Celkem	36	100
Střední škola		
1 – aktivní až spíše aktivní	24	65
2 – spíše neaktivní až neaktivní	13	35
Celkem	37	100
Vysoká škola		
1 – aktivní až spíše aktivní	1	33
2 – spíše neaktivní až neaktivní	2	67
Celkem	3	100
Σ	107	

Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání liší.

Tabulka 19 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H_5

Nejvyšší dosažené vzdělání	Aktivní až spíše aktivní	Spíše neaktivní až neaktivní	Σ
1: základní škola	14 (18,25)	17 (12,75)	31
2: vyučen/a	24 (21,19)	12 (14,81)	36
3: střední škola	24 (21,78)	13 (15,22)	37
4: vysoká škola	1 (1,76)	2 (1,23)	3
Σ	63	44	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{63 \times 31}{107} = 18,25$

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chráska, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že ani po provedené dichotomizaci proměnných nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět. Zda-li dosažená úroveň poznání a myšlení jedince má vliv na jeho aktivní život v domově pro seniory nelze na základě výše uvedených zjištění stanovit.

1.7 Jaké je zastoupení seniorů v absolventech Baťovy školy práce?

Respondenti jsou většinou narozeni ve 20. letech 20. století, přičemž ukončení jejich základní školní docházky se pohybovalo v meziválečném období. Specifikem města Zlína bylo, že zde lidé v té době přicházeli za prací. V návaznosti na fenomén Baťa bylo v dotazníku zjišťováno, kdo navštěvoval Baťovu školu práce. Z celkového počtu 107 respondentů odpovědělo 27 respondentů (25%), že ve svém dalším vzdělávání navštěvovalo Baťovu školu práce, 80 respondentů (75%) odpovědělo záporně. Baťova škola práce je nominální proměnná.

Tabulka 20 – Baťova škola práce

Kategorie	Tabulka četností: Baťova škola práce			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 - Ano	27	27	25	25
2 - Ne	80	107	75	100
Σ	0	107	0	100

1.8 Jak se liší aktivní život seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k zaměstnání, které dříve vykonávali?

Manuální práci uvádí nejvíce dotazovaných respondentů a to 72 (67%), v kanceláři pracovalo 21 respondentů (20%), 13 respondentů (12%) uvádí, že nepracovalo a pouze 1 respondent (1%) uvedl odpověď jiné, ale blíže druh zaměstnání nespécifikoval. Zaměstnání je nominální proměnná.

Tabulka 21 - Zaměstnání

Kategorie	Tabulka četností: zaměstnání			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 - manuálně	72	72	67	67
2 - v kanceláři	21	93	20	87
3 - nepracoval/a	13	106	12	99
4 - jiné	1	107	1	100
Σ	0	107	0	100

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k zaměstnání, které dříve vykonávali, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H₆.

H₆ – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle zaměstnání, které dříve vykonávali.

Tabulka 22 – Aktivní život ve vztahu k zaměstnání

Zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Manuálně		
1 - aktivní	16	90
2 - spíše aktivní	1	5
3 - spíše neaktivní	0	0
4 - neaktivní	1	5
Celkem	18	100
V kanceláři		
1 - aktivní	34	76
2 - spíše aktivní	11	24
3 - spíše neaktivní	0	0
4 - neaktivní	0	0
Celkem	45	100
Nepracoval/a		
1 - aktivní	21	49
2 - spíše aktivní	9	21
3 - spíše neaktivní	13	30
4 - neaktivní	0	0
Celkem	43	100
Jiné		
1 - aktivní	1	100
2 - spíše aktivní	0	0
3 - spíše neaktivní	0	0
4 - neaktivní	0	0
Celkem	1	100
Σ	107	

1. Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H₀: Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k zaměstnání stejný.

H_A: Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k zaměstnání liší.

Tabulka 23 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H_6

Zaměstnání	Aktivní	Spíše aktivní	Spíše neaktivní	Neaktivní	Σ
1	16 (12,12)	1 (3,53)	0 (2,86)	1 (0,17)	18
2	34 (30,28)	11 (8,83)	0 (5,47)	0 (0,42)	45
3	21 (28,94)	9 (8,44)	13 (5,23)	0 (0,41)	43
4	1 (0,67)	0 (0,19)	0 (0,12)	0 (0,01)	1
Σ	72	21	13	1	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{72 \times 18}{107} = 12,12$

Test nezávislosti chí – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chráška, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět.

3. Výpočet testového kritéria χ^2 po provedení dichotomizace proměnných

Zdali je významný rozdíl v aktivním životě seniorů v domovech pro seniory ve vztahu k pohlaví, bylo testováno prostřednictvím hypotézy H_6 .

H_6 – Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je rozdílný dle zaměstnání, které dříve vykonávali.

Tabulka 24 -Zaměstnání

Zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Manuálně		
1 – aktivní až spíše aktivní	50	69
2 – spíše neaktivní až neaktivní	22	31
Celkem	72	100
V kanceláři		
1 – aktivní až spíše aktivní	12	57
2 – spíše neaktivní až neaktivní	9	43
Celkem	21	100
Nepracoval/a		
1 – aktivní až spíše aktivní	0	0
2 – spíše neaktivní až neaktivní	13	100
Celkem	13	100
Jiné		
1 – aktivní až spíše aktivní	1	100
2 – spíše neaktivní až neaktivní	0	0
Celkem	1	100
Σ	107	

Sestavení hypotéz a výpočet testového kritéria χ^2

H_0 : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory je ve vztahu k zaměstnání stejný.

H_A : Aktivní život seniorů v domovech pro seniory se ve vztahu k zaměstnání liší.

Tabulka 25 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H_0

Zaměstnání	Aktivní až spíše aktivní	Spíše neaktivní až neaktivní	Σ
1 - manuálně	50 (41,81)	21 (29,19)	71
2 - v kanceláři	12 (12,36)	9 (8,64)	21
3 - nepracoval/a	0 (8,24)	14 (5,76)	14
4 - jiné	1 (0,58)	0 (0,41)	1
Σ	63	44	107

Výpočet očekávaných četností: $O = \frac{63 \times 71}{107} = 41,81$

Test nezávislosti χ^2 – kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší, než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. (Chráška, 2007, s. 78)

Vzhledem k tomu, že ani po provedené dichotomizaci proměnných nebyla splněna podmínka použití testu nezávislosti χ^2 – kvadrát pro kontingenční tabulku, nelze výsledek přijmout za platný a na hypotézu si nelze prostřednictvím získaných dat odpovědět. Předpoklad, že druh zaměstnání, který senioři v dřívějším životě vykonávali, může mít vliv na jejich aktivní stáří v domovech pro seniory, nelze na základě výše uvedených zjištění potvrdit či vyvrátit.

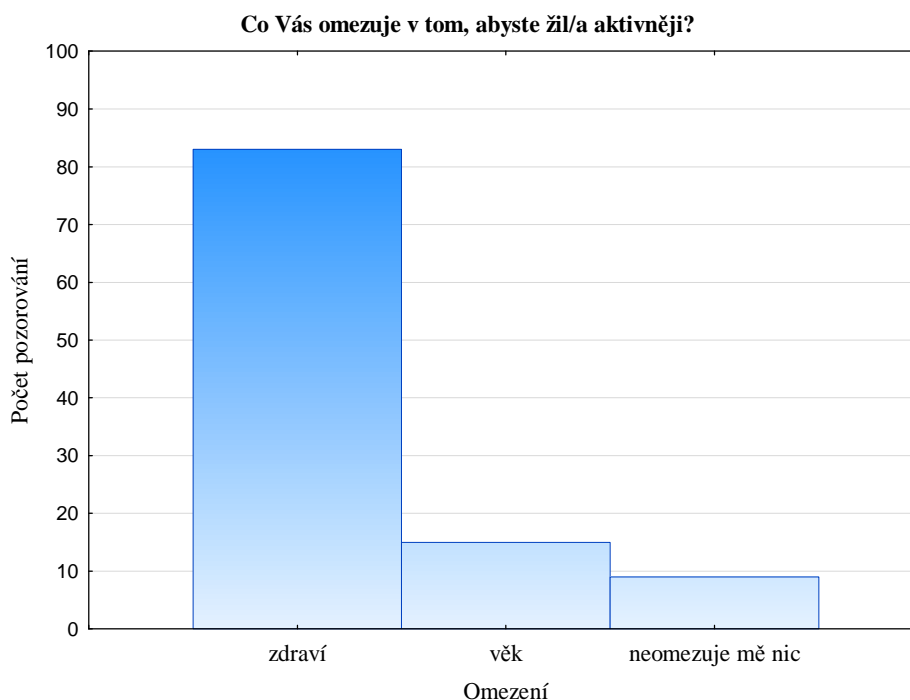
2 Jaké jsou překážky aktivního života seniorů?

Respondenti zde byli dotazováni otázkou č. 9 v dotazníku a měli na výběr z 5 možností: a) zdravotní stav, b) nezajímavá nabídka aktivit, c) věk, d) neomezuje mě nic, e) jiné. Ze 107 dotazovaných respondentů odpovědělo 83 (78%), že největší omezení jejich aktivního života představuje zdraví, 15 respondentů (14%) uvedlo jako omezení věk a 9 respondentů (8%) uvedlo, že nemají žádné omezení. Odpověď b) nezajímavá nabídka aktivit a e) jiné neuvedl žádný respondent, proto se ve statistickém hodnocení nevyskytuje. Omezení je nominální proměnná. Vnímání aktivního života respondentů závisí na jejich zdravotní kondici v daný okamžik a na tom, jak jim zdraví dovoluje se aktivního života účastnit.

Tabulka 26 – Omezení aktivního života

Kategorie	Tabulka četností: omezení aktivního života			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel.četnost
1 -zdravotní stav	83	83	78	78
3 - věk	15	98	14	92
4 - neomezuje mě nic	9	107	8	100
Σ	0	107	0	100

Obrázek 1 - Omezení



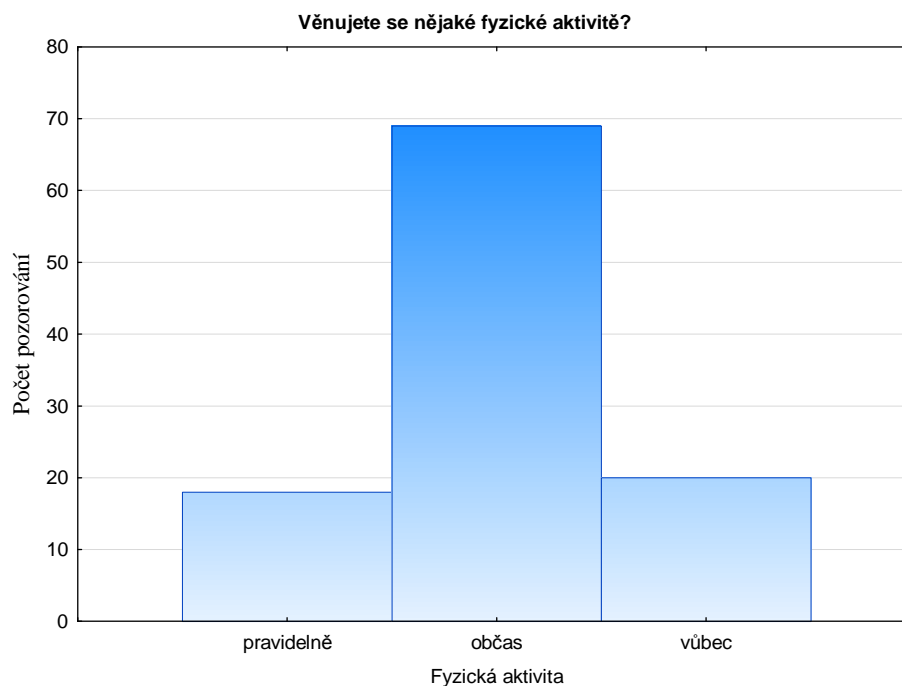
3 Jak jsou senioři fyzicky aktivní?

Většina respondentů – 69 (64%) uvedla, že se věnuje fyzické aktivitě občas, 20 respondentů (19%) se nevěnuje vůbec a 18 respondentů (17%) se věnuje pravidelně. Fyzická aktivita je nominální proměnná. Aktivita v této oblasti je ovlivněna zejména zdravotním stavem respondentů, ale taktéž jejich vlastním zájmem a snahou o pohyb.

Tabulka 27 – Fyzická aktivita

Kategorie	Tabulka četností: fyzická aktivita			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel.četnost
1 - pravidelně	18	18	17	17
2 - občas	69	87	64	81
3 - vůbec	20	107	19	100
Σ	0	107	0	100

Obrázek 2 – Fyzická aktivita



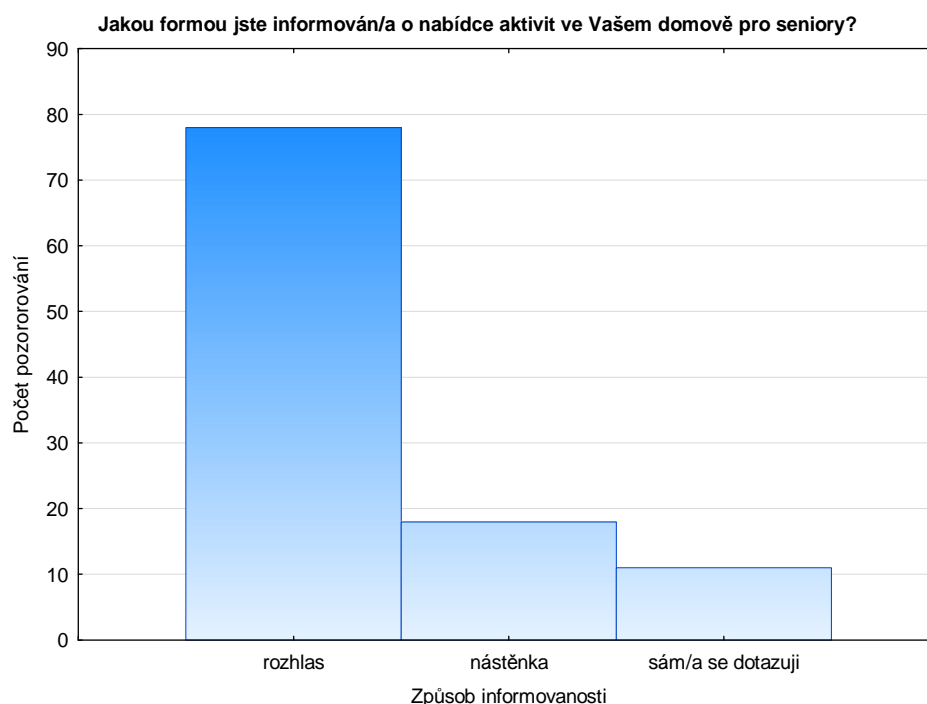
4 Jakou formou jsou seniory, žijící v domovech pro seniory, informováni o nabídce aktivit v domovech pro seniory?

Respondenti byli dotazováni otázkou č. 11 dotazníku a měli na výběr ze 4 odpovědí, přičemž mohli vybrat i více možností. Volba více možností odpovědi a volba odpovědi d) nejsem informován/a nebyly uvedeny žádným respondentem, proto se ve statistickém hodnocení nevyskytují. Jak uvádí 78 respondentů (73%), nejčastěji jsou informováni sociálními pracovníky o nabídce aktivit v domovech pro seniory a to prostřednictvím hlášení v rozhlasu objektu. 18 respondentů (17%) uvádí, že se informace o nabídce aktivit dozívají z nástěnky domova pro seniory. 11 respondentů (10%) se samo dotazují na denní aktivity sociálních pracovníků. Způsob informovanosti je nominální proměnná.

Tabulka 28 – Způsob informovanosti

Kategorie	Tabulka četností: způsob informovanosti			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel.četnost
1 - rozhlas	78	78	73	73
2 - nástěnka	18	96	17	90
3 - sám/a se dotazují	11	107	10	100
Σ	0	107	0	100

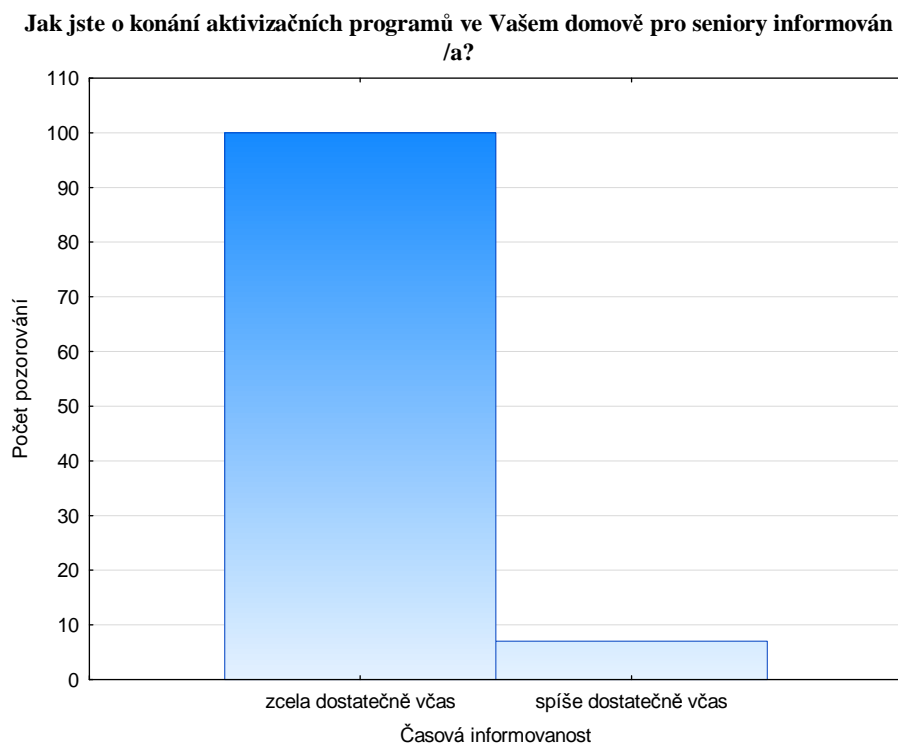
Obrázek 3 – Způsob informovanosti



4.1 Je tato informovanost dostatečná?

Zda jsou respondenti informováni o konání aktivizačních programů dostatečně včas či nikoliv bylo zjišťováno otázkou č. 12 dotazníku. Na výběr bylo ze 4 odpovědí, přičemž odpovědi c) spíše nedostatečně včas a d) zcela nedostatečně včas nebyly respondenty zvoleny, proto se ve statistickém hodnocení nevyskytují. Z průzkumného šetření vyplývá, že respondenti jsou o konání aktivizačních programů v jejich domově informováni zcela dostatečně včas, což uvedlo 100 respondentů (93%). Mnohem nižší počet - 7 respondentů (7%) uvedl, že časovou informovanost považují za spíše dostatečně včasnou. Časová informovanost je ordinální proměnná.

Obrázek 4 – Časová informovanost



5 Jaká je spokojenost seniorů s nabídkou aktivizačních programů v domovech pro seniory?

Spokojenost seniorů s nabídkou aktivizačních programů v domovech pro seniory byla zjišťována prostřednictvím otázky č. 13 a č. 14 dotazníku. Otázka č. 13 nabízela 4 odpovědi, přičemž odpovědi c) spíše nespokojen/a a d) nespokojen/a nebyly respondenty zvoleny, proto se ve statistickém hodnocení nevyskytují. Spokojenost je ordinální proměnná. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že mezi seniory v naprosté většině převládá spokojenost s nabídkou aktivizačních programů v domovech pro seniory.

Obrázek 5 - Spokojenost



5.1 Jak senioři hodnotí poskytované aktivizační programy v domovech pro seniory?

Otázka č. 14 dotazníku zjišťovala, jak respondenti hodnotí aktivizační programy v jejich domově pro seniory. Volit mohli z pěti odpovědí, ve kterých vybírali hodnotící škálu 1 až 4; šestá odpověď nabízela možnost vepsat vlastní odpověď.

Aktivizační programy poskytované ve Vašem domově pro seniory hodnotíte jako:

špatně zvolené	1	2	3	4	dobře zvolené
nezajímavé	1	2	3	4	zajímavé
nezábavné	1	2	3	4	zábavné
fyz. náročné	1	2	3	4	fyzicky snadné
nepravidelné	1	2	3	4	pravidelné
jiné				

Z celkového počtu 107 dotazovaných respondentů odpovědělo na hodnotící škálu 104 respondentů, 3 respondenti uvedli odpověď jiné, blíže ji však nspecifikovali. Odpověď jiné... je nominální proměnná.

Aktivizační programy poskytované v domově pro seniory vnímá 89 respondentů (86%) jako dobře zvolené a 15 respondentů (14%) je považuje za spíše dobře zvolené. Žádný z respondentů nevybral odpověď na škále špatně zvolené a spíše špatně zvolené. Volba aktivit je ordinální proměnná. Ve volbě druhů aktivit převládá mezi seniory naprostá spokojenost.

Tabulka 29 – Hodnocení aktivizačních programů – volba aktivit

Kategorie	Tabulka četností: hodnocení aktivit – volba aktivit			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 – špatně zvolené	0	0	0	0
2 - spíše špatně zvolené	0	0	0	0
3 - spíše dobře zvolené	15	15	14	14
4 – dobře zvolené	89	104	86	100
Σ	0	104	0	100

Aktivizační programy poskytované v domově pro seniory vnímá 85 respondentů (82%) jako zajímavé a 19 respondentů (18%) je považuje za spíše zajímavé. Žádný z respondentů nevybral odpověď na škále nezajímavé a spíše nezajímavé. Zajímavost aktivit je ordinální

proměnná. Zajímavost aktivizačních programů pro seniory se odvíjí od vlastního subjektivního vnímání respondenta, od jeho individuálních zájmů a koníčků, kterým se před nástupem do domova pro seniory věnoval.

Tabulka 30 – Hodnocení aktivizačních programů – zajímavost aktivit

Kategorie	Tabulka četností: hodnocení aktivit – zajímavost aktivit			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 – nezajímavé	0	0	0	0
2 - spíše nezajímavé	0	0	0	0
3 - spíše zajímavé	19	19	18	18
4 – zajímavé	85	104	82	100
Σ	0	104	0	100

Aktivizační programy poskytované v domově pro seniory vnímá 84 respondentů (81%) jako zábavné a 20 respondentů (19%) je považuje za spíše zábavné. Žádný z respondentů nevybral odpověď na škále nezábavné a spíše nezábavné. Zábavnost aktivit je ordinální proměnná. Senioři jsou v naprosté většině se zábavností aktivit nabízených v domově pro seniory spokojeni.

Tabulka 31 – Hodnocení aktivizačních programů – zábavnost aktivit

Kategorie	Tabulka četností: hodnocení aktivit – zábavnost			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 – nezábavné	0	0	0	0
2 - spíše nezábavné	0	0	0	0
3 - spíše zábavné	20	20	19	19
4 – zábavné	84	104	81	100
Σ	0	104	0	100

Aktivizační programy poskytované v domově pro seniory vnímá 47 respondentů (64%) jako spíše fyzicky snadné a 40 respondentů (38%) je považuje za fyzicky snadné. Pro 13 respondentů (13%) jsou aktivizační programy spíše fyzicky náročné a 4 respondenti (4%) je hodnotí jako fyzicky náročné. Fyzická aktivita je ordinální proměnná. Fyzická náročnost

aktivizačních programů pro seniory je do jisté míry ovlivněna jejich vlastním zdravotním stavem a okamžikem, jak se cítí například v den konání aktivizačního programu.

Tabulka 32 – Hodnocení aktivizačních programů – fyzická náročnost aktivit

Kategorie	Tabulka četností: hodnocení aktivit – fyzická náročnost			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 – fyzicky náročné	4	4	4	4
2 - spíše fyzicky náročné	13	17	13	17
3 - spíše fyzicky snadné	47	64	45	62
4 – fyzicky snadné	40	104	38	100
Σ	0	104	0	100

Aktivizační programy poskytované v domově pro seniory považuje 91 respondentů (88%) za pravidelné a 13 respondentů (12%) je vnímá jako spíše pravidelné. Žádný z respondentů nevybral odpověď na škále nepravidelné a spíše nepravidelné. Pravidelnost aktivit je ordinální proměnná. Senioři jsou v naprosté většině spokojeni s pravidelností aktivit nabízených v domově pro seniory.

Tabulka 33 – Hodnocení aktivizačních programů – pravidelnost aktivit

Kategorie	Tabulka četností: hodnocení aktivit – pravidelnost			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 – nepravidelné	0	0	0	0
2 - spíše nepravidelné	0	0	0	0
3 - spíše pravidelné	13	13	12	12
4 – pravidelné	91	104	88	100
Σ	0	104	0	100

Z hodnocení odpovídajících respondentů vyplývá, že domovy pro seniory volí vhodnou skladbu, zajímavost, zábavnost, fyzickou náročnost i pravidelnost aktivizačních programů, neboť jsou seniory hodnoceny nejvyšším počtem bodů.

6 Jaké jsou oblíbené aktivity seniorů v domovech pro seniory?

Oblíbenou aktivitu z nabídky aktivizačních programů domova pro seniory zjišťovala otázka č. 15 dotazníku a respondentům byla nabídnuta možnost volby z celkem 13 odpovědí. Mohli volit i více možností. Oblíbená aktivita je ordinální proměnná.

Zaškrtněte, co patří mezi Vaše oblíbené aktivity (můžete i více možností):

- a) muzikoterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv)
- b) ruční práce (práce s přírodními materiály, stříhání, skládání, sypání, motání)
- c) výtvarné práce (kreslení)
- d) procházky po okolí
- e) pohybové aktivity (skupinové sportování, protažení)
- f) trénování paměti
- g) reminiscence (vzpomínání na určité téma)
- h) posezení u kávy (navazování společenských vztahů)
- i) sledování televize
- j) kino
- k) účast na bohoslužbách
- l) účast na kulturních akcích
- m) jiné

Nejvíce respondentů – 83 (17%) uvedlo jako oblíbenou aktivitu účast na kulturních akcích. Kulturní akce uspokojují potřebu seniorů setkávat se s ostatními, vnímat hudbu či potěšit se pohledem na vystupující děti. Reminiscenci (vzpomínání na určité téma) uvedlo 54 respondentů (11%), posezení u kávy (navazování společenských vztahů) uvedlo 48 respondentů (10%) a muzikoterapii (poslechová hudba, vlastní zpěv) uvedlo 43 respondentů (9%). Nejméně – 6 respondentů (1%) zvolilo z nabízených odpovědí možnost m) jiné....., kde uvedli:

- relaxace
- když přijde dcera
- fotografování a počítač
- architektura
- pečení a vaření
- zvířata

Žádný z dotazovaných respondentů nevěděl, že má oblíbené všechny aktivity, které byly nabízeny v odpovědích na otázku č. 15 dotazníku.

Tabulka 34 – Oblíbená aktivita z nabídky aktivizačních programů

Kategorie	Tabulka četností: oblíbená aktivita			
	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 - muzikoterapie	43	43	9	9
2 - ruční práce	27	70	5	14
3 – výtvarné práce	25	95	5	19
4 – procházky po okolí	42	137	8	27
5 – pohybové aktivity	39	176	7	34
6 – trénování paměti	45	221	9	43
7 - reminiscence	54	275	11	54
8 – posezení u kávy	48	323	10	64
9 – sledování televize	33	356	6	70
10 - kino	13	369	3	73
11 – účast na bohoslužbách	44	413	9	82
12 – účast na kulturních akcích	83	496	17	99
13 - jiné	6	502	1	100
Σ	0	502	0	100

6.1 Jaká je nejoblíbenější aktivita seniorů v domovech pro seniory?

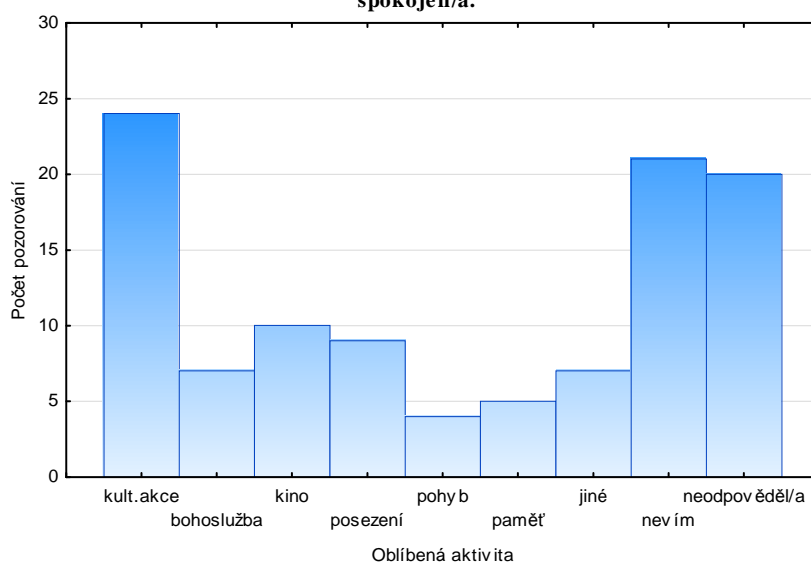
Nejoblíbenější aktivita seniorů v domovech pro seniory byla zjišťována otevřenou otázkou č. 16 dotazníku. Respondenti měli sami vepsat, co je pro ně nejoblíbenější aktivitou. Nejoblíbenější aktivita je ordinální proměnná. Z celkového počtu 107 respondentů byla 24 respondenty (22%) uvedena účast na kulturních akcích. Nejméně odpovědí získaly pohybové aktivity, které uvedli pouze 4 respondenti (4%), což může být ovlivněno jejich zdravotním stavem.

Tabulka 35 – Aktivita nejvíce oblíbená

Kategorie	Tabulka četností: aktivita nejvíce oblíbená			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 - kulturní akce	24	24	22	22
2 - bohoslužba	7	31	7	29
3 - kino	10	41	9	38
4 - posezení s vrstevníky	9	50	8	47
5 - pohybové aktivity	4	54	4	50
6 - vzpomínání, trénování paměti	5	59	5	55
7 - jiné	7	66	7	62
8 - nevím	21	87	20	81
9 - neodpověděl/a	20	107	19	100
Σ	0	107	0	100

Obrázek 6 – Aktivita nejvíce oblíbená

Napište slovy, se kterou aktivitou jste ve Vašem domově pro seniory obzvláště spokojen/á.



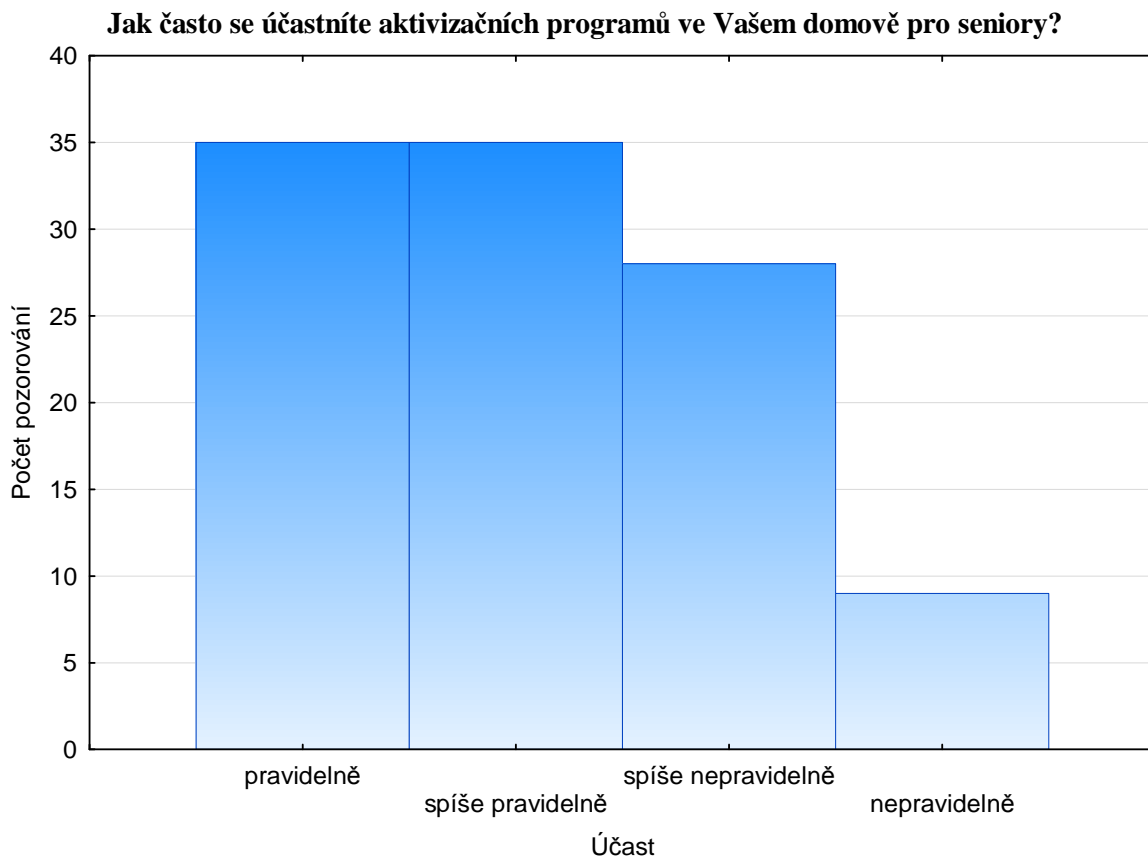
7 Jaká je účast seniorů na aktivizačních programech v domovech pro seniory?

Pravidelnou účast na aktivizačních programech v domovech pro seniory uvedlo 35 respondentů (33%). Stejný počet respondentů (35, 33%) uvedl, že se účastní aktivizačních programů spíše pravidelně. Účast na aktivitách je ordinální proměnná. Vliv na účast má zejména zdravotní kondice v daný okamžik, ale i to, jak jim zdraví dovoluje se aktivního života účastnit.

Tabulka 36 – Účast na aktivitách

Kategorie	Tabulka četností: účast na aktivitách			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní rel. četnost
1 - pravidelně	35	35	33	33
2 - spíše pravidelně	35	70	33	65
3 - spíše nepravidelně	28	98	26	92
4 - nepravidelně	9	107	8	100
Σ	0	107	0	100

Obrázek 7 – Účast na aktivitách



3.1 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výzkum byl proveden ve třech pobytových sociálních zařízeních pro seniory ve Zlíně a Otrokovcích. Ochota zařízení s námi spolupracovat byla ovlivněna zákazem návštěv z důvodu chřipkové epidemie, který byl v době výzkumného šetření vyhlášen po celém Zlínském kraji. Respondentům v těchto zařízeních byly rozdány dotazníky a na jejich základě byly vyhodnoceny informace.

Respondenty ve výzkumném projektu tvořili muži i ženy, a to v počtu 10 mužů a 97 žen. Toto genderové rozložení odpovídá dlouholetému vývojovému stavu, kdy se ženy dožívají vyššího věku než muži. Naprostá většina respondentů byla ve věkové kategorii 79 – 89 let. Zdravotní a funkční stav současné populace seniorů je mnohem lepší, než tomu bylo v minulosti, následkem je nárůst vyšší věkové kategorie v posledních 60. letech. Z celkového počtu 107 rozdaných dotazníků uvedlo 90 respondentů, že jsou vdovy či vdovci.

Jako nejvyšší dosažené vzdělání byla 37 respondenty uvedena střední škola. V těsné blízkosti uvedlo 36 respondentů vyučení v oboru. Manuální práce byla 72 respondenty uvedena jako zaměstnání, které dříve vykonávali. V meziválečném období 20. století, bylo specifikem města Zlína, že zde lidé přicházeli za prací. V návaznosti na fenomén Bařa, jsme považovali za zajímavé zjistit, kolik respondentů ve svém dalším vzdělávání navštěvovalo Bařovu školu práce. Z počtu 107 respondentů odpovědělo kladně 27 respondentů.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjištění, jak senioři aktivně prožívají své stáří v domovech pro seniory. Ve svém nynějším životě v domovech pro seniory se cítí být spíše aktivní 45 respondentů, přičemž 43 respondentů současně uvedlo, že se cítí být ve svém nynějším životě spíše neaktivní. Hypoteticky bylo potvrzeno, že vnímání aktivního života je mezi seniory rozdílné. V současné době velká část seniorů nemůže zestárnout ve svém prostředí, ve své rodině zejména z důvodu ztráty soběstačnosti a stráví poslední léta svého života v sociálních zařízeních. Samostatnost a vlastní motivace se v prostředí domovů pro seniory postupně vytrácejí a proto zařízení hledají cesty, jak umožnit klientům vést naplněný život až do konce, mít vyšší kvalitu života i lepší soužití s ostatními.

Za největším přínos při účasti na aktivitách nabízených v domově pro seniory považuje 74 respondentů vyvolávání vzpomínek na dřívější život a na to co mají rádi. Vzpomínání je

pro seniory tréninkem paměti, podporuje nalézání slov a slovní zásoby, podporuje vyjadřovací schopnosti, aktivuje a motivuje účastníky.

Díličí výzkumné cíle, zabývající se zjištěním, jak se liší aktivní život současných seniorů v domovech pro seniory dle sledovaných proměnných, se v případě vztahu k pohlaví, rodinnému stavu, vzdělání a zaměstnání nepovedlo prokázat, a to ani po provedené dichotomizaci proměnných. Hlavním důvodem byla nízká četnost odpovědí. Zkoumání vztahu mezi aktivním životem současných seniorů v domovech pro seniory a věkem, po provedené dichotomizaci proměnných, potvrdilo hypotézu, že aktivní život seniorů je ve vztahu k věku stejný. Se zvyšujícím se věkem aktivita seniorů neklesá.

Za hlavní překážku aktivního života seniorů považuje 83 respondentů svůj zdravotní stav. Vnímání aktivního života závisí zejména na jejich zdravotní kondici v daný okamžik a na možnosti, jak jim zdraví dovoluje se aktivního života účastnit. Občas fyzickou aktivitu vykonává 69 respondentů, což je ovlivněno taktéž jejich zdravotním stavem, ale i vlastním zájmem a snahou o pohyb.

Respondenti jsou o nabídce aktivit v domovech pro seniory informováni zcela dostatečně včas, jak uvedlo 100 respondentů. Nejčastějším způsobem sdělování informace o nabídce aktivit je vyhlášení této informace sociálními pracovníky prostřednictvím rozhlasu. Respondenti jsou spokojeni i s nabídkou aktivizačních programů v domovech pro seniory - 89 respondentů uvedlo, že aktivizační programy hodnotí jako dobře zvolené, 85 respondentů je hodnotí jako zajímavé, 84 respondentů jako zábavné, 47 respondentů je vnímá spíše fyzicky snadné a 91 respondentů je hodnotí jako pravidelné. Domovy pro seniory tedy volí vhodnou skladbu, zajímavost, zábavnost, fyzickou náročnost i pravidelnost aktivizačních programů, neboť jsou seniory hodnoceny nejvyšším počtem bodů.

Aktivizačních programů v domovech pro seniory se pravidelně a současně spíše pravidelně účastní 35 respondentů. Kulturní akce, které nabízí aktivizační programy v domovech pro seniory, byly respondenty zvoleny jako oblíbenou a současně i nejvíce oblíbenou aktivitou. Kulturní akce uspokojují potřebu seniorů setkávat se s ostatními, vnímat hudbu či potěšit se pohledem na vystupující děti. Přináší jim spokojenost, vyrovnanost a klid, což je pro udržení kvality života ve stáří rozhodující.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že senioři se ve svém nynějším životě v domovech pro seniory cítí být „spíše aktivní“. Aktivními se cítilo pouze 18 respondentů z počtu 107. Senioři žijící ve svém prostředí jsou nuceni vykonávat mnoho činností, které je udržují v určité míře samostatnosti a soběstačnosti. Přechod do domova pro ně znamená ztrátu mnoha činností a důsledkem je omezení samostatnosti a vlastní motivace. Proto bychom doporučili zaměřit aktivizaci seniorů v domovech pro seniory zejména na smyslovou aktivizaci. Smyslovou aktivizaci, podle rakouské pedagožky Lore Wehner, propaguje a uskutečňuje v české praxi ředitelka Domova seniorů Mistra Křišťána v Prachaticích, paní Ing. Bc. Hana Vojtová. Dle její zkušenosti je smyslová aktivizace možností jak propojit dva různé světy, svět klientů v domovech pro seniory a pečovatелů, ale i možnost jak najít opravdový smysl jejich životů v poslední životní etapě. Tento trend je v současné době velmi využíván zejména při aktivizaci seniorů s demencí. Může však být velmi přínosný i pro seniory bez demence, neboť dává možnost vyšší kvality života a lepšího soužití mezi klienty.

Smyslovou aktivizaci můžeme plánovat buď jako individuálně zaměřenou, vědomou součást péče, nebo skupinovou. Individuálně zaměřená aktivizace se týká zejména běžné ošetrovatelské péče, kdy je seniorovi podávána asistovaná pomoc například při oblékání, stravování apod., či je poskytováno společné posezení. Základním úkolem je zachovat seniorovi co nejvíce jeho denních rituálů, činností při zachování možné dopomoci. Vykonávat činnosti za seniora vede k postupné ztrátě kognitivních schopností a kompetencí, ke ztrátě motivace, k apatii, ke ztrátě tělesné a duševní aktivity. Základem pomoci je však vždy znalost životní biografie seniora, která by měla být samozřejmá pro každého pečujícího. Skupinově zaměřená aktivizace čerpá taktéž ze znalosti životní biografie seniorů. Měla by vycházet z rozdělení činností na určitá témata, např. aktivizace navazující na roční období a změny v přírodě. Přírodní materiál podporuje orientaci v ročním období, podněcuje vzpomínky z doby minulé. Jsou to věci, materiály, které senioři dobře znají. Cílem je povzbudit komunikaci, zlepšit nalézání slov, udržet slovní zásobu, prožít vědomí sounáležitosti s ostatními, procvičení jemné motoriky, zručnosti, aktivace a motivace seniorů. Taktéž aktivní zapojení rodinných příslušníků a jejich účast je pro udržení kvality života ve stáří rozhodující.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zabývá aktivním životem seniorů žijících v domovech pro seniory ve Zlíně a Otrokovicích. Teoretická část popisuje stáří jako společenský fenomén, péči o seniory v domovech pro seniory a možnosti aktivizace seniorů v domovech pro seniory. V praktické části bylo zjišťováno, jak aktivní je stáří současných seniorů v domovech pro seniory ve Zlíně a Otrokovicích.

Dříve do domovů pro seniory přicházeli lidé soběstační, kteří řešili většinou svou bytovou otázku nebo si uvědomovali, že za pár let se o sebe nebudou moci postarat. V současné době přicházejí do domovů pro seniory lidé velmi staří, lidé ve vysokém stupni závislosti na pomoci druhých, lidé, o které se jejich vlastní rodina a blízcí nemohou nebo nedokážou postarat. Tito lidé si uvědomují svou bezmoc a rezignovaně přijímají nabízenou možnost. Než přijdou do domova pro seniory, musí nejprve opustit mnoho hmotných věcí, které za svůj život nashromáždili a často i sami vytvořili. Musí opustit být doma, opustit své schopnosti vaření a pečení pro svou rodinu, pocit péče o druhé, opustit pocit potřebnosti a užitečnosti. To vše je pro ně velký životní zlom.

Pocit smysluplnosti života, udržení si co nejdelší soběstačnosti, psychickou pohodu, odstranění samoty a izolace můžeme výrazně ovlivnit vhodnou motivací a aktivizací seniorů žijících v domovech pro seniory. Splníme-li potřeby, předejdeme vzniku deprese a úpadku psychického i fyzického stavu, umožníme seniorům, aby si zachovali vědomí hodnoty své vlastní osobnosti. Zlepšení kvality života v domovech pro seniory však začíná u samotných pečovatелů a jejich přístupu ke klientům. Rozhodující je taktéž schopnost vedení domova pro seniory zajistit finanční prostředky, kterými docílí změny v systému a péči.

Lidé s pozitivními názory, s energií zdolávat nové cíle i v pozdním věku, mají mnohem větší šance na zdravé a spokojené stáří. Nepřijde to k nám však samo, nemůžeme jen sedět a čekat, až zestárneme. Zapojit se do úspěšného stárnutí musí být vědomou volbou a odhodláním k nepřetržitému sebevzdělávání.

Staří a stárnoucí lidé, jsou a vždy budou součástí našeho života a je na nás, abychom se naučili přistupovat k nim s úctou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.
- [2] ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ, J. HOLČÍK, Z. KALVACH A P. KUBŮ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4544-2.
- [3] DIENSTBIER, Zdeněk, 2012. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 2. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-01-3.
- [4] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [5] ERIKSON, Erik H., 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.
- [6] HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, 2013. *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-152-7.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. Vydání 2., podstatně přeprac. a dopl. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [8] HAVRDOVÁ, Zuzana (ed), 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. ISBN 978-80-87398-06-7.
- [9] HETTEŠ, Miloslav, 2011. *Stárnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-031-6.
- [10] HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ, D. MÜLLEROVÁ, L. VIDOVIČOVÁ, L. HABRCETLOVÁ, M. MATOULEK, J. SUCHÁ A M. ŠIMŮNKOVÁ, 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- [11] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [12] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

- [13] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [14] KAFKOVÁ PETROVÁ, Marcela, 2013. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. ISBN 978-80-210-6310-5.
- [15] KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.
- [16] KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 798-80-246-2464-8.
- [17] KRAUS, Blahoslav, 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0643-9.
- [18] KRHUTOVÁ, Lenka (ed.), 2013. *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7326-231-0.
- [19] KRIŠKOVÁ, Anna, 2010. *Profesionálne opatrovatelstvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-329-5.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [21] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [22] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [23] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [24] MARTINEK, Michael, 2008. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok. ISBN 978-80-904137-2-6.
- [25] MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [26] *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. 2005. Praha: Grada. ISBN 80-247-1001-3.

- [27] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [28] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- [29] NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3708-9.
- [30] NOVÁKOVÁ KROUTILOVÁ, Radana (ed), 2011. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-531-2.
- [31] POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [32] PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [33] ROSLAWSKI, Adam, 2005. *Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0774-4.
- [34] SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5.
- [35] ŠTIKAR, Jiří, Jiří HOSKOVEC a Jana ŠMOLÍKOVÁ, 2007. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1339-0.
- [36] ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-920-8.
- [37] TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 9788080632700.
- [38] TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 8072623656.
- [39] VÁVROVÁ, Soňa (ed.), 2009. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb: monografie*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati. CD-ROM. ISBN 978-80-7318-869-6.
- [40] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

- [41] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-40-247-4423-0.

Internetové zdroje

- [1] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. *MPSV: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online].
MPSV©2015 [cit. 2015-11-24].
Dostupné z : http://www.mpsv.cz/files/clanky/20848/NAP_2013-2017_070114.pdf
- [2] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. *MPSV: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. MPSV©2015 [cit. 2015-02-24].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2869>
- [3] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. *MPSV: Příprava na stárnutí v České republice* [online]. MPSV©2015 [cit. 2015-11-24].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
- [4] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, §32 a §33* [online]. MPSV©2015 [cit. 2015-11-24].
Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- [5] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, §50* [online]. MPSV©2015 [cit. 2015-11-24].
Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- [6] Naděje Zlín. Denní stacionář pro osoby s demencí. www.nadeje.cz [online]. ©2015 [cit. 2015-11-24].
Dostupné také z: http://www.nadeje.cz/zlin/denni_stacionar_pro_osoby_s_demenci

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR – Česká republika.

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných.

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí.

NPPS – Národní program přípravy stárnutí populace.

OSN – Organizace spojených národů.

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace.

aj. – A jiné.

apod. – A podobně.

cit. – Citováno.

č. – Číslo.

ed – Editor.

min. – Minuta.

n – Celková četnost.

např. – Například.

přír. – Přírodní.

rel. – Relativní.

s. – Strana.

Sb. – Sběrka zákonů.

tj. – To je.

tzv. – Tak zvaní.

α – Hladina významnosti.

χ^2 – Testové kritérium chí-kvadrát.

§ - Paragraf.

% - Procento.

Σ – Celkem.

H1 až H6 – Hypotéza 1 až 6

H_0 - Hypotéza nulová.

H_A - Hypotéza alternativní.

SEZNAM GRAFŮ

Obrázek 1 - Omezení	69
Obrázek 2 – Fyzická aktivita	70
Obrázek 3 – Způsob informovanosti	71
Obrázek 4 – Časová informovanost.....	72
Obrázek 5 - Spokojenost.....	73
Obrázek 6 – Aktivita nejvíce oblíbená	79
Obrázek 7 – Účast na aktivitách	80

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Vnímání aktivního života	50
Tabulka 2 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H1	50
Tabulka 3 – Přínos účasti na aktivitách pro seniory	52
Tabulka 4 – Aktivní život ve vztahu k pohlaví.....	53
Tabulka 5 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H2	53
Tabulka 6 – Aktivní život ve vztahu k pohlaví.....	54
Tabulka 7 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H2	55
Tabulka 8 – Aktivní život ve vztahu k věku	56
Tabulka 9 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H3	57
Tabulka 10 – Aktivní život ve vztahu k věku	57
Tabulka 11 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H3	58
Tabulka 12 – Aktivní život ve vztahu k rodinnému stavu	59
Tabulka 13 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H4	60
Tabulka 14 – Aktivní život ve vztahu k rodinnému stavu	60
Tabulka 15 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H4	61
Tabulka 16 – Aktivní život ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání	62
Tabulka 17 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H5	62
Tabulka 18 - Aktivní život ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání.....	63
Tabulka 19 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H5	64
Tabulka 20 – Bařova škola práce	65
Tabulka 21 - Zaměstnání	65
Tabulka 22 – Aktivní život ve vztahu k zaměstnání.....	66
Tabulka 23 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H6	67
Tabulka 24 -Zaměstnání	67
Tabulka 25 – Výpočet testového kritéria χ^2 pro H6	68
Tabulka 26 – Omezení aktivního života	69
Tabulka 27 – Fyzická aktivita.....	70
Tabulka 28 – Způsob informovanosti	71
Tabulka 29 – Hodnocení aktivizačních programů – volba aktivit.....	74
Tabulka 30 – Hodnocení aktivizačních programů – zajímavost aktivit	75
Tabulka 31 – Hodnocení aktivizačních programů – zábavnost aktivit.....	75
Tabulka 32 – Hodnocení aktivizačních programů – fyzická náročnost aktivit	76

Tabulka 33 – Hodnocení aktivizačních programů – pravidelnost aktivit.....	76
Tabulka 34 – Oblíbená aktivita z nabídky aktivizačních programů	78
Tabulka 35 – Aktivita nejvíce oblíbená.....	79
Tabulka 36 – Účast na aktivitách.....	80

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P II: CODE BOOK

PŘÍLOHA P III: ZDROJOVÁ DATA 1, 2, 3

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

9. Co Vás omezuje v tom, abyste žil/a aktivněji?

- a) zdravotní stav
- b) nezajímavá nabídka aktivit
- c) věk
- d) neomezuje mě nic
- e) jiné

10. Věnujete se nějaké fyzické aktivitě?

- a) pravidelně
- b) občas
- c) vůbec

11. Jakou formou jste informován/a o nabídce aktivit ve Vašem domově pro seniory?

(Ize vybrat i více možností)

- a) informuji mne sociální pracovníci prostřednictvím rozhlasu
- b) informace se dozvídám na nástěnce v domově
- c) sám/a se dotazuji na denní aktivity sociálních pracovníků
- d) nejsem informován/a

12. Jak jste o konání aktivizačních programů ve Vašem domově pro seniory informován/a?

- a) zcela dostatečně včas
- b) spíše dostatečně včas
- c) spíše nedostatečně včas
- d) zcela nedostatečně včas

13. Jak jste s nabídkou aktivizačních programů ve Vašem domově pro seniory spokojen/a?

- a) spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) spíše nespokojen/a
- d) nespokojen/a

14. Aktivizační programy poskytované ve Vašem domově pro seniory hodnotíte jako:

špatně zvolené	1	2	3	4	dobře zvolené
nezajímavé	1	2	3	4	zajímavé
nezábavné	1	2	3	4	zábavné
fyzicky náročné	1	2	3	4	fyzicky snadné
nepravidelné	1	2	3	4	pravidelné
jiné					

15. Zaškrtněte, co patří mezi Vaše oblíbené aktivity (můžete i více možností):

- a) muzikoterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv)
- b) ruční práce (práce s přírodními materiály, stříhání, skládání, sypání, motání)
- c) výtvarné práce (kreslení)
- d) procházky po okolí
- e) pohybové aktivity (skupinové sportování, protažení)
- f) trénování paměti
- g) reminiscence (vzpomínání na určité téma)
- h) posezení u kávy (navazování společenských vztahů)
- i) sledování televize
- j) kino
- k) účast na bohoslužbách

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

l) účast na kulturních akcích

m) jiné

16. Napište slovy, se kterou aktivitou jste ve Vašem domově pro seniory obzvláště spokojen/á?

.....
.....

17. Jak často se účastníte aktivizačních programů ve Vašem domově pro seniory?

a) pravidelně

b) spíše pravidelně

c) spíše nepravidelně

d) nepravidelně

PŘÍLOHA P II: CODE BOOK

id	jeožádl	kategorie odpovědi	otázka v dotazníku
pořadí věk	otázka E. 1	1- mladší 2- 79 až 89 let 3- 90 let a více	Jste: Kolik Vám je let?
rodinný stav	otázka E. 2	1- 68 a 78 let 2- vdanci/ženiny	Váš rodinný stav:
veřejné	otázka E. 3	1- jsem nezabýván	Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
Barová škola práce	otázka E. 4	1- zabývá se školou	4- vdaný/vdovce 4- vysoká škola
zaměstnaní	otázka E. 5	1- ano 2- ne	Navštěvoval/a jste pa zaměstnaní Bučova škola práce?
vnímání aktivního života	otázka E. 6	1- pracoval/a jsem v kanceláři 2- spíše aktivně	Jak jste vykonával/a zaměstnání? Jak se cítíte být aktivní v největším životě, který žijete ve Vašem domově pro seniory?
přítom aktivní	otázka E. 7	1- aktivně 2- spíše aktivně 3- pracovat, obrátit se např. předání předmětů měsíčně	Co Vám přináší účast na aktivitách nabízených ve Vašem domově pro seniory? (Ite vybrat i více možností)
omazání fyzická aktivita	otázka E. 8	1- vidím se s ostatními, co dělám, pohovkujeme, vzpomínáme 2- neorganizovaná sálka aktivít	Co Vás omezuje v tom, abyste šel/a aktivněji? Vznikne se nějaká fyzická aktivita?
společnost	otázka E. 9	1- sdružování 2- občas 3- sdělím se dozvuji na denní aktivity sociálních pracovníků	Jak jste informovala/o ostatní o aktivitě ve Vašem domově pro seniory? (Ite vybrat i více možností)
časová informovanost	otázka E. 10	1- sdružování 2- spíše dostatečně věd 3- spíše dostatečně věd	Jak jste o konání aktivitních programů ve Vašem domově pro seniory informovala/o?
hodnocení aktivit	otázka E. 11	1- spokojen/a 2- spíše spokojen/a 3- spíše nespokojen/a 4- nespokojen/a	Jak jste s nabídkou aktivitních programů ve Vašem domově pro seniory spokojen/a?
oříběné aktivita	otázka E. 12	1- volba aktivit 2- organizace 3- zabavení 4- fyzicky náročné 5- pravidelnost 6- jiné	Altitracní programy poskytnuté ve Vašem domově pro seniory hodnotíte jako:
oříběné aktivita	otázka E. 13	1- multiterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv) 6- tělesná paměť (připomínání na určité téma) 11- účast na bohoslužbách 1- kulturní akce	Zabíráte, co pořímeti vaše oblíbené aktivity (můžete i více možností):
oříběné aktivita	otázka E. 14	1- multiterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv) 6- tělesná paměť (připomínání na určité téma) 11- účast na bohoslužbách 1- kulturní akce	Napíšte slovy, se kterou aktivitou jste ve Vašem domově pro seniory občas spokojený?
oříběné aktivita	otázka E. 15	1- multiterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv) 6- tělesná paměť (připomínání na určité téma) 11- účast na bohoslužbách 1- kulturní akce	Jak často se účastníte aktivitních programů ve Vašem domově pro seniory?
oříběné aktivita	otázka E. 16	1- multiterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv) 6- tělesná paměť (připomínání na určité téma) 11- účast na bohoslužbách 1- kulturní akce	Jak často se účastníte aktivitních programů ve Vašem domově pro seniory?
oříběné aktivita	otázka E. 17	1- multiterapie (poslechová hudba, vlastní zpěv) 6- tělesná paměť (připomínání na určité téma) 11- účast na bohoslužbách 1- kulturní akce	Jak často se účastníte aktivitních programů ve Vašem domově pro seniory?

