

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Aktivní stárnutí v domovech pro seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Olga Doňková**

**Vypracovala:
Lucie Kučerová**

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aktivní stárnutí v domovech pro seniory“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.
Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 28. 4. 2010

.....

Lucie Kučerová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Olze Doňkové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat svému příteli a rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Poděkování patří také personálu a obyvatelům Domova pro seniory Holásecká za jejich vstřícnost, ochotu a poskytnutí cenných informací.

Lucie Kučerová

Obsah

Úvod.....	1
1 Teoretická východiska práce.....	3
1.1 Stárnutí a stáří	3
1.1.1 Periodizace stáří.....	4
1.2 Vědní disciplíny zabývající se stárnutím a stářím	5
1.3 Faktory, které ovlivňují proces stárnutí	6
1.4 Změny vyvolané stárnutím.....	8
1.4.1 Biologické změny	8
1.4.2 Změny psychiky.....	9
1.4.3 Změny sociální	10
1.4.4 Změny sexuality ve stáří.....	11
1.4.5 Změny ve stárnutí žen a mužů.....	12
1.5 Nemoci seniorů	13
1.5.1 Onemocnění srdce a cév	14
1.5.2 Onemocnění dýchacího systému	14
1.5.3 Metabolická a endokrinní onemocnění a poruchy	14
1.5.4 Onemocnění nervová a neuropsychická	15
1.5.5 Onemocnění smyslů.....	16
1.5.6 Poruchy a onemocnění hybného systému	16
1.5.7 Duševní poruchy ve stáří	17
1.6 Vliv pohybu na změny životního stylu seniorů.....	19
1.7 Sociální služby, domovy pro seniory.....	20
1.8 Aktivizační programy	21
1.8.1 Validační terapie	23
1.8.2 Reminiscenční (vzpomínková) terapie	23
1.8.3 Bazální stimulace	24
1.8.4 Muzikoterapie.....	25
1.8.5 Arteterapie	26
1.8.6 Ergoterapie	27
1.8.7 Taneční a pohybová terapie	28
1.8.8 Zooterapie	29
1.8.9 Kroužek výpočetní techniky.....	30

1.8.10	Vzdělávání seniorů.....	31
2	Vlastní průzkum	33
2.1	Cíle průzkumu a formulace hypotéz	33
2.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
2.3	Charakteristika výzkumného prostředí.....	34
2.4	Použité metody	35
2.5	Prezentace výsledků	36
2.5.1	Preference trávení volného času	36
2.5.2	Účast na aktivizačních programech	37
2.5.3	Hodnocení aktivizačních programů	38
2.5.4	Účast na společenských akcích	39
2.5.5	Hodnocení společenských akcí	39
2.5.6	Přínos aktivizačních programů.....	39
2.5.7	Dostatek nabízených aktivit	40
2.5.8	Informovanost o programech, podíl vlastní iniciativy a motivace personálu na účasti	41
2.5.9	Překážky v účasti.....	42
2.5.10	Naučí se senioři v domově něčemu novému?.....	42
2.5.11	Vliv účasti na aktivizačních programech v adaptaci na nové prostředí	43
2.5.12	Nabídka pravidelných aktivizačních programů Domova pro seniory Holásecká ..	44
2.6	Diskuze.....	46
2.7	Závěry průzkumu.....	48
	Resumé.....	49
	Anotace	50
	Klíčová slova	50
	Annotation.....	50
	Keywords.....	50
	Použitá literatura	51
	Internetové zdroje	52
	Přílohy	53
	Otázky k rozhovoru	53
	Aktivita Domova pro seniory Holásecká.....	54

Úvod

Ve své bakalářské práci se budu věnovat tématu aktivního stárnutí v domovech pro seniory. Toto téma mě zaujalo proto, že se seniorská problematika v poslední době stává hojně diskutovaným tématem. Jedním z důvodů je prognóza o nezadržitelném stárnutí populace. Tato alarmující předpověď vyvstává potřebu věnovat pozornost jak seniorům samotným, tak celému období stárnutí. Myšlenkou kvalitního života je třeba se zabývat nejen u lidí produktivního věku, ale také u seniorů.

Sociální pedagogika se zabývá otázkou životní pomoci. Pomoci člověku, který se vypořádává s životními úkoly, změnami, problémy a ohrožením. To jsou situace, se kterými se setkávají i senioři. Přichází ztráta blízkých osob, změna bydliště, změny fyzické a psychické povahy. Senioři se musí přizpůsobit a vyrovnat s nově vzniklými okolnostmi, najít nový smysl života. A to je moment, ve kterém je možné využít sociální pedagogiku, právě v jejím zaměření na každodennost života jedince a zvládání životních situací bez ohledu na věk. (Kraus, & Sýkora, 2009)

Výše uvedené změny bývají jedním z důvodů přestěhování do domova pro seniory. To vyvolává potřebu změnit dosavadní životní styl. Pobytem v rezidenčním zařízení získává pojem volný čas zcela nový rozměr. V zájmu zachování co nejvyšší duševní a fyzické zdatnosti je třeba tento čas trávit, pokud možno, aktivně. K tomu přispívají nejrůznější aktivizační programy a akce nabízené domovy pro seniory. Ve své práci se pokusí podat přehled činností, aktivit a programů, které zde seniorům umožňují aktivně stárnout.

Cílem bakalářské práce je pojednat o problematice stárnutí a o aktivním stárnutí v domovech pro seniory. Zajímalo mne, jaký ohlas mají aktivizační programy u seniorů. Zda a jak jsou s nimi spokojeni. To vedlo k volbě cílu mého drobného průzkumu. Je jím snaha nalézt odpověď na tři hlavní výzkumné otázky: Poskytuje Domov pro seniory Holásecká v Brně – Tuřanech nabídku aktivizačních programů? Jaké druhy aktivizačních programů nabízí? Jak jsou s nabídkou spokojeni klienti?

K testování jsem stanovila následující hypotézy: Většina klientů (tzn. více než 50%) Domova pro seniory Holásecká preferuje aktivní způsob trávení volného

času; Lze předpokládat, že nabídka a obsah aktivizačních programů Domova pro seniory Holásecká je z pohledu klientů vyhovující; Lze předpokládat, že informovanost klientů o aktivitách pořádaných Domovem pro seniory Holásecká je dostatečná; Většina klientů (tzn. více než 50%) Domova pro seniory Holásecká vidí v účasti na aktivizačních programech pozitivní přínos (při vstupu do domova pro seniory a dlouhodobě); Lze předpokládat, že personál hraje významnou úlohu při zapojení klienta do aktivizačních programů.

Dospět k naplnění ústředních cílů mi pomohou různé metody. V teoretické části práce největší měrou využiji metodu analýzy odborné literatury a dále získávání informací z příslušných webových stránek. Vymeším pojmy stárnutí a stáří, související vědní disciplíny, faktory ovlivňující proces stárnutí, změny vyvolané stárnutím, nemoci seniorů, vliv pohybu na změny životního stylu, sociální služby, domovy pro seniory a aktivizační programy. V praktické části se pokusím, s využitím kvalitativní metody formou polostandardizovaného rozhovoru, odpovědět na výše uvedené výzkumné otázky. V některých kapitolách též praktikuji metodu komparace.

1 Teoretická východiska práce

1.1 Stárnutí a stáří

„Jarní čas nám představuje mládí, naznačuje nám plody, které můžeme od budoucnosti očekávat. Další období jsou přizpůsobena k žatvě a ke sklizni ovoce. Plody stáří, jak jsem již často řekl, tvoří bohaté vzpomínky a všechno dobré, co jsme dřív zakusili. Všechno pak, co se děje podle přírody, musíme pokládat za dobré a užitečné.“

Cicero

Při pojednání o starých lidech ¹ a jejich životě je třeba nejprve vysvětlit, co samotné pojmy stáří a stárnutí znamenají.

Stárnutí představuje podle Hayflicka (1997) postupnou ztrátu běžných životních funkcí od okamžiku dovršení pohlavní dospělosti až po maximální délku života, která je pro každého jedince daného biologického druhu jiná.

Vigué (2006) pokládá stárnutí za proces opotřebení, ve kterém se sčítají změny, které probíhají během celého života organismu. Tyto změny zasahují stránku tělesnou, psychickou, funkční a biochemickou. Stárnutí ve svém důsledku znamená snížení schopnosti adaptace a funkčních rezerv všech orgánů a soustav organismu při stresových situacích, což vytváří predispozice k nemocím.

Tento proces je zákonitý, nikoliv však neměnný. Stárnutí může být úspěšné i neúspěšné. Za úspěšné považujeme stárnutí se zachováním dobré kvality života a funkční zdatnosti do nejvyššího věku. Neúspěšným lze označit předčasnou manifestaci „stařeckých změn“ – nízkou funkční zdatnost, špatný zdravotní stav a v extrému až nesoběstačnost. (Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský, 2002)

Stručnou a výstižnou definici přináší Forettová ², která považuje stárnutí za „působení času na lidskou bytost“. (Pichaud, & Thereauová, 1998)

Stáří je „přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického vzhladu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života“. (Tošnerová, 2009, s. 14).

¹ Starý člověk bývá označován v odborné literatuře a hovorově různým způsobem: geront (z řeckého gerón = starý muž), senior, stařec, stařena, důchodce.

² Dr. Françoise Forettová, předsedkyně Fondation nationale de gerontologie (Národní gerontologické nadace).

Stejně jako v jiných etapách života se i ve stáří jednotliví lidé liší svojí aktivitou, soustředěním na věci životně důležité. Nadhled a odstup od obav a těžkostí mládí se mohou přeměnit v hodnotu působící proti potížím a omezením pokročilého věku, nebo je dokonce mnohonásobně překoná. (Vigué, 2006)

Říčan (1990) vidí staré lidi, jako někoho, kdo jí méně potravy, nehodí se k lovu, boji, reprodukci. Naopak má možnost vykonávat lehké práce, opatrovat potomky. U mužů vlivem snížení produkce hormonů klesá soutěživost a agresivita. Ženy se stávají pro opačné pohlaví méně atraktivními. Plusem jsou znalosti při přípravě pokrmů, zručnost při zhotovení různých výrobků a především schopnost předat tyto znalosti mladým lidem. Staří lidé jsou nositeli tradic, pamětníky různých společenských událostí, v životě už ledacos vyzkoušeli a mohou mladé generaci sdělit své poznatky a názory.

1.1.1 Periodizace stáří

Důležitým pojmem, zabýváme-li se stářím, je **věk**. Život člověka je limitován určitým časem. Pro lepší orientaci v čase stanovil člověk určité hranice – člení čas na minuty, hodiny, dny a roky. Časový limit našeho života nazýváme věkem. Věk dělíme na chronologický (kalendářní) a biologický.

Kalendářní věk³ jedince je vyjádřený časem, který plyne od jeho narození jako věk v letech. Má význam spíše sociální a právní než biologický. (Vigué, 2006)

V současnosti je podle měřítek Světové zdravotnické organizace (WHO) definován starý člověk jako člověk starší 60 let. Od tohoto věku jsou stanoveny následující kategorie⁴:

- Třetí věk 60-74 let
- Čtvrtý věk 75-89 let
- Vysoký věk 90-99
- Století více než 100 let

³ Kalendářní věk má v literatuře více označení, např. Haškovcová (1990) uvádí i označení chronologický a matriční věk.

⁴ Názvy i periodizace jednotlivých časových úseků se v odborných publikacích různí.

Biologický věk⁵ je věk, který koresponduje s funkčním stavem orgánů v porovnání se standardním stavem v určitém věku. Znalost biologického věku dává o skutečném stavu stárnutí lepší informaci. Každý člověk má svůj vlastní rytmus stárnutí a dokonce i u jednoho člověka má každá tkáň a každý orgán rozdílný rytmus stárnutí. Určit biologický věk je proto značně obtížné. (Vigué, 2006) Biologický věk je stěžejním ukazatelem vývoje procesu stárnutí. Je předurčen jednak geneticky, jednak je také ovlivněn zevními a vnitřními faktory. (Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský, 2002)

V souvislosti s biologickým věkem nemohu nezmínit pojem **biologické hodiny**. Řečnická otázka: „Biologické hodiny tikají?“ je známa snad každému člověku a netýká se pouze žen v plodném období. Život každého jedince je řízen jeho vnitřními hodinami - biorytmy, které mají vliv na individuální výkonnost, vnímání, soustředění, odráží se i ve fyzické a duševní stránce.

Tošnerová (2009) uvádí, že rozdíl mezi kalendářním a biologickým věkem může být až 10 let. Jak vyplývá z výše uvedeného, kalendářní věk je nám daný, za biologický můžeme my sami, případně se na něm podílieme, to znamená, že ho můžeme ovlivnit např. životním stylem, stravovacími návyky, kouřením aj.

S ještě větším rozdílem v kalendářním a biologickém věku přichází Říčan (1990), který uvádí, že určit celkový biologický věk se zatím nepodařilo, protože člověk v určitém věku může mít např. mozek „petatřicetiletý“ a ledviny „sedmdesátileté“.

Zajímavou myšlenku přinesla Haškovcová (1990, s. 23): „Rychlost stárnutí je ovlivňována mnoha faktory, a to jak biologické, psychické, tak i sociální povahy. Někdy bývá uváděn tzv. **psychosociální čas**, který je vlastně identický se sociálně historickým osudem člověka a v jistém smyslu slova je nejpřesnější.“

1.2 Vědní disciplíny zabývající se stárnutím a stářím

„Prehistorický člověk, i většina lidí ve středověku se stáří nedožili. Ještě v 17. Století se dožilo pětadesáti let 1% populace a do 19. století se číslo zvýšilo na 4%. Ve dvacátém století ve vyspělých zemích tvořila populace do 65 let přibližně

⁵ Haškovcová (1990) označuje biologický věk za věk skutečný, který odpovídá věku funkčnímu.

70% obyvatelstva a odhaduje se, že v našem 21. Století bude 30-40% populace sestávat z osmdesátníků a starších.“ (Dienstbier, 2009, s. 19)

Stárnutí je významným procesem lidského života. To si odborníci plně uvědomují, proto je stárnutí podrobováno mnoha celosvětovým studiím, které vedly ke vzniku následujícím vědním oborům věnujícím se této problematice.

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Termín gerontologie vznikl ve třicátých letech 20. století. Je odvozen z latinského slova geront = stařec (Haškovcová, 1990), Říčan (1990) uvádí název gerontologie jako složeninu řeckého gerón = starý muž a iatros = lékař. Zabývá se somatickými a psychickými aspekty stáří a stárnutí.

Geriatric se zabývá problematikou nemocí ve stáří a jejich následnou léčbou. Zdravotní péči seniorů je třeba zajistit kvalifikovanou geriatrickou péčí.

Gerontopsychologie je specializací klinické psychologie zabývající se problematikou stáří a stárnutí z hlediska individuálních zvláštností. Gerontopsychologie řeší zejména otázky související s osobnostními charakteristikami jedince. Tím se odlišuje i od specializované pedagogické disciplíny **gerontopedagogiky**.

(http://www.cojeco.cz/index.php?detail=1&id_desc=29616&title=gerontopsychologie&s_lang=2)

Sedláček (in Pichaud, & Thareauová, 1998, s. 10) vidí gerontopsychologii jako „výslednici biologických a sociálních faktorů, prolínajících se v hlavních etapách životního cyklu“.

Gerontopsychiatrie se zabývá zvláštnostmi psychiky a léčbou psychických nemocí seniorů.

1.3 Faktory, které ovlivňují proces stárnutí

Samotný proces stárnutí, tedy jeho rychlost, kvalita, projevy, síla a intenzita, je ovlivňován mnoha různými **faktory**. Tento proces se prolíná s chronickými chorobnými procesy. Nejen stárnutí samotné, ale také jiné závažné nemoci, bývají zrychlovány, zhoršovány a podmiňovány rizikovými faktory.

Lidský organismus je negativně ovlivňován faktory vnějšího prostředí, nevhodnou životosprávou a stravovacími návyky spojenými především s nadměrným

a nevyváženým příjmem potravy. Kouřením, nesprávným opalováním, zamořeným životním prostředím, nadměrným požíváním alkoholických nápojů aj. tato rizika vědomě zvyšujeme. „U starého člověka přistupuje negativní vliv různých chorob na slábnoucí mechanismy regenerace lidského těla.“ (Dienstbier, 2009, s. 20) Tyto rizikové faktory přímo souvisí s naším životním stylem, proto je také sami můžeme ovlivňovat.

Faktory, které ovlivňovat nemůžeme, pouze je můžeme vhodnou prevencí, případně léčbou, oddálit, jsou ty faktory, které jsou každému člověku určeny předem. Jedná se o věk, pohlaví, různé genetické dispozice k některým druhům onemocnění, etnický původ nebo somatické zvláštnosti.

Člověk, na rozdíl od jiných živočichů si své stáří a stárnutí uvědomuje, je schopen ho pochopit a snažit se o jeho ovlivnění. Člověk sám může některé rizikové faktory ovlivnit. Projevy stárnutí je možno zpomalit stimulací obranných a adaptačních mechanismů organismu. Ve velké míře má tedy člověk prožívání celého života včetně stáří „ve svých rukou“. Je nerozumné podceňovat svůj biologický potenciál a odsuzovat se k pasivitě. (Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský, 2002)

K faktorům urychlujícím stárnutí patří:

- Nadbytečný příjem potravy
- Obezita
- Vysoký krevní tlak
- Požívání alkoholu a tabáku
- Nízká fyzická aktivita, sedavý způsob života
- Stres
- Samota, malé nebo nulové společenské a pracovní zapojení

Mezi faktory zpomalující stárnutí se řadí:

- Klidný a dostatečný spánek
 - Častá fyzická aktivita
 - Zdravá výživa
 - Udržování společenských a pracovních kontaktů
- (Vigué, 2006)

1.4 Změny vyvolané stárnutím

Během života prochází jak naše tělo, tak i naše myšlení, třemi známými etapami: růstem, dospělostí a stářím. Rytmus stárnutí je odlišný mezi jedinci, i mezi orgány a soustavami v témže organismu. (Vigué, 2006) Zahrnuje fyzický vzhled, energetický stav, duševní schopnosti a společenský život. **Změny** bývají většinou seniorů vnímány jako ztráta, protože nutí člověka vzdát se řady situací, přijímat nové role a vypořádat se s omezenějšími schopnostmi. K hrozbám stáří patří obava ze ztráty nezávislosti. Tato obava je spojena s bezmocí, ponížením, ignorací okolí, ztrátou autonomie, nesoběstačností, strachem z odloučení. Ztráta nezávislosti může být vyústěním změn zdravotního (tělesného a duševního) stavu objektivně diagnostikovaného lékařem nebo následkem psychosociálních a ekonomických okolností. (Tošnerová, 2009)

Někteří vědci dokazují, že: „od 30. roku věku života se regenerační funkce organismu snižuje ročně až o 1% a že mnohem vážnější je tento výpadek v celkovém souhrnu než v jednotlivých orgánech“. (Dienstbier, 2009, s. 20)

1.4.1 Biologické změny

Biologické změny ovlivňují faktory vnitřní i faktory vnější. Přestože je samotný proces stárnutí u jednotlivců zcela individuální, vykazují lidé v průběhu stárnutí společné znaky – změny, které se objeví u větší skupiny lidí, pouze s rozdílnou dobou projevení.

Změny ve vnější podobě

Tělesná výška se snižuje, což způsobují příčiny, jakými jsou např. slábnutí svalstva, změny v kosterní oblasti, ztráta vody, prořidnutí kostí a jiné deformace páteře. Snižování kvality kostní hmoty zvyšuje riziko zlomenin. Trup zesiluje a končetiny se stávají slabšími. Zvýrazňuje se páteřní křivka, tak vzniká kyfóza. Hrudník se s přibývajícím věkem zvětšuje. Klesá rozpětí paží. Člověk mění způsob **chůze**, tím, že začíná dělat kratší kroky.

Kůže mění zbarvení, ztrácí elasticitu a přizpůsobivost vedoucí k vytváření vrásek. Vrásky jsou jedním z nejviditelnějších projevů stárnutí, jejich tvorba je ovlivněna dědičností, vnějšími vlivy prostředí, vystavováním kůže slunci aj.

Na **obličej** se prodlužují nos a uši, jiné proporce se zřetelněji nemění. **Vlasy** zpomalují svůj růst, klesá jejich průměr a pevnost, urychluje se vypadávání. Procento hrubých vlasů se snižuje, naopak jemných vlasů vzrůstá. Vymírání buněk produkujících melanin, způsobuje vznik šedin. Oproti tomu **ochlupení** některých částí se zvyšuje. Chloupky v nose, uších, u žen na bradě a nad horním rtem, začínají s běžícím časem přímo bujet. Všeobecně je však možno uvést, že celkového ochlupení s věkem ubývá. **Nehty** zesilují. Objevuje se změna zbarvení, zmatnění, drážkování. (Hayflick, 1997)

Změny tělesného složení

Úbytek **svalové hmoty** způsobuje snížení síly a fyzického výkonu. Pokles svalové síly se snižuje až o 30%. **Vazivo** se stává méně pružným, chrupavky zejména v kloubech tuhnou. Dochází k degenerativním kloubním změnám.

Klesá celkový **obsah vody** v těle. U mladších lidí činí obsah vody přibližně 60%, s věkem obsah vody klesá na 50%. Toto snížení je zapříčiněno poklesem obsahu vod uvnitř buněk, znamená tendenci k dehydrataci.

Odborné studie dokazují, že **tělesná hmotnost** ve středních letech roste a se stářím začíná opět klesat. Na případném zvyšování hmotnosti má významný podíl snížení klidového energetického výdeje až o polovinu. Ke změnám v nárůstu tukové hmoty dochází převážně v oblasti trupu.

Orgány všeobecně zmenšují velikost a hmotnost, výjimkou je např. prostata u mužů. **Zrak** a **sluch** jsou orgány, které snižují svou funkci mezi prvními. Postupem času se k nim přidruží oslabení hmatových, čichových a chuťových smyslů. (Vigué, 2006; Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský, 2002; Klevetová, & Dlabalová, 2008)

1.4.2 Změny psychiky

Stárnutí těla způsobuje i psychický stres, který přináší samo stáří: neradostnost, lpění na minulosti, nevyrovnání se se zármutkem, ponižování. Tvaroh (in Říčan, 1990)

říká: „ Na hormonální systém, který spolu s nervovým systémem řídí činnost i vývoj organismu, působí blahodárně veselá mysl, zábava, tzv. aktivní odpočinek vůbec, čilý psychický život (vnitřní mír a dobré svědomí)“.

S věkem dochází ke snižování intelektuálních schopností, které se projevují následným způsobem:

- Zmenšením schopnost řešit vzniklé problémy
- Menší spontánností v myšlení
- Změněnou schopností řeči a vyjadřování
- Zhoršením paměti, převážně se zapamatováním si nedávných událostí. Paměť se soustřeďuje stále více na minulost

- Mění se osobnost a charakterové vlastnosti:
- Osobnost se nemění, pouze s výjimkou patologických stavů, které v pozdějším věku mohou nastat, například demence.
- Klesá schopnost přizpůsobovat se, objevuje nebo zhoršuje se strach z nových a neznámých událostí a situací. (Vigué, 2006)

1.4.3 Změny sociální

„Ve stáří přirozeně ubývá aktivního uplatnění v širším sociálním měřítku, což však nemusí znamenat úbytek zájmu. Naopak, starý člověk se často orientuje více než v mládí na mravní a sociální hodnoty, přemýšlí o nich, stává se mentorem, napomínajícím kritikem, strážcem tradice. V tom je velká společenská úloha stáří.“ (Říčan, 1990, s. 59)

Stáří je období mnohých sociálních změn. První výraznou změnou, která bývá společností vnímána jako první „hmatatelný“ počátek stáří, je odchod do důchodu. Tím se zásadně mění sociální role člověka. Ztrátou aktivního pracovního zařazení musí člověk téměř ze dne na den hledat novou smysluplnou denní náplň, najít svůj nový životní styl a společenské uplatnění. Pobíráním starobního důchodu, namísto mzdy, často dochází ke snížení ekonomického standardu.

Velkou zátěží seniorů je také vyrovnání se se ztrátami blízkých lidí, ze života odchází životní partner a vrstevníci. Tyto ztráty se mohou negativně odrazit

ve vznikající osamělosti. Senior se začne izolovat od společenského života, přestává se zajímat o dění v okolí, je pasivní. Omezování běžných činností oslabuje jeho soběstačnost a může následně vést k závislosti na pomoci okolí.

Sociální změny bývají mnohdy příčinou, kdy je senior nucen opustit své zázemí a přestěhovat se. Vedou ho k tomu problémy finanční (výměna většího bytu za menší) nebo zdravotní (přestěhování se do rezidenčního zařízení s pečovatelskou službou).

1.4.4 Změny sexuality ve stáří

Změny provázející stárnutí se týkají rovněž oblasti sexuality.

Tabulka 1 - Přehled změn v oblasti sexuality ve stáří podle Venglářové (2007, s. 67)

Biologické změny a jejich odraz v intimním životě	
Změny vzhledu těla	Nespokojenost, stud, odmítání sexu
Degenerativní změny žláz	Muži – pomalé a mírné změny, pokles mužských hormonů Ženy – rychlejší nástup, klesá činnost vaječníků
Snížená hybnost	Bolesti a obtíže při styku
Psychosexuální změny	
Změny v rodině, manželství Odchod do důchodu Odchod do domova pro seniory	Ztráta partnera Nedostatek možností k seznámení, k sexuálnímu životu

Thienhaus (in Tošnerová, 1998) píše, že na poruchy sexuálního projevu mohou mít výraznější vliv i jiné faktory jako např. nadměrné požívání alkoholu, požívání některých léků, chronická onemocnění, absence partnera, deprese, nadměrná obezita, reakce na vlastní fyziologické změny, reakce na postoje prostředí, především u mužů je to také obava z výkonu.

Okolo sexuality starších lidí koluje mnoho mýtů, toto téma je společností tabuizované. Podle mého názoru společnost toto téma spíše ignoruje, než by se o něj zajímala. Důvodem může být neochota připustit, že starý člověk má na sex právo, stejně

tak jako kdokoliv jiný. Dnešní doba vzývá „kult krásy“, který znázorňují anorektické, graficky dokonale upravené, modelky v časopisech, u mužského pokolení se začíná rozšiřovat trend metrosexuálů⁶. I zcela zdravý člověk s normálním vzezřením může mít v takto smýšlejícím prostředí problém s projevy vlastní sexuality. Co potom člověk v seniorském věku, jenž má k bezchybným křivkám těla, vyhlazené pleti či bujně záplavě vlasů skutečně daleko.

Důležité je si uvědomit, že více než sexualita a pohlavní styk je poskytování a přijímání lásky, vzájemné porozumění a důvěra, blízkost, sdílení pocitů, doteků a objetí. Sexualita je úzce spojena s osobností jedince, hraje význačnou roli v obohacování a zkvalitňování života. (Koszarycz in Tošnerová, 1998)

Sociologové vidí za stereotypem asexuálního stáří ageismus⁷. „Jsou-li geronti vyřizeni v této oblasti, není třeba obávat se jejich konkurence a respektovat je ani v jiných oblastech.“ (Říčan, 1990, s. 390) Problém v přijetí sexuality seniorů je nejvýraznější ze strany jejich vlastních dětí, především vychovávanými v prudérním prostředí, kdy skrývání vlastních pocitů a náklonností bylo oboustranné.

1.4.5 Změny ve stárnutí žen a mužů

Zajímavým shledávám některá porovnání rozdílných změn ve stárnutí žen a mužů:

- muži mají oproti ženám vyšší maximální možnou spotřebu kyslíku, což je způsobeno především menší svalovou hmotou žen
- ženám se objevuje nadbytečné ukládání tuků v oblasti břišních partií až po klimakteriu, kdežto mužům se zde tuk usazuje již od mládí
- úbytek tělesné hmotnosti se u mužů objevuje převážně na břichu, kdežto u žen nemá hmotnostní ztráta s rozložením tuků nic společného
- ztráta citlivosti sluchu je u mužů dvakrát rychlejší, než je tomu u žen

⁶ **Metrosexuál** je označení pro muže žijící ve městě a mající velké příjmy, které investuje do značkového a módního oblečení, kosmetiky a návštěv posiloven nebo solárií. Metrosexuálové se tak v péči o fyzickou krásu vyrovnávají ženám a přejímají některé návyky typické spíše pro ženy, například používání různých tělových krémů, nebo odstraňování ochlupení intimních partií. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Metrosexu%C3%A1l>)

⁷ **Ageismus** (age-anglicky věk) je apriorní vyřazování starších lidí z různých aktivit, z činností, které vyžadují zvýšenou odpovědnost, pozornost nebo z vedoucích a nadřízených pozic pod dojmem, že nebudou schopni kvalifikovaně rozhodovat a adekvátně jednat. Způsoben je pocitem, že staří je nemoc, respektive že staří lidé už na většinu věcí prostě nestačí. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ageismus>)

- čich se u mužů ztrácí také rychleji, než je tomu u žen (Hayflick, 1997)

1.5 Nemoci seniorů

Lidský život provází nemoci od dětství až po stáří. V pokročilém věku je ovšem člověk přijímá hůř. Důvodem může být obava, že „lepší už to nebude“, obava ze snížené soběstačnosti nebo také strach z bolesti a blížící se smrti.

„Někdy je primární somatická nemoc, která ve svém důsledku vyvolává psychickou rozladu a sociální diskomfort, jindy člověk začne stonat na „duši“, a tím je posléze porušena i funkce sociálních vztahů a vazeb. Nemocná duše může somatizovat, tzn. že v důsledku psychické nemoci ochoří také tělo. U starých osob je typické, že sociální důvody bývají primárním činitelem kaskády stavů, které pak mohou vyústit v nemoc.“ (Haškovcová, 1990, s. 256)

Haškovcová (1990) uvádí, že ne nadarmo se říká, že sdělená bolest je poloviční bolest, a to je důvodem, proč si nemocní lidé o svých chorobách tak často povídají. Objevuje se potřeba nemocného člověka svěřit se, podělit se o své obavy. V těchto hovorech dokonce vidí jistou terapeutickou hodnotu. Důležité ovšem je, aby tyto hovory nebyly ústředním a jediným tématem života.

V následujících řádcích uvádím přehled některých onemocnění, která bývají označovány za časté nemoci starých lidí. Jelikož je téměř nemožné vypsát jejich plný výčet a ani to není cílem této práce, předkládám u každého okruhu pouze ukázkou případných nemocí. Za stěžejní problém mezi nemocemi seniorů vidím psychická onemocnění. Pro jejich prvotní skrytost a nenápadnost bývají příznaky přehlíženy a následné zhoršení psychického stavu a s tím spojené obtíže jsou obrovskou zátěží jak pro samotného nemocného, tak pro jeho okolí, ke kterému se řadí nejen rodina, známí a přátelé, ale také ošetřující personál v domovech pro seniory a jiných sociálních zařízeních. Z tohoto důvodu se tématem duševních poruch zabývám detailněji než nemocem jiným.

1.5.1 Onemocnění srdce a cév

- Ateroskleróza – hromadění lipidů se projevuje tvrdnutím tepen. To způsobuje zužování průsvitu arterie a špatné prokrvení. Způsobuje ji obezita, vysoký cholesterol, kouření, ale i samotné stáří.
- Ischemická choroba srdeční – jejím vlivem se věnčité tepny srdečního svalu stávají neprůchodnými. Vyvolává náhlý infarkt myokardu.
- Hypertenze (vysoký krevní tlak) – vyznačuje se vyššími hodnotami krevního tlaku. Může být výchozím bodem pro aterosklerózu, cévní mozkovou příhodu, selhání ledvin. Pro nápravu je důležitá změna životosprávy, nedojde-li k nápravě, zahajuje se farmakologická léčba.
- Funkční poruchy oběhového systému – mívají podklad v nerovnováze vegetativního nervstva.

1.5.2 Onemocnění dýchacího systému

- Obstrukční nemoci plic – jedná se o chronický zánět průdušek a průdušinek, rozedmy plic a astmatu. Na vzniku má podíl genetické zatížení a vliv vnějšího prostředí, může vyvolávat srdeční onemocnění. Nejčastější komplikací je pneumonie (zápal plic). Prevencí je např. očkování proti chřipce, vyhýbat se zakouřenému prostředí a především nekouřit cigarety.
- Poruchy dýchacího systému při restrikci

1.5.3 Metabolická a endokrinní onemocnění a poruchy

- K onemocněním gastrointestinálního systému patří polykací obtíže, pálení žáhy, bolesti břicha, obtíže s vyprazdňováním, nechutenství, koliky, zauzlení střev, odpor k jídlu, hubnutí nebo obezita.

Obezita – nedostatek pohybu, špatné stravovací návyky, nevyvážený příjem a výdej energie často vedou ke zvýšení tělesné hmotnosti. Jejím následkem je vznik nemocí metabolismu, oběhového a pohybového systému.

- Stárnutí endokrinního systému se nejvíce projevuje u štítné žlázy (snížením nebo zvýšením funkce štítné žlázy) a u pankreatu, kde se mění vnitřní sekreční činnost a objevuje se cukrovka.

Cukrovka (diabetes mellitus) – projevuje se zvýšenou hladinou cukru v krvi (hyperglykemií). Hladinu cukru v krvi reguluje hormon inzulín. Bez inzulínu buňky nezískávají cukr z krve. U cukrovky hrozí např. zhoršení zraku, snížení funkce ledvin, zvyšuje riziko aterosklerózy.

1.5.4 Onemocnění nervová a neuropsychická

Nervová onemocnění

- Neuritidy
- Neuralgie
- Cévní onemocnění mozku - cévní mozkovou příhodu způsobuje zástava oběhu nebo prasknutí cévy, které vyvolají krvácení. Následkem může pacient ochrnout částečně i celkově, utrpět lokální poškození (ztráta paměti, řeči, sluchu, zraku...)
- Parkinsonova nemoc – onemocnění části mozku. Pro tuto nemoc je charakteristickým znakem třes, pomalá svalová hybnost, ztuhlost svalů a dílčí ztráta reflexů. U třetiny nemocných se rozvíjí deprese a demence.

Psychické nemoci

- Funkční duševní choroby
- Neurózy
- Úzkostné stavy (anxieta) – pocity úzkosti, pocity ohrožení a pesimistické očekávání mívají za příznaky návaly, pocení, vnitřní neklid a napětí. Mezi úzkostné stavy řadíme fobie (strach z neexistující situace) a úzkosti (doprovází nemoci, jakými jsou např. bronchiální astma nebo angina pectoris).

1.5.5 Onemocnění smyslů

Smyslové orgány a vjemy jsou prostředníkem mezi mozkiem a vnějším světem. S postupujícím věkem se snižuje jejich funkčnost a na základě toho dochází k různým omezením, včetně omezení společenského.

- Zrak – pokročilý věk, vysoký krevní tlak, cévní onemocnění aj. mohou vést k problémům vidění a nemocem zraku. Proto je vhodné preventivně navštěvovat jednou ročně oftalmologa. Ochranu zraku zajistíme vhodnými tmavými brýlemi proti slunečnímu záření, vhodným osvětlením domova.
- Sluch – za poruchou sluchu často stojí často stařecká nedoslýchavost (způsobují ji atrofické změny ve sluchové dráze) či ušní šelest (příčina může být ve spoluúčasti oběhových poruch, poškození vnitřního ucha a nervového systému nebo změnou na krční páteři). Při zaznamenání nedoslýchavost se doporučuje navštívit odborníka a co nejdříve začít nosit sluchadlo.

1.5.6 Poruchy a onemocnění hybného systému

Stav hybného systému je rozhodující pro provádění jakýchkoliv pohybových činností. Prostřednictvím hybného systému člověk vykonává veškerý pohyb. Velký význam na stavu hybného systému má, vedle genetických dispozic, životní styl a provádění pohybových aktivit. Omezení funkčnosti vyvolává samotný proces stárnutí, poruchy a onemocnění tento stav ještě zhoršují.

- Artróza – nejčastější revmatické onemocnění seniorů. Kloubní chrupavky zajišťující pružnost a ohebnost se časem poškozují, což vede k bolesti. Nejčastěji bývá postiženo rameno, loket, kotník, koleno, kyčel či zápěstí. Pomáhá rehabilitace pro posílení svalů a následné úlevě kloubů. V těžších případech přichází na řadu chirurgický zákrok.
- Osteoporóza – vzniká sníženou produkcí estrogenů bránícím úbytku kostní hmoty a nedostatkem vápníku. Řídnutí kostí je nejčastější příčinou zlomenin u starých lidí. Věkem dochází k porušení látkové výměny a úbytku kostní hmoty a narušení vnitřní struktury kostí. Pravděpodobnost zlomenin i při malém nárazu či náhlém pohybu prudce stoupá. Léčba pokročilé osteoporózy je značně složitá, proto

je vhodné začít s prevencí, kterou je fyzická aktivita a vhodná strava s dostatkem vápníku a vitamínu D, již v mladším věku. (Matouš, Matoušková, Kalvach, & Radvanský, 2002; Pichaud, & Thareauová, 1998; Dienstbier, 2009)

1.5.7 Duševní poruchy ve stáří

Příznaky duševních poruch se vyskytují ve stáří podobně, jako u jiných věkových kategorií. Symptomy mohou být méně nápadné, schované za fyziologické změny ve stáří. Četněji se vyskytují organické změny, poruchy paměti. Častěji pozorujeme duševní poruchy právě u seniorů v zařízeních, protože klesá jejich schopnost žít bez podpory okolí.

Intelektuální úroveň zdravých seniorů není ovlivněna ani navzdory poruchám paměti. Do vysokého věku bývá uchována základní slovní zásoba. U některých jedinců může být dokonce rozšířena. (Haškovcová, 1990)

Říčan (1990) chápe duševní poruchy, vyžadující odbornou psychiatrickou a psychologickou péči, za vady duševního vývoje nebo následky závažného duševního vývoje. Příčinou vývojových poruch může být tělesné onemocnění, defekt demence, pokažené rodinné vztahy, patologické prožívání času a poruchy ve vztahu k sobě samému.

Psychická nemoc nepřichází náhle. Vyvíjí se postupně, v průběhu delšího časového období. Zpozorovat tento druh nemoci je velmi složité především u seniorů, důvodem je uzavírání se před světem, čehož si rodina a blízcí ani nemusí všimnout. Tento projev si vysvětlí jako příznak stáří, neuvědomují si či nepřiznají, že za tím může být něco jiného, natož nemoc.

Demence

Demence je pro stáří příznačnou psychickou poruchou, která značí větší pokles rozumových schopností, než který odpovídá věku. Je nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří. Demence zasahuje nejčastěji osoby starší 70 let, u 85-ti letých osob jí trpí až 20% osob. Postihuje převážně jádro osobnosti, člověk ztrácí kontrolu nad pudovými impulsy, typická je chorobná podezřavost a zmatenost. (Říčan, 1990; Dienstbier, 2009)

Demence postihuje všechny stránky osobnosti. Typickým projevem je vytrácení prostorové, časové a situační orientace, poslední fází je ztráta orientace ve vlastní osobě. Mají zpomalenou mimiku a psychomotoriku, jejich řeč se někdy může zdát „mimo“. Tito lidé přecházejí z afektivního stavu do deprese, pasivity, nekritičnosti. Dementní lidé utíkají do vlastního světa. Tento útěk není ovšem úplný, vnímají reálný svět, ale přestávají mu rozumět. (Haškovcová, 1990)

Často se objevuje **deprese** – jedná se o chorobný smutek, který vychází z chybějící naděje z budoucnosti. Depresí s věkem přibývá, mohou se objevit jako reakce na těžké životní ztráty, jakými jsou např. ztráta životního druha nebo přestěhování do domova pro seniory. Mohou se též objevit v souvislosti s tělesnými onemocněním spojeným s bolestmi a následným vyčerpáním. Za zmínku stojí endogenní deprese, které nemají přesně objasněné příčiny vzniku. Zřejmě vychází z poruchy mozkové biochemie kombinované se stresem a duševní zátěží v minulosti. Deprese může vést až k sebevraždě. (Říčan, 1990) Deprese je nečastějším psychiatrickým onemocněním u seniorů, je možno ji léčit.

K příčinám demence patří tato onemocnění:

- 56% Alzheimerova nemoc
- 14% vaskulární demence
- 12% smíšené demence
- 8% Parkinsonova nemoc
- 4% jiné degenerativní onemocnění mozku
- ostatní vzácnější příčiny (<http://alzheimer.cz/?PageID=3>)

Alzheimerova nemoc

Alzheimerovu nemoc poprvé zaznamenal v roce 1907 Alois Alzheimer, německý lékař. V době jeho působení se nemoc vyskytovala ojediněle. V dnešní době je přítomna u 5% osob starších 65-ti let a u přibližně 30% starších 85-ti let.

Prvotní příznaky Alzheimerovy nemoci bývají často nepovšimnuty, nemoc přichází pozvolna, proto její příznaky připisujeme k běžným projevům stárnutí. Nemoc postihuje osoby i mladších věkových kategorií, bez ohledu na vzdělání, rizikovým faktorem je věk, u mladších osob genetické dispozice. Proto se o nemoci začíná mluvit

jako o skryté epidemii. Alarmujícím faktorem je fakt, že tato nemoc se nedá vyléčit, dá se pouze oddálit vhodnou a včasnou léčbou. Proto není namístě přeceňování příznaků, je důležitá včasné tuto nemoc diagnostikovat, především pokud se objeví příznaky demence, protože Alzheimerova nemoc bývá nejčastější příčinou demence.

Alzheimerova nemoc je degenerativním procesem zasahujícím mozek, při němž dochází k postupnému odumírání neuronů, vytváří se mikroskopické struktury a mozek není schopný pracovat tak, jako dříve. Následkem nemoci je absolutní ztráta duševních schopností. Průběh choroby lze rozdělit do tří fází. V první fázi je postižena krátkodobá paměť, zájem o dění a orientace v čase. Objevuje se zmatenost, nemocný ztrácí schopnost komunikovat, pamatovat si, není schopný logicky uvažovat, rozhodovat. Ve fázi druhé potřebuje nemocný dohled při péči o svoji osobu. S třetí fází přichází ztráta schopnosti samostatné péče, nemocný je zcela odkázaný na péči další osoby, přichází postupný úpadek dalších funkcí. Nemocný je zcela odkázaný na celodenní péči, protože se přestává pohybovat, dochází k absolutní ztrátě myšlení a intelektu, neudrží moč a stolici, hrozí vdechnutí jídla, podvýživa, infekce. Tyto komplikace bývají příčinou smrti.

(Dienstbier, 2009; <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/alzheimerovo-onemocneni/>)

1.6 Vliv pohybu na změny životního stylu seniorů

Starší lidé se často vyhýbají pohybu jen proto, že se jim jednoduše nechce nebo je pohyb a sport přestanou bavit. Někdy si začnou připadat před ostatními lidmi nevhodně či přímo trapně. I tento přístup je možné považovat za příznak stáří. Chybějící psychosociální aspekt sportu vede ke ztrátě společenských kontaktů a intelektuální aktivita spojená s dřívějším pohybem v kolektivu klesá. Dochází ke zpohodlnění, předností se stává sedavý způsob života. Snížení psychické a pohybové kondice má za následek ohrožení zdraví. Ke kvalitnímu životu a pro zdraví je důležité pravidelné procvičování svalů, trénování plic a srdce. Pohyb má účinek antistresový a antidepresivní. Radost z pohybu je skvělým prostředkem proti špatné, skleslé náladě. Pohybem nemusí být přímo cvičení nebo sport, plnohodnotně je lze nahradit koníčky – tancování, zahrádkaření aj.

Fyzická aktivita udržuje přijatelnou hmotnost, ohebnost kloubů, posiluje svalstvo, podporuje imunitu, pomáhá proti stresu a podporuje činnost kardiovaskulárního a pulmonálního systému. (Dienstbier, 2009) Malá míra pohybu se naopak podílí na vzniku nemocí dýchacích orgánů, krevního oběhu, látkové výměny aj. Tento rizikový faktor je často provázen dalšími faktory. Nedostatek pohybu vede ke snižování schopnosti přizpůsobit se vnějšímu prostředí, ke ztrátě soběstačnosti a jednoznačně snižuje kvalitu života. (Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský, 2002)

Kubíčková vidí náhled na pohyb v širších rozměrech, když říká: „Tou nejpřirozenější spojnici, nití nejpevnější, která nás stále se světem spojuje, je náš pohyb, ať tělesný nebo myšlenkový, vnitřní nebo vnější. Pokud žijeme, potud se pohybujeme a myslíme. Pokud myslíme a pohybujeme se, potud žijeme a jsme svobodnými účastníky dění kolem nás. Pohybem tvoříme život svůj vlastní i všech kolem nás. Pohyb individuální se proplétá s pohybem vesmírným, rytmus mikrosvěta v jeho pohybu souzní s rytmem makrosvěta.“ (Kubíčková, 1994, s. 7-8)

1.7 Sociální služby, domovy pro seniory

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. V těchto zařízeních bývají poskytovány **služby sociální péče**. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v největší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Jedním z těchto zařízení je domov pro seniory.

V **domovech pro seniory** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy

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

Za pobytové služby v domovech pro seniory je hrazena úhrada za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.)

Aby byly v rezidenčních zařízeních poskytovány kvalitní služby, je nepostradatelná otevřenost a integrace seniorů do společnosti, nezaměřovat se pouze na samotnou zdravotní a sociální péči. Tato zařízení jsou pro seniory domovem, proto by zde měli prožívat důstojný, plnohodnotný a kvalitní život, užívat si spokojeného stáří.

1.8 Aktivizační programy

Animace v domovech pro seniory pomáhají intenzivně prožívat každý den. Mezi každodenní animaci řadíme gesta a slova celého personálu. Zahrnuje zcela běžné činnosti, kterými vyjádříme zájem o dotyčnou osobu. Jde o upřímný pozdrav při setkání, popovídání si při ranní hygieně, pomoc při oblékání či podávání jídla. Samozřejmě by měla být snaha o zpětnou vazbu, abychom zjistili, zda dotyčný člověk nepotřebuje s něčím pomoci, jestli se nechce podělit o nějaké informace. (Pichaud, & Thereauová, 1998)

Slovo animace pochází z latinského slova anima = duše, frekventované francouzské slovo animer znamená oživit, oduševnět, rozhýbat. Ve vztahu k aktivitám v zařízeních sociální péče mluvíme o animaci jako o oživení a naplnění programem, animuje se i přístup personálu a prostředí daného sociálního zařízení. Základním předpokladem animace je povzbuzování, předkládání rozmanitých činností a otevřenost výchovné situace. Podle Sedláčka představuje animace v praxi sociální péče „tu část

ergoterapie, která se zabývá zaměstnáváním“. (Sedláček in Pichaud, & Thareauová, 1998, s. 11)

Programování aktivit v rezidenčních zařízeních se děje prostřednictvím **animace a aktivace**. Posláním aktivizačních programů je, aby se senioři, navzdory nejružnějším omezením, cítili po fyzické a psychické stránce dobře a příjemně. Neboť příchod do pobytového zařízení sociálních služeb znamená zásadní zlom a změnu v dosavadním způsobu a stylu života, tyto programy pomáhají seniorům najít novou cestu ke smysluplnému a plnohodnotnému využití svého potenciálu. Aktivizační programy nemají pouze rekreační charakter, ale plní především funkci terapeutickou.

Při tvorbě **aktivizačních programů** pro seniory musí být kladen důraz na praktickou každodennost, činnosti musí senior vykonávat dobrovolně, mít z nich příjemný a obohacující pocit, je třeba dbát na sociální přiměřenost, míru pracovního úspěchu, pomoc a podmiňování v průběhu vykonávání aktivit. K aktivizačním formám patří také vytvoření příjemného a útulného prostředí, v kterém se člověk cítí přirozeně a bezpečně. Činnosti v rezidenčních zařízeních připravují sociální pracovníci: ergoterapeuti, aktivizační pracovníci sociální péče. (Vurm, Zimmelová, & Švehlová, 2008)

Senioři mívají možnost zapojit se do velkého množství každodenních i svátečních činností a aktivit. Níže uvádím **přehled nejčastější aktivizačních programů** poskytovaných v domovech pro seniory:

- validační terapie
- reminiscenční (vzpomínková) terapie
- bazální stimulace
- muzikoterapie
- arteterapie
- ergoterapie
- taneční a pohybová terapie
- zooterapie

1.8.1 Validační terapie

Základem validační terapie je orientace na člověka a jeho vnitřní svět, hledání souvislostí mezi jednáním a prožitými životními událostmi.

Jedná se o soubor přístupů, který vychází z filozofie, že každé chování osoby velmi staré, desorientované či osoby s demencí má nějakou příčinu, je doprovázeno emočním laděním v souvislosti se vzpomínkami z minulosti. Dokázat je správně hodnotit (validovat) a přijmout znamená pro nemocného, že uznáváme jeho osobnost. Autorka této techniky Naomi Feilová se domnívá, že mnoho těchto osob nemá vyřešené emoční zážitky a vztahy z minulosti, a úlohou validační terapie je objevit prožitá traumata, uvědomit si životní události, hledat vzpomínky nemocného a tak mu pomoci vyrovnat se se životními ztrátami. Validační terapie spatřuje význam v každém projevu člověka, respektuje ho i tím, že se zabývá tématy dotyčného, nepředepisuje a nevnucuje témata jiná. (Klevetová, & Dlabalová, 2008)

1.8.2 Reminiscenční (vzpomínková) terapie

Jednou z technik validační terapie je **reminiscenční terapie**, nazývaná též **vzpomínková** terapie.

Reminiscence je vzpomínání, vyvolání vzpomínek a jejich podporování. Reminiscence respektuje prožívání zážitků z dětských let i dospělého věku, ze společenských vztahů či z vykonávání své profese. Techniku lze využít u osob s demencí i pro aktivaci dlouhodobě ležících. (Klevetová, & Dlabalová, 2008)

Tato zajímavá terapie je založena na poznání, že v mozku jsou zachovány ty vzpomínky, vědomosti a návyky, které jsou zachyceny v dlouhodobé paměti člověka. Senior si přinese osobní předměty, fotografie, dokumenty, diplomy, dopisy, obrázky apod., které bývaly součástí jeho života. S těmi posléze, s podporou reminiscenčního terapeuta, dále aktivně pracuje.

Se seniorem, který na první pohled nereaguje na podněty a nevnímá okolní prostředí, je možné vzpomínkovou terapii provádět také, protože i takový člověk vnímá. Její předností je, jak již bylo řečeno, práce s informacemi uchovanými v dlouhodobé paměti. Nemocný mozek pracuje stále, i přesto, že dotyčný člověk nedává najevo své

pocity a je uzavřen ve svém vlastním světě. Proto je třeba zapojit co nejvíce smyslů, aby byly informace uložené v dlouhodobé paměti opět vyvolány.

„Je to celá škála terapie, vycházející z dlouhodobých paměťových drah, ke které patří i tzv. vzpomínky.“ (<http://www.alzheimercentrum.sk/cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>)

1.8.3 Bazální stimulace

Koncept **bazální stimulace**, mající velký význam pro lidi zdravé i nemocné všech věkových kategorií, vyvinul v 70. letech speciální pedagog Dr. Andreas Fröhlich. Bazální stimulace umožňuje cílenou stimulací smyslových orgánů zlepšovat zdravotní stav lidí s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti. Lidský mozek uchovává životní návyky v paměťových drahách ve více regionech a to umožňuje prostřednictvím stimulace uložených vzpomínek opětovně aktivovat jeho činnost. (Friedlová, 2006) Kontinuální stimulace smyslových orgánů umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech. (http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)

Koncept poskytuje individuální, terapeutickou, efektivní a ošetrovatelskou péči. Bazální stimulace umožňuje vnímání, které podporuje rozvoj identity, navázání komunikace s okolím, zlepšení funkcí organismu a zvládnutí orientace v čase i prostoru. Zprostředkuje člověku, aby poznal hranice těla, měl zážitek ze sebe sama, vnímal okolní svět a přítomnost druhého člověka.

Bazální stimulaci je vhodné provádět u lidí s chybnou interpretací reality, zmateným chováním, se strachem až smrtelným reflexem, s neschopností kvalitně komunikovat s okolím a vyjadřovat tak své potřeby, a dále u lidí neklidných.

Při bazální stimulaci je kladen důraz na každý druh doteků. Prostřednictvím doteků se k člověku z vnějšího prostředí dostává velké množství impulsů, ale také přes doteky člověk komunikuje s okolím. Dá se tedy říci, že se dotek stává formou komunikace. Ruce ošetřujícího umožňují získání informací nejen o člověku samém, ale také o jeho okolí. Vhodným místem ke zřetelnému a přiměřenému dotýkání jsou ramena, paže a ruce. Koncept působí terapeuticky v následujících technikách:

- metodě polohování

- masážní technice
- rehabilitačním cvičením
- pohybové pomoci a korekci aj.

Schopnost vnímat naučila člověka pohybovat se a komunikovat. Tyto složky se navzájem ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak díky pohybu a vnímání je umožněna komunikace. Stěžejními prvky konceptu je proto propojení pohybu, komunikace a vnímání. Komunikace probíhá prostřednictvím média, které na sebe vezme roli transportu v našich sdělení k okolí. Člověku jsou k dispozici možnosti, kterých je možné využít v převážné většině komunikačních rovin. Patří k nim komunikace somatická, vibrační, vestibulární, olfaktorická, optická a taktilní. (Friedlová, 2006)

1.8.4 Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutickou a výchovnou metodou, ve které je hlavní dominantou hudba ve všech svých podobách, často s návazností na pohyb nebo výtvarnou tvorbu. Muzikoterapie využívá verbálních i neverbálních prostředků. Verbalizace probíhá prostřednictvím zpěvu, rytmizace slov, šepotem nebo výkřiky. Neverbální stránka se projevuje při práci s hudbou, rytmem a jednotlivými zvuky. Ty jsou prostředkem vzájemné komunikace a vyjádřením vnitřního světa. Různé části těla rezonují s různými tóny a zvuky. Jejich pomocí je možno terapeuticky pracovat s uvolňováním napětí nebo se stimulací jednotlivých částí těla. Významný vliv na tělesné a psychické projevy má zpěv a práce s dechem. Hudba působí relaxačně, dráždivě, stimuluje energii.

Muzikoterapii je možno rozčlenit na medicínský a muzikologický směr. V užším pojetí je muzikoterapie specifickou formou psychoterapie při léčbě duševních poruch. V širším smyslu užívání hudebních aktivit, především praktikovaných skupinovou formou, působí na zlepšování sociálních vazeb, na usměrňování sebehodnocení, začlenění do kolektivu. Důležitým prvkem hudebních aktivit je prvek léčebný a rehabilitační, který využívá motivace a aktivizujících prvků hudby. Další významnou úlohu hraje muzikoterapie u hudebních činností v psychohygienickém procesu, který využívá vlivu hudby na lidskou psychiku.

Ve zdravotnictví řadíme muzikoterapii k ergoterapii, fyzioterapii a jiným uměleckým formám terapií. Použití hudby zasahuje fyzickou, psychickou, kognitivní i sociální stránku člověka. Velkou výhodou muzikoterapie je, že jejím prostřednictvím lze zcela nenásilnou formou dosáhnout potřebného cíle. (<http://www.mg-muzikoterapie.cz/about.html>)

K hudebním aktivitám řadíme:

- dechová cvičení
- nácvik výslovnosti
- hlasová cvičení
- poslech a napodobování zvuků přírody, zírát
- zpěv v doprovodu hudebních nástrojů
- hra na hudební nástroje
- dvojhlasný zpěv bez doprovodu
- zpěv písní rozličného repertoáru (lidové, dechové, koledy aj.)
- živá poslechová hudba
- reprodukováná poslechová hudba (z CD, DVD, TV)

1.8.5 Arteterapie

Arteterapie je léčebný proces využívající k léčbě výtvarný projev, další umělecké činnosti a prožitky s nich. Arteterapii můžeme rozdělit do dvou skupin. První je terapie uměním, kdy se léčbou stává samotná tvorba. Druhou je **artpsychoterapie**, při které je průběh i výsledek tvorby předmětem dalšího psychotherapeutického rozboru.

Prostřednictvím výtvarných aktivit je zaměřena pozornost na následující oblasti:

- manuální zručnost
- rozvoj, udržení a posílení jemné a hrubé motoriky
- samostatnost, seberealizaci
- zpestření volného času
- radost a příjemný zážitek z vykonávané činnosti
- pocit užitečnosti vlastní práce
- odpočinek relaxační formou (tvorba při hudbě, popovídání si)
- rozvíjení, posílení a udržení smyslů

Výtvarné aktivity bývají často zaměřené tematicky jako např. na roční období, tradice, svátky, v rezidenčních zařízeních pak také na aktuální výzdobu celého zařízení apod. Techniky používané při výtvarných aktivitách musí být přizpůsobeny každému účastníkovi s ohledem na případná omezení nebo zdravotní postižení. Využívá se klasických i netradičních metod jakými jsou např. lepení, skládání, stříhání, malování, kreslení, modelování. Používané přírodní, textilní, spotřební i klasické materiály musí být hygienicky nezávadné a bezpečné. Využívá se nejrůznějších pomůcek v podobě válečků, folií, sítok, barviček na sklo, kartáčků, houbiček aj. (<http://www.arteterapie.cz/>)

1.8.6 Ergoterapie

Název **ergoterapie** pochází z řeckého slova ergon = práce a therapia = léčení. Doslovně ji můžeme přeložit jako léčbu prací. Prostřednictvím smysluplné práce se snaží o zachování a využití schopností, nutných pro vykonávání každodenních činností. Tato činnost pomáhá obnovit případné postižené funkce. Snaží se maximálně podporovat a využívat potenciálu jedince k provedení činností, ať už se jedná o činnosti všedního dne, pracovní, rekreační nebo zájmové. Plně uznává jeho osobnost a možnosti, protože zdraví je souhrnem psychické, fyzické i sociální stránky člověka. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ergoterapie>)

Ergoterapie se zaměřuje především na oblast soběstačnosti (nácvik ADL ⁸), nácviku pracovních aktivit a na oblast hry a volného času. Soběstačnost seniorů ovlivňují mnohé faktory. K fyzickým a psychickým faktorům patří onemocnění, pády úrazy, samotné stárnutí, postupné oslabování smyslů, změny psychických funkcí. Úmrtí životního partnera, ztráta životní role, oslabení sociálních kontaktů či změna bydliště patří mezi důvody sociální. Dalšími důvody mohou být obavy ze smrti, osamělost, trápení, finanční omezení.

Probíhá nejlépe ve vlastním prostředí a ve skutečných situacích. Nemocný ve spolupráci s ergoterapeutem nacvičuje dočasně narušené dovednosti (např. z důvodu onemocnění, úrazu), trénuje nové dovednosti (např. jízda na mechanickém

⁸ ADL - z anglického originálu Activities of Daily Living překládáme jako běžné denní činnosti.

nebo elektrickém vozíku) přizpůsobuje vykonávání prováděných činností možnostem konkrétní osoby (např. oblékání oděvu u osob s tělesným postižením). (Jelínková, 2009)

Cílem ergoterapie je zachování maximální možné soběstačnosti seniorů a umožnit jim tak prožití kvalitního, nezávislého a plnohodnotného života. Podporuje aktivní životní přístup, zájmy, koníčky, vlastní iniciativu seniorů, zachování soběstačnosti. Sedláček (in Pichaud, & Thareauová, 1998) dělí složky terapie podle cílů: léčbu zaměstnáním, cílenou léčbu, výchovu k soběstačnosti a hodnocení schopností.

Ergoterapie se také zabývá prevencí úrazů použitím vhodných kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí. Prevence a podpora zdraví má za cíl udržení dobrého zdravotního stavu, celkovou pohodu, předcházení úrazů, prevenci ubývání duševní a tělesné kondice. Ergoterapie podporuje aktivní stárnutí. K tomu využívá aktivizačních programů, např. tréninků paměti, her, zájmových kroužků, tance, cvičení, besed, přednášek a mnohých jiných aktivit. (Jelínková, 2009)

1.8.7 Taneční a pohybová terapie

Taneční terapie je ideálním pomocníkem pro nalezení pozitivního vztahu ke svému tělu. Rytmická hudba je cestou k nalezení duševní a fyziologické vyváženosti, synchronizuje činnost obou mozkových hemisfér, povzbuzuje životní energii, odbourává stres, tiší bolest tím, že zvyšuje práh bolesti. Taneční terapie využívá psychoterapeutických, relaxačních, vyrovnávacích a dechových postupů, které kombinuje s hudbou a rytmem. Hudba je při terapii účinným pomocníkem při vykonávání pohybu, vede k rytmizaci dechu, vyvolává pocit sounáležitosti. V průběhu taneční a pohybové terapie se účastníci učí vyjadřovat vnitřní pocity a uvolňovat napětí. (<http://www.ceros.cz/clanky/tanecni-a-pohybova-terapie>)

Příklady pohybových aktivit:

- volný výrazový tanec podle nálady, fyzického a psychického rozpoložení
- pohybové hry se zpěvem
- pohyb při vytleskávání nebo při rytmu bubínku (držení těla, chůze po špičkách, běh v prostoru a po kruhu aj.)

- cílený tanec (polka, valčík, mazurka aj.)
- vcítění se do hudby se zavřenýma očima – uvědomování si dynamičnosti hudby v převodu na nervový systém (probouzení fantazie, relaxace, podupávání, vytleskávání rytmů)

1.8.8 Zooterapie

Pokud využijeme zvířete jako prostředek terapeutického procesu, potom mluvíme o **zooterapii**. Počátky zooterapie sahají před mnoho tisíc let. První dokumentace o využívání zvířat jako doplňkové terapie se objevuje již v 9. století v Belgii. (<http://www.ddpraha6.cz/aktivizace.html>)

Zooterapii dělíme:

- canisterapie (léčba prostřednictvím psa)
- petterapie (léčba pomocí zvířecí lásky)
- hipoterapie (léčba pomocí koně)

Vzhledem k tomu, že mnozí staří lidé mají v menší či větší míře nějaké fyzické omezení, trpí závratěmi apod., nepovažují hipoterapii za nejvhodnější a nejčastější formu terapie, proto se v této práci nebudu zabývat její bližší specifikací.

Canisterapie

Slovo canisterapie se ve volném překladu znamená terapii s pomocí psa. Jedná se o pozitivní působení přítomnosti psa na zdraví člověka. Canisterapie se zaměřuje na řešení problémů psychologického, sociálně integračního a citového charakteru. (Tošnerová, 2009) Působení na fyzické zdraví člověka je u canisterapie druhotné.

Uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné. Jedná se např. o navazování kontaktu s pacienty, kteří obtížně komunikují a při práci s citově deprivovanými dětmi, autistickými dětmi, mentálně postiženými, v logopedické a rehabilitační praxi, při výskytu apatie, u dlouhodobě nemocných dětí nebo jako

součástí komplexní terapie v geriatrii apod. Cílem canisterapie je rozvoj citových, rozumových a pohybových schopností.

Tuto terapii provádí dobrovolníci nazývaní canisterapeuti, kteří ve svém volném čase se svými psy navštěvují nejrůznější sociální zařízení, kde se nacházejí klienti trpící psychickými poruchami, depresi, jsou tělesně postižení nebo se cítí opuštěni a smutní. Kontaktem se psy dochází většinou u těchto lidí k velké změně. V domovech pro seniory návštěvy psů působí jako příjemné zpestření stereotypního dne, staří lidé vzpomínají na své psy a i ti, kteří nechtějí obvykle komunikovat, vyprávějí příběhy ze svého života, když ještě měli svého čtyřnohého přítele. Tito lidé se potřebují na něco těšit a návštěvy psů jsou pro ně příjemným rozptýlením. Pes tvoří také součást rehabilitace nejen u fyzicky, ale i mentálně postižených, protože napomáhá procvičování některých částí těla. Je těžké přesvědčit postiženého člověka, aby procvičoval svaly na ruku, ale stejný člověk bez pobízení hází psovi aport a natahuje se, aby ho pohladil, rozevívá dlaň, aby cítil jeho srst, když se s ním mazlí. Velmi významnou a úspěšnou metodou je v těchto případech polohování. (<http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/>)

Petterapie

K přímému kontaktu mezi člověkem a zvířetem bývají kromě psů využívána i drobná zvířata, např. králík, morče, křeček, kočka, akvarijní rybičky aj. V takovém případě mluvíme o **petterapii**. Výhodou této formy terapie je snadná dostupnost i pro domovy seniorů. Malé zvíře může být chováno přímo v domově, chov je nenáročný, zvíře je k dispozici kdykoliv a k použití pro terapii není třeba odborného chovatele, jako je tomu v případě hipoterapie a canisterapie.

1.8.9 Kroužek výpočetní techniky

Výpočetní technika v dnešní době nahrazuje klasickou korespondenci, stává se stále častějším způsobem komunikace pro všechny věkové kategorie. Senioři nejsou výjimkou. Internet, e-mail a jiné programy jsou pro seniora východiskem z osamění, může se i na větší vzdálenost spojit s rodinou a známými, povykládat si, prohlížet si fotografie, seznámit se s děním v okolí a ve světě.

V domovech pro seniory se senioři seznamují se základním používáním počítače a internetu. Pod dohledem personálu si senioři mohou sami vyhledávat informace na internetu, seznámit se s uživatelskými programy jako jsou např. Word, Excel, dále si mohou prohlížet CD a DVD s různými nahrávkami a fotografiemi.

1.8.10 Vzdělávání seniorů

„Vzdělání je nejlepší cestovné pro stáří.“

Aristoteles

Výchovou a vzdělávání seniorů ve stáří a ke stáří se zabývá **gerontopedagogika**, která je součástí andragogiky, vědy o vzdělávání a výchově v dospělosti. Gerontopedagogika je teoreticko-empirickou disciplínou zaměřenou na pomoc, péči a podporu seniorů. Jejím cílem je pomoc v nalezení úcty a odpovědnosti k vlastnímu bytí, zajímavého sebeuspokojujícího životního stylu a vymezení nové role stáří. (Klevetová, & Dlabalová, 2008)

„Vzdělávání přispívá k posilování sebedůvěry, k orientaci ve světě moderních technologií a nových poznatků. Přispívá k prevenci poruch kognitivních funkcí, a tím také zlepšuje kvalitu života ve stáří a umožňuje plnohodnotný nezávislý život osob vyššího věku.“ (Klevetová, & Dlabalová, 2008, s. 54)

Někteří senioři mají zájem o neustálé vzdělávání se, proto mají možnost navštěvovat instituce, ve kterých se jim dostává dalšího vzdělání.

Univerzita třetího věku

Jednou z přínosných forem volnočasové aktivity je i studium na univerzitě. Na tzv. univerzitách třetího věku je nabízeno studium pro zájemce v důchodovém věku. Studium na těchto univerzitách probíhá zpravidla ročně ve dvou semestrech. Obsah jednotlivých předmětů se různí v závislosti na zaměření univerzity. Předměty seznámí studenty s oblastmi společenskovědními (např. podnikání, politika, kultura), informatickými (základy práce na počítači, internet, Microsoft Office), zdravotně-tělovýchovnými apod.

Studium na univerzitě třetího věku je zakončeno promoci. Účast na tomto slavnostním obřadu povzbudí nejednoho člověka do dalších životních aktivit a stanovení nových cílů, protože již ví, že rozhodnutí něco pro sebe udělat, je možné zakončit vlastním uspokojením a úspěchem.

Univerzita volného času

Ojedinělou formou celoživotního vzdělávání je návštěva Univerzity volného času. Jedná se o vzdělávání nejširší veřejnosti bez rozdílu a omezení. Účast není omezena dosaženým vzděláním. Program je určen pro všechny věkové kategorie. Generační různorodost účastníků vede k vzájemnému pochopení, obohacení a posílení sociální komunikace.

2 Vlastní průzkum

2.1 Cíle průzkumu a formulace hypotéz

Cílem bakalářské práce je pojednat o problematice stárnutí a o aktivním stárnutí v domovech pro seniory. Teoretické pojednání ohledně aktivizace seniorů včetně nabídky různých programů jsem uvedla v první části této mé práce. Teorie je velmi důležitá, ovšem, a to platí obzvláště pro oblast sociální péče, je třeba věnovat pozornost uplatnění teoretických poznatků v praxi. Zda skutečně plní očekávání, zda má záměr kladný ohlas u seniorů a především zda cílovým uživatelům skutečně pomáhá. Tyto otázky mě vedly k volbě cílu průzkumu. Je jím snaha nalézt odpověď na tři hlavní výzkumné otázky:

Poskytuje Domov pro seniory Holásecká v Brně – Tuřanech nabídku aktivizačních programů? Jaké druhy aktivizačních programů nabízí? Jak jsou s nabídkou spokojeni klienti?

Můj výzkumný záměr je založen na těchto hypotézách:

1. Většina klientů (tzn. více než 50%) Domova pro seniory Holásecká preferuje aktivní způsob trávení volného času.
2. Lze předpokládat, že nabídka a obsah aktivizačních programů Domova pro seniory Holásecká je z pohledu klientů vyhovující.
3. Lze předpokládat, že informovanost klientů o aktivitách pořádaných Domovem pro seniory Holásecká je dostatečná.
4. Většina klientů (tzn. více než 50%) Domova pro seniory Holásecká vidí v účasti na aktivizačních programech pozitivní přínos (při vstupu do domova pro seniory a dlouhodobě).
5. Lze předpokládat, že personál hraje významnou úlohu při zapojení klienta do aktivizačních programů.

Zvolením vhodné výzkumné techniky jsem se pokusila o nalezení odpovědí potřebných pro potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz. Otázky jsem formulovala tak, aby byly zpětnou vazbou pro pracovníky domova pro seniory a případně vedly ke zkvalitnění nabízených služeb a tím k větší spokojenosti uživatelů.

2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenti byli voleni z uzavřené skupiny uživatel domova pro seniory, ze které jsem vybírala respondenty tak, aby jejich zdravotní a duševní stav umožnil provést rozhovor a poskytnout mi relevantní informace. Oslovila jsem je s žádostí o poskytnutí rozhovoru. Všichni oslovení souhlasili s provedením rozhovoru. Celkem bylo uskutečněno 10 rozhovorů s 9 ženami a 1 mužem ve věkovém rozmezí 76 až 86 let, průměrného věku 82,1.

Tabulka 2 - Charakteristika respondentů

Označení respondenta	Věk	Pohlaví
R1	82	Žena
R2	82	Žena
R3	80	Žena
R4	84	Žena
R5	86	Žena
R6	85	Žena
R7	76	Muž
R8	83	Žena
R9	81	Žena
R10	nesděleno	Žena

2.3 Charakteristika výzkumného prostředí

Terénní šetření jsem prováděla v **Domově pro seniory Holásecká, příspěvkové organizaci**. Organizace byla zřízena za účelem poskytování pobytových sociálních

služeb seniorům v souladu se zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Domov se nachází v klidné lokalitě městské části Brno - Tuřany v ulici Holásecká č. 33. Jedná se o poměrně novou budovu, byla zkolaudována 13. března 2009. Součástí objektu je pobytová terasa v druhém patře budovy, společenské odpočinkové místnosti a společná jídelna. Domov má také svou zahradu.

Cílovou skupinu domova pro seniory tvoří občané v nepříznivé sociální situaci v seniorském věku (od 65 let), kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, nebo chronického onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jež jim nemůže být zajištěna členy rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče. **Kapacity zařízení** je 105 lůžek, z toho 69 pokojů je jednolůžkových a 18 dvoulůžkových. Součástí každé obytné jednotky je předsíň, koupelna, WC a balkon, pokoje jsou vybaveny novým nábytkem. **Posláním domova pro seniory** je poskytnout klientům domova komplexní služby (ubytování, stravování, zdravotně ošetřovatelskou péči, rehabilitaci, sociální poradenství, sociální péči, možnost využití volného času) a podporovat pokud možno aktivně prožité stáří. Služba je založena na individuálním přístupu, je zajištěna bezpečně kvalifikovaným personálem a respektuje svobodnou vůli klienta.

(<http://www.hol.brno.cz/index.php?nav01=14937&nav02=14944>)

2.4 Použité metody

Sběr dat byl uskutečněn kvalitativním šetřením prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru. Polostandardizovaný rozhovor se mi pro jednání se seniory jevil jako nejvhodnější. Položené otázky v takto zvoleném rozhovoru lze v případě potřeby vhodněji přeformulovat, doplnit nebo vynechat. Volila jsem otázky otevřené, které dávají možnost spontánní odpovědi vyjádřit své názory a pocity. Při polostandardizovaném rozhovoru jsem vycházela ze 14 otázek ⁹, které byly zaměřeny prioritně na oblast aktivizačních programů a společenských akcí a na spokojenost s nimi. Výsledný záznam jsem potom analyzovala formou otevřeného kódování.

⁹ Úplné znění otázek je uvedeno v Příloze č. 1

Terénní šetření proběhlo v rozmezí měsíce března a dubna 2010. Individuální rozhovory s vybranými respondenty probíhaly anonymně v soukromí jejich pokojů. Z každého rozhovoru jsem pořídila písemný záznam.

Nejdříve jsem srozumitelně seznámila respondenty s cílem mého průzkumu, kterého se formou rozhovoru uskuteční. Poprosila jsem je o souhlas se zapisováním odpovědí a ujistila je o naprosté anonymitě. Před zahájením rozhovoru jsem respondenty seznámila s možností na jim nevyhovující otázky neodpovídat. Zakončení rozhovoru provázelo poděkování za věnovaný čas a ochotu poskytnout informace. Délka rozhovorů se pohybovala od 20 do 60 minut.

2.5 Prezentace výsledků

2.5.1 Preference trávení volného času

Polovina (50%) respondentů odpověděla, že volný čas tráví ráda pasivně. Nejčastěji uváděným programem takto prožitého času byla četba a sledování televizoru. Tak je tomu u R7: *„Pasivně – sleduji televizi a poslouchám rádio“* i u R3: *„Čtu časopisy, chvíli se dívám na televizi, ale tam mě rozčilují zprávy. Mám ráda ruční práce, v mládí jsem malovala na textil, na šátky na kroje“*. Opakovaným důvodem pro pasivní trávení volného času bylo omezení pohyblivosti, což lze usuzovat z odpovědi R5: *„Pasivně. Ráda odpočívám v posteli. Na vycházky nemůžu jít bez chodítka, ven se dostanu, jen když mě rodina vezme na vozíku. Jsem závislá na své sestře, která tady bydlí se mnou“*. R8 odpovídá podobně: *„Volný čas trávím pasivně, protože nechodím“*.

Aktivně tráví volný čas například R2: *„Aktivně, je to veřejné, protože nemůžu číst, tak jdu raději do společnosti, nemám vůbec strach. Jsem nadmíru spokojená. Když jsem sama, tak už to kolikrát nemůžu vydržet a hledám živou nohu. Sobota a neděle je nuda bez programů“*. R6 se vesele rozpovídala: *„... mně to víc dává, než kdybych jen seděla nebo spala, teď tu byla paní ředitelka se zeptat, jak jsem spokojená. Je to jako domeček, malé, ale stačí. Musím mít stále nějakou činnost“*. R1 uvedla důvody, proč dává této formě přednost: *„Jednak na tom nejsem zdravotně tak špatně, ani duševně. Mám ráda lidi“*. R4 dodává: *„...nejraději když je hezké*

počasi“. R10 říká: „*Celý život, natož ve stáří, musím být neustále aktivní. Je to záležitost uvědomění. Taky se mi nechce, ale nesmím polevit. Jinak by to nebylo hezké žití. Člověk pak upadá.*“

2.5.2 Účast na aktivizačních programech

Ve svém průzkumu jsem se zajímala o to, zda se uživatelé zúčastňují aktivizačních programů nabízených domovem pro seniory a případně jak jsou s nimi spokojeni.

K často navštěvovaným programům patří „Společné setkávání“, které uživatelé nejčastěji označují jako „zpívání“. Tuto skutečnost potvrzují slova R9: „*Zpívání, tam člověk udělá něco pro svůj mozek a zároveň je ve společnosti*“. R3 vidí účast na tomto programu také pozitivně: „*Úplně se mi rozzáří srdce, když paní Hana zavýská při zpěvu.*“ Respondenti při rozhovoru dávali najevo, že si uvědomují, že je účast na programu přínosná a zároveň projevovali spokojenost nad zábavnou formou hodin. R9 to vyjádřila stručně a jasně: „*Je to nejen učení, ale i zábava.*“

Zpívání je obecně velmi oblíbeno. To vedlo k nedávnému založení místního sboru, který řídí jeden z uživatelů domova pro seniory, dřívější sbormistr. R10 doplňuje: „*...ted' cvičíme ve sboru. Jsem druhý hlas, snad to zvládnou. Někdy se mi to plete, ale máme dobré vedení. Vede to soused, který tu bydlí a jeden vrátný, ten byl dřív operní zpěvák nebo něco podobného. To je krása.*“

Čtyři dny v týdnu je otevřena Výtvarná dílna, kde probíhá práce s barvami, textilem, papírem a jiným materiálem. Jednou v týdnu probíhá Tvořivá dílna, která je, kromě práce s papírem, textilem a barvami, doplněna o cvičení paměti, četbu, zpěv a hraní společenských her. Existenci těchto dílen přijímají uživatelé s velkým ohlasem, jako je tomu u R10: „*V tvořivé dílně, jak je na dveřích napsané Ergoterapie, tam se vyrábí krásné věci. Až přechází zrak. Někdy žasnu, co všechno se dá vyrobit.*“ R6 říká: „*Tvoření – malujeme na sklenice, vyrábíme mávátka a další, je tam hrozně hodná profesorka*“. K práci hraje i příjemná hudba k poslechu, z čehož má R10 upřímnou radost: „*Pouštíme si muziku, to je dvojitá radost. Z poslechu a z práce. A ještě si popovídáme.*“ Tvořivou dílnu občas navštíví i uživatelé, kterým zdravotní problémy neumožní se aktivně zapojit do práce. Jednou z nich je i R2: „*Do tvořivé dílny jen*

nakouknu a povykládám si. Zkoušela jsem tam něco vyrábět, ale nejde mi to, protože nemám dobré oči“.

Každé úterý a čtvrtek dopoledne je otevřena tělocvična. Rehabilitační cviky zde uživatelé absolvují pod dohledem zkušeného personálu. R1 říká prostě: *„Ráda chodím na tělocvik.“* R2 spatřuje hodiny tělocviku dokonce jako zábavně strávený čas: *„V úterý a ve čtvrtek je cvičení, to je nejlepší zábava, tam je to výborný“.* R3 uvádí: *„Chodím jednou za týden do cvičení. Tam se mi líbí, sestra je mi rovná. Jsem úplně spokojená. Hlavně uvítám kolo, ten rotoped, celý život jsem jezdila na kole, je to dobré i po operaci kyčlí, kterou jsem měla, a jedna mě ještě čeká“.* Také návštěvu tělocvičny někdy komplikují zdravotní problémy, jako je tomu u R6: *„Potom chodím cvičit, ale mám artrózu a musela jsem dočasně přestat. Cvičí se cviky, které člověk zvládl, mají to docela dobře přizpůsobené, třeba zvládneme i cvičení na velkém balónu, samozřejmě u žebřů“.*

Do tělocvičny chodí i R7, který uvítal individuální plán a na otázku, zda se účastní aktivizačních programů, odpověděl: *„Ano. Házíme balónem, cvičíme paměť a takový věci. V úterý a čtvrtek je cvičení v tělocvičně. Chodit se učím každý den. Nenudím se. Každé dopoledne mám obsazené – cvičím nebo chodím. Ale zábavu, to nemám zájem“.*

Jsou i uživatelé, kteří o účast na aktivizačních programech zájem nemají. Jednou z nich je R8, která uvedla: *„... jen denně cvičím chození“.*

2.5.3 Hodnocení aktivizačních programů

Ohlasy na aktivizační programy byly převážně pozitivní. Pozitivně se, mimo jiných, vyjádřila R9: *„Jsem moc spokojená, víc se mnou neudělají, chodím sama a program mi stačí.“*, R1: *„Účastním se často, programů je hodně. Postaráno je na úrovni. Vše máme.“* i R4: *„Každá činnost je vítaná“.*

Kladný ohlas vyznívá i z odpovědí na dotaz ohledně programu, kterého se respondenti účastní nejraději: *„Zpívání a cvičení paměti, tělocvik, kulturní akce, vše kde je veselo. Na procházky chodím sama, dojdu málo, mám potíže s pohybovým aparátem.“* (R1) *„Zpívání, uvítám i cvičení paměti, doma si říkám, co všechno vím a pak se divím, že to tak není. Dnes je třeba koncert v Líšni v kostele.“* (R3) *„Nejlepší*

je zpívání a procházky.“ (R4) „Dvakrát mě vzali na vozíčku ven po okolí. Dovedou mě pak až k posteli na oběd. Taky by nemuseli, snaží se, aby se staří lidi dostali ven na vzduch.“ (R6)

2.5.4 Účast na společenských akcích

V Domově důchodců Holásecká se konají nejrůznější společenské akce¹⁰. R2 se zamýšlela nad tím, že tolika společenských akcí, jako v domově se nikdy nezúčastňovala: „*No to je jasný, že chodím na ty akce. Besedy, zpěváci, člověk dřív moc nikam nechodil, ani to kolikrát nebylo, že by nechtěl, ale že ani nebyla možnost.*“

Společenských akcí se účastní i R6: „*Třeba se zpívali staré písně R. A. Dvorského. Kdo mohl, zpíval. Já si teď nepouštím ani trand'ák – nechám si otevřené dveře, slyším, jak venku cvičí třeba koledy, tak si zpívám s nimi*“. Mezi společenské akce řadí R3 a R9 též návštěvu kostela. Shodně sdělily: „*Chodím do kostela, vozí nás tam auto*“. R7 pro změnu říká: „*Ne nikde jsem nebyl, nemám zájem. Jsem odjakživa samotář. Když se něco děje, sestřičky mi to řeknou, zavezly by mě, kdybych chtěl.*“

2.5.5 Hodnocení společenských akcí

Spokojenost s nabídkou společenských akcí vyjádřila například R4: „*Jsou tady besedy a společenské sezení. Účastním se, nevynechám nic. Je to výtečné.*“ a R5: „*Chodím tam, kam má sestra, třeba na besídky. Jsem s nimi spokojená. Líbí se mi vše, co pro nás dělají*“ a také R1, která si během účasti na koncertě, při kterém navštívila jiný domov důchodců, uvědomila, jak se jí pobyt v domově líbí. Potvrzují to její slova: „*Naposledy to byli Eva a Vašek v domově důchodců Věstonická. Už jsem se těšila domů, máme to tu hezčí.*“

2.5.6 Přínos aktivizačních programů

Přínos aktivizačních programů vidí uživatelé především v radosti ze samotné účasti, odreagování se a vzdělání. R1 říká: „*Přináší to radost, spokojenost. Člověk chce*

¹⁰ Podrobnější výčet společenských akcí konaných v Domově pro seniory Holásecká – Příloha č. 1

furt aktivně žít. Ne se do sebe pasivně zahledět. Není mi tady dlouhá chvíle. Chybí mi tady park, ale máme tu terasu a park není daleko, tak to tak nevadí“. R3 za přínos považuje: *„To, že se člověk odreaguje. Dcera mi zazlívá, že žiju v 18. století. Tak tím, že chodím na programy, se neuzavírám do sebe a nepřemýšlím sama nad sebou.“* Kladem je podle R4: *„Požitek, radost, že jsem byla venku a něco viděla“.* Za příjemný přínos považují i názor R6, která se účastí na programech vrací do svých mladistvých pocitů: *„Mně to připomíná, když jsem byla mladá. Jsou to vzpomínky na mládí, to jsme pořád zpívali. Tady v pěveckém kroužku se zpívají staré písně, kdo co chce. Tady je toho dost, furt se něco děje, že ani nemůžu moc plánovat, někdy přijede rodina a dnes máme třeba ještě mši“.*

Z odpovědí respondentů je zřetelné, že se programů účastní nejen z důvodu vyplnění volného času, ale že si také plně uvědomují prospěšnost programů a potřebu se vědomě udržovat aktivní jak po tělesné, tak po duševní stránce. R9 to výstižně potvrzuje: *„Člověk se musí zapojit do společnosti i když se mu nechce. Kdyby se mi nechtělo, tak nejdu jednou, dvakrát a pak už vůbec, zůstanu ležet v posteli a to je potom konec. Začne to leností a končí to nemocí.“* Podobný názor vyjádřil i R7: *„Trochu mně to dává rozum do pořádku, to je potřeba“* a R2: *„... ledacos se dozvím, je to vzdělání“.*

2.5.7 Dostatek nabízených aktivit

Ve výzkumu jsem se zajímala o názor na případné chybějící aktivity. Zjišťovala jsem, jestli by uživatelé uvítali nějakou novou činnost, kterou jim domov nenabízí. Přání R6 bylo kulturního charakteru: *„Divadlo bysme uvítali, jinak sem chodí vyhrávat muziky, to zní celou budovou“.* R3 s povzdechem říká: *„Moje zahrádka, vinohrad. Byla jsem zvyklá každý týden v sobotu chodit do vinohradu. Taky mi chybí vyšívání a pletení, ale už mám špatnou motoriku“.* Většina respondentů se shodovala v tom, že jim zde nechybí nic, co by bylo v možnostech domova zprostředkovat. Činnosti, které některým respondentům chybí, jsou často limitovány jejich zdravotním omezením, tak jako je tomu u R8: *„Nevím, že by mi něco chybělo. Jedině bych chtěla chodit, ale zatím nemůžu.“*

Ostatním respondentům nechybí žádná aktivita, důkazem čehož jsou následující slova R2: *„Zatím mi nic nechybí, jsem ráda mezi druhými. Co můžu, dělám, co nemůžu,*

nedělám.“ R4 říká: „Stačí mi to. Chodí za mnou na návštěvu přítelkyně a kolegyně, když mám čas, tak si čtu. Dělam vše jako doma bez omezení, podle nálady.“ R4 potvrzuje: „Ne, jenom čtu a zpívám“. Stejně tak R7: „Zatím mi tu nic nechybí“. R1 svojí odpovědí vyjadřuje plný dostatek nabízených aktivit: „...nemám čas ani číst noviny“.

Spokojenost s náplní volného času potvrzuje R1. Na dotaz, zda se věnuje jinému zájmu, mimo nabídku domova odpovídá: *„Nestíhám nic jiného. Jen jedenkrát měsíčně mám sraz na kafičko s kamarádkami ve městě. Už čtyřicet let se tak scházíme. Luštím křížovky. Hlavní je chránit mozek!“*, R6 odpovídá: *„Vyšívám.“* A jako důkaz ukazuje ubrus s precizně vyšitými dírkami.

2.5.8 Informovanost o programech, podíl vlastní iniciativy a motivace personálu na účasti

Informovanost o konaných aktivizačních programech nebo společenských akcích je základem pro to, aby se jich uživatelé účastnili. Tato myšlenka mě vedla k zájmu o míru informovanosti a o tom, zda účast vychází z vlastní iniciativy uživatelů nebo je výsledkem motivace personálu.

R1 k tomu říká: *„Personál dává informace na vývěsku. Program je pestrý – dnes máme Oriflame, včera bylo otvírání studánek, chodí sem zpívat profesorka Rozsypalová, pouští kazety na vánoce, vše bylo krásné. Řeknou, co se kde děje.“* R4 uvádí: *„Píší to na vývěsce, dále ústní sdělení - mluví se o tom, sestřička mě o tom informuje“.* R10 tato slova potvrzuje: *„Je to na vývěsce a řekne to i sestřička. Povykládá, co tam bude. Kdyby mi to neřekla, tak já tam nejdu, nepřípadla bych si zvaná. Říkají, že su tu jak doma, tak můžu jít kam chcu, ale stejně bych nešla“.*

Personál hraje také úlohu při překonávání studu či obav ze zapojení do nabízených aktivit, tak jako je tomu u R3: *„Personál, sama si netroufám – mám trému i u zpovědi“.* Důležitou úlohu hraje také opakované připomínání termínu konání ze strany personálu, což dosvědčují slova R9: *„Když to sestřičky nepřipomenou, no tak to často zapomeneme. Těšíme se, ale pak se stalo, že jsme měli odpoledne nově sbor a většina na to zapomněla. Jak to sestřička nepřipomene, nepřijde pro mě, tak to je špatný.“*, R2 podotýká: *„Musím si to pamatovat, protože nic vyvěšeného nepřechtu. Taky se to vždycky připomíná na sboru. Zavčas je vše řečeno. Jen na to nesmím*

zapomenout.“. R6 svými slovy dokazuje, že motivace ze strany personálu probíhá nenásilnou formou: „*Je to vylepený u vchodu do jídelny. Sestřička to připomíná, říká: ‚Nezapomeň, to bude pěkný.‘ Ale nenutí, jen připomíná.*“ R8 potvrzuje: „*Sestřičky řeknou, ale nikam nechci, tak nikam nemusím*“.

2.5.9 Překážky v účasti

Jedna otázka směřovala ke zjištění, jestli existuje něco, co respondentům brání v zapojení do programů. Stěžejním důvodem bylo zdravotní omezení. R2: „*Ty moje oči, někdy mi je to před ostatními trapný, že můžu chodit, ale nevidím tak dobře, abych něco dělala. Když je to možný, chodím na terasu plít plevel*“, u R3 je to omezení pohybového aparátu: „*Nemůžu na zájezdy. Choditko mi to neumožní, je těžké na obsluhu, mám chybnou krční páteř. Do vířivky bych chtěla taky chodit, ale je moc vysoká a z podložky mě bolí kostrč, má špatný povrch. Chtěla bych jít do vody, ale netroufám si o to říct*“. R1 k tomu říká: „*Jen zdravotní. A návštěvy, když mi přijde někdo na návštěvu, tak nemůžu jít, včera jsem tam přišla o Otvírání studánek*“. R4 připouští také pouze omezení způsobená zdravotními komplikacemi: „*Pouze kdybych zrovna měla nějaké tělesné omezení*“.

Domov pro seniory často pořádá výlety a zájezdy, uživatele do cílového místa vozí automobil, jehož kapacita je omezena. Vedení domova tento problém řeší opakováním akce, čímž je zaručeno, že se dostane na většinu zájemců. To potvrzuje vyjádření R6: „*Mám bolavé koleno, nemůžu moc chodit. Nebo se nedostanu do auta a nemůžu na akci jet, ale říkali, že to budou opakovat, aby se dostali všichni*“ a také slova R10: „*Někdy zaváhám a nevejdu se do auta, ale když počkám, tak pojedu jindy. Snaží se pro nás tady udělat maximum. Vychází nám vstříc, jak jen to jde. Víím, že to není samo sebou*“.

2.5.10 Naučí se senioři v domově něčemu novému?

Nastěhování do domova pro seniory bývá provázeno obavami ze ztráty dosavadních zájmů a koníčku. Faktem zůstává, že některé zájmy skutečně nelze v domově dále praktikovat. Otevřená mysl a pozitivní přístup však dávají seniorům

možnost zapojit se do činností nových. Objevit nové oblasti, ve kterých mohou nadále rozvíjet své dovednosti. Zajímalo mne, zda se senioři v domově naučí něco nového. „Nic nového, je tu dílna, ale nikdy jsem nebyla na ruční práce. Mám ráda zpěv.“ zamýšlí se R4. Nic nového se nenaučil ani R7: „Všecko stejně, jako když jsem přišel“. R9 také nepřichází na žádnou novou aktivitu: „Těžko říct, sestřičky nás učí chodit, ale to není nic nového, objeveného, to všichni přece dřív uměli, jen se to učíme znovu“.

Oproti tomu R2 říká s šibalskými jiskrami v očích: „Bývala jsem byla smutná, nemluvná, teď je tady ze mě živel. Cítím se zde veselá, otevřená, šťastná. Není to tu vůbec za trest, jak se říká“. R3 se přiučila nové technice „malování na sklo“ ve výtvarné dílně. Pro R1 je novinkou záměrné cvičení paměti „Cvičení na paměť, to je dobrá věc, procvičím se, těším se. Do tvořivé dílny nechodím, nejsem moc manuálně zručná a navíc se to kryje se zpěvem, kam chodím v pondělí, ve středu a v pátek a pak v úterý a čtvrtek je cvičení. Můžu věnovat čas jenom sobě. Nemůžu se věnovat svým náladám, musím se snažit.“, R10 se zamýšlela nad potřebou udržovat pořádek: „Pořád sem chodí sestřičky, tak to tady musí trochu vypadat, přijde mi to, jak když přijde návštěva. A doma musel být pořádek, když došla návštěva, tak tady ho musím mít taky tak“. Stejná myšlenka napadla R6: „Mít víc pořádek, ale nemusím se tak snažit, tady perou, vyžehlí, dostanu vše čisté. Nového po nich nic nemůžu chtít, nemám paměť, stejně bych to zapomněla – stáří je v tomhle nezvyklé. Pokud to jde, snažím se hlavně chodit, protože mám potíže s klouby od mala.“

2.5.11 Vliv účasti na aktivizačních programech v adaptaci na nové prostředí

Moje poslední otázka směřovala ke zjištění, zda pomohla účast na aktivizačních programech uživatelům v adaptaci na nové prostředí. Mnozí z nich považovali za pomoc v adaptaci již vlídné přijetí vedení domova pro seniory. Po vyslechnutí této otázky se senioři rozpovídali nejen o přijetí a adaptaci na nové prostředí, ale také o tom, jak se jim bydlení v Domově pro seniory Holásecká líbí:

R1: „Zapůsobili na mě již při přijetí sociální pracovníci i pan ředitel, jak mě vlídně přijali. Programy mi to tady zpříjemňují, bylo by to tady dlouhé“.

R2: „Snad tím, že jsem byla ve společnosti, pomohla mi tím přizpůsobit se. Určitě mi pomohly“.

R3: „Určitě. Ze začátku jsem se nudila, dívala jsem se na televizi. V poslední době se to zlepšilo, je jich spousta“.

R4: „Ano, usnadnilo. Poznala jsem příjemné sousedky, celé osazenstvo, inteligentní lidi, se kterými se dá hovořit. Je to tu báječné“.

R6: „Já bych řekla, že jo. Bylo tu opravdu milý přijetí. Byla u toho snacha, syn i já. Když potkám paní vedoucí na chodbě, vždy se zeptá, jak je. Taková starostlivost tady je. Třeba který ředitel by vozil do kostela lidi? Nic za to ani nechce platit. Co jsem poznala, nemůžu říct na žádnou sestřičku, že je zlá, mají pro mě porozumění. Opatrnost je zde větší než jinde, záleží to ale taky podle lidí, počtu sestřiček. Prošla jsem dost, na klid a na chování se mi to tu líbí nejvíc. Nemám obavy požádat sestru i o půlnoci. Udělají, co potřebuji, o co požádám. Zajdou i na poštu zaplatit složenku a další, jsou moc ochotní. Moc záleží na sestřičkách. I jídlo je dobré“.

R9: „Jsem tady jak doma. Tedy ne jak. Já jsem tady doma. Chtěla jsem říct, že se mi tady žije stejně jako jinde celý život. Je to můj domov a cítím se tu dobře.“

2.5.12 Nabídka pravidelných aktivizačních programů Domova pro seniory Holásecká

Společná setkávání

- cvičení paměti
- zpívání
- četba
- zajímavosti

Výtvarná dílna

- práce s barvami
- práce s textilem
- práce s papírem a jiným materiálem

Tvořivá dílna

- práce s papírem
- práce s textilem
- práce s barvami a dalším materiálem
- cvičení paměti
- četba
- zpěv
- hraní společenských her

Čtvrtky v DS Holásecká

- procházky (popř. se zastávkou v cukrárně, obchodě apod.), výlety, výstavy a další aktivity

Knihovna

- rozsáhlý výběr krásné literatury a naučné literatury, novin a časopisů, přístup do sítě internetu

Tabulka 3 - Aktivizační programy - četnost

Aktivizační program	Četnost	Čas konání
Společné setkávání	3 x týdně	10:00 – 11:30
Výtvarná dílna	4 x týdně	9:00 – 11:00
Tvořivá dílna	1 x týdně	9:00 – 11:00
Procházky, výlety	1 x týdně	od 9:00
Společné cvičení	2 x týdně	dopoledne
Individuální plánování	Denně	individuální
Knihovna	5 x týdně	po domluvě

Zdroj: vlastní šetření

2.6 Diskuze

Jelikož se ve své práci zabývám otázkou aktivního stárnutí, pokusila jsem se zmapovat, jaký způsob trávení volného času senioři preferují. Volný čas v sobě zahrnuje odpočinek, rekreaci, zábavu, zájmové činnosti a vzdělávání apod. (Pávková, Hájek, Hofbauer, Hrdličková, & Pavlíková, 2002) V odpovědích respondentů aktivní způsob trávení času zahrnoval rejstřík nejrůznějších činností, ke kterým patřil např. zpěv, cvičení, výtvarná činnost. Zajímavé pro mne bylo zjištění, že si senioři plně uvědomují pozitiva takto tráveného času. Pichaud & Thareauová (1998) uvádí, že pozitivními hodnotami mohou být také nehybnost a pasivita, které mají důsledek i pro animaci každodenního života. Respondenti, kteří tráví čas raději pasivně, uvedli mezi nejčastějšími volnočasovými činnostmi četbu a sledování televizoru.

K základním sociálním potřebám patří potřeba informovanosti. Člověk potřebuje mít informace o světě, městě a okolí, ve kterém žije. (Pichaud, & Thareauová, 1998) Pro člověka žijícího v domově pro seniory je tato potřeba rozšířena o dění přímo v domově. Nezbytným předpokladem pro zapojení se do dění v domově je dobrá informovanost o všech připravovaných aktivitách, proto jedna z mých průzkumných otázek směřovala i ke zmapování této oblasti. Všichni respondenti shodně odpověděli, že informovanost o blížících se aktivitách je dostatečná. Plánovaný program je vyvěšen na nástěnkách k tomu určených a vylepen na dveřích jídelny a společenských místností. Uživatele opakovaně informuje o náplni a termínu konaného programu také personál.

Během života si člověk zvykne fungovat určitým způsobem, a proto při vstupu do rezidenčního zařízení používá způsoby chování, na které byl zvyklý a které mu přinášely ocenění okolí. Tady to najednou neplatí, senior je tím zaskočen a potřebuje podporu blízkých i personálu, aby našel svoje nové místo. (Venglářová, 2007) S tímto tvrzením korespondují odpovědi respondentů, které potvrdily důležitost úlohy personálu při adaptaci na nové prostředí a v zapojení do aktivizačních programů. Z odpovědí respondentů lze usuzovat, že se programů rádi účastní, sami si ale informace o programech aktivně nevyhledávají. Spoléhají na sdělení a připomínání personálu. Personál nejen, že uživatele opakovaně o programech informuje, ale pomáhá jim v překonání studu, jak vyplynulo z odpovědí dvou respondentek.

Z vyjádření uživatelů lze usuzovat, že nabídku aktivizačních programů shledávají dostatečnou. Pokud jim nějaká činnost chybí, není v možnostech domova tuto poptávku naplnit, jako je tomu například u práce ve vinohradu. Respondenti často uváděli za chybějící činnost například chůzi, ve které jim brání zdravotní omezení. S konstruktivním nápadem nové společenské akce přišla respondentka, které chybí návštěva divadla. Tento požadavek jsem následně konzultovala s ergoterapeutickou pracovnící, která uvedla, že návštěvu divadla uživatelům zprostředkovala, ale zájem byl nulový. Žádný jiný požadavek na novou aktivitu z úst respondentů nezazněl. Z průzkumu vyplývá, že uživatelé hodnotí nabídku programů a jiných akcí kladně. Většina je s touto nabídkou plně spokojena. Někteří si dokonce povzdechli nad tím, že stihnout všechny aktivity je někdy nad jejich možnosti. Žádný z respondentů neodpověděl na otázku záporně. Uživatelé se účastní práce ve výtvarné a tvořivé dílně, společenského setkávání, rehabilitačního cvičení, vycházek, dále výstav, výletů a mnohých dalších akcí nabízených domovem.

Za hlavní přínos účasti na aktivizačních programech uvádí respondenti radost, odreagování a spokojenost. Podstatné je pro ně také „rozšíření obzorů“ v podobě vzdělávání a cvičení paměti. Někteří dokonce uvádějí objevení nových aktivit, které kladně obohatily trávení jejich volného času. Oceňují také to, že je tyto programy udržují společensky aktivní. Vědomí společenského uplatnění a zapojení do nových aktivit podporuje jejich sebevědomí a sebehodnocení.

Směřování dalšího výzkumu by mohlo vést ke zmapování vhodných postupů a motivací potřebných k tomu, aby se sami uživatelé aktivně podíleli na nabídce programů a akcí. K ztraktivnění těchto aktivit by, podle mého názoru, vedlo to, kdyby jejich náplň vycházela přímo z vnitřních přání a tužeb seniorů.

Za slabé stránky průzkumu považují menší výzkumný vzorek, který nemusel ve svém počtu obsáhnout reprezentativnost skupiny. Další slabinu spatřuji v nepoužití posuzovací škály v odpovědích. Analýza rozhovorů tak mohlo být ovlivněna mými subjektivními pocity.

2.7 Závěry průzkumu

Z mého průzkumu plyne, že 50% respondentů tráví volný čas aktivně a 50% pasivně. Na základě této skutečnosti považuji hypotézu č. 1: „Většina uživatelů (tzn. více než 50%) Domova pro seniory Holásecká preferuje aktivní způsob trávení volného času“ za vyvrácenou.

Převaha pozitivních odpovědí na téma přínosu aktivizačních programů dokazuje, že je hypotéza č. 2: „Lze předpokládat, že nabídka a obsah aktivizačních programů Domova pro seniory Holásecká je z pohledu uživatelů vyhovující“ potvrzena.

Hypotézu č. 3: „Lze předpokládat, že informovanost uživatelů o aktivitách pořádaných Domovem pro seniory Holásecká je dostatečná“ považuji za potvrzenou. Průkaznost tomuto tvrzení daly odpovědi respondentů, kteří uvádí, že jsou dostatečně informováni ústní i písemnou podobou.

Respondenti v rozhovorech zmiňovali, že jim účast na programech přináší radost, spokojenost, vzdělání aj. Tato tvrzení potvrzují hypotézu č. 4: „Většina uživatelů (tzn. více než 50%) Domova pro seniory Holásecká vidí v účasti na aktivizačních programech pozitivní přínos (při vstupu do domova pro seniory a dlouhodobě)“.

Na základě získaných informací o podstatné roli personálu v motivaci a zapojování uživatelů do aktivizačních programů považuji hypotézu č. 5: „Lze předpokládat, že personál hraje významnou úlohu při zapojení klienta do aktivizačních programů“ za potvrzenou.

Z výše uvedených výsledků vyvozují závěr, že cíle mé bakalářské práce byly naplněny. Domov pro seniory Holásecká v Brně – Tuřanech nabízí dostatečně motivační a aktivizující programy. Ze spokojenosti seniorů, která vyplynula z průzkumu, lze usuzovat, že programy svým obsahem plně odpovídají potřebám i zájmům seniorů.

Resumé

V bakalářské práci se zabývám problematikou seniorů a dále tomu jaké aktivity nabízí domovy pro seniory a co tyto činnosti přináší samotným seniorům.

Teoretickou část práce věnuji vysvětlení pojmům stáří a stárnutí, souvisejícím vědním disciplínám, faktorům ovlivňujícím stárnutí a způsobeným změnám. Uvádím částečný přehled nejčastějších nemocí provázejících stáří. Pojednávám o vlivu pohybu na životní styl seniorů. Jelikož se práce týká aktivního stárnutí v domovech pro seniory, seznamuji čtenáře s pojmy sociální služby, domovy pro seniory a předkládám výčet aktivizačních programů.

Praktická část je zaměřena na vlastní průzkum, ve kterém jsem se zaměřila na získání poznatků o preferenci volného času, účasti a hodnocení aktivizačních programů a společenských akcí. Zajímala jsem se o informovanost seniorů o programech, dále o překážkách a přínosech konaných aktivit. V neposlední řadě se zamýšlím nad tím, zda účast na aktivitách pomáhají seniorům v adaptaci na nové prostředí. Praktickou část zakončuji přehledem nabídky aktivizační programů a akcí pořádaných daným domovem. Ze získaných informací jsem pomocí analýzy vyvodila patřičné závěry, prostřednictvím kterých se mi podařilo naplnit cíle práce. Usoudila jsem, že programy nabízené Domovem pro seniory Holásecká jsou motivační a aktivizující a svým obsahem plně odpovídají potřebám i zájmům seniorů.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku aktivního stárnutí v domovech pro seniory. Výzkumné šetření bylo provedeno v Domově pro seniory Holásecká v Brně. Drobným průzkumem byla zjištěna nabídka aktivizačních programů a společenských akcí a spokojenost uživatelů s těmito aktivitami.

Klíčová slova

Stáří, stárnutí, faktor, změny ve stáří, nemoc, animace, aktivizace, program, činnost.

Annotation

The thesis focuses on the active aging problems in the retirements homes. Research examination was accomplished in the retirements home Holasecká in Brno. The small research identified the activisation programs offer, social events possibilities and the satisfaction of the users.

Keywords

Old age, ageing process, a factor, changes in old age, sickness, animation, mobilization, program, activity.

Použitá literatura

1. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
2. Dienstbier, Z. (2009). Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. Praha: Radix, spol. s r.o. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
3. Friedlová, K. (2006). Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek. 32 s. ISBN neuvedeno.
4. Haškovcová, H. (1990). Fenomén stáří. Praha: Panorama. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
5. Hayflick, L. (1997). Jak a proč stárneme. Praha: Knižní klub ve spolupráci s nakladatelstvím Columbus. 432 s. ISBN 80-7176-536-8.
6. Jelínková, J. (2009). Představení ergoterapie. Ergoterapie u osob vyššího věku. Kurz pro pracovníky v sociálních službách. ISBN neuvedeno.
7. Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
8. Kraus, B., & Sýkora, P. (2009). Sociální pedagogika I. Brno: Institut mezioborových studií. 63 s. ISBN neuvedeno.
9. Kubíčková, M. (1994). Stáří jako životní šance. Praha: ONYX. 56 s. ISBN 80-85228-07-6.
10. Matouš, M., Matoušová, M., Kalvach, Z., & Radvanský, J. (2002). Pohyb ve stáří je šancí. Praha: Grada Publishing a.s. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
11. Pávková, J., Hájek, B., Hofbauer, B., Hrdličková, V., & Pavlíková, A. (2002). Pedagogika volného času. Praha: Portál, s.r.o. 221 s. ISBN 80-7178-711-6.
12. Pichaud, C., & Thareauová, I. (1998). Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, s.r.o. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
13. Říčan, P. (1990). Cesta životem. Praha: Panorama. 440 s. ISBN 80-7038-078-0.
14. Tošnerová, T. (1998). Sexualita ve stáří (sestaveno z přednášek uveřejněných na internetu). Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV. ISBN neuvedeno.

15. Tošnerová, T. (2009). Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press, a.s. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7
16. Vigué, J. (2006). Zdraví pro třetí věk. Čestlice: Rebo. 270 s. ISBN 80-7234-536-2.
17. Venglářová, M. (2007). Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
18. Vurm, V., Zimmelová, P., & Švehlová, L. (2008). Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 175 s. ISBN 978-80-7394-090-4.

Internetové zdroje

19. <<http://alzheimer.cz/?PageID=3> > [2010-04-19]
20. <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/alzheimerovo-onemocneni/> > [2010-02-08]
21. <<http://www.alzheimercentrum.sk/cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/> > [2009-11-28]
22. <<http://www.arteterapie.cz/> > [2010-02-26]
23. <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php > [2010-02-13]
24. <<http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/> > [2010-02-17]
25. <<http://www.ceros.cz/clanky/tanecni-a-pohybova-terapie> > [2010-01-09]
26. <http://www.cojeco.cz/index.php?detail=1&id_desc=29616&title=gerontopsychologie&s_lang=2 > [2010-03-14]
27. <<http://www.ddpraha6.cz/aktivizace.html> > [2010-04-05]
28. <<http://www.hol.brno.cz/index.php?nav01=14937&nav02=14944> > [2010-03-09]
29. <<http://www.mg-muzikoterapie.cz/about.html> > [2010-04-06]
30. <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ageismus> > [2010-03-02]
31. <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ergoterapie> > [2010-04-20]
32. <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Metrosexu%C3%A1l> > [2010-03-02]

Přílohy

Příloha č. 1

Otázky k rozhovoru

1. Dáváte přednost aktivnímu nebo pasivnímu trávení volného času? A proč?
2. Účastníte se aktivizačních programů pořádaných domovem?
3. Jak jste s nimi spokojeni?
4. Účastníte se společenských akcí pořádaných domovem?
5. Jak jste s nimi spokojeni?
6. Kterého programu se účastníte nejraději? A proč?
7. Co Vám přináší účast na programech?
8. Účast na programech vychází z Vaší iniciativy nebo Vás motivuje personál?
9. Chybí Vám nějaká aktivita? Uvítal/a byste nějakou novou činnost, kterou domov nenabízí?
10. Je něco, co Vám brání v zapojení do některých programů?
11. Jak se dozvídáte o blížících se programech? Jste o nich dostatečně informováni?
12. Naučil/a jste se v domově něco nového?
13. Věnujete se nějakému koníčku, zájmu mimo nabídku domova? Jakému?
14. Pomohla Vám při vstupu do domova pro seniory účast na aktivizačních programech v adaptaci na nové prostředí?

Aktivity Domova pro seniory Holásecká

Domov pro seniory nabízí kromě pravidelných aktivizačních programů také zpestření formou účasti na rozličných výstavách, výletů na zajímavá místa v okolí, kulturních programů konaných přímo v Domově pro seniory aj.

Tabulka 4 - Přehled aktivit s přesnou datací

4. 6. 2009	Slavnostní otevření Domova pro seniory Holásecká
9. a 16. 7. 2009	Návštěva výstavy „Lidová výšivka“ v Brně – Tuřanech, k vidění byly tuřanské kroje, různé druhy výšivek, starý nábytek na uskladnění oblečení aj.
13. a 27. 8. 2009	Výlet k památníku Mohyla Míru
3. a 10. 9. 2009	Návštěva Benediktinského kláštera v Rajhradě
17. a 24.9.2009	Výstava „Pohyblivé kartonové světy“ ve Vaňkovce
7.10.2009	Den otevřených dveří
1. a 8.10.2009	Výstava motýlů a brouků spojená s prohlídkou zámecké zahrady ve Slavkově u Brna
15. a 19.10.2009	Výstava lidových obyčejů v Moravském zemském muzeu
19.10.2009	Tuřanské hody - do domova zavítal krojovaný průvod
6.12.2009	Mikulášská besídka
6.12.2009	„Vánoce v poezii“ – hostem byla Irena Rozsypalová z JAMU
10.12.2009	Návštěva Vánočních trhů na Zelném trhu v Brně
17.12.2009	Vánoční posezení s cimbálovou muzikou Jánošíček
17.12.2009	Vánoční besídka – vystoupily děti ze ZŠ Tuřany a pěvecký sbor Domova pro seniory Holásecká
6.1.2010	Tříkrálové vystoupení dívčího pěveckého sboru z Velkých Pavlovic s varhaním doprovodem
4.2.2010	Posezení u slováckých písniček
7.2.2010	„Setkání s hudbou“ - úryvky známých operet, několik básní a krásné zamyšlení o životě v podání Ireny Rozsypalové z JAMU a Hany Horáčkové z Janáčkovy konzervatoře v Ostravě
24.2.2010	Výlet do antropologického muzea Antropos Brno

