

Aktivizace seniorů v Domově se zvláštním režimem

Bc. Helena Třísková

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Helena TŘÍSKOVÁ
Osobní číslo: H10714
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Aktivizace seniorů v domově se zvláštním režimem

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti aktivizace seniorů.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu za využití techniky dotazníkového šetření a sekundární analýzy dat.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BUIJSSEN, Huub. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X

KALVACH, Z., Z. ZADÁK a kol. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9

RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

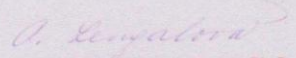
Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

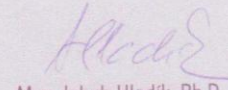
Termín odevzdání diplomové práce:

27. dubna 2012

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012


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

L.S.


Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 16.3.2012

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá aktivizací seniorů v domovech se zvláštním režimem. Teoretická část práce je věnována obecné problematice vymezení stáří, představení domova se zvláštním režimem a seznámení s možnostmi aktivizace seniorů. Praktická část práce se bude zabývat domovem se zvláštním režimem „V Podzámčí“ Chlumec nad Cidlinou. Cílem bude zjistit, zda je v tomto zařízení dobře uzpůsoben program aktivit pro seniory se specifickými potřebami. V závěru této části budou prezentovány výsledky kvantitativního šetření a na jejich základě stanoveny závěry a doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

stáří, demence, domov se zvláštním režimem, aktivizace seniorů

ABSTRACT

This thesis deals with the activation of seniors in homes with a special mode. The theoretical part of the work is devoted to general problems like definition the old age and presentation of the home with a special mode and to introduction to the issue of possibilities of activation of the elderly. Practical part deals with a special home mode “V Podzámčí” Chlumec nad Cidlinou. The aim of the work is to determine the level of activity program adapted for seniors with special needs. At the end part of the work I present results of the quantitative investigation and based on it I establish conclusions and recommendations for the practice.

Keywords:

Age, dementia, home with a special mode, activation of seniors

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

Děkuji Mgr. Radaně Kroutilové Novákové PhD. za vstřícný přístup, cenné rady a odborné vedení při zpracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁŘÍ	13
1.1 VYMEZENÍ STÁŘÍ.....	13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	14
1.2.1 Fyzické změny	15
1.2.2 Psychické změny	16
1.2.3 Sociální změny	16
1.3 CHOROBY VE STÁŘÍ.....	18
1.3.1 Duševní poruchy	18
2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	22
2.1 POSLÁNÍ ZAŘÍZENÍ.....	22
2.2 CÍLOVÁ SKUPINA	23
2.3 POSKYTOVANÉ SLUŽBY	23
2.4 PROCES PŘIJETÍ DO DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	24
2.4.1 Jednání se zájemcem	24
2.4.2 Smlouva o poskytnutí sociální služby	25
2.4.3 Přijetí zájemce do zařízení	28
2.4.4 Individuální plán péče	28
2.4.5 Adaptační období	31
3 AKTIVIZACE SENIORŮ	34
3.1 VÝZNAM A ROZDĚLENÍ ČINNOSTÍ	34
3.2 MOTIVACE K ČINNOSTI U SENIORŮ S DIAGNÓZOU DEMENCE	36
3.3 AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY	37
3.4 SKUPINOVÉ AKTIVITY.....	39
3.5 INDIVIDUÁLNÍ AKTIVITY.....	41
3.5.1 Bazální stimulace	41
3.5.2 Validace.....	43
3.5.3 Preterapie.....	44
3.5.4 Maieutický přístup	45
3.5.5 Videotrénink interakcí.....	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	47
4.1 DRUH VÝZKUMU	48
4.2 CÍL VÝZKUMU	48
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	49
4.4 FORMULACE HYPOTÉZ.....	49
4.5 POPIS POUŽITÝCH METOD	50
4.6 METODA VERIFIKACE HYPOTÉZ.....	51
4.7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	51
4.7.1 Verifikace hypotézy č. 1	54
4.7.2 Verifikace hypotézy č. 2	57

4.7.3	Verifikace hypotézy č. 3	59
4.7.4	Verifikace hypotézy č. 4	62
4.7.5	Verifikace hypotézy č. 5	65
4.7.6	Verifikace hypotézy č. 6	68
4.8	VÝSLEDKY DOPLŇJÍCÍCH OTÁZEK (Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ).....	71
4.8.1	Mají senioři kontakt s dalšími lidmi v domově? (otázka č. 5).....	71
4.8.2	Chybí seniorům činnost? (otázka č. 6).....	72
4.8.3	V kterou dobu chybí seniorům činnost? (otázka č. 7).....	73
4.8.4	Jakou činnost senioři nejraději dělají? (otázka č. 8)	75
5	ZÁVĚR VÝZKUMU	78
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	80
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

V současnosti se velká pozornost odborné i laické veřejnosti upíná k problematice stáří. Je to dáno nejen výsledky demografického vývoje – populace stárne, ale i potřebou postarat se o seniory a zajistit jim kvalitní život i ve stáří. Díky vývoji medicíny se lidský věk prodlužuje, ale bohužel to sebou nese také více chorob. Obávanou chorobou, která se vyskytuje stále více i u mladších lidí je demence Alzheimerova typu. Jelikož tuto chorobu nelze vyléčit, mnoho odborníků se zabývá kvalitou života těchto seniorů, aby jim bylo umožněno dožít svůj život důstojně, v klidu a bezpečí. Dřívější způsoby péče o seniory již často neplatí, rodiny nejsou schopné z různých důvodů postarat se o svoje rodiče, prarodiče. Zvláště u této choroby je péče velmi náročná a v domácím prostředí často nezvladatelná. Z tohoto důvodu většina seniorů s onemocněním demence nakonec musí změnit své bydliště a využít pobytové sociální služby. V současnosti existují domovy, jejichž cílovou skupinou jsou senioři s onemocněním demence tzv. domovy se zvláštním režimem.

Diplomovou prací zaměřujeme na problematiku aktivizace seniorů s diagnostikovanou demencí. Podle našeho názoru není této oblasti v domovech se zvláštním režimem věnována dostatečná pozornost a málo se využívají nové poznatky odborníků na péči o seniory.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá obecně problematikou stáří, je popsán proces přijetí do domova se zvláštním režimem včetně vysvětlení individuálního plánování služeb. Podstatná část je věnována problematice aktivizace a aktivizačních programů pro seniory. Cílem praktické části je zjistit, zda je ve vybraném domově dobře uzpůsoben program aktivit pro seniory trpící demencí, zda je i těmto lidem umožněn kontakt se společenským prostředím a vyvodit z toho závěry, které bude možné v praxi využít.

Při zpracování diplomové práce jsme čerpali nejen z odborné literatury, ale i z vlastních praktických zkušeností, které jsem získala při svém dlouholetém působení v sociálních službách v přímé péči o seniory jako všeobecná sestra.

Cíle předkládané diplomové práce lze shrnout do následujících bodů:

1. Seznámení s problematikou stáří, změnami a chorobami, které sebou přináší.
2. Představení domova se zvláštním režimem, přiblížení celého procesu přijetí, včetně objasnění individuálního plánování a adaptačního období.
3. Na základě studia odborné literatury seznámení s problematikou aktivizace seniorů s onemocněním demence, rozčlenění aktivit a představení různých možností aktivizace.
4. Zjištění, kteří obyvatelé se ve vybraném domově se zvláštním režimem účastní skupinových aktivit ve vztahu k onemocnění demence, věku a pohyblivosti. Jak je u seniorů uspokojována potřeba kontaktu se společenským prostředím ve vztahu k onemocnění demence, věku a pohyblivosti. (relační kvantitativní výzkum)
5. Provedení sekundární analýzy dat – statistické tabulky vypracované v domově pro Ministerstvo práce a sociálních věcí. (kvantitativní analýza)
6. Shrnutí výsledků z realizovaného dotazníkového šetření, analýzy dat a vyvození závěrů, které mají praktický význam pro práci se seniory ve vybraném zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Hlavním úkolem stáří je poctivě zhodnotit svůj život, vyrovnat se s ním, najít si smysl zbývajících života a stanovovat si přiměřené cíle, které bude senior schopen splnit. Autory psychologických teorií stáří je například Erikson, Jung a Alan. Podle Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosažení integrity v pojetí vlastního života. Jung chápe stáří jako výsledek procesu individuace, cílem je dosažení vyrovnanosti s jeho koncem. Podle Alana jde o tendenci bilancovat a hodnotit. Cílem je akceptace toho, co nelze změnit a radost z toho, co je zachováno. Vyrovnání se se svým životem pomáhá seniorům přijmout konečnost života, vlastní smrt (Vágnerová, 2000, s. 444-447).

Klevetová (2008, s. 25-26) předkládá pohled na stáří Erika Eriksona. Člověk prochází v životě devíti etapami. Podmínkou postupu do další fáze je prožití a zpracování fáze předchozí. Nezpracovaná fáze a nenaplnění hlavní potřeby přináší potíže v dalším životě při řešení běžných situací. Období zralé dospělosti od 60 let je osmou fází. Potřebou tohoto věku je dosažení integrity prostřednictvím bilancování vlastního života, akceptování vlastních nezdarů, pochopení souvislosti mezi minulostí, přítomností. Opačným postojem je pak zoufalství – nespokojenost s prožitým životem, lítost nad tím, že jsem mohl žít jinak. Hlavní potřebou deváté fáze potřeba přijmout lidský osud, porozumět závěrečné fázi života, stát se moudrým.

1.1 Vymezení stáří

Stárnutí je souhrn pochodů, především biofyziologických probíhajících v čase. Postupné biofyziologické změny, které jsou nezvratné, způsobují nakonec zánik organismu, jeho smrt. Stárnutí jako postupující řada změn má u člověka nejen stránku biologickou, ale i psychologickou a sociální. Stářím označujeme výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí (Minibergerová, 2006, s. 5).

Z důvodu individuálního tempa stárnutí, jeho projevů nastupujících v různou dobu je jeho přesné vymezení obtížné. Nejčastěji je vymezováno stáří **kalendářní, sociální a biologické**.

Vymezení kalendářního stáří má značná úskalí, jelikož existují mezi lidmi individuální rozdíly a odvozuje se od doby, kdy jedinec již není schopen plného fyzického a psychického výkonu.

Světová zdravotnická organizace definuje rané stáří ve věku 60 – 74 let, za počátek vlastního stáří je pokládán 75. rok, toto období je do 89 let a od 90 let je období dlouhověkosti (Haškovcová, 1990 s. 10).

Sociální stáří je označováno jako třetí a čtvrtý věk. Souvisí se změnou sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění, je chápáno jako sociální událost. Za počátek sociálního stáří je považován odchod do důchodu. V tradičním pojetí je seniorský věk označován jako postproduktivní, Toto označení vyvolává představu neschopnosti a neužitečnosti seniorů a fáze závislosti, což evokuje nesoběstačnost. Současná společnost tuto periodizaci překonává a do popředí se dostává koncepce zdravého stárnutí, celoživotního vzdělávání a seberealizace (Kalvach, 2004, s. 47-48).

V sociologické literatuře je nyní používáno označení ekonomicky postaktivní věk, např. u Rabušice (Petřková, 2004, s. 27).

Biologické stáří vymezuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Hodnocen je funkční stav, výkonnost jako souhrn involuce, kondice i patologie. Vymezení biologického věku se nedaří. Příčiny stárnutí a stáří nejsou dosud zjištěny (Mühlpachr, 2004, s. 18-21).

1.2 Změny ve stáří

Ačkoliv je stárnutí vysoce individuální, lze vysledovat charakteristické změny, které sebou přináší. Odborníci se shodují, že tyto změny probíhají v oblasti fyzické, psychické a sociální.

Tabulka č. 1: Změny ve stáří

<i>Tělesné změny</i>	<i>Psychické změny</i>	<i>Sociální změny</i>
<i>změny vzhledu</i>	<i>zhoršení paměti</i>	<i>odchod do penze</i>
<i>úbytek svalové hmoty</i>	<i>obtížné osvojování nového</i>	<i>změna životního stylu</i>
<i>změny termoregulace</i>	<i>nedůvěřivost</i>	<i>stěhování</i>
<i>změny činnosti smyslů</i>	<i>snížená sebedůvěra</i>	<i>ztráta blízkých lidí</i>
<i>degenerativní změny kloubů</i>	<i>sugestibilita</i>	<i>osamělost</i>
<i>kardiopulmonální změny</i>	<i>emoční labilita</i>	<i>finanční obtíže</i>
<i>změny trávicího systému (trávení vyprazdňování)</i>	<i>změny vnímání</i>	
<i>změny vylučování moči (častější nucení)</i>	<i>zhoršení úsudku</i>	
<i>změny sexuální aktivity</i>		

Zdroj: Venglářová, 2007, s. 12

1.2.1 Fyzické změny

Kalvach (2004, s. 99-101) uvádí tělesné projevy a změny ve stáří jako fenotyp stáří. Dochází ke změnám postavy starého člověka - snižování tělesné výšky, tělesná hmotnost stoupá, ale ubývá aktivní tělesná hmota a přibývá tuk a vazivo, klesá i hmotnost kostry a vnitřních orgánů, zmenšuje se celkový tělesný povrch. Dochází ke změnám proporcí postavy – zvětšuje se obvod hrudníku, šíře ramen, boků, pasu. K fenotypickým změnám patří také změna výrazu obličeje – kožní vrásky, šedivění vlasů, prodlužování ušních lalůčků, pokles tváří, pokles horního víčka. Ztráta zubů mění výraz úst a dolní části obličeje. Nápadné jsou změny postoje a chůze, krok se zkracuje a chůze zpomaluje. Z komunikačního hlediska jsou významné involuční změny smyslového vnímání. U zraku jsou to změny akomodace, zužování zorniček, barvocitu. Dochází k úbytku sluchové ostrosti, k úbytku hmatových tělísek v konečcích prstů, atrofii čichových vláken. Chuť i čich klesá více u kuřáků.

Podle Křivohlavého (2002, s. 136-139) dochází k některým změnám pozvolna a k jiným rychle. Popisuje shodně s předchozími autory charakteristické změny, zabývá se i jejich důsledky v oblasti zdravotního stavu, vzniku nemocí.

1.2.2 Psychické změny

Psychické změny ve stáří závisí na biologických i sociokulturních vlivech. Mohou vznikat jako projev stárnutí nebo jsou vyvolány chorobným procesem, což se zejména v počátku těžko rozlišuje. K normálním změnám řadíme celkovou zpomalenost, obtíže se zapamatováním, změny prožívání, uvažování a chování. Dochází k strukturálním i funkčním změnám mozku, což se projevuje i v psychické oblasti. Psychosociální změny se projevují zhoršením adaptace, inteligence, poklesem funkčních rezerv. Tyto změny mohou být ovlivněny sociální zkušeností seniorů, životním stylem, jejich návyky a také postojem společnosti k seniorům – přijetím pasivity, což vede k úpadku jejich kompetencí. U starých lidí se zhoršuje koncentrace pozornosti, paměťové funkce, využívají krystalickou inteligenci – naučené strategie uvažování a řešení různých problémů, také jsou citově labilnější, hůře ovládají emoce, mají sklon k úzkostem a depresím, mění se jejich volní vlastnosti, prohlubují se typické znaky osobnosti. Dochází také ke změnám orientace v prostředí, což je důsledkem zhoršení zrakové a sluchové ostrosti (Vágnerová, 2000, s. 450-459).

Křivohlavý (2002, s. 140-145) uvádí, že aktivní využívání a celoživotní praxe má pozitivní vliv na udržení psychických funkcí. U seniorů se snižuje paměť pro nové podněty, mají obtíže s učením, ale jsou schopni se nové věci naučit. Také dochází ke změnám dílčích psychických funkcí – zraku, sluchu a chuti. Obsah řeči je nezměněn, prodlužuje se latence odpovědí. Změny se projevují v emocionální oblasti, oblasti kreativity.

1.2.3 Sociální změny

Pro období stáří je typické ubývání sociálních rolí, nové je již nedokážou nahradit, vyskytuje se více změn, se kterými se musí staří lidé vyrovnat. Ztráta rolí vede k větší anonymitě, ke ztrátě individuálně specifických znaků. Příčiny těchto změn jsou podmíněny odchodem do důchodu, což přináší ztrátu profesní role a přijetí role důchodce, která nemá vysokou prestiž. Změna rolí je podmíněna také biologicky – při úmrtí partnera senior získává roli vdovce, při nemoci roli nemocného, obyvatele domova důchodců, pacienta LDN, nesoběstačného. Ztrátu rolí ovlivňují také ekonomické faktory, jako důsledek

odchodu do důchodu. Seniorovi nakonec zůstávají jen soukromé role, pro širší společnost je jen anonymní důchodce, chápaný jako nevýznamný, neproduktivní. Odchod do důchodu zasahuje všechny složky osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování seniorů. Mění se také identita starého člověka, osobně významné role zůstávají jen ve vzpomínkách, což seniorům pomáhá k podpoře sebeúcty a vylepšování současné identity. Další důležitou součástí identity seniora je jeho rodina, místo, kde žije, jeho zdravotní stav. Např. při onemocnění demence v důsledku ztráty krátkodobé paměti ztrácí senior svou aktuální identitu (Vágnerová, 2000, s. 459-490).

Langmeier (1991) uvedl 5 vyrovnávacích strategií se stářím, tyto postoje nemusí být vyhraněné, mohou se různě prolínat:

Konstruktivní strategie – člověk se vyrovná se změnami ve stáří, je aktivní, navazuje nové vztahy, kontakty, je optimistický, má své cíle, nebrání se pomoci od druhých lidí.

Strategie závislosti – člověk je pasivní, spoléhá se na druhé, nechává za sebe rozhodovat, má rád odpočinek, soukromí, pohodlí.

Strategie obranná – tento postoj zaujímají často lidé profesně a společensky úspěšní, jsou přehnaně aktivní, odmítají pomoc druhých, dodržují své zvyklosti, jsou konfliktní.

Strategie hostility – člověk je nepřátelský vůči lidem a všemu, tito lidé jsou podezřívavý, konfliktní, nerozumí mladým lidem, jakoby jim záviděli.

Strategie sebenávisti – člověk svou zlobu a nenávist obrací proti sobě, je osamělý, život hodnotí kriticky, nic už nechce, má negativní přístup ke všemu (cit. podle Klevetová, 2008, s. 31).

Švancara vymezil pět P optimální adaptace k udržení hodnotného života seniora – perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé, potěšení. Perspektivou se rozumí – nejen připomínání minulosti, ale i plánování budoucnosti, stanovení přiměřených cílů, chápání smyslu života. Pružnost znamená, že se senior dokáže přizpůsobit nové situaci, nebojí se řešit nové úkoly, měnit svoje zvyklosti, postoje, přemýšlení, je schopný sebekritiky. Velký vliv na duševní činnost má také tělesný pohyb. Prozíravost znamená vidět dál než v rozsahu dané situace. K prozíravosti je nutná životní zkušenost. Porozumění, pochopení pro druhé lze vyjádřit jako schopnost empatie, kdy se člověk dokáže vcítit do druhého člověka a chápe tak co prožívá, proč se chová určitým způsobem.

Potěšení – pro seniory je důležité zachovat si zdroje potěšení a radosti – nejčastěji je to kontakt s lidmi, příroda, knihy, zvířata a mnoho dalšího (Kalvach, 2004, s. 110-114).

Petřková (2004, s. 36-37) uvádí, že stáří je výsledkem předchozích etap a to, jak člověk stáří prožije, závisí pouze na něm. Cestou k úspěšnému stárnutí je např. Srdcovo heslo ROSA – racionální postoj, orientace na budoucnost, sociální kontakty, aktivity. Úspěšné stárnutí vyžaduje upuštění od konvenčních stereotypů o starých lidech, přijetí faktu, že stáří již není rigidní, ale flexibilní období.

1.3 Choroby ve stáří

Chorobami ve stáří se zabývá medicínský obor geriatric. V tomto období se choroby vyznačují zvláštním průběhem, polymorbiditou, výskytem komplikací, neúplností uzdravení.

Podle Kalvacha (2004, s. 130) je výskyt chronických chorob ve stáří vysoký, typická je multimorbidita. K nejčastějším chorobám řadí nemoci oběhové soustavy – hypertenzi, ischemickou chorobu srdce, nemoci žil. Z chorob pohybového aparátu je to dorzopatie a osteoartróza, z chorob endokrinních je to diabetes mellitus. Dále to jsou nemoci dýchacího ústrojí, nemoci močového, pohlavního ústrojí a poruchy duševní a poruchy chování.

1.3.1 Duševní poruchy

Jelikož se v této práci zabýváme domovy se zvláštním režimem, kde žijí senioři s duševním onemocněním, považujeme za žádoucí seznámit čtenáře podrobněji s těmito duševními poruchami.

Diagnostika duševních poruch v seniorském věku je obtížnější, protože se mohou zpočátku jevit jako běžné projevy stárnutí. Častější jsou organické změny, poruchy paměti, dochází k výraznému zhoršení kvality života, ke zhoršení somatických onemocnění.

Odborníci, např. Vágnerová, Venglářová uvádí jako časté duševní poruchy ve stáří depresivní syndrom a demenci.

Vágnerová (2004, s. 374-383) řadí depresivní syndrom ke klinickým příznakům afektivních poruch, spolu s manickým syndromem. Hlavním příznakem afektivních poruch je chorobná nálada, která neodpovídá realitě nemocného, narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Afektivní porucha vyvolává závažné změny v emočním prožívání, což

ovlivňuje psychiku i fyziologické reakce člověka. Nejčastěji se ve stáří vyskytuje depresivní porucha, (manická a bipolární porucha se objevuje v mladém věku). Příčinou vzniku těchto poruch je dědičnost, vývojově podmíněné změny a zátěžové situace. Vágnerová na rozdíl od Venglářové spojuje podobností symptomů depresi se schizofrenií. Vymezuje ještě sekundární depresi, která vzniká jako důsledek primárního somatického onemocnění – např. roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda. Nespecifickou reaktivní depresi, která je reakcí na různé ztráty a omezení, doprovází všechna závažná onemocnění.

Depresi dělíme na mírnou, střední a těžkou formu. Symptomy těžké formy deprese mohou být i halucinace a bludy. U seniorů je deprese často přítomna v počátečním stádiu demence. Diagnostika je obtížnější, seniori bagatelizují příznaky, klinický obraz nemoci není tak výrazný, symptomy nemusí být na první pohled patrné. Objevuje se zhoršení somatického stavu, ostatních nemocí seniorů. Může dojít k rezistenci na léčbu a přechodu deprese do chronické formy. K běžným symptomům deprese patří zhoršení pozornosti, snížená sebedůvěra, smutek, pocit viny, poruchy spánku, chuti k jídlu, neplánování budoucnosti, myšlenky na sebevraždu. Rizikovým faktorem pro vznik deprese u seniorů je zvyšující se zátěž – náhlé životní události (ztráta partnera, přátel, změna bydliště, atd.) a vleklé události spojené se zdravotním stavem - postupná ztráta soběstačnosti, sociální izolace. Prevencí vzniku deprese je aktivní životní styl, péče o zdravotní stav seniora. Léčba deprese se zaměřuje na odstranění nebo zmírnění příznaků. Je využívána léčba farmakologická, psychoterapie a aktivizace seniorů, zapojení do běžných denních činností v rámci jejich schopností (Venglářová, 2007, s. 18-23).

Demence je získané, chronické onemocnění, jehož příčinou je organické poškození mozku. Prognóza tohoto onemocnění je špatná, končí smrtí nemocného. Demenci nelze vyléčit, pouze zpomalit zhoršování příznaků, proto je důležitá včasná diagnostika, farmakologická léčba a také trénink paměti, aktivizace nemocného.

Vágnerová (2004, s. 265-283) vymezuje demenci jako organicky podmíněný syndrom, získané, chronické onemocnění. Hlavním symptomem je úbytek kognitivních funkcí, zejména inteligence a paměti, je ovlivněna i úroveň sociální adaptace. U nemocných se projevuje agnozie, tzn., že člověk vidí, slyší a nepoznává. Porucha řeči se projevuje postupným úbytkem schopnosti rozumět mluvenému slovu (senzorická afázie) i schopnosti verbálně se vyjadřovat (motorická afázie). Chování nemocných je nepřiměřené, jsou celkově zpomalení, objevuje se apraxie – ztráta naučených motorických dovedností. Postupně také dochází k úpadku osobnosti, zvýrazňují se jejich osobnostní rysy, nerozumí

sociálním situacím, nedodržují normy chování. Demence podle etiologie postižení se dělí na atroficko-degenerativní – nejčastější je Alzheimerova demence, sekundární demence, které jsou důsledkem primárního onemocnění – nejčastější je ischemicko - vaskulární demence, jako důsledek hypoxicko – ischemických změn mozku. Dalším typem jsou smíšené demence, kdy nemocný trpí Alzheimerovou chorobou i vaskulárním poškozením. Alzheimerova a vaskulární demence má odlišný klinický obraz nemoci. Alzheimerova demence je primární onemocnění šedé kůry mozkové, při kterém dochází k atrofii mozkových buněk, onemocnění se vyvíjí postupně, ale trvale se stupňuje, úbytek psychických funkcí je komplexní až k celkovému úpadku osobnosti. Vaskulární demence je způsobena poškozením v bílé hmotě mozkové, odumřením tkáně po drobných cévních příhodách. Onemocnění vzniká náhle, kolísá, zhoršování má podobu skoků, nemocní si svůj stav déle uvědomují. Typické jsou stavy zmatenosti, k celkovému úpadku osobnosti dochází méně často. Vágnerová dělí průběh demence do čtyř stádií – lehká, střední, těžká demence a termální stádium, kdy je nemocný nehybný, zcela závislý na ošetrovatelské péči.

Onemocněním demence se zabývá mnoho odborníků, např. Zgola (2003), která se věnuje vymezení demence a péči o seniory s tímto onemocněním. Venglářová (2007, s. 23-64) vymezuje demenci shodně a zabývá se problematickým chováním, které je způsobeno touto chorobou, neuspokojením potřeb seniora, špatnými reakcemi pečovatелů, vlivy z okolního prostředí. Obě autorky se zabývají demencí Alzheimerova typu. Demenci dělí do třech stádií. V prvním stádiu dochází ke zhoršování krátkodobé paměti, ve druhém stádiu se zvyrazňují rysy osobnosti, zpomaluje se myšlení, senioři mají potíže s rozhodováním, udržením pozornosti a ztrácí zájem o činnosti. Pro třetí stádium je charakteristická dezorientace – místní, časová, v osobě, poruchy komunikace, ztráta soudnosti, zhoršuje se sebek péče, což je příčinou nesoběstačnosti. Rodina v tomto stádiu již často nezvládá péči o svého seniora, která je velmi náročná a umísťují ho do rezidenčních sociálních služeb.

Buijssen (2006, s. 14-15) vymezuje mnoho forem demence – Alzheimerovu demenci, vaskulární demenci, kterou nazval multiinfarktovou demencí, kombinaci Alzheimerovy a vaskulární demence. U mladších lidí se vyskytuje demence u chorob Parkinsonova, Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho, Huntingtonova, AIDS.

Hamilton (1999, s. 183-197) dělí demence na demenci Alzheimerovu typu, multiinfarktovou demenci, Pickovu chorobu, která se vyskytuje kolem padesátého roku,

vzácnou Creutzfeldt - Jacobovu nemoc a Huntingtonovu chorobu, které se nejprve projevují ztrátou hybnosti, Parkinsonovu chorobu. Upozorňuje také na onemocnění zaměnitelná s demencí – pseudodemence, která se může rozvinout u seniorů, kteří trpí depresí a akutní stav zmatenosti (delirium). Tyto onemocnění jsou na rozdíl od demence léčitelná.

2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Jak je uvedeno v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách v České republice mohou senioři využít pobytové sociální služby – domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Domov pro seniory je určen lidem důchodového věku, kteří mají zdravotní omezení a jsou závislí na pomoci druhé osoby. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních využívají senioři, kteří již nemají akutní onemocnění, jsou stabilizováni, ale nelze je propustit do domácího prostředí pro sníženou soběstačnost. Po zajištění místa většinou odcházejí do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem nebo je zajištěna pomoc rodiny často v kombinaci s ambulantními a terénními sociálními službami. Domov pro seniory se zvláštním režimem je specializované zařízení určené pro osoby, které mají sníženou soběstačnost a zároveň trpí onemocněním demence, jinou chronickou duševní chorobou nebo závislostí na návykových látkách. Podle typologie sociálních služeb tento domov řadíme do služeb sociální péče a do pobytových služeb s celoroční a čtyřiaadvaceti hodinovou péčí. Od běžného domova pro seniory se liší přístupem k uživatelům, upraveným režimem dne podle potřeb těchto osob a také specializovaným vzděláváním pracovníků.

2.1 Poslání zařízení

Jak je uvedeno v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v příloze č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. ve standardu č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, musí mít poskytovatel písemně definováno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena.

Tento dokument je veřejně přístupný, je chápán jako veřejný závazek, každé zařízení si definuje veřejný závazek individuálně. V úvodu veřejného závazku jsou základní informace o zřizovateli a poskytovateli sociální služby.

Poslání je shrnutím toho, proč organizace existuje, kam směřuje, čeho a jakým způsobem chce dosáhnout (Kolektiv autorů, 2011, s. 57).

Posláním Domovů pro seniory se zvláštním režimem je obvykle poskytovat seniorům takovou podporu, která by zajišťovala jejich klidný život v bezpečném prostředí a podporovala kontakt s rodinou, okolím a veřejným životem. Poskytovat sociální péči

osobám, které se v důsledku svého zdravotního stavu ocitly v nepříznivé životní situaci a potřebují pomoc další osoby při zajišťování svých potřeb.

Cíl poskytování této sociální služby vymezuje, čeho chce poskytovatel dosáhnout. Cíl Domovů pro seniory se zvláštním režimem bývá definován např. takto: Poskytovat uživatelům kvalitní a bezpečnou službu personálem s odborným vzděláním. Cílem služby je také zachování schopností a dovedností seniorů, případně jejich rozvoj.

K nezbytným zásadám v přístupu k uživatelům patří individuální přístup – uznání jedinečnosti osobnosti, důstojnost – úcta k uživateli služeb, respekt – akceptování uživatele takového jaký je, včetně jeho slabých a silných stránek, diskrétnost – zachování důvěrných informací o uživateli, empatie – vcítění se do pocitů a situace uživatele služby.

2.2 Cílová skupina

Cílová skupina uživatelů znamená vymezení osob, pro které je služba určena. Cílovou skupinu Domova se zvláštním režimem určuje poskytovatel služeb v rámci vymezení, které je uvedeno v § 50 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Cílová skupina se obvykle vymezuje pomocí věku (nejčastěji od 60 let, některé domovy nabízejí služby i mladším uživatelům), přítomností některé uvedené choroby (demence, chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách) a sníženou soběstačností.

2.3 Poskytované služby

Základní služby, které jsou v Domově pro seniory se zvláštním režimem poskytovány, definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. § 50 a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. § 16, která je upřesňuje. K základním činnostem patří poskytování ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně – terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Poskytovatelé mohou nabízet i další služby, které jsou za úhradu. Domovy se pak od sebe odlišují rozsahem nabízených služeb a senioři mají možnost vybrat si domov podle svých představ. Nejčastěji domovy nabízejí kadeřnictví, pedikúru, možnost nákupů v místní prodejně, objednání dopravy a další.

2.4 Proces přijetí do domova se zvláštním režimem

Přijetí seniora do pobytového zařízení má být chápáno jako krajní řešení životní situace seniora. Na prvním místě by měla být pomoc rodiny, využívání sociálních služeb v domácím prostředí. Pokud již není pobyt seniora v domácím prostředí bezpečný nebo je péče o seniora neovladatelná, rodiny přistupují k vyhledání pobytového zařízení.

2.4.1 Jednání se zájemcem

Jak je uvedeno ve vyhlášce 505/2006 Sb. příloha č. 2. - standardu č. 3, poskytovatel sociálních služeb srozumitelným způsobem informuje zájemce o poskytovaných službách.

První kontakt se zařízením je často telefonický, zájemce o službu dostává pouze základní informace a je sjednána osobní schůzka. První schůzky se v domovech se zvláštním režimem zpravidla účastní zájemce o službu, zástupce poskytovatele, rodinní příslušníci nebo osoby, které v současné době o zájemce pečují – sociální pracovník nemocnice, pečovatel. Toto jednání probíhá ještě před podáním žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem. Jednání se zájemcem o službu může probíhat v domácím prostředí zájemce, v kanceláři domova se zvláštním režimem, v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných. Účelem tohoto jednání je představení služby, zda zájemci vyhovuje, zda je možné splnit jeho požadavky a zajistit plnění jeho osobních cílů. Zjišťuje se také, zda zájemce splňuje podmínky pro přijetí do zařízení a cílovou skupinu, které je služba určena. Pokud není možné splnit požadavky zájemce nebo nesplňuje podmínky pro přijetí, jsou mu nabídnuty jiné pobytové, ambulantní nebo terénní služby včetně kontaktu na ně. Zjištěné informace jsou písemně zpracovány v dokumentu Jednání se zájemcem o sociální službu. V průběhu prvního jednání jsou zájemci představeny nabízené služby, ceny služby, jak se podílí uživatel na hrazení nákladů, stravování v zařízení, možnosti pobytu mimo zařízení, možnosti návštěv, způsob financování služby a systém plateb, je stručně seznámen s „Domácími pravidly vzájemného soužití“.

Při jednání se zájemcem o službu, který trpí demencí, nebo jinou psychiatrickou chorobou se řídíme určitými pravidly. K základním pravidlům patří, že jednáme vždy se zájemcem, ne jen s rodinou, přizpůsobujeme se jeho schopnostem, dodržuje zásady komunikace s lidmi s demencí – např. odstraníme rušivé vlivy, udržuje oční kontakt, používáme krátké věty, neptáme se na více věcí najednou, ujišťujeme se, zda zájemce rozuměl, využíváme alternativní metody komunikace. Domov prezentujeme i obrázkovou formou, fotografiemi,

doporučujeme osobní prohlídku zařízení. Z první schůzky si zájemce odnáší informační materiály – letáky o domově, adresu webových stránek domova, návrh dohody poskytovaných služeb, žádost o přijetí do domova se zvláštním režimem. Má tak čas si vše dobře promyslet v domácím prostředí, připomenout si veškeré podané informace, pokud zájem o službu trvá, podat si žádost o umístění do domova se zvláštním režimem (Cabadařová, 2009).

Další jednání se zájemcem probíhá, když je volné místo v domově. Zařízení osloví zájemce, informuje ho o možnosti nástupu a v případě, že zájemce s nástupem souhlasí, dohodnou si další osobní setkání. Při této schůzce je provedeno „Sociální šetření před nástupem klienta do zařízení“. Účelem tohoto šetření je zjistit, zda se nezměnili okolnosti rozhodné pro přijetí do zařízení od doby podání žádosti (může to být i několik let). Je provedena prohlídka zařízení, pokoje, seznámení s životem klientů. Je připravena Smlouva o poskytnutí služby sociální péče a Dodatek ke smlouvě. Zájemce je informován o tom, které doklady má předložit při nástupu do zařízení, které věci si má do domova vzít, jak má být označeno prádlo, pokud si sjedná praní osobního prádla v prádelně. Je sjednán přesný termín nástupu do zařízení (Cabadařová, 2009).

V případech, kdy zájemce těžko udrží pozornost, je využívána alternativní forma komunikace, apod. je nutné sjednat těchto schůzek více, tak aby jednání bylo přizpůsobeno schopnostem zájemce o službu a chápal podávané informace (Cabadařová, 2009).

2.4.2 Smlouva o poskytnutí sociální služby

Prostřednictvím této smlouvy je vytvořen smluvní vztah mezi poskytovatelem služeb a uživatelem služeb. Smlouva uživateli garantuje, které služby a za jakých podmínek mu budou standardně poskytovány a další placené doplňkové služby, které zařízení nabízí a uživatel si je objedná.

Obsah smlouvy o poskytnutí sociální služby stanoví § 91 odst. 2. zákona 108/2006 Sb. Je to: označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah poskytované služby, místo a čas poskytované sociální služby, výše úhrady za sociální službu sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 zákona a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, doba platnosti smlouvy. Kritéria pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby jsou vymezena ve standardu č. 4. ve vyhlášce 505/2006 Sb. - Příloha č. 2.

Součástí smlouvy je vymezení rozsahu poskytovaných služeb podle vzájemné dohody. Toto vymezení by mělo být detailně rozpracováno, aby nedocházelo k nejasnostem a uživatel měl přesné informace o svých nárocích.

Ubytování – počet spolubydlících, vybavení pokoje, možnost donést si vlastní vybavení, podmínky pro stěhování do jiného pokoje.

Stravování – zpravidla se poskytuje 4 - 5 x denně, předmětem dohody je, kde se bude uživatel služeb stravovat (jídlna, pokoj), dieta, k dispozici jsou celodenně tekutiny (kuchyňka, pokoj), je možné dohodnout individuální výdej stravy, individuální potřeby stravování.

Služby – poskytovatel zajišťuje další služby, např. úklid pokoje, přilehlých prostor, praní a drobné opravy prádla.

Základní ošetrovatelská péče – je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře – jedná se nejčastěji o tyto výkony: podávání léků, aplikace subkutánních a intramuskulárních injekcí, prevence a péče o dekubity, převaz ran a kožních defektů, předlékařskou první pomoc a následné zajištění lékařské pomoci, zajištění kontaktu se zdravotnickými zařízeními dle aktuálního zdravotního stavu klienta, zajištění dopravy do zdravotnického zařízení podle ordinace lékaře, příprava k vyšetření ve zdravotnických zařízeních, aplikace hygienicko – epidemiologických opatření, ošetrovatelské sledování a hodnocení zdravotního stavu, vedení ošetrovatelské dokumentace, zdravotnickou osvětu a edukaci, zajištění výživy pomocí sond zavedených do zažívacího traktu, ošetřování stomií, rehabilitační péči.

Pečovatelské úkony – pomoc při chůzi a pohybu, vycházky, pomoc při stravování a příjmu tekutin, pomoc při osobní hygieně, pomoc při úklidu osobních věcí.

Kulturní a zájmová činnost, aktivizační programy – k dispozici je většinou program pravidelných aktivit klientů na základě jejich dobrovolné účasti – např. pracovní terapie, muzikoterapie, skupinové cvičení, relaxační cvičení, procházky, společenské hry, čtení knih, časopisů, skupinové posezení v kavárně při hudbě a občerstvení, bohoslužby. Poskytovatel také může zajišťovat výlety, návštěvy kulturních a společenských akcí pořádaných mimo domov, pořádat společenské a sportovní akce v domově. Dále může nabízet individuální aktivizační programy, skupinové aktivizační programy pro seniory s diagnostikovanou demencí.

Smlouva vymezuje práva a povinnosti klienta – právo na rovné zacházení v souladu se Základní listinou lidských práv a svobod, právo na ochranu před diskriminací, před jakýmkoli formami zneužívání, právo si stěžovat na kvalitu, rozsah, průběh poskytované služby a na zaměstnance zařízení. Práva a povinnosti klientů se řídí „Domácími pravidly vzájemného soužití obyvatel“, s kterými je zájemce seznámen, uživatel se zavazuje, že je bude dodržovat. Uživatel služeb dává souhlas, aby poskytovatel v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů zpracovával osobní údaje pro potřeby zpracování dokumentace.

Dále vymezuje práva a povinnosti poskytovatele – chránit klienta před nerovným zacházením v souvislosti s poskytováním služby, přijmout a vyřídit stížnost klienta na kvalitu, rozsah a průběh poskytovaných služeb, jednat tak, aby nepoškodil klienta, dodržovat právní, etické a společenské normy. Poskytovatel je oprávněn zpracovávat osobní údaje klienta v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., vydávat a měnit „Domácí pravidla vzájemného soužití“.

Platební podmínky – o stanovení výše úhrady rozhoduje zřizovatel ve správním řízení.

Vznik a zánik dohody – smlouva vzniká podpisem obou stran – poskytovatele a klienta. Smlouva zaniká zpravidla dnem výpovědi klienta bez udání důvodu, dnem ukončení pobytu klienta na základě písemného oznámení klienta, rozhodnutím vedoucího ústavu s udáním důvodu, úmrtím klienta.

Předmětem Přílohy č. 1 je stanovení způsobu výběru úhrady, příspěvku na péči a výplaty zůstatku důchodu, výplaty vratek za pobyt mimo zařízení. Dále to je možnost financování drobných nákupů (léku, hygienických potřeb, složenek, novin, atd.) z „Karty drobných hotovostí“. Sjednává se také výše částky na tomto účtu a povinnost na konci kalendářního měsíce provést vyúčtování pověřeným pracovníkem.

Předmětem Přílohy č. 2. je individuální plán péče, který společně s klientem sestaví přidělený klíčový pracovník. Klíčový pracovník je pracovník přímé péče, který je v každodenním kontaktu s klienty, např. všeobecná sestra, pracovník sociálních služeb, sociální pracovník.

Smlouva může obsahovat i jiná ustanovení. Např. místo uložení občanského průkazu, průkazu zdravotní pojišťovny, přeregistrování k obvodnímu lékaři, který dochází do zařízení, informování nejbližších rodinných příslušníků o zdravotním stavu, možnost přihlásit se k trvalému pobytu v zařízení, apod.

2.4.3 Přijetí zájemce do zařízení

V den přijetí do zařízení se koná poslední schůzka s pověřeným pracovníkem, nejčastěji se sociálním pracovníkem, který se zájemcem sepíše již dříve projednávanou smlouvu o poskytování sociálních služeb, a obě strany ji stvrdí podpisem. Znovu seznámí klienta a rodinné příslušníky, kteří většinou seniora doprovázejí s potřebnými údaji o domově, provozu, úhradě. Nabízí možnosti účasti v jednotlivých aktivitách pořádaných pro klienty. Podepsáním smlouvy se ze zájemce o službu stává uživatel služeb, klient domova. Novému obyvateli domova a jeho rodině je představen ředitel domova, vedoucí zdravotního úseku a službu konající všeobecná sestra.

Všeobecná sestra převezme klienta, potřebnou dokumentaci a v doprovodu rodinných příslušníků je odvede do pokoje, kde bude klient bydlet. Zde klientovi ukáže zařízení pokoje, které může využívat – lůžko, stolek, skříň, sociální zařízení. Seznámí klienta i rodinu s dorozumívacím zařízením, kterým může přivolat pomoc, přijímat telefonní hovory (pokud je jimi domov vybaven). S pomocí rodiny si uloží své osobní věci a je pořízen seznam těchto věcí. Všeobecná sestra převezme lékařskou zprávu klienta, vypracuje ošetrovatelskou dokumentaci a provádí administrativní úkony spojené s příjmem klienta. Klientovi je představen jeho klíčový pracovník, který dle přání klienta ho provede po zařízení, poskytuje mu další informace a pomoc. Pokud klíčový pracovník není přítomen, zastupuje ho určený zástupce klíčového pracovníka.

2.4.4 Individuální plán péče

Individuální plánování průběhu sociální služby je stanoveno ve standardu č. 5. vyhlášky 505/2006 Sb. Příloha č. 2.

Individuální plánování je kontinuální, strukturovaný proces, který začíná již při jednání se zájemcem o službu. Jeho smyslem je poskytovat klientovi podporu v tom, co potřebuje. Individuální plánování služby je dojednávání o každodenním postupu mezi pracovníkem a uživatelem služeb, o tom, jakou podporu potřebuje k plnění svých cílů, naplňování potřeb. Individuální plán vytváří s klientem klíčový pracovník. Výsledkem dojednávání je písemný záznam, který je v průběhu služby vyhodnocován, aktualizován podle aktuálních potřeb a osobních cílů klienta (Kolektiv autorů, 2011, s. 61-62).

Jelikož si poskytovatelé sami vytvářejí individuální plány, jsou odlišné a mají různá pojetí. Vznikly čtyři hlavní modely, které jsou různě kombinovány a hodí se pro různé cílové

skupiny a sociální služby. Model zaměřený na dosahování cílů vychází z cílů, které si uživatel stanovil. Pracuje se s krátkodobým a dlouhodobým cílem, podmínkou je, že je uživatel služby aktivní, cíle si stanovuje a snaží se o změnu, která by měla nastat pomocí poskytované služby. Model zaměřený na dialog a uživatele služby vychází z potřeb uživatele. Klíčový pracovník pomáhá klientovi formulovat jeho potřebu, aktivizovat jeho zdroje a nabízí vhodnou a přiměřenou podporu. Výhodou tohoto modelu je nedirektivita, pocit bezpečí, přijetí a partnerství, který uživatel prožívá. Nevýhodou může být nevytváření tlaku na klienta, aby došlo ke změně, písemné výstupy nejsou plánovité, sklouznutí k přímému poskytování péče, bez motivace klienta k řešení situace. Model vycházející ze schémat počítačové podpory vychází z modelů plánování ošetrovatelské péče. Plánování je smlouvání o nabízených úkonech, není vytvořen vztah mezi klíčovým pracovníkem a klientem. Model expertní vychází ze získávání osobních a sociálních anamnéz, upřednostňování práce s dokumentací uživatele služeb. Nevýhodou je expertní odstup, uživatel se necítí jako partner klíčového pracovníka (Kolektiv autorů, 2011, s. 26-34).

Vypracování individuálního plánu se seniory, kteří nejsou plně orientováni místem, časem, osobou, komunikují nepřiléhavě nebo pouze neverbálně je úkol velmi náročný. Podle mých vlastních zkušeností a dlouhodobé práce s individuálními plány je v domově se zvláštním režimem nejvýhodnější používat model zaměřený na dialog a potřeby klienta, který je upraven tak, aby vyhovoval klientům i týmu pracovníků.

Klíčový pracovník spolupracuje se sociálním pracovníkem, který mu předá již získané informace o klientovi (rodinná anamnéza, osobní anamnéza, historie, zvyky, rituály, profese, zájmy, vztahy, důležité události v životě uživatele, zda přichází z domu nebo nemocnice atd.). Seznámí ho s osobním cílem klienta, dojednaným při podpisu smlouvy o poskytování služby. Individuální plán musí směřovat k naplnění tohoto prvotního osobního cíle. Další důležité informace jsou získány rozhovorem s klientem a rodinnými příslušníky. Základní informace jsou zaznamenány v úvodu individuálního plánu.

Další nezbytnou součástí individuálního plánu jsou informace o způsobu komunikace klienta. Ostatní pracovníci pak vědí, jaký způsob komunikace mají zvolit. U komunikujících klientů obsahuje základní informace – řeč, sluch, zrak, jak rozumí mluvené řeči, zda si zapamatuje sdělené, pochopení otázky, způsob vyjadřování, zvláštnosti. U klientů komunikujících neverbálně obsahuje informace o tom, jak tým rozpozná potřeby klienta, jak vyjadřuje spokojenost x nespokojenost, ano x ne, jakým

způsobem vedeme komunikaci, kde jsou pomůcky pro komunikaci – např. klient se vyjadřuje písmem - tabulka a fix na stole, pomocí piktogramů – na policiče u lůžka, komunikace pouze prostřednictvím bazální stimulace – struktura dne na policiče, jak reaguje na promluvu – jak hlasitě, upozornit jinak, iniciační dotek, atd.

Je také zjišťována míra soběstačnosti a z toho plynoucí míra jeho podpory při všech běžných činnostech. Tyto informace jsou zpracovány v individuálním plánu - nám se osvědčilo zaznamenat běžné pravidelné činnosti v časové posloupnosti za 24 hodin od probuzení, pomoc při vstávání, hygieně, oblékání, jídle, trávení volného času až po večerní uléhání, pomoc v nočních hodinách. Takto zpracovaný plán pomáhá ostatním pracovníkům, vědí, jakou podporu si klient přeje, co zvládne sám a pod. Další část individuálního plánu je zaměřena na přání, potřeby s jinou frekvencí. Jedná se o návštěvy kadeřnictví, pedikúry, kostela, podpora nebo pomoc při úklidu pokoje, převlékání ložního prádla, atd. Např.: Klientka, která vždy dbá o svůj vzhled má přání chodit ke kadeřnici, na pedikúru. Cílem tedy je - být upravená. Společně posoudí možnosti klientky – docházka do kadeřnictví a na pedikúru ve městě, v domově – vypracují konkrétní kroky jak často, kdo objedná, jak se tam dopraví, možnosti spolupráce rodiny. Tímto cílem je naplněno více potřeb – posílení vlastní identity, sebevědomí, seberealizace, zajištění kontaktu se společenským prostředím, možnost komunikovat.

U seniorů v domově se zvláštním režimem se také provádí monitoring klienta, kterého se účastní celý pracovní tým. Vypozorované skutečnosti – chování, vyjádření spokojenosti, jsou zaznamenány a klíčový pracovník s těmito informacemi dále pracuje, aktualizuje individuální plán, provádí změny podle přání klienta. Např.: Klíčový pracovník měl informace od rodinných příslušníků, že byl klient samotář, proto byly nabízeny pouze párové animace. Klíčový pracovník získal informace od týmu, že klient vyjadřuje úsměvem radost z kontaktu s dalšími klienty. Klíčový pracovník tedy nabízí klientovi další skupinové animace a aktivity, které by byl schopen dělat. Z dalších pozorování je patrné, že je klient rád ve skupině dalších klientů a zapojuje se do činnosti (Kolektiv autorů, 2011, s. 136-138).

Jelikož tito klienti většinou neumí vyjádřit své cíle, pracujeme spíše s jejich potřebami, které jsou rozpoznávány prostřednictvím jejich přání – u verbálně komunikujících klientů a vyjádřením nespokojenosti u neverbálně komunikujících klientů. Nenaplněná potřeba se v tomto přání skrývá, klíčový pracovník ji musí umět nalézt. Např. pokud imobilní klient má nerealizovatelné přání chodit, snažíme se zjistit rozhovorem nebo pozorováním, co mu

chybí – může to být možnost chodit ven, být ve skupině s lidmi, moci si povídat. Klíčový pracovníci se zajímají o klienta komplexně, o celou jeho osobnost, proto posuzují potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Biologické potřeby – jídlo, pití, hygiena, spánek, dýchání, vylučování, pohyb, teplota. Psychologické potřeby – bezpečí, uznání, vědomí vlastní užitečnosti, seberealizace, podpory, pozornosti, péče. Sociální potřeby – lásky, sounáležitosti, informovanosti, možnost se vyjadřovat, komunikovat, mít kontakt se společenským prostředím. Spirituální potřeby – duchovní hodnoty (Kolektiv autorů, 2011, s. 138-140).

Klíčový pracovník také zpracuje rizika, která vznikají, pokud chceme zachovat co největší soběstačnost klienta. Vyhodnotí stupeň rizika a prevenci nebo krizový plán, pokud je riziko vysoké. Např. Klient má potíže s místní orientací a má přání chodit do obchodu na náměstí. Zde je riziko zabloudění, proto klíčový pracovník vypracuje prevenci – opatření snižující riziko (postupný nácvik cesty s pracovníkem, nácvik cesty samostatně s pozorováním pracovníka, samostatná cesta). Definování rizika, určení prevence a opatření ke snížení rizika umožňuje posilovat soběstačnost klienta a současně chrání klienta, i když vždy nelze riziku zcela zamezit (Kolektiv autorů, 2011, s. 141).

Individuální plán je dojednaná podpora, na které se aktivně podílí klient, podle svých schopností. Obsahuje jeho přání a potřeby, které jsou vyjádřeny v podobě konkrétních cílů. K naplnění těchto cílů jsou naplánovány postupné kroky, které musí být konkrétní, přiměřené, dosažitelné a měřitelné. Klíčový pracovník je v roli koordinátora, na plnění individuálního plánu klienta spolupracuje celý pracovní tým. Práce s individuálním plánem a klientem nekončí jeho vypracováním, je průběžně hodnocen, provádějí se revize plánu a aktualizace při každé změně aktuálního stavu. Vyhodnocení individuálního plánu provádí klíčový pracovník s klientem. Rozhovorem nebo pozorováním zjišťuje, zda klientovi dojednaná podpora vyhovuje, zda nemá jiné potřeby (Kolektiv autorů, 2011, s. 26).

2.4.5 Adaptační období

Adaptace na změnu životního stylu je proces, který probíhá v několika fázích. Jeho průběh závisí na tom, zda se starý člověk rozhodl sám, na jeho motivaci a postoji.

Proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova pro seniory má tři fáze. Tuto situaci lze srovnat s dětskou separační úzkostí. Jako první přichází fáze odporu, kdy senior je negativní, agresivní a nepřátelský vůči všem – většinou však se jejich nepřátelství obrací k náhradním viníkům – personálu, dalším obyvatelům. Toto jejich chování je vysvětlováno

jako obranná reakce v situaci, kdy nedokážou jednat jinak. Druhá fáze je fáze zoufalství a apatie – přichází, když starý člověk dojde k závěru, že svým odporem ničeho nedosáhne. Ztrácí zájem o svůj život, o dění kolem sebe. V této fázi mohou setrvat až do konce života. Jako další může následovat fáze vytvoření nové pozitivní vazby – navázání nového vztahu má velký význam, pomáhá seniorovi potvrdit svůj význam pro někoho jiného, dochází k uspokojování potřeb být akceptován. Vztah k vlastní rodině bývá idealizován – což je další obranný mechanismus, který pomáhá seniorům udržet pozitivní emoční bilanci. Realita je však často odlišná (Vágnerová, 2000, s. 499-500).

Adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory není tak problematická, i když je i tak velmi obtížná. Nejprve je to fáze nejistoty a vytváření nových stereotypů – senior se seznamuje s prostředím, získává informace, jak zde lidé žijí. Často srovnávají co je lepší a horší než dříve, když byli doma. Následuje fáze adaptace a přijetí nového životního stylu – starý člověk se smíří se svojí novou rolí, vytvoří si nový způsob života a získá nové sociální kontakty. Různé studie ukazují, že více spokojeni se životem v domově důchodců jsou lidé do 75 let a se zvyšujícím se věkem se spokojenost snižuje. Tento jev lze vysvětlit tak, že jsou spokojenější ti lidé, kterým život v domově důchodců přinesl i něco nového, pozitivního, dokázali se adaptovat. Nespokojenější jsou staří lidé, kterým život v domově důchodců přinesl jen ztráty, omezení a zhoršení situace (Vágnerová, 2000, s. 500-501).

Hegyí vymezuje geriatrický maladaptivní syndrom jako specifickou formu přizpůsobení se. Tento syndrom vzniká působením velkých stresorů (ztráta partnera, penzionování, ztráta soběstačnosti, ztráta statusu a rolí, umístění v domově důchodců). Rozvoj syndromu je dán poměrem mezi stresem, psychickou odolností a schopností adaptace. Riziko vzniku maladaptivního geriatrického syndromu zvyšuje nedostatek sociální podpory – pocity beznaděje, osamělost, komunikační strádání, kognitivní omezení, deprese, zhoršená schopnost adaptace v minulosti. V chování seniora pozorujeme ztrátu psychické rovnováhy, emoční změny – úzkost, deprese, fobie, plačtivost, agrese, projevy nepřátelství, nechutenství, poruchy spánku, pocit neklidu a napětí, únavu (Kalvach, 2004, s. 362-363).

Úlohou klíčového pracovníka je provést klienta adaptačním obdobím, mapovat jeho schopnosti, zájmy, potřeby a pomáhat mu zajistit podporu, aby toto období zvládl. Po uplynutí této doby si klient může zvolit jiného klíčového pracovníka, pokud mu tento nevyhovuje.

Adaptační proces je pro seniory, kteří přicházejí do domova se zvláštním režimem velmi náročný. Senior ztrácí část své identity, role, které měl. Opouští své bydliště, známe okolní prostředí, lidi kolem sebe a dostává se do zcela neznámého prostředí, s jinými zvyky a neznámými lidmi. S touto situací se musí vyrovnat, adaptační doba je delší, do 6 měsíců.

Vhodné je zaměřit se zpočátku na seznámení klienta s domovem – jeho uspořádáním, s okolím domova – naučit klienta vyznat se v budově, jezdit výtahem, poznat cestu v okolí, naučit cestu do nedalekého obchodu atd. Dalším cílem by mělo být vytvoření si vztahu k dalším obyvatelům, poznat pracovníky - co kdo dělá, co od koho chtít. Posledním cílem adaptačního období je vytvoření pocitu sounáležitosti se službou – chápat zařízení jako domov, sžít se s prostředím, zvyky, osobami. V tomto období obyvatel poznává způsob poskytování služby, zvyklosti ve službě, sžívá se s ní. Pracovník má příležitost připravovat klienta na to, že zjišťování jeho potřeb a přání, projevení vlastní vůle je běžnou součástí služby (Kolektiv autorů, 2011, s. 83-84).

Podle Kalvacha (2004, s. 441-443) pro adaptaci seniorů v zařízení má velký význam zapojení do aktivit. Individuálně vytvořený program aktivit, kdy člověk úspěšně vykonává vhodnou činnost s potěšením a je za to oceněn, pomáhá zachovávat kontinuitu života, senior má lepší příležitost zapojit se do života v domově, seznámit se, poznávat i nové věci. Tímto způsobem je dosaženo lepší kvality života seniorů, prevence maladaptčního syndromu a psychosomatických onemocnění.

3 AKTIVIZACE SENIORŮ

Odborníci shodně vyzdvihují velký význam aktivizačních činností, které přispívají ke zlepšení kvality života seniorů. Tyto činnosti pro seniory dělí podle různých kritérií, obecně i podle různého zaměření.

3.1 Význam a rozdělení činností

Kalvach (2004, s. 441) dělí činnosti podle místa člověka v životě, podle okruhu uspokojovaných potřeb a podle počtu zapojených osob. *Činnosti podle místa v životě člověka jsou činnosti všedního dne (vaření, úklid, praní, žehlení, nákupy, atd.), pracovní činnosti (šití, psaní, péče o zvířata, práce venku, výroba předmětů, atd.), péče o sebe (hygiena, starost o vzhled, péče o zdraví), činnosti volného času (zájmové aktivity, procházky, tanec, zpěv, poslech hudby, četba, sport, společenské hry, a mnoho dalších) rozvoj a vzdělávání (řešení problémů, studium, poznávací zájezdy, kurzy, atd.).*

Činnosti podle okruhu uspokojovaných potřeb jsou činnosti k zabezpečení základních biologických potřeby – jídlo, očista, pohyb, intimní vztahy, smyslová stimulace. Činnosti podporující jistotu a bezpečí, autonomii, kontinuitu – u dementních – orientace v realitě, knihy života, reminiscence, duchovní život. Činnosti sociální povahy – budování vztahů, posilování sociální sítě, začlenění do společenství, spolupráce, sociální status, užitečnost pro druhé, milovat a být milován (čas trávený rozhovory s přáteli, s rodinou, spolupráce, účast na akcích a v sociálních skupinách, komunikace). Činnosti podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj – studium, učení se novým činnostem (mít role, práci, zodpovědnost za splněné úkoly, prožít úspěch, vidět výsledek, mít kontrolu nad vlastním životem, udržovat a chápat jeho kontinuitu, vyrovnat se s osaměním, zachovávat důstojnost i v nemoci). Činnosti seberealizační – tvorba, umění, smysl života, transcendence, vyrovnání s vlastním životem, jeho pozitivní bilancování, validace (Kalvach, 2004, s. 441).

Činnosti podle počtu zapojených osob jsou individuální aktivity, které senior vykonává zcela sám, vyžadují pouze podporu personálu. Párové činnosti, které klient vykonává s druhou osobou, podporují vztahy, komunikaci, sdílení. Společenské aktivity ve velkých skupinách podporují uvolnění emocí a umožňují prožít pocit příslušnosti ke skupině. Skupinové aktivity v menších skupinách, které jsou vytvořeny pro konkrétní činnost. Tyto skupiny poskytují seniorům zpětnou vazbu, pocit bezpečí a důvěry. Účast ve skupině

znamená možnost někam patřit, mít svou identitu, roli, nalézt přátele, vzájemně se podporovat (Kalvach, 2004, s. 441).

Zgola (2003, s. 156) dělí činnosti do třech sfér – *činnosti směřující k produkci něčeho, činnosti zaměřené na péči o sebe, činnosti volného času.*

Práce je důležitou součástí života lidí. Senioři v zařízení často ztrácejí možnost být užiteční, proto i na tuto skutečnost musí být pamatováno při vytváření individuálních aktivizačních programů. Nabízí se mnoho možností, jak jim dopřát pocit užitečnosti, důležitosti a vědomí, že pomáhají druhým. Mohou se podílet na drobných pracích podle svých schopností, např. na zahradě, roznášení novin, uklízení. Pokud již není možné obyvatele zapojit do práce, musí jim být práce záměrně vymyšlena, ale takovým způsobem, aby byla chráněna jejich důstojnost. Lze využít skládání ručníků, rosení květin, rovnání předmětů do krabice, atd. Péče o sebe patří k nejsoukromějším aktivitám v našem životě, kdy si dopřáváme příjemné zážitky. Rozhodujeme se, jak se oblékneme, učešeme, nalíčíme, zda si dopřejeme delší koupel nebo jen sprchu, jak a kdy se budeme holt, co, kdy a kde budeme jíst, apod. Nad těmito aktivitami při onemocnění demencí ztrácíme kontrolu, potřebujeme podporu, pomoc personálu, později jsme na něj zcela odkázáni. Tyto intimnosti v každodenní péči o sebe by měli být zahrnuty v aktivizačním programu, aby obyvatelům přinášely příjemné pocity a zážitky. Nezbytné je znát staré zchovalé dovednosti obyvatele, které pak využíváme. Např. společné stolování lze využít k uplatnění společenských dovedností, ke komunikaci, navazování vztahů mezi obyvateli. Volný čas je chápán jako čas na klid, přemýšlení. I čas strávený nicneděláním a např., pozorování padání sněhu, přírody může být smysluplnou aktivitou, pokud má pro seniora nějaký význam (Zgola, 2003, s. 156-159).

Zgola (2003, s. 159- 162) předkládá další dělení činností, které jsou stimulovány prostředím hmotným, sociálním a kulturním. Fyzické prostředí vyprovokuje činnosti nezávisle na tom, co zamýšlejí pečovatelé. Může to být přenášení věcí, neklidné přecházení, hromadění věcí. Pokud je prostředí bezpečné a upravené pro potřeby lidí s demencí, pak to může být procházení, navštěvování, třídění předmětů, pozorování. Např. umožnit pozorování pro seniora na vozíku znamená ho správně nasměrovat, aby dobře viděl, ne ho jen postavit k oknu. Do oblasti sociálního prostředí patří kontakt s dalšími lidmi, což je příležitost ke smysluplné společenské aktivitě. Obyčejné zdvořilosti, např. prosím, děkuji, dávají příležitost k tomu, aby člověk pocítil respekt k sobě, náklonnost, pocit kontroly nad situací. Proto je smysluplnou aktivitou i posedávání u vchodu a zdravení

kolemjoucích. Seniorům to dává pocit vlastní důležitosti, mají kontakt i cizími lidmi, jsou součástí dění. Prostřednictvím aktivit lze vytvářet pozitivní a vstřícné kulturní prostředí. Pomocí opakujících se událostí, oslav v domově vzniká tradice. Pokud mají senioři při realizaci těchto aktivit určitou odpovědnost, mají tak i své role a docílíme zvýšení pocitu vlastní identity.

3.2 Motivace k činnosti u seniorů s diagnózou demence

Senioři s postižením kognitivních a motorických funkcí jsou v aktivitách omezeni. Slábne schopnost uskutečňovat aktivity, výkonnost i motivace k činnosti. Vliv na toto snížení nemá jen onemocnění, kterým senior trpí, ale i osobnostní vlastnosti a vnější prostředí. U seniorů zdravých i dementních se může rozvinout tzv. spirála neschopností a neúspěšností (při nedostatku příležitostí). Důsledkem je negativní sebehodnocení, ztráta motivace, strach z činnosti – bojí se, že to nezvládnou. Senioři pak reagují uzavřením se až apatií, některým aktivita chybí, ale není v jejich silách plánovat a vytvořit nějakou aktivitu. Velký vliv na motivování seniorů má okolní prostředí, senioři trpící Alzheimerovou demencí potřebují řízené aktivity, jako součást komplexních léčebných a preventivních programů. Motivaci k aktivitě podporuje důraz na běžné činnosti, které senior zvládá, smysluplnost činností, dobrovolné vykonávání nabízených činností. Činnost má přinášet potěšení, prožitek úspěchu, musí být sociálně přiměřená – posilovat důstojnost a sebepojetí. Musí být zvyšována podpora seniorovi aktivity a využívány přirozené stimuly, pokyny tzv. podmiňování (Kalvach, 2004, s. 439-440)

Rheinwaldová (1999, s. 34-36) uvádí, že příčinou malé motivace k aktivitám u seniorů v domovech pro seniory je fakt, že obyvatelé nemají kontrolu nad neměnnými rituály v domově – např. čas jídla. Dochází k motivaci neúčastnit se aktivit, protože je to jediné, o čem mohou obyvatelé sami rozhodovat. V současnosti se tento stav v domovech mění a je přihlíženo k individuálním potřebám, obyvatelé mají větší kontrolu nad svým životem. Další příčinou malé motivace je strach z neznámého, selhání při činnosti. Důležité je nenaléhat na seniora, zjistit konkrétní důvody jeho strachu a podrobně ho informovat o různých aktivitách, které by ho zajímaly, a měl z nich radost. Zohledněn by měl být čas aktivit, nalézt vhodnou dobu, kdy nejsou obyvatelé unaveni. Dalším faktorem pro snížení motivace je neznalost ostatních lidí – proto obyvatele navzájem představujeme. Vliv na motivaci má i skladba obyvatel ve skupině – do skupiny dáváme obyvatele na přibližně

stejně úrovni. Obyvatele nejlépe motivujeme chápavým postojem, individuálním přístupem, ujištěním o jejich bezpečí a pohodě.

Také odbornice na péči o lidi s demencí Zgola (2003, s. 148-155) uvádí, že senioři s Alzheimerovou demencí potřebují programované terapeutické aktivity. Tyto programy jsou prevencí vzniku senzorické deprivace, společenské izolace, rychlého úbytku funkcí a brání naučené neschopnosti. Musí být vytvářeny individuálně. Aby byli senioři k činnosti motivováni, musí být smysluplná, mít svůj účel, být dobrovolná, příjemná, společensky přijatelná a nesmí vést k neúspěchu.

3.3 Aktivizační programy

Jak již bylo řečeno výše, senioři trpící demencí postupně ztrácí schopnost přijímat a řídit svoje činnosti, učit se novému, proto jim musí být aktivity plánovány s využitím zachované dlouhodobé paměti, návyků, stereotypů a zažitých vzorců chování. Odborníci se shodují v tom, že program vytvořený přímo pro seniora, který zohledňuje jeho minulost, životní zkušenosti, znalosti a zachované dovednosti je efektivní a seniorům velmi prospěšný z hlediska udržení zachovaných schopností, posilování psychiky i sociálního začlenění. Odborníci se také shodují na zásadách, které je nutné při činnosti dodržovat - smysluplnost, účelnost a ocenění, dobrovolnost, společenská přijatelnost, úspěšnost.

Aktivizační program má být vytvářen individuálně, podporovat seniora v aktivitě. Důraz je kladen na hledání běžných činností, které senior zná, zvládá a dělají mu radost. Vytváření podpůrného prostředí, kde mají příležitost vykonávat běžné aktivity všedního dne, ale i jiné zajímavé aktivity, které si mohou vybrat a mají pro ně nějaký význam. Individuálně sestavený aktivizační program, úspěšné vykonávání činností má pozitivní vliv na psychiku, vede ke zvýšení sebedůvěry, sebeúcty, je spojeno s oceněním od druhých, vyvolává pocit sounáležitosti se společenstvím. Z Francie se k nám dostává výraz animace (oživení, naplnění programem). Základem animace je nedirektivnost, otevřenost, oživení celkového přístupu ke klientům a oživení prostředí v zařízení. Autor také upozorňuje na častý jev v domovech pro seniory, kdy aktivizační programy vytvářejí pracovníci bez speciálního vzdělání. Tyto programy jsou vytvořeny uměle, probíhají jen ve vymezeném čase a prostoru. Časté je také zaměření na úzkou skupinu obyvatel, kteří se v nabídce pravidelných aktivit orientují. Obyvatelům, kteří se těchto aktivit nechtějí účastnit nebo toho nejsou schopni, není nabízeno nic (Kalvach, 2004, s. 437-438).

Autorka Rheinwaldová (1999, s. 20-33) se zaměřuje na pracovníky, kteří tyto programy vytvářejí, na zásady chování pracovníků. Dále popisuje zásady při vytváření těchto programů. Program musí být pestrý, činnost smysluplná, mají být stimulovány fyzické, mentální, společenské a emoční schopnosti. Kvalitní činnost musí dávat seniorům příležitost k rozhodování, k zodpovědnosti, k ověření svých schopností, musí je bavit. Důraz klade na pečlivou přípravu programu a pravidelné hodnocení aktivit. Věnuje se také současnému problému v domovech pro seniory, kdy je rekreační činnost na posledním místě. Vedení domovů omlouvá nedostatečný výběr aktivit nedostatkem personálu, peněz a nezájmem obyvatel. Problematické je také změnit myšlení a zaběhnuté praktiky personálu, že jsou tu pro obyvatele a ne naopak, že se obyvatele musí přizpůsobit provozu zařízení a požadavkům personálu. Jako východisko z této situace vidí pozitivní tvořivý přístup, hledání pracovníků, kteří tuto práci vykonávají rádi, motivovat je k efektivní práci, zajišťovat různé kurzy a školení. Také se osvědčuje práce dobrovolníků a spolupráce se studenty.

Programům aktivit pro seniory s onemocněním Alzheimerova demence se věnuje také Zgola (2003, s. 163-166). Tato odbornice staví aktivity na stejnou úroveň v důležitosti pro člověka jako je fyzická péče a výživa. Cílem těchto programů není seniory zaneprázdnit, ale dát jim příležitost žít jim vyhovujícím způsobem, mít pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Špatně vedené programy jsou neúčinné, v nejhorším případě mohou seniorům ublížit. Když je aktivita nevhodná, senior zažívá pocit ponížení, frustrace a selhání, ale nedokáže to sdělit. Nevhodné jsou také pravidelné aktivity, které si mají sami vybrat. Tito senioři potřebují aktivity, které je zapojují přímo a spontánně, tak jako činnosti v běžném životě.

Aktivity, které jsou u lidí postižených demencí neúspěšnější:

- *Užívají známých pohybových stereotypů*
- *Mají výrazné rytmické prvky*
- *Obsahují jeden opakující se krok*
- *Poskytují okamžitou zpětnou vazbu*
- *Zapojují člověka přímo*
- *Jsou dosti rigidní, konkrétní a předvídatelné (Zgola, 2003, str. 165).*

3.4 Skupinové aktivity

Vytváření skupinových aktivit pro seniory s demencí je velmi náročné. Tito senioři jsou často osamoceni, hrozí sociální deprivace, proto je velmi důležité jim poskytnout společný smysluplný zážitek. V takovéto skupině mají možnost mít vědomí sebe sama, nacházejí vzájemnou podporu, solidaritu, mají zpětnou vazbu. Jako členové skupiny mají možnost zasahovat do dění, něco měnit, skupina jim dává určitou moc a kontrolu.

Zgola (2003, s. 168-171) vymezuje pravidla, které je nutné dodržet, aby byla skupinová aktivita pro seniory s demencí úspěšná a přinášela jim pozitivní prožitek. Musíme brát v úvahu, že lidé s demencí mají omezené schopnosti, nedokáží se zapojit a plnit skupinový cíl. Skupina pro tyto seniory by měla být uzavřená, s nízkým počtem členů – nejvíce sedm. Cílem těchto skupin je být ve skupině, nemá stanovený žádný program, takto se předchází neúspěchu a negativním pocitům. Je to např. společnost přátel, kteří jsou spolu a poslouchají hudbu, pozorují přírodu. Při každém setkání musí být členové znovu představení a musí být vícekrát opakován důvod, proč se sešli, většinou se pocit členství dostaví. Při skupinových setkáních se vytváří vztahy, je posilována sebedůvěra, identita a pocit sounáležitosti.

Pro seniory s mírnější formou demence jsou připravovány skupinové programy s obdobnými pravidly. Skupiny jsou uzavřené s malým počtem členů, senioři mají zachovány přibližně stejné schopnosti a dovednosti. Členům skupiny jsou nabízeny zábavné činnosti, o které projevují zájem a těší je. Příprava těchto skupinových setkání je náročná, vedoucí skupiny musí klienty znát, vědět jaké činnosti jsou schopni, aby nedošlo k negativním pocitům z neúspěchu. Nabízí se velká škála činností od společenských her, výroby předmětů, skládání obrázků, pojmenovávání předmětů až po kreslení a vymalovávání. Důležité je, aby bylo klientům vysvětleno, proč tuto činnost dělají, aby pro ně měla smysl. Může to být sobě pro radost, pro druhé, procvičení jemné motoriky, procvičení paměti, atd. Hátlová (2005, s. 27) tyto činnosti řadí do kondiční ergoterapie.

Při vytváření skupinových programů lze využít kognitivní aktivaci, kondiční cvičení, taneční terapii, reminiscenční terapii, muzikoterapii, pet-terapii.

Kognitivní rehabilitace může být prováděna v malé skupině nebo jako párová činnost. Zaměřujeme se na procvičování dlouhodobé paměti, u počáteční fáze demence procvičujeme i krátkodobou paměť. Trénink paměti provádíme formou hry, nevyzýváme jednotlivé členy k odpovědi, aby nedošlo k případnému neúspěchu (Hátlová, 2005, s. 29).

Mozkový trénink je oblíbená činnost obyvatel domovů pro seniory. Má probíhat v bezpečném prostředí s pocitem úspěchu. Kognitivní rehabilitace může zpomalovat rozvoj demence, posiluje vnímání, koncentraci, postřeh, slovní zásobu, vyjadřování, uvažování. Nejdůležitější pro seniory s demencí je rozvoj a udržení schopnosti komunikace, orientace v realitě. Ke kognitivní rehabilitaci patří hra se skládačkami, stavebnicemi, poznávání geometrických tvarů, hry se slovy, poznávání vůní, zvuků, předmětů a další (Kalvach, 2004, s. 443-444).

Kinezioterapie je pohybová terapie zaměřená na uvědomování si vlastního těla v klidu i pohybu, na udržení zachovalých dovedností. Uvědomování si vlastního tělesného schématu pomáhá snížit míru dezintegrovanosti. Je využíváno relaxační cvičení, dechová gymnastika, cvičení manipulace s předměty. Cvičení je zaměřeno na procvičování dovedností souvisejících s pohyblivostí – manipulace s drobnými předměty, pohyblivost ruky, držení těla, chůze, hry zaměřené na řešení jednoduchých úkolů samostatně nebo ve spolupráci skupiny. Je to např. vyhledání zadaného předmětu (šátku, tyčky, mašle, míčku,...) a s ním provedení jednoduchého cvičebního úkonu (Hátlová, 2005, s. 30-34).

Metodu taneční a pohybové terapie pro seniory u nás propaguje pan Petr Veleta. Představuje nový způsob motivace a aktivizace všech seniorů, tedy i těch, kteří již nejsou schopni chodit. Tato terapie přináší seniorům nejen fyzickou aktivitu (koordinace pohybu, rovnováha), ale i posílení psychiky – možnost neverbální komunikace, vyjádření emocí, navazování vztahů ve skupině, posílení identity, získání zpětné vazby, pocitu sounáležitosti se skupinou a další (Hátlová, 2005 s. 28-29).

Reminiscenční terapie je metoda, která využívá různých osobních předmětů z minulosti seniora k lepšímu vybavení vzpomínek (fotografie, obrázky, vlastní drobné předměty). Ve skupině je možné si připomínat nějaké období života, které všichni členové znají, staré pracovní postupy, módu tehdejší doby atd. Senioři si mohou vytvářet vlastní knihu života, psát svůj životní příběh, mít svůj kufřík vzpomínek. Cílem této metody je seniory podporovat v komunikaci a aktivitě, posilovat jejich identitu, pomáhá zdárně překlenout adaptační období při přestěhování do zařízení. Vzpomínání je také metodou validace, kdy umožňuje hodnocení života (Kalvach, 2004, s. 450-451).

Muzikoterapie je metoda, která využívá hudby - poslech, zpěv i hraní na nástroje. Pet-terapie je metoda, která využívá kontakt s domácími zvířaty. U seniorů dochází ke snížení

napětí, úzkosti, zlepšuje se komunikace, stimuluje společenské chování (Hátlová, 2005, s. 28).

Všechny výše jmenované metody a činnosti lze využít i při párové animaci, individuální aktivizaci.

3.5 Individuální aktivity

U seniorů s těžkou formou demence je důležitý empatický přístup pečovatелů, kteří jsou schopni rozpoznat jakoukoliv minimální aktivitu seniora a reagovat na ni. Senior je závislý na pečovatелích, kteří mu zprostředkovávají kontakt s okolním světem, nabízejí různé stimuly. Za činnost je považováno navázání kontaktu, vnímání, reagování na podněty. Významné je zamezení sociální izolace a senzorické deprivace. Navázáním kontaktu a umožnění pozitivních pocitů se zabývají terapeutické přístupy – validace, preterapie, maieutický přístup (Kalvach, 2004, s. 448-450).

V oblasti ošetrovatelství se u nás díky Friedlové úspěšně rozšiřuje ošetrovatelský koncept Bazální stimulace, který je u těchto seniorů využíván.

3.5.1 Bazální stimulace

Tento pedagogicko - ošetrovatelský koncept rozpracoval speciální pedagog Fröhlich v 70. letech 20. století. Spolupracoval se zdravotní sestrou Beinnstein, která tento koncept přenesla do ošetrovatelské péče o dlouhodobě nemocné i do péče v intenzivní medicíně. Ošetrovatelský koncept vychází z toho, že život člověka je proces, který je závislý na výživě, péči a podnětech v interakci s pohybem, vnímáním, komunikací a sociálním prostředím. Bazální stimulace se provádí individuálně, zohledňuje se autobiografická anamnéza, která poskytuje potřebné informace o klientovi. Do ošetrovatelské péče dle tohoto konceptu jsou zapojeni všichni, kteří o seniora pečují, včetně rodinných příslušníků. Ztráta schopnosti pohybu způsobuje senzorickou deprivaci, koncept Bazální stimulace se snaží zprostředkovat podněty pomocí stimulace smyslových orgánů. Zaměřuje se na vnímání, nabízí podněty, které je senior schopen přijmout. Významnou součástí konceptu je komunikace v různých rovinách, základní formou komunikace je dotek. Ruce pečovatелů, kteří provádějí doteky cíleně, promyšleně jsou médiem, kterým je k seniorovi přenášeno mnoho podnětů – získává informace o sobě samém i o okolním světě. Komunikace může probíhat v rovině somatické, prostřednictvím doteků, které jsou prováděny klidně, určitým tlakem, celou dlaní, ve stejném rytmu a sledu. Při somatické

stimulaci může být prováděna masáž celková nebo částečná – povzbuzující, uklidňující nebo neurofyziologická podle typu postižení. Je využíváno polohování, mikropolohování, poloha „hnízdo a mumie“. Komunikaci lze dobře navázat při masáži stimulující dýchání, kdy pečovatel při masáži srovná dech se seniorem a dojde tak k navázání vztahu, vyjádření empatie, je navozen pocit jistoty a bezpečí. Vestibulární stimulace se zaměřuje na podněty rovnováhy, což přináší lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Cílem vibrační stimulace je pocítit tělesnou hloubku, své tělo a hranice těla. U seniorů se vibrace provádí pouze rukama, elektrické přístroje se nepoužívají (Friedlová, 2005).

Optická stimulace se u seniorů řídí určitými zásadami - zřetelné, barevné podněty, velké obrázky v zorném poli, nabízet možnost uvědomit si den a noc, nasazovat brýle, pokud je senior používá. Jejím cílem je zlepšit orientaci, schopnost vnímat okolní prostředí, navodit pocit jistoty. Cílem auditivní stimulace je maximalizovat význam sdělení a odstranit nejasné, rušivé zvuky z okolí. Seniorovi jsou nabízeny známé, libé zvuky (podle biografie), lze využít hudbu, zpěv, vyprávění i hudební nástroje. Orální stimulace se zaměřuje na zprostředkování vjemů ze svých úst - chuť, vůni, konzistenci. Ústa jsou komunikačním nástrojem i pro neverbálně komunikující – vyjadřují jimi emoce. Olfaktorická stimulace se využívá podle biografické anamnézy. K čichové stimulaci se používají vůně a pachy, které senior zná, jsou mu příjemné a vyvolávají vzpomínky na příjemné situace. Např. vůně jehličí, cukroví – vánoce, parfém – vybavení blízké osoby. Cílem taktilně – haptické stimulace je umožnit seniorovi pomocí hmatu rozpoznávat známé předměty, materiály a zaměstnat jeho ruce. Tato stimulace má příznivý vliv na zklidnění, je také uspokojena základní lidská potřeba vlastní aktivity pomocí vhodného zaměstnání rukou (Friedlová, 2006).

Absolvovala jsem u paní Mgr. Friedlové základní i nastavbový kurz bazální stimulace a ve své praxi tento koncept používám. Dříve nebyla seniorům věnována taková pozornost, jakou potřebují hlavně z neznalosti možností komunikace a navázání kontaktu. Většina pečovatelů soustředila svoji pozornost k verbálně komunikujícím. Po zavedení konceptu v našem zařízení se velmi zkvalitnil život seniorů upoutaných na lůžko. Mají možnost přijímat mnoho jednoduchých podnětů, které nezaberou pečovatelům moc času a oni tak neztrácí kontakt s okolím, se sebou samým. První úspěchy se dostavily zanedlouho. Po provádění bazální stimulace u klientky upoutané na lůžko s levostrannou hemiplegií a afázií se zlepšilo vnímání svého těla, tělesných hranic, což jsme ověřili pomocí nakreslení své postavy. Před prováděním této ošetrovatelské péče paní nakreslila „hlavonožce“ a po měsíci již to byla usmívající se postava i s detaily ruky. Zlepšení jejího

stavu bylo i viditelné, nebyla apatická, začala komunikovat pomocí kartiček ano, ne a obrázkových piktogramů.

3.5.2 Validace

Autorkou této metody je Naomi Feil, gerontologická sociální pracovníce, která vycházela z vlastní zkušenosti s prací se starými lidmi v ošetrovatelských ústavech. Tuto metodu rozpracovala v letech 1963- 1980. Feil se opírá o Eriksonovo vymezení vývojových etap a plnění životních úkolů v jednotlivých etapách. Pokud lidé mají nevyřešené životní úkoly, objevují se v etapě stáří. Tito senioři procházejí poslední etapou života jako dezorientovaní. Feil ji nazvala etapou Vyřešení, která má svá podstádia. Procházejí stádiem – špatná orientace, dezorientace v čase, stereotypní pohyby, vegetace. Pečovatelé se zaměřují na určení stádia, v kterém se senior nachází, pro každé stádium je charakteristické jiné chování seniora. Senior se tak nemusí dostat až do stádia vegetace. Základem validace je vybudování důvěry mezi pečovatelem a validovaným. Je založená na postoji úcty a empatie ke starým lidem a jejich bezvýhradným přijetím. Pečovatel nehodnotí seniorovo chování, snaží se vžít do jeho světa, přijmout jeho pohled na realitu a pomoci mu vyrovnat se se svým životem. Tito senioři potřebují vyjádřit své pocity, vyřešit nedokončené úkoly z minulosti. Z tohoto důvodu se často vrací do minulosti a chovají se pro někoho nepochopitelně – mluví s osobami z minulosti, dělají pohyby jako v zaměstnání, chtějí jít do školy, atd. Feil představuje různé techniky, které jsou určeny pro jednotlivá stádia nebo se používají u všech stádií. Technika Centrování je určena validujícím, pomocí dechového uvolnění dojde k uvolnění emocí, aby byl validující schopen empatického naslouchání. Technika Budování důvěry neohrožujícími slovy je založená na poznání, že senioři nechtějí rozumět svým pocitům, proč se tak chovají – proto se jich validující nikdy neptá proč, ale jen kdo, co, jak kdy, kde. Technika Opakování slov spočívá v opakování jádra toho, co validovaný řekl podobným tónem a rychlostí řeči – dochází tak ke zklidnění. Technika Použití polarity se zaměřuje na vnitřní obsah prožívání. Používá se k uvolnění zlosti, úzkosti. Technika Představit si opak vede validovaného, aby si vzpomněl, jak podobné situace řešil v minulosti, např. jak se bránil strachu – někteří senioři vidí cizí lidi ve svém pokoji). Technika Vzpomínání se nevyhýbá smutným vzpomínkám, vychází z toho, že čerpání z minulosti vede k překonání ztráty z přítomnosti. Pomocí vzpomínek lze u seniora obnovit dříve používané metody zvládání různých situací, řešení problémů. Technika Užívání nejednoznačných výrazů pomáhá udržet seniora v komunikaci, i když používá nesmyslná a zkomolená slova. Pečovatel to nijak

nekomentuje. Technika Užívání zvučného, laskavého hlasu může aktivovat vzpomínky na blízkou osobu, snižuje napětí. Úzkost validovaného je snižovaná také pomocí techniky Udržování upřímného blízkého očního kontaktu. Technika založená na zrcadlovém napodobování pohybů se nazývá Pozorování a opakování pohybů a emocí. Slouží k navázání vztahu, důvěry. Technika Spojování chování s nesplněnými lidskými potřebami vychází z toho, že člověk potřebuje být milován, být aktivní a moci vyjádřit svoje emoce. Neklidné chování, bouchání je spojováno s neuspokojením některé lidské potřeby. Technika Rozpoznání a užívání oblíbeného smyslu se zaměřuje na určení nejvíce slovně používaného smyslu. Někdo má rád vizuální slova – viděl jsem, sluchová slova – slyšel jsem, to zní dobře nebo pocitová slova - vnímám to, něco cítím). Technika Doteky umožňuje kontakt s jinou osobou, navození pocitu důvěry. Tato technika se neužívá u seniorů, kteří reagují negativně na fyzický kontakt, doteky. Technika Užívání hudby využívá vzpomínek na staré jednoduché písničky z dětství seniora. Hudba seniorům přináší libé pocity, dodává energii (Feil, 1993, s. 24-39).

3.5.3 Preterapie

Tuto metodu vyvinul americký psycholog Garry Prouty v roce 1966 pro klienty mentálně postižené. Rozšířila se i do Evropy, je využívána u seniorů, klientů s demencí, duševně nemocných a umírajících. Preterapie vychází z přístupu zaměřeného na klienta, umožňuje navázat vztah i s verbálně nekomunikujícími. Základem metody jsou kontaktní reflexe, které se užívají, pokud je narušen klientův kontakt s realitou, sebou samým, druhými lidmi. Pokud je kontakt obnoven, mění se i způsob komunikace, reflexe se neprovádějí. Kontaktní reflexe se provádějí pomocí empatického kontaktu, jsou realistické, konkrétní a zdvojené. Pečovatelé mohou techniky kontaktní reflexe využít k navázání kontaktu se seniorem, vyjádřit, že mu rozumí, sdílí jeho prožitky. Seniorům je umožněno navázat kontakt, vyjádřit svoje pocity, uvědomit si okolní svět, události, čas, posunout se k verbálnímu vyjadřování. Prouty vyvinul techniku Situační reflexe, kdy opakujeme klientovo chování, sledujeme jeho okolí, prostředí. Při technice Obličejové reflexe sledujeme výraz a vyjadřované emoce, které pak reflektujeme slovně – slouží k navázání kontaktu v emoční rovině. Tělové reflexe zrcadlíme slovně nebo fyzicky, např. gesta, kývavé pohyby, strnulost. Pomocí této techniky si senior dokáže uvědomit vlastní tělo. Technika Slovní reproduktivní reflexe spočívá v opakování slova, věty, paralingvistického projevu. Je užívána u seniorů, kteří mají obtíže s verbální komunikací, komolí slova, vydávají jen zvuky. Pečovatel se tak dostane na stejnou komunikační úroveň, seniora to

povzbudí k dalšímu projevu. Zopakované reflexe - reflexe se opakují, pokud na ně senior reaguje. Mohou být krátkodobé i dlouhodobé. Reakce na techniky kontaktní reflexe jsou u seniorů většinou malé (drobná změna výrazu obličeje, nenápadné pohyby těla), úlohou pečovatелů je dobře pozorovat projevy a reflektovat je. Výsledkem je větší projev seniora (Prouty, 2005, s. 35-37).

3.5.4 Maieutický přístup

Maieutický přístup vychází z humanistické tradice Rogerse, koncept byl vyvinut holandským Institutem pro maieutický rozvoj a ošetrovatelskou péči. Tato koncepce je založená na empatickém přístupu, práci s prožitkem a citovou interakcí se seniory v pokročilém stádiu demence. Jde o navázání kontaktu se seniorem tak, že pečovatel vstoupí do jeho reality, kontakt s realitou je udržován prostřednictvím jeho prožitků a pocitů. Je používáno prožívání tělem, smyslové prožívání, používání objektivní reality, instinktivní prožívání, sociální zkušenost a duchovní zkušenost (Kalvach, 2004, s. 450).

3.5.5 Videotrénink interakcí

Tuto metodu v České republice zavedlo občanské sdružení SPIN v roce 1995. Vznikla v Holandsku v 80. letech 20. století. Tato metoda slouží k rozpoznání reakcí seniora, významu jeho neverbálních projevů, lepšímu pochopení jeho chování. Je využíván videozáznam, kde je natočena interakce seniora a pečovatele v běžné situaci. Tento záznam je pak detailně rozebrán celým týmem, což umožňuje mnohostranný pohled na seniora. Jsou sledovány verbální i neverbální projevy, jak a proč na situaci reagoval senior i pečovatel (Koběřská, 2003).

Podle vlastních zkušeností z praxe mohu uvést, že je tato metoda obzvláště vhodná u seniorů, kteří se projevují agresivně, neklidně, vyjadřují nespokojenost. Pomáhá nám pochopit, co vyprovokovalo zlost, neklid a vyvarovat se opakování těchto situací. Stává se, že pečovatelova pobídka, která jiným seniorům nevádí, vyvolá strach, neklid, zlost. Pomocí videozáznamu a detailního rozboru je příčina jejich chování odhalena. Tímto způsobem je jim zajištěn kvalitnější život.

O zkvalitnění života seniorů omezených v komunikaci pomocí metody Validace, Preterapie a Videotrénink interakcí hovoří také Matoušek ve své knize Sociální práce v praxi (2005, s. 183-188). Empatií nadaný pracovník, který rozpozná u seniorů i malé náznaky interakce dokáže předcházet jejich sociální izolovanosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Odborníci zabývající se aktivizací seniorů (např. Zgola, Rheinwaldová, Kalvach) upozorňují na současný stav v domovech pro seniory, kde nejsou aktivizační programy uzpůsobeny seniorům s diagnostikovanou demencí. Domovy často nabízejí pouze aktivity pravidelné, které si většina seniorů není schopna vybrat a provádět je. Aktivit se proto neúčastní a tak dochází k tomu, že nemají uspokojovány sociální potřeby, hrozí jim sociální izolace. Žádoucí změny v této oblasti naráží na nepochopení vedení domovů, výmluvy na nedostatek financí a nepřítomnost odborníků, kteří by tyto programy byli schopni sestavovat, organizovat a vést. Tímto pracovníkem může být i sociální pedagog.

Tento problém vnímám i ve své praxi, vlastní snahy o zlepšení situace ztroskotaly na nepochopení vedení domova a výmluvy na nedostatek personálu. I když dle mého přesvědčení by bylo možné alespoň z části zlepšení aktivizace seniorů dosáhnout.

Z tohoto důvodu v diplomové práci zkoumáme, jak se obyvatelé účastní nabízených skupinových aktivit podle jejich onemocnění, věku a pohyblivosti. Dále jsme se zaměřili na uspokojení potřeby kontaktu se společenským prostředím podle stupně demence, věku a jejich pohyblivosti. Součástí Domova „V Podzámčí“ Chlumeck nad Cidlinou je i domov se zvláštním režimem. Cílovou skupinou jsou senioři od 60 let, se sníženou soběstačností a s diagnostikovaným onemocněním demence. V zařízení jsou nabízeny pravidelné skupinové aktivity, každý pracovní den jedna až dvě: pracovní terapie, skupinové cvičení, četba, kavárnička, poslech hudby. Nepravidelně výlety, akce v zařízení i mimo zařízení.

Výsledky výzkumu pomohou odhalit, zda je všem seniorům věnována dostatečná pozornost při skupinové aktivizaci, zda jsou uspokojovány jejich sociální potřeby, jak je uspokojována potřeba kontaktu se společenským prostředím. Zjištění případných rozdílů může posloužit jako další argument pro nutnost vytvoření aktivizačních programů uzpůsobených pro seniory s diagnózou demence.

Na základě výsledků výzkumu bude možné uskutečnit tyto kroky:

Provést úpravu stávajících aktivizačních programů.

Zařadit nové skupinové aktivizační programy.

Zabránit sociálnímu vyloučení, sensorické a sociální deprivaci.

4.1 Druh výzkumu

Vzhledem ke zkoumané problematice jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu.

První část výzkumu jsme provedli metodou dotazníkové šetření, která byla určena všem seniorům ve vybraném zařízení – Domov se zvláštním režimem V Podzámčí Chlumeck nad Cidlinou. Výzkumným nástrojem byl dotazník.

Ne vždycky, ale častěji, než bychom očekávali, mohla být data, která potřebujeme, už někdy někde někým sebrána. Více a více institucí zřizuje archivy dat. To není jen sbírka zpráv a výzkumných dat, ale původní data, tak jak byla sebrána (Disman, 2002, s. 175).

Dále jsme použili kvantitativní sekundární analýzu dat, kde byly zkoumány a hodnoceny statistické údaje týkající se skupinové aktivizace a kontaktu se společenským prostředím, které jsou v domově vyplňovány pro potřeby Ministerstva práce a sociálních věcí.

4.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem bylo systematizovat získané poznatky o skupinové aktivizaci seniorů ve vybraném zařízení Domov se zvláštním režimem V Podzámčí Chlumeck nad Cidlinou a identifikovat případné nedostatky v uspokojování sociálních potřeb seniorů.

Dílčí cíl:

Zjistit, jaký je vztah mezi skupinovými aktivitami a uspokojováním sociálních potřeb seniorů v zařízení v závislosti na jejich zdravotním stavu a věku.

Dílčími cíli bylo ověřit u osob s demencí žijících v domově se zvláštním režimem:

- vztah mezi účastí na skupinových aktivitách a stupněm onemocnění demence
- vztah mezi účastí na skupinových aktivitách a věkem
- vztah mezi účastí na skupinových aktivitách a pohyblivostí
- vztah mezi kontakty se společenským prostředím zprostředkovanými zařízením a stupněm onemocnění demence
- vztah mezi kontakty se společenským prostředím zprostředkovanými zařízením a pohyblivostí
- vztah mezi kontakty se společenským prostředím zprostředkovanými zařízením a věkem

4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Všichni lidé, o kterých chce výzkum získat informace, tvoří základní soubor. (Gavora, 2000, s. 59)

Výběr účastníků výzkumu byl proveden v domově se zvláštním režimem V Podzámčí Chlumeč nad Cidlinou, což je tedy základní soubor. Jelikož základní soubor čítá 88 osob, je základní i výběrový soubor totožný.

Byl zvolen stratifikovaný výběr podle stupně demence u seniorů – rozdělení do 2 podskupin. Rozdělení do podskupin jsme provedli pomocí Orientačního testu kognitivních funkcí Mini Mental State Examination (MMSE), výsledky tohoto testu jsme získali z ošetrovatelské dokumentace.

Test MMSE rozděluje kognitivní poruchu do čtyř stupňů – 30 - 24 bodů pásmo normálu, 23 - 21 bodů lehká porucha, 11 - 20 bodů středně těžká porucha, 0-10 bodů těžká kognitivní porucha (Kalvach, 2004, s. 185-186)

Pro potřeby výzkumu byl základní soubor rozdělen do dvou podskupin, jelikož u těžké formy kognitivní poruchy je omezená schopnost komunikace a schopnost vyplnit dotazník.

1. skupina – lehčí forma demence – test MMSE 30 – 21 bodů
2. skupina – těžší forma demence – test MMSE 20 – 0 bodů

Z těchto podskupin byli do výběrového souboru vzati všichni, kteří se chtěli výzkumu účastnit, jediným kritériem byla dobrovolnost a schopnost vyplnit dotazník. Výsledky výzkumu se vztahují pouze k tomuto souboru.

Údaje pro sekundární analýzu dat byly získány ze statistických tabulek od všech respondentů (88 osob), kteří byli rozděleni do dvou stejných podskupin podle stupně demence jako u dotazníkového šetření.

4.4 Formulace hypotéz

H1: Senioři s lehčí formou demence se účastní více skupinových aktivit na rozdíl od seniorů s těžší formou demence.

H2: Senioři mladšího věku mají větší zájem o skupinové aktivity na rozdíl od seniorů staršího věku.

H3: Senioři samostatně pohybliví se účastní více skupinových aktivit na rozdíl od seniorů s pohybovým omezením.

H4: Senioři s lehčí formou demence mají více kontaktů se společenským prostředím zprostředkovaným zařízením na rozdíl od seniorů s těžší formou demence.

H5: Senioři mladšího věku mají více kontaktů se společenským prostředím na rozdíl od seniorů staršího věku.

H6: Senioři samostatně pohybliví mají více kontaktů se společenským prostředím na rozdíl od seniorů s pohybovým omezením.

4.5 Popis použitých metod

Použili jsme metodu **dotazníkového šetření**, kde je výzkumným nástrojem dotazník vlastní konstrukce. S ohledem na respondenty – seniory s diagnostikovanou demencí je dotazník jednoduchý, krátký. Při tvorbě uzavřených otázek jsme zařadili odpověď neví, což přispívá k validitě výzkumu, zabraňuje zkreslení výsledků. Správné sestavení dotazníku a jasnou formulaci otázek jsme ověřili předvýzkumem v domově pro seniory. Dotazník (viz. Příloha P I) obsahuje 8 otázek. První a druhá otázka je identifikační, otázky č. 3, 4, jsou otázkami testovacími a otázky č. 5, 6, 7, 8 jsou doplňující. Osmá otázka je otevřená, ostatní otázky jsou uzavřené. Doplňující otázky slouží ke kvalitativnímu doplnění průzkumu. Dotazník je anonymní, obsahuje jasné pokyny pro jeho vyplnění a na závěr poděkování respondentům za jejich ochotu a čas. Metodika výzkumu byla přizpůsobena účastníkům výzkumu. Bylo použito větší písmo a dotazníky senioři vyplňovali s pomocí výzkumníka. Takto se nám podařilo zajistit 59% návratnost, tj. z celkového počtu 88 dotazníků se jich vrátilo 52.

Dále jsme použili metodu **sekundární analýzy dat**. Číselná data byla získána ze statistických tabulek, které v domově určení pracovníci (všeobecná sestra, sociálně terapeutický pracovník, sociální pracovnice) vyplňují pro potřeby Ministerstva práce a sociálních věcí. V tabulkách jsou vyplňovány u jednotlivých klientů různé úkony, které pracovníci provádějí - počet za den a měsíc a celkový počet minut potřebných k vykonání úkonu. Pro analýzu dat jsme použili statistické tabulky za měsíc září roku 2011, kdy aktivity probíhali optimálně, každý den, dle nabídky zařízení.

Zkoumané údaje:

- účast na skupinových aktivitách (pracovní, cvičení, společenské) – alespoň 1x v měsíci

- věk (mladší senioři - 60-74 let, starší senioři - 75-100 let)
- kontakt se společenským prostředím (výlety, akce mimo zařízení, nákupy, návštěvy u lékařů) – alespoň 1 x v měsíci
- pohyblivost (samostatně, vozík až nepohyblivý) – při omezené pohyblivosti jsou zaznamenávány údaje: přesun vozík – lůžko, cvičení na lůžku, polohování.

4.6 Metoda verifikace hypotéz

K ověření, zda existuje statisticky významný vztah mezi proměnnými, byl použit neparametrický statistický test významnosti - test nezávislosti Chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Jestliže výsledky šetření ukážou, že je vztah statisticky významný, znamená to, že nebyl způsoben pouhou náhodou. Byla zformulována nulová hypotéza H_0 , což je předpoklad, že neexistuje vztah mezi sledovanými jevy a hypotéza alternativní H_A – mezi sledovanými jevy vztah existuje. Testování významnosti provedeme na hladině $\alpha=0,05$. Testové kritérium χ^2 vypočteme podle vzorce $\chi^2 = n \cdot (ad-bc)^2 / (a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)$. Tato hodnota vyjadřuje velikost rozdílu mezi skutečností a H_0 . Čtyřpolní tabulka má 1 stupeň volnosti. Když známe počet stupňů volnosti a máme určenou hladinu významnosti 0,05 (pravděpodobnost chybného rozhodnutí je 5%), vyhledáme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria $\chi^2_{0,05}$ (f). Následuje srovnání vypočítané hodnoty testového kritéria s kritickou hodnotou. Pokud je vypočítaná hodnota vyšší než kritická hodnota, odmítneme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní (je prokázána statisticky významná souvislost). Tento test lze použít, pokud je celková četnost $n > 40$ (Chráska, 2007, s. 69-83).

4.7 Interpretace výsledků

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou u seniorů rozdělených do jednotlivých skupin (viz. níže) rozdíly v účasti na skupinových aktivitách a v kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaným zařízením. Základní rozlišovací kritéria byla:

Senioři s lehčím typem demence (test MMSE 30-21 bodů) a těžším typem demence (test MMSE 20 – 0 bodů)

Senioři mladšího věku (60 – 74 let) a staršího věku (75 – 100 let)

Senioři samostatně pohyblivý (i hůl, chodítka) a senioři s pohybovým omezením (vozík, lůžko)

Podle zadaných kritérií se výzkumný vzorek rozdělil takto:

Tabulka č. 2 Rozdělení do skupin (dle dotazníkového šetření)

skupina	Počet seniorů	Typ demence	věk	Pohyblivost	skupina	Počet seniorů	Typ demence	věk	pohyblivost
I.	6	lehčí	mladší	samostatně	V.	8	těžší	mladší	samostatně
II.	6	lehčí	mladší	omezení	VI.	6	těžší	mladší	omezení
III.	10	lehčí	starší	samostatně	VII.	6	těžší	starší	samostatně
IV.	6	lehčí	starší	omezení	VIII.	4	těžší	starší	omezení
Σ	28				Σ	24			

(zdroj: vlastní)

Tabulka č. 3 Data z dotazníkového šetření

skupina	počet	účast na aktivitách ano	účast na aktivitách ne	kontakt se spol. p. ano	kontakt se spol. p. ne
I.	6	5	1	6	0
II.	6	3	3	1	5
III.	10	3	7	4	6
IV.	6	5	1	1	5
V.	8	4	4	1	7
VI.	6	3	3	0	6
VII.	6	0	6	1	5
VIII.	4	0	4	0	4

(zdroj: vlastní)

Tabulka č. 4 Rozdělení do skupin (dle statistických tabulek)

skupina	Počet seniorů	Typ demence	věk	Pohyblivost	skupina	Počet seniorů	Typ demence	věk	pohyblivost
I.	6	lehčí	mladší	samostatně	V.	8	těžší	mladší	samostatně
II.	6	lehčí	mladší	omezení	VI.	6	těžší	mladší	omezení
III.	26	lehčí	starší	samostatně	VII.	12	těžší	starší	samostatně
IV.	6	lehčí	starší	omezení	VIII.	18	těžší	starší	omezení
Σ	44				Σ	44			

(zdroj: vlastní)

Tabulka č. 5 Data ze statistických tabulek

skupina	počet	účast na aktivitách ano	účast na aktivitách ne	kontakt se spol. p. ano	kontakt se spol. p. ne
I.	6	5	1	6	0
II.	6	3	3	1	5
III.	26	19	7	12	14
IV.	6	5	1	1	5
V.	8	4	4	1	7
VI.	6	4	2	0	6
VII.	12	6	6	1	11
VIII.	18	4	14	0	18

(zdroj: vlastní)

4.7.1 Verifikace hypotézy č. 1

H1: Senioři s lehčí formou demence se účastní více skupinových aktivit na rozdíl od seniorů s těžší formou demence.

Dotazníkové šetření

Testovaná otázka „účast na skupinových aktivitách“ (viz dotazník otázka č. 3):

Jakých skupinových aktivit se účastníte?

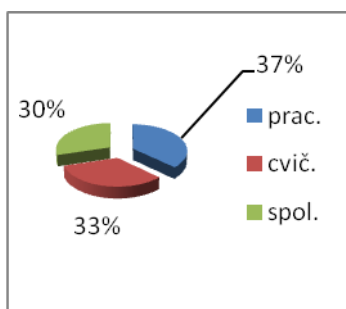
- Chodím na pracovní terapii
- Chodím na skupinové cvičení
- Chodím na společenské posezení (trénink paměti, společenské hry, kavárnička, čtení, poslech hudby)
- Nechodím na žádné aktivity
- Nevím

Tabulka č. 6 Volba skupinových aktivit

druh skup. akt.	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
pracovní	10	37%	0	0%	10	26%
cvičení	9	33%	4	40%	14	37%
společenské	8	30%	6	60%	14	37%
celkem	27	100%	10	100%	38	100%

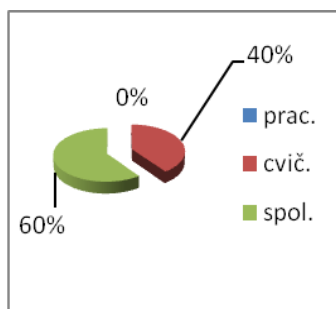
Graf č. 1 Volba skup. akt.

Senioři s lehčí formou demence.



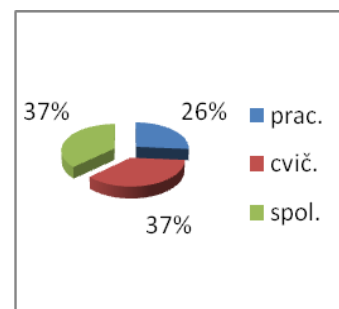
Graf č. 2 Volba skup. akt.

Senioři s těžší formou demence.



Graf č. 3 Volba skup. aktivit

Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 7 Účast na skupinových aktivitách (dotazníkové šetření)

Forma demence	Účast sk.akt. ano	Účast sk.akt. ne	Σ
lehčí	16	12	28
těžší	7	17	24
Σ	23	29	52

H_0 : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů s demencí lehčí a těžší formy neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů s demencí lehčí a těžší formy existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 4,100$$

kritická hodnota $\chi^2_{0.05}(1) = 3,841$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Seniori s lehčí formou demence se účastní více skupinových aktivit než seniori s těžší formou demence.

Statistické tabulky

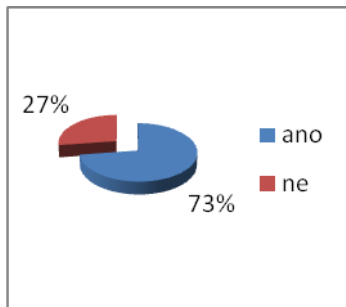
Testovaná otázka „účast na skupinových aktivitách“ (viz. tabulka č. 5 - data ze statistických tabulek).

Tabulka č. 8 Účast na skupinových aktivitách (statistická data)

stat. data	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
účast skup.akt.						
ano	32	73%	17	39%	49	56%
ne	12	27%	27	61%	39	44%
cekem	44	100,00%	44	100,00%	88	100,00%

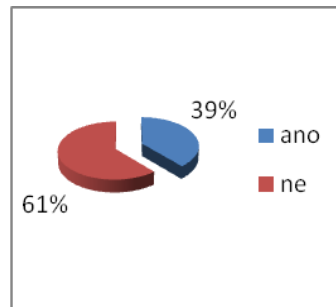
Graf č. 4 Účast na skup. akt.

Senioři s lehčí formou demence



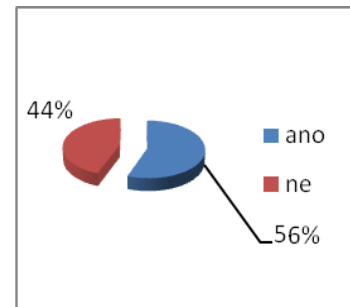
Graf č. 5 Účast na skup. akt

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 6 Účast na skup. akt.

Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 9 Účast na skupinových aktivitách (statistické šetření)

Forma demence	Účast sk.a. ano	Účast sk.a. ne	Σ
lehčí	32	12	44
těžší	17	27	44
Σ	49	39	88

H_0 : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů s demencí lehčí a těžší formy neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů s demencí lehčí a těžší formy existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 10,361$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři s demencí lehčí formy se účastní více skupinových aktivit než senioři s těžší formou demence.

Interpretace:

Výsledky potvrdily náš předpoklad, že skupinové aktivity více využívají senioři s lehčí formou demence. Tento výsledek se potvrdil v dotazníkovém šetření i v šetření ze statistických tabulek, v kterých jsou údaje od celého základního souboru.

Při podrobnějším vyhodnocení popisné roviny zjišťujeme, že senioři s lehčí formou demence se účastní všech skupinových aktivit, největší účast je u pracovních aktivit. Toto rozložení účasti na skupinových aktivitách je dáno tím, že tito senioři jsou schopni volby, je zachována schopnost nějakou činnost provádět. V těchto činnostech jsou úspěšní, těší je, přispívají k jejich lepšímu sebehodnocení a potvrzení vlastní identity. Senioři s těžší formou demence se nejvíce účastní společenských aktivit a cvičení. Pracovních aktivit se neúčastní, což je dáno tím, že se pro ně pracovní činnost skládající se z více kroků nebo činnost, kterou neznají, stává nezvladatelná. Nejvíce se účastní aktivit společenských, při kterých nemusí dokazovat své schopnosti a mohou být jen účastníky skupiny. Pokud se podíváme na rozložení účasti na aktivitách u všech seniorů, převažují aktivity společenské a cvičení, nejméně seniorů se účastní pracovních aktivit. Tento výsledek napovídá, že v tomto zařízení by měla převažovat nabídka společenských aktivit, cvičení před pracovními aktivitami.

O účasti všech seniorů v tomto zařízení na skupinových aktivitách vypovídají také statistické tabulky. Jejich grafické zpracování ukazuje, že 73% seniorů s lehčí formou demence se účastní skupinových aktivit, neúčastní se jich 27%. Z grafu je patrné, že zájem seniorů s těžší formou demence hodně klesá, účastní se jich pouze 39% a neúčastní se 61%. Grafické znázornění účasti všech seniorů na skupinových aktivitách v tomto zařízení zobrazuje, že se skupinových aktivit neúčastní 44% seniorů, což je téměř polovina. Z tohoto výsledku lze vyvodit, že téměř polovina seniorů nemá možnost zažít skupinovou příslušnost, nemá možnost zpětné vazby, srovnávání se s ostatními, potvrzování vlastní identity, sebehodnocení, mají i menší možnost komunikace.

4.7.2 Verifikace hypotézy č. 2

H2: Senioři mladší věkové kategorie mají větší zájem o skupinové aktivity na rozdíl od seniorů starší věkové kategorie.

Dotazníkové šetření

Testovaná otázka „účast na skupinových aktivitách“ (viz dotazník otázka č. 3):

Jakých skupinových aktivit se účastníte?

- Chodím na pracovní terapii
- Chodím na skupinové cvičení

- Chodím na společenské posezení (trénink paměti, společenské hry, kavárnička, čtení, poslech hudby)
- Nechodím na žádné aktivity
- Nevím

Tabulka č. 10 Účast na skupinových aktivitách podle věku (dotazníkové šetření)

věk	Účast ano	Účast ne	Σ
mladší	15	11	26
starší	8	18	26
Σ	23	29	52

H_0 : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů mladších a starších neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů mladších a starších existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 3,820$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Přijímáme nulovou hypotézu, neexistují statisticky významné rozdíly v účasti na skupinových aktivitách podle věku seniorů.

Statistické tabulky

Testovaná otázka „účast na skupinových aktivitách“ (viz. tabulka č. 5 data ze statistických tabulek)

Tabulka č. 11 Účast na skupinových aktivitách podle věku (statistické šetření)

věk	Účast ano	Účast ne	Σ
mladší	16	10	26
starší	33	29	62
Σ	49	39	88

H_0 : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů mladších a starších neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů mladších a starších existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 0,512$$

kritická hodnota $\chi^2_{0.05}(1) = 3,841$

Přijímáme nulovou hypotézu, neexistují statisticky významné rozdíly v účasti na skupinových aktivitách podle věku seniorů.

Interpretace

Věk seniorů není statisticky významný faktor pro účast na skupinových aktivitách. Tento výsledek se potvrdil v obou zkoumaných případech – v dotazníkovém šetření i ve zpracování statistických tabulek.

4.7.3 Verifikace hypotézy č. 3

H3: Senioři samostatně pohybliví se účastní více skupinových aktivit na rozdíl od seniorů s pohybovým omezením.

Dotazníkové šetření

Testovaná otázka „účast na skupinových aktivitách“ (viz dotazník otázka č. 3):

Jakých skupinových aktivit se účastníte?

- Chodím na pracovní terapii
- Chodím na skupinové cvičení
- Chodím na společenské posezení (trénink paměti, společenské hry, kavárnička, čtení, poslech hudby)
- Nechodím na žádné aktivity
- Nevím

Tabulka č. 12 Účast na skupinových aktivitách podle pohyblivosti (dotazníkové šetření)

Pohyblivost:	Účast sk. akt. ano	Účast sk. akt. ne	Σ
samostatně	12	18	30
S omezením	11	11	22
Σ	23	29	52

H_0 : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů samostatně pohyblivých a seniorů s pohybovým omezením neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů samostatně pohyblivých a seniorů s pohybovým omezením existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 9,895$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři samostatně pohybliví se více účastní skupinových aktivit než senioři s pohybovým omezením.

Statistické šetření

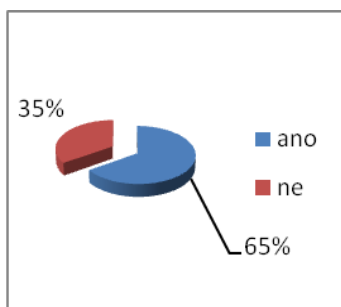
Testovaná otázka „účast na skupinových aktivitách“ (viz. tabulka č. 5, data ze statistických tabulek)

Tabulka č. 13 Účast na skupinových aktivitách podle pohyblivosti (statistické šetření)

	samostat. pohyb		omezení pohybu	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	34	65%	15	42%
ne	18	35%	21	58%
celkem	52	100%	36	100%

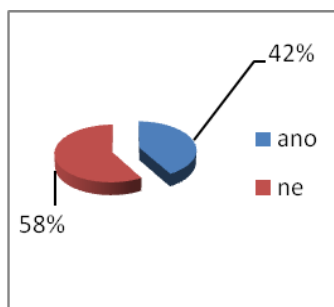
Graf č. 7 Účast na skup. aktivitách

Senioři samost. pohybliví.



Graf č. 8 Účast na skup. aktiv.

Senioři s pohyb. omezením.



Tabulka č. 14 Účast na skupinových aktivitách podle pohyblivosti (statistické šetření)

Pohyblivost:	Účast sk. akt. ano	Účast sk. akt. ne	Σ
samostatně	34	18	52
S omezením	15	21	36
Σ	49	39	88

H_0 : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů samostatně pohyblivých a seniorů s pohybovým omezením neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V účasti na skupinových aktivitách u seniorů samostatně pohyblivých a seniorů s pohybovým omezením existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 4,849$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0.05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři samostatně pohybliví se více účastní skupinových aktivit než senioři s pohybovým omezením.

Interpretace:

Výsledky ukazují, že pohyblivost seniorů má významný vliv na jejich účast na skupinových aktivitách. Tento předpoklad se potvrdil v dotazníkovém šetření i ve vyhodnocení statistických tabulek, kde byli zastoupeni všichni respondenti.

Také grafické znázornění účasti na skupinových aktivitách podle pohyblivosti seniorů ukazuje velké rozdíly. Senioři, kteří jsou samostatně pohybliví, se účastní skupinových

aktivit v 65%, neúčastní se v 35%. Opačný výsledek je u seniorů s pohybovým omezením. Skupinových aktivit se účastní jen 42%, neúčastní se 58%. Tento stav může být dán tím, že při přesunu na skupinové aktivity potřebují pomoc další osoby.

4.7.4 Verifikace hypotézy č. 4

H4: Seniori s lehčí formou demence mají více kontaktů se spol. prostředím zprostředkovaným zařízením na rozdíl od seniorů s těžší formou demence.

Dotazníkové šetření

Testovaná otázka „kontakt se společenským prostředím zprostředkovaný zařízením“ (viz dotazník otázka č. 4):

Jezdíte s pracovníky mimo domov, kde bydlíte?

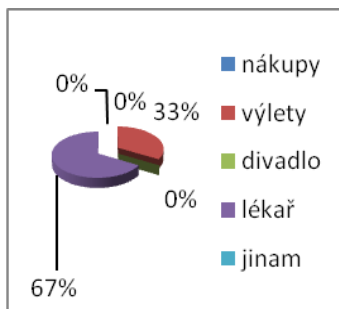
- Jezdím nebo chodím - vyberte možnost:
 - Na nákupy,
 - Na výlety,
 - Do divadla, kina, na jiné akce
 - Jezdím k lékaři,
 - Jezdí, s pracovníky jinam
- Nejezdím s pracovníky mimo domov
- Nevím

Tabulka č. 15 Druh kontaktu se společenským prostředím (dotazníkové šetření)

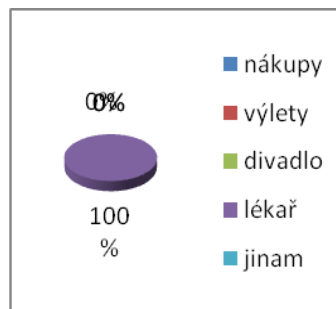
Druh kontaktu	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
nákupy	0	0%	0	0%	0	0%
výlety	4	33%	0	0%	4	29%
divadlo	0	0%	0	0%	0	0%
lékař	8	67%	2	100%	10	71%
jinam	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	12	100%	2	100%	14	100%

Graf č. 9 Druh kontaktu se spol.p. Graf č. 10 Druh kontaktu se spol.p. Graf č. 11 Druh kontaktu se spol.p.

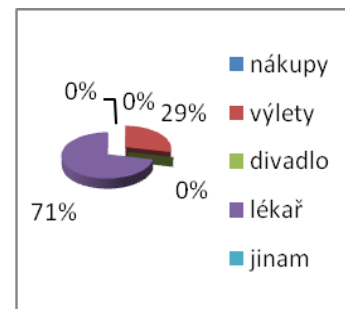
Senioři s lehčí formou demence.



Senioři s těžší formou demence



Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 16 Kontakt se společenským prostředím (dotazníkové šetření)

Forma demence	kontakt spol.p. ano	kontakt spol.p. ne	Σ
lehčí	12	16	28
těžší	2	22	24
Σ	14	38	52

H_0 : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů s lehčí a těžší formou demence neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů s lehčí a těžší formou demence existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 7,828$$

kritická hodnota $\chi^2_{0.05}(1) = 3,841$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři s lehčí formou demence mají více kontaktů se společenským prostředím než senioři s demencí těžší formy.

Statistické tabulky

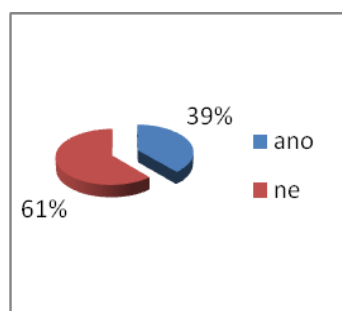
Testovaná otázka „kontakt se společenským prostředím, zprostředkovaný zařízením“ (viz. tabulka č. 5, data ze statistických tabulek)

Tabulka č. 17 Kontakt se společenským prostředím (statistické šetření)

stat.data	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
kontakt	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	17	39%	2	5%	19	22%
ne	27	61%	42	95%	69	78%
celkem	44	100%	44	100%	88	100%

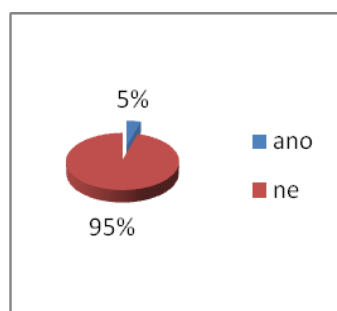
Graf č. 12 Kontakt se spol.p.

Senioři s lehčí formou demence



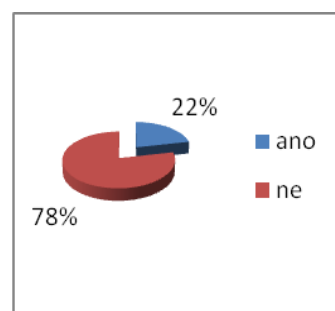
Graf č. 13 Kontakt se spol. p.

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 14 Kontakt se spol. p.

Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 18 Kontakt se společenským prostředím (statistické šetření)

demence	kontakt spol.p. ano	kontakt spol.p. ne	Σ
lehčí	17	27	44
těžší	2	42	44
Σ	19	69	88

H_0 : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů s lehčí a těžší formou demence neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů s lehčí a těžší formou demence existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 15,10$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři s lehčí formou demence mají více kontaktů se společenským prostředím než senioři s demencí těžší.

Interpretace:

Výsledky v obou případech ukazují, že existuje závislost mezi formou demence a kontakty se společenským prostředím, které zprostředkovává zařízení. Více těchto kontaktů mají senioři s lehčí formou demence.

Při podrobnějším vyhodnocení popisné roviny zjišťujeme, že kontakty seniorů se společenským prostředím zprostředkované zařízením se omezují pouze na návštěvy u lékaře a výlety. Senioři s těžší formou demence chodí pouze k lékařům, senioři s lehčí formou demence navštěvují lékaře v 67%, na výlety jezdí 33%.

Grafické znázornění statistických tabulek ukazuje, že více jak polovina seniorů s lehčí formou demence, nemá kontakt se společenským prostředím, které zprostředkovává zařízení (61%) a tyto kontakty má pouze 39% seniorů. Senioři s těžší formou demence tyto kontakty nemají téměř vůbec (95%). Celkově má kontakt se společenským prostředím, které zprostředkovává zařízení jen 22% seniorů, 78 % seniorů tyto kontakty nemá.

4.7.5 Verifikace hypotézy č. 5

H5: Senioři mladšího věku mají více kontaktů se společenským prostředím zprostředkovaným zařízením na rozdíl od seniorů staršího věku.

Dotazníkové šetření

Testovaná otázka „kontakt se společenským prostředím zprostředkovaný zařízením“ (viz dotazník otázka č. 4):

Jezdíte s pracovníky mimo domov, kde bydlíte?

- Jezdím nebo chodím - vyberte možnost:
 - Na nákupy,
 - Na výlety,
 - Do divadla, kina, na jiné akce
 - Jezdím k lékaři,
 - Jezdí, s pracovníky jinam
- Nejezdím s pracovníky mimo domov
- Nevím

Tabulka č. 19 Kontakt se společenským prostředím podle věku (dotazníkové šetření)

věk	kontakt spol.p. ano	kontakt spol.p. ne	Σ
mladší	8	18	26
starší	6	20	26
Σ	14	38	52

H_0 : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů mladšího a staršího věku neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů mladšího a staršího věku existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 0,390$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se nepotvrdila na 5% hladině významnosti. Seniori mladšího věku nemají více kontaktů se společenským prostředím než seniori staršího věku.

Statistické tabulky

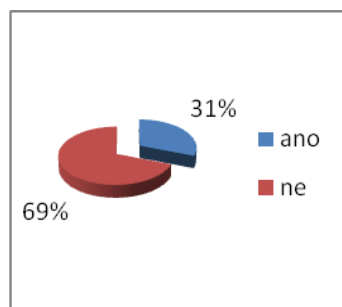
Testovaná otázka „kontakt se společenským prostředím, zprostředkovaný zařízením“ (viz. tabulka č. 5, data ze statistických tabulek)

Tabulka č. 20 Kontakt se společenským prostředím podle věku (statistická data)

stat.data	mladší věk		starší věk		celkový přehled	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	8	31%	14	23%	22	25%
ne	18	69%	48	77%	66	75%
celkem	26	100%	62	100%	88	100%

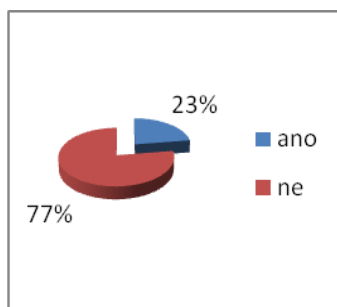
Graf č. 15 Kontakt se spol.p.

Senioři mladšího věku



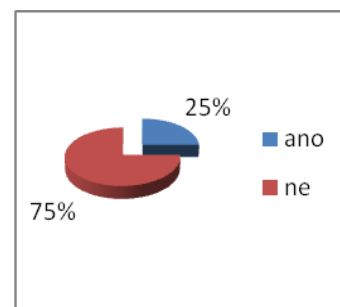
Graf č. 16 Kontakt se spol.p.

Senioři staršího věku



Graf č. 17 Kontakt se spol.p.

Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 21 Kontakt se společenským prostředím podle věku (statistické šetření)

věk	kontakt spol.p. ano	kontakt spol.p. ne	Σ
mladší	8	18	26
starší	14	48	62
Σ	22	66	88

H_0 : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů mladšího a staršího věku neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů mladšího a staršího věku existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 4,444$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Přijímáme alternativní hypotézu. V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů mladšího a staršího věku existují statisticky významné rozdíly.

Interpretace:

Výsledky dotazníkové šetření ukazují, že senioři mladšího věku nemají významně více kontaktů se společenským prostředím, které zprostředkovávají pracovníci. Výsledky

zpracování statistických tabulek ukazují, že věk je významný faktor při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Více těchto kontaktů mají senioři mladšího věku.

Grafické znázornění statistických tabulek ukazuje, že kontakty se společenským prostředím zprostředkované zařízením mají senioři mladšího věku v 31%, tyto kontakty nemají v 69%. Senioři staršího věku mají tyto kontakty v 23%, nemají v 77%. Při celkovém pohledu má kontakt se společenským prostředím pouze 25% seniorů, 75% seniorů tyto kontakty nemá.

4.7.6 Verifikace hypotézy č. 6

H6: Senioři samostatně pohybliví mají více kontaktů se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením na rozdíl od seniorů s větším pohybovým omezením.

Dotazníkové šetření

Testovaná otázka „kontakt se společenským prostředím zprostředkovaný zařízením“ (viz dotazník otázka č. 4):

Jezdíte s pracovníky mimo domov, kde bydlíte?

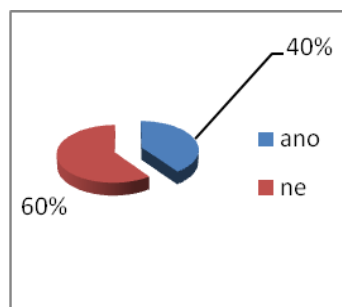
- Jezdím nebo chodím - vyberte možnost:
 - Na nákupy,
 - Na výlety,
 - Do divadla, kina, na jiné akce
 - Jezdím k lékaři,
 - Jezdí, s pracovníky jinam
- Nejezdím s pracovníky mimo domov
- Nevím

Tabulka č. 22 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (dotaz. šetření)

	samostatně pohybliví		omezení pohybu		celkový přehled	
kontakt	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	12	40%	2	9%	30	58%
ne	18	60%	20	91%	22	42%
celkem	30	100%	22	100%	52	100%

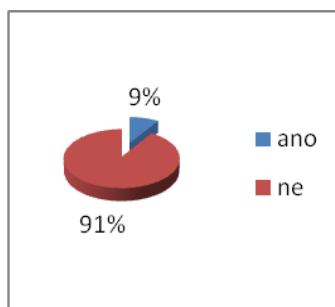
Graf č. 18 Kontakt se spol.p.

Senioři samostatně pohybliví



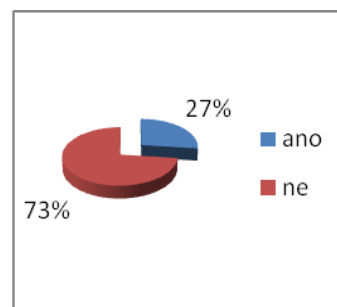
Graf č. 19 Kontakt se spol.p.

Senioři s pohybovým omezením



Graf č. 20 Kontakt se spol.p.

Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 23 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (dotaz. šetření)

pohyblivost	kontakt spol.p. ano	kontakt spol.p. ne	Σ
samostatně	12	18	30
s omezením	2	20	22
Σ	14	38	52

H_0 : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů samostatně pohyblivých a s pohybovým omezením neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů samostatně pohyblivých a s pohybovým omezením existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 6,1632$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0.05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři samostatně pohybliví mají více kontaktů se společenským prostředím než senioři s větším pohybovým omezením.

Statistické tabulky

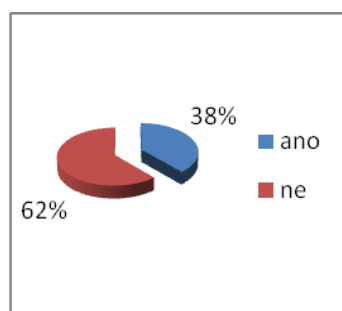
Testovaná otázka „kontakt se společenským prostředím, zprostředkovaný zařízením“ (viz. tabulka č. data ze statistických tabulek)

Tabulka č. 24 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (statistická data)

stat.data	samostatně pohybliví		omezení pohybu		celkový přehled	
kontakt	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	20	38%	2	6%	22	25%
ne	32	62%	34	94%	66	75%
celkem	52	100%	36	100%	88	100%

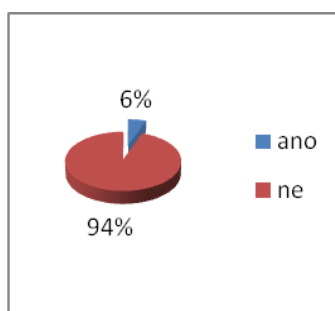
Graf č. 21 Kontakt se spol.p.

Samostatně pohybliví senioři



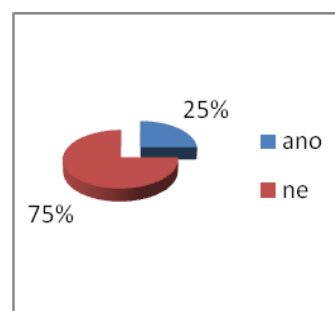
Graf č. 22 Kontakt se spol.p.

Senioři s pohybovým omezením



Graf č. 23 Kontakt se spol.p.

Senioři – celkový přehled



Tabulka č. 25 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (statistické šetření)

pohyblivost	kontakt spol.p. ano	kontakt spol.p. ne	Σ
samostatně	20	32	52
s omezením	2	34	36
Σ	22	66	88

H_0 : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů samostatně pohyblivých a s pohybovým omezením neexistují statisticky významné rozdíly.

H_A : V kontaktech se společenským prostředím zprostředkovaných zařízením u seniorů samostatně pohyblivých a s pohybovým omezením existují statisticky významné rozdíly.

$$\chi^2 = 12,28$$

$$\text{kritická hodnota } \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Testovaná hypotéza se potvrdila na 5% hladině významnosti. Senioři samostatně pohybliví mají více kontaktů se společenským prostředím než senioři s pohybovým omezením.

Interpretace:

Výsledky v obou případech ukazují, že pohyblivost je významný faktor v souvislosti se zprostředkováním kontaktů se společenským prostředím pracovníky. Více kontaktů se společenským prostředím je umožněno seniorům samostatně pohyblivým.

V popisné rovině výsledky dotazníkového šetření ukazují, že kontakt se spol. prostředím má 40% samostatně pohyblivých seniorů, tento kontakt nemá 60%. U seniorů s pohybovým omezením jsou výsledky alarmující, 91% seniorů s pohybovým omezením nemá kontakt se společenským prostředím. Celkově dle dotazníkového šetření má kontakt se společenským prostředím, které zprostředkovává zařízení jen 27% seniorů. Tento kontakt nemá 73% seniorů. Grafické znázornění statistických dat ukazuje téměř shodné výsledky.

4.8 Výsledky doplňujících otázek (z dotazníkového šetření)

Do dotazníkového šetření byly zahrnuty doplňující otázky, které mají pomoci lépe pochopit zkoumanou problematiku aktivizačních programů a kontaktů se společenským prostředím v Domově V Podzámčí v širších souvislostech.

4.8.1 Mají seniori kontakt s dalšími lidmi v domově? (otázka č. 5)

Potkáváte v domově i jiné lidi, než rodinu a personál?

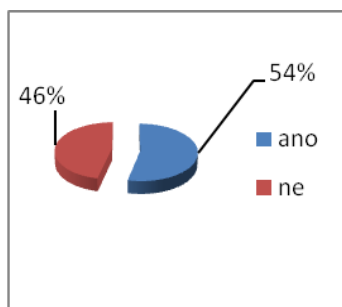
- Ano, vidím se i s jinými lidmi
- Ne, jiné lidi nepotkávám
- Nevím

Tabulka č. 26 Kontakt s dalšími lidmi (dotazníkové šetření)

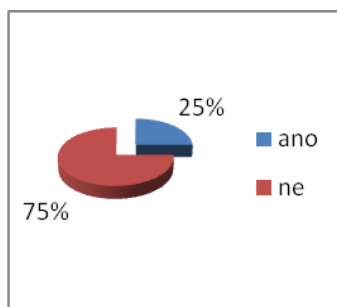
	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
cizí lidi						
ano	15	54%	6	25%	21	40%
ne	13	46%	18	75%	31	60%
celkem	28	100%	24	100%	52	100%

Graf č. 24 Kontakt s dalšími lidmi Graf č. 25 Kontakt s dalšími lidmi Graf č. 26 Kontakt s dalšími lidmi

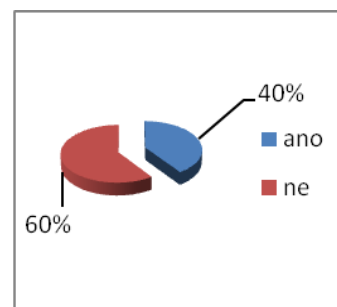
Senioři s lehčí formou demence



Senioři s těžší formou demence



Senioři – celkový přehled



Interpretace:

Tato otázka dává odpověď na to, zda senioři, kterým není dostatečně umožněn kontakt se společenským prostředím, mají možnost potkávat další lidi a zažívat tyto kontakty v domově, kdy bydlí. Z grafů vyplývá, že 54% seniorů s lehčí formou demence potkává jiné lidi v domově, u seniorů s těžší formou demence je to jen 25%. Pokud se podíváme obecně na kontakt s dalšími lidmi u všech seniorů, tento kontakt má jen 40% seniorů. Senioři, kteří jsou v kontaktu s dalšími lidmi, mají větší možnost komunikovat, získávat nové informace, potvrzovat si vlastní identitu.

4.8.2 Chybí seniorům činnost? (otázka č. 6)

Chybí Vám nějaká činnost?

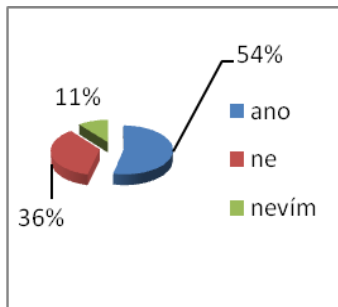
- Ano, ráda bych dělala činnost, kterou domov nenabízí
- Ne, žádná činnost mi nechybí
- Nevím

Tabulka č. 27 Chybění činnosti seniorů

	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
chybí čin.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	15	54%	2	8%	17	33%
ne	10	36%	8	33%	18	35%
nevím	3	11%	14	58%	17	33%
celkem	28	100%	24	100%	52	100%

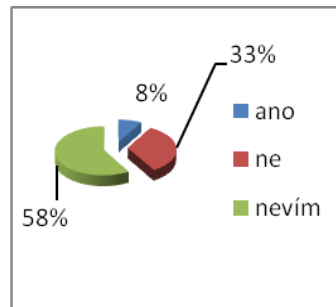
Graf č. 27 Chybění činnosti

Senioři s lehčí formou demence



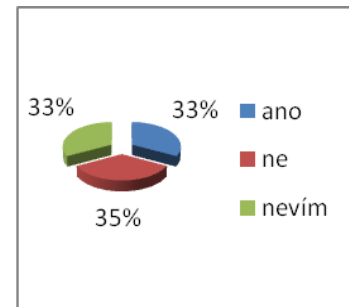
Graf č. 28 Chybění činnosti

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 29 Chybění činnosti

Senioři – celkový přehled

**Interpretace:**

Prostřednictvím odpovědi na tuto otázku zjišťujeme, zda seniorům chybí nějaká činnost. Grafické zpracování nám ukazuje zcela odlišné výsledky. Více jak polovině (54%) seniorů s lehčí formou demence nějaká činnost chybí. Tento stav lze vysvětlit tím, že tito senioři v domácím prostředí vykonávali více činností, než umožňuje domov (starost o domácí zvířata, práce na zahradě, poli, praní, vaření, denní nákupy, povídání se sousedy) a nyní jim tyto činnosti chybí. U seniorů s těžší formou demence převažuje odpověď nevím (58%), což může souviset s jejich onemocněním, kdy klesá schopnost se rozhodovat, plánovat a činnosti, které přestanou vykonávat, zapomínají. Činnost chybí jen 8% těchto seniorů. Pokud se podíváme celkově na všechny seniory, je rozložení rovnoměrné. 33% seniorům chybí činnost nebo nevědí a 35% seniorů žádná činnost nechybí.

4.8.3 V kterou dobu chybí seniorům činnost? (otázka č. 7)

Nudíte se někdy?

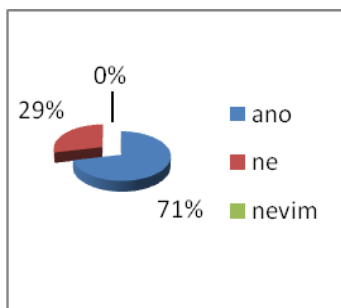
- Ano, nemám co dělat: KDY?
- Ve všední dny
 - O víkendu
 - Dopoledne
 - Odpoledne
- Ne
- Nevím

Tabulka č. 28 Nuda seniorů

	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
nuda	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
ano	20	71%	12	50%	32	62%
ne	8	29%	6	25%	14	27%
nevím	0	0%	6	25%	6	12%
celkem	28	100%	24	100%	52	100%

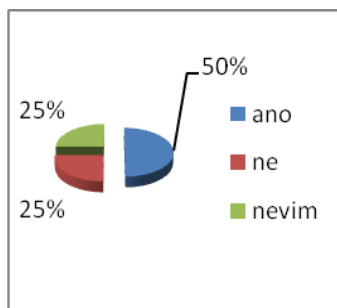
Graf č. 30 Nuda

Senioři s lehčí formou demence



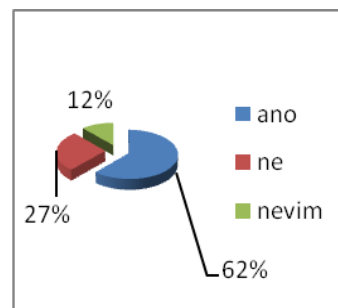
Graf č.31 Nuda

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 32 Nuda

Senioři – celkový přehled

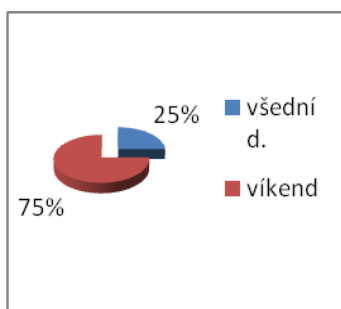


Tabulka č. 29 V kterých dnech se senioři nudí

	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
kdy se nudí	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
všední d.	5	25%	8	67%	13	41%
víkend	15	75%	4	33%	19	59%
celkem	20	100%	12	100%	32	100%

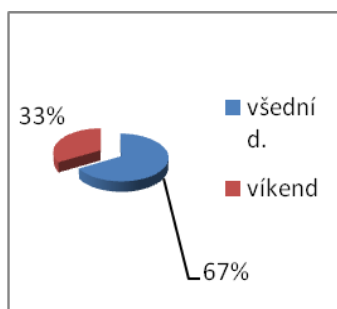
Graf č. 33 Kdy se senioři nudí

Senioři s lehčí formou demence



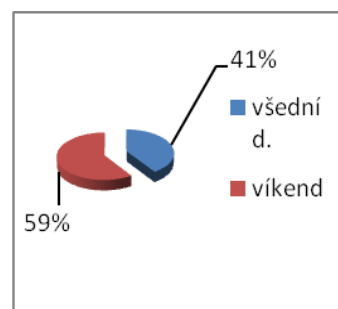
Graf č. 34 Kdy se senioři nudí

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 35 Kdy se senioři nudí

Senioři - celkový přehled

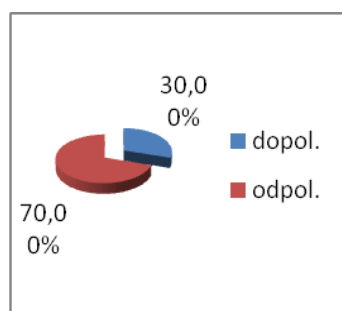


Tabulka č. 30 Denní doba, kdy se senioři nudí

	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
v kterou dobu	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
dopol.	6	30,00%	8	67%	14	44%
odpol.	14	70,00%	4	33%	18	56%
celkem	20	100,00%	12	100%	32	100%

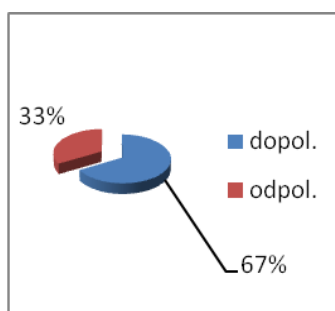
Graf č. 36 Denní doba nudy

Senioři s lehčí formou demence



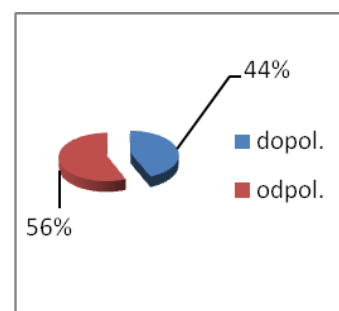
Graf č. 37 Denní doba nudy

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 38 Denní doba nudy

Senioři – celkový přehled

**Interpretace:**

Pomocí této otázky zjišťujeme, kdy mají senioři nedostatek činnosti, v které dny a dobu. Výsledky ukazují, že nedostatek činnosti pociťují senioři s lehčí formou demence v 71%, nejvíce odpoledne a o víkendu. Tento stav lze vysvětlit tím, že v odpoledních hodinách zařízení nabízí málo aktivit a o víkendu žádné. Senioři s těžší formou demence pociťují nedostatek činnosti v 50%, nejvíce dopoledne a ve všední dny. To může být dáno tím, že ve všední dny dopoledne jsou v zařízení nabízeny pouze skupinové aktivity, převážně pracovní, kterých se neúčastní. Pokud se podíváme na grafické znázornění odpovědí všech seniorů, v zařízení se nudí 62% seniorů, 27% seniorů se nenudí a 12% to nedokáže posoudit. Senioři, kteří se nudí, udávají nedostatek činnosti nejvíce v odpoledních hodinách (56%) a o víkendu (59%).

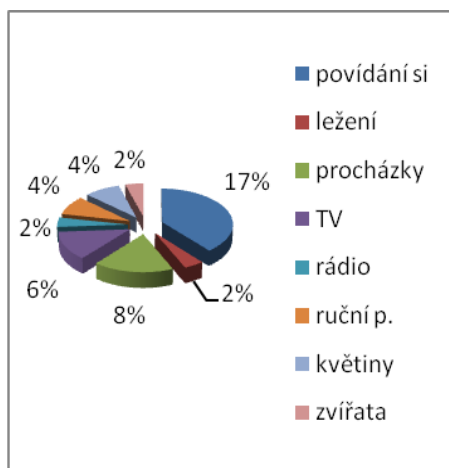
4.8.4 Jakou činnost senioři nejraději dělají? (otázka č. 8)

Tabulka č. 31 Oblíbená činnost

co děláte	senioři s lehčí dem.		senioři s těžší dem.		celkový přehled	
	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.	abs.č.	rel.č.
povídání si	9	17%	11	48%	20	38%
ležení	1	2%	4	17%	5	10%
procházky	4	8%	3	13%	7	13%
TV	3	6%	1	4%	4	8%
rádio	1	2%	3	13%	4	8%
ruční práce	2	4%	0	0%	2	4%
květiny	2	4%	4	17%	6	12%
zvířata	1	2%	3	13%	4	8%
celkem	52	100%	23	100%	52	100%

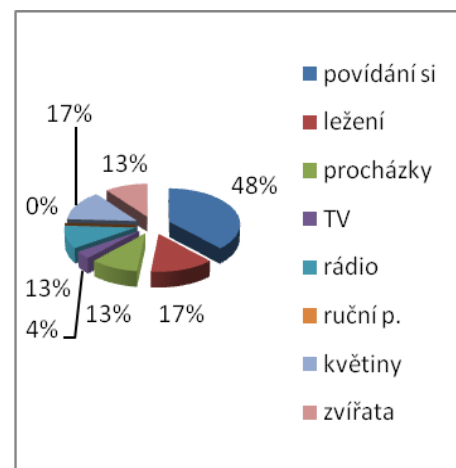
Graf č. 39 Oblíbená činnost

Senioři s lehčí formou demence



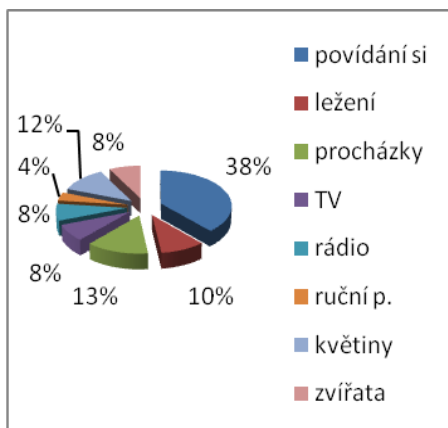
Graf č. 40 Oblíbená činnost

Senioři s těžší formou demence



Graf č. 41 Oblíbená činnost

Senioři – celkový přehled



Interpretace:

Také nás zajímalo, jakou činnost mají senioři rádi. Na prvním místě je povídání si, tuto činnost zvolilo 17% seniorů s lehčí formou demence a 48% seniorů s těžší formou demence. Dále senioři s lehčí formou demence uváděli procházky (8%), sledování TV (6%), péče o květiny, ruční práce po 4%, poslech rádia, ležení, péče o zvířata po 2%. Senioři s těžší formou demence na druhém místě uváděli péči o květiny, ležení (17%), dále po 13% procházky, péči o zvířata, poslech rádia a 4% uvedli sledování TV. Celkový pohled na oblíbenou činnost u všech seniorů ukazuje, že senioři upřednostňují povídání si, procházky, ležení a péči o květiny. Ležení jako oblíbená činnost lze vysvětlit tím, že již nemají motivaci k činnosti nebo jim zdravotní stav nedovoluje vykonávat činnost, jsou příliš unavení a tak se jejich oblíbenou činností stává ležení a odpočinek.

5 ZÁVĚR VÝZKUMU

Výzkum, který jsme provedli v Domově se zvláštním režimem v Chlumci nad Cidlinou, je orientován tak, aby jeho výsledky odhalily současný stav v domově v oblasti skupinových aktivizačních programů a možností kontaktů se společenským prostředím, které obyvatelům zprostředkovává zařízení. Naším hlavním cílem bylo zjistit, zda je zde program skupinových aktivit dobře uzpůsoben obyvatelům s diagnostikovanou demencí a využít výsledky výzkumu prakticky při úpravě a sestavování aktivizačních programů pro seniory.

1. Senioři s lehčí formou demence mají více příležitostí se účastnit skupinových aktivit. Skupinové aktivity domovem nabízené nejsou zcela přizpůsobeny možnostem seniorů s těžší formou demence.
2. Věk seniorů není významný faktor, který má vliv na účast ve skupinových aktivitách.
3. Překážkou pro účast na skupinových aktivitách je u seniorů v tomto zařízení omezená pohyblivost. Hlavní příčinou je zřejmě závislost na pomoci druhé osoby, jelikož je domov bezbariérový a možnost přesunu je nejen na vozíku, v křesle, ale i s celým lůžkem.
4. Zařízení zprostředkovává seniorům velmi málo kontaktu se společenským prostředím z pohledu formy demence, věku i pohyblivosti. Nejvíce těchto kontaktů je prostřednictvím návštěvy u lékaře, které ale nařizuje lékař a zařízení je musí zprostředkovat. Senioři s lehčí formou demence využívají možnost jezdit nepravidelně na výlety, senioři s těžší formou demence nemají tyto kontakty zajištěny téměř vůbec. V rámci zařízení nemá kontakty s jinými lidmi více jak polovina seniorů.
5. Více jak polovině seniorů v zařízení chybí činnost, zájem o činnosti klesá s postupující demencí, což je způsobeno ztrátou motivace k činnosti, klesající schopností nabízené činnosti vykonávat. Nedostatečná nabídka aktivit pro seniory s lehčí formou demence je v odpoledních hodinách a o víkendu. Senioři s těžší formou demence nemají dostatek činnosti v dopoledních hodinách ve všední dny, což ukazuje na to, že program aktivit je pro tyto seniory zcela nevyhovující.
6. Na program aktivit pro seniory, který nezohledňuje jejich potřeby a přání ukazuje i fakt, že jako oblíbenou činnost senioři uvádějí péči o květiny, o zvířata a tyto činnosti v nabídce nenacházíme. Také by bylo vhodné se zaměřit na oblíbenou

činnost ležení, zjistit z jakého důvodu je tato činnost oblíbená. Motivace k činnosti u seniorů by mohla být předmětem dalšího výzkumu v tomto zařízení, kterým by bylo vhodné se zabývat v souvislosti s vytvářením programů pro seniory s diagnostikovanou demencí.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků výzkumu vycházejí naše doporučení pro praxi, která jsou jednak obecnější povahy, určená zaměstnavatelům a doporučení praktická, která jsou směřována přímo pro pracovníky, kteří se podílejí na péči o seniory s diagnostikovanou demencí.

Jako nejdůležitější podmínku efektivní práce se seniory při aktivizaci vidíme ve vzdělávání pracovníků, jejich schopnost získané poznatky převádět do praxe a využívat je při své práci. K tomu je nutné zajistit pracovníkům podmínky, např. zlepšením organizace práce, dostatkem pomůcek. Vzdělaní pracovníci pak budou schopni vytvořit a provádět aktivizační program, který je přizpůsoben pro seniory žijící v domově se zvláštním režimem. Zde se nabízí jako vzdělaný, kvalifikovaný pracovník – sociální pedagog.

Dalším předpokladem pro úspěšné vykonávání aktivizačních programů pro seniory s diagnostikovanou demencí je dostatek pracovníků, zapojení celého pracovního týmu, tedy i pracovníků v sociálních službách, všeobecných sester, kteří jsou s těmito seniory nejvíce v kontaktu. Pozornost by měla být také věnována klíčovým pracovníkům, kteří vytvářejí s klientem individuální plán. Společně ve spolupráci a aktivizačními pracovníky mohou připravovat pro jednotlivé klienty i aktivizační plán. Tímto způsobem bude možné zamezit tomu, že někteří senioři se vůbec neúčastní skupinových aktivit a nemají tak dostatečně naplněny sociální potřeby.

Neméně důležitá je také motivace pracovníků, vzdělání a dostatek pracovníků nestačí. Pracovníci by měli vědět, že správnou cestou k cíli, který mají – kvalitní život seniorů, je také prostřednictvím naplňování jejich sociálních potřeb, k čemuž jsou využívány právě skupinové aktivity. Při výběru pracovníků by se zaměstnavatelé měli soustředit na již vnitřně motivované pracovníky pro tuto práci, dále je motivovat možností vzdělávat se, různými benefity a v neposlední řadě také oceněním jejich práce, pochvalou.

Z vyhodnocení výzkumu vyplynulo několik zajímavých zjištění, kterými by bylo vhodné se v tomto domově zabývat.

Jelikož v domovech se zvláštním režimem žijí lidé i s těžším onemocněním demence, měl by být program aktivit více uzpůsoben jejich potřebám. Pracovníci, kteří se v domově zabývají aktivizací seniorů, by měli myslet na to, že tito lidé nejsou schopni si aktivity sami vybrat a navštěvovat je. Bylo by vhodné sestavit malé skupiny se stálými členy (na přibližně stejné kognitivní úrovni), stanovit dobu, kdy se bude skupina scházet. Činnost

skupiny orientovat podle zachovalých schopností, dovedností a zájmu seniorů, což předpokládá úzkou spolupráci mezi aktivizačními pracovníky, pracovníky přímé péče, zejména klíčovým pracovníkem, který klienta dobře zná. Pracovníci by také měli přijmout fakt, že skupina nemusí mít žádnou činnost, pokud nejsou senioři schopni činnost vykonávat a vedlo by to k jejich neúspěchu, že je jejím cílem jen vyvolání pocitu sounáležitosti ke skupině u jejich členů. Vytvořením těchto stálých skupin lze dobře zamezit tomu, že se někteří senioři vůbec neúčastní skupinových aktivit a mají omezené kontakty a možnost komunikace s dalšími obyvateli domova.

Pro druhou zkoumanou oblast – kontakt seniorů se společenským prostředím je pro zlepšení nutné hledat možnosti, jak se více setkávat s místní komunitou.

I když jsou v našem případě nepříznivé podmínky, domov je na okraji města, je možné tento problém řešit. Lze využít dodávkové auto, které má domov k dispozici a jezdit na krátké projížďky. Pozornost by měla být věnována i těm seniorům, kteří nejsou schopni někam jet a zajistit jim tento kontakt alespoň v rámci domova. Vhodné by bylo zapojení dobrovolníků v domově, spolupráce se studenty a místními organizacemi.

Několik praktických námětů skupinových aktivit je uvedeno v příloze P II.

ZÁVĚR

Domov se zvláštním režimem je specializované pobytové zařízení, které poskytuje sociální služby seniorům s diagnostikovaným onemocněním demence. Jak již název napovídá, tato péče by měla být odlišná v porovnání s domovy pro seniory. Jedním z ukazatelů kvalitní péče je také to, jaké aktivizační programy domov seniorům nabízí. Touto problematikou se zabýváme v předkládané diplomové práci.

Naším záměrem bylo představit čtenářům nejen co je stáří a jaká úskalí to přináší, ale i to, jakým způsobem probíhá přijetí do domova se zvláštním režimem. Vysvětlit, co je individuální plánování, proč je seniorům prospěšné. Také jsme se pokusili shrnout různé možnosti aktivizace těchto seniorů. Cílem výzkumné části bylo zjistit, zda ve vybraném zařízení odpovídá nabídka skupinových aktivit této cílové skupině – senioři s diagnostikovanou demencí. Dalším cílem bylo zjistit, zda nejsou příliš odtrženi od místní komunity, mají kontakty se společenským prostředím a zda nejsou v tomto ohledu sociálně izolováni.

Pokud se podíváme na závěry, které jsme vyvodili z výzkumu, zjišťujeme, že nabídka skupinových aktivit není dobře uzpůsobena seniorům s diagnostikovanou demencí, více vyhovuje seniorům s lehčí formou demence, ale pro seniory s těžší formou demence je nevhodná. Sociální izolace s pohledu kontaktů se společenským prostředím hrozí více jak polovině seniorů v tomto zařízení.

Závěrem je nutné uvést, že neexistuje žádný univerzální návod, z jakých aktivit by měl být program aktivit pro seniory složen. Vždy musí být zohledněn individuální přístup a schopnosti seniorů, které jsou ještě zachovány. Proto by prakticky neměli být v domovech se zvláštním režimem stejné nabídky aktivizačních programů individuálních i skupinových, jak je časté, pokud si čteme nabídku jednotlivých zařízení na webových stránkách domovů. Podle mého názoru ne ve všech specializovaných domovech pracovníci managementu i řadoví pracovníci chápou význam aktivizace pro tyto seniory. Na druhou stranu se zařízení potýkají s nedostatkem financí a tak se počet pracovníků v přímé péči omezuje na nejnutnější počet, aby byl provoz zajištěn. Tento stav ke kvalitě poskytovaných služeb samozřejmě nepřispívá. Pak je prvořadým zájmem pracovníků přímé péče, aby byly zajištěny fyziologické potřeby, na sociální potřeby seniorů již nezbyvá čas a síla.

Kvalitně připravený a realizovaný program aktivit umožňuje v rámci možností seniorů žít kvalitní a důstojný život i s takto závažným onemocněním. Mohou zažívat pocity členství ve skupině, dosahovat úspěchů, mít radost z činnosti a neztratit kontakt se společností.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X
2. DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Vyd. 3. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7
3. FEIL, Naomi, 1993. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with „Alzheimer’s – type dementia.“* Baltimore, Md.: Health Professions Press. ISBN 1-878812-11-4
4. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwächter.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2006. *Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwächter.
6. GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6
7. HAMILTON, Stuart I., 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2
9. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ, 2005. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-564-7
10. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4
11. KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6
12. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9
13. KOBĚRSKÁ, Petra a kol., 2003. *Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-981-X

14. KOLEKTIV AUTORŮ, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0
16. LANGMEIER, Josef, 1991. cit. podle KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2169-9. (přebíráme citaci z knihy paní Klevetové a Dlabalové)
17. MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X
18. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotnické pracovníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-436-4
19. MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3345-2
20. PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ, 2004. *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0879-1
21. PROUTY, Garry, Dion V WERDE a Marlis PÖRTNER, 2005. *Preterapie*. Přeložila Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Portál. ISBN 80-7178-949-6
22. RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-828-8
23. VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0
24. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. Vyd. 3. rozš. a přeprac. ISBN 80-7178-802-3
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5

26. ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9

SEZNAM DOKUMENTŮ

27. CABADAJOVÁ, Jana, 2009. *Metodický pokyn. Uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby*. Chlumeck nad Cidlinou: Domov V Podzámčí
28. MPSV.CZ. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Mpsv.cz/cs/7334* [online]. Poslední aktualizace 22. 4. 2009 [cit. 2011-10-11] Dostupné z : http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
29. MPSV.CZ. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Mpsv.cz/cs/7334* [online]. Poslední aktualizace 22. 4. 2009 [cit. 2011-10-11] Dostupné z : http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf
30. MPSV.CZ. Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. Obsah standardů kvality sociálních služeb. *Mpsv.cz/cs/7334* [online]. Poslední aktualizace 22. 4. 2009 [cit. 2011-10-11] Dostupné z : http://www.mpsv.cz/files/clanky/7338/Priloha_2_505_2006_aktual.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

atd. a tak dále

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

MMSE Mini Mental State Examination

např. například

tzv. tak zvané

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 Volba skupinových aktivit senioři s lehčí formou demence.....	54
Graf č. 2 Volba skupinových aktivit senioři s těžší formou demence.....	54
Graf č. 3 Volba skupinových aktivit všichni senioři.....	54
Graf č. 4 Účast na skupinových aktivitách senioři s lehčí formou demence	56
Graf č. 5 Účast na skupinových aktivitách senioři s těžší formou demence.....	56
Graf č. 6 Účast na skupinových aktivitách všichni senioři.....	56
Graf č. 7 Účast na skupinových aktivitách senioři samostatně pohyblivý.....	61
Graf č. 8 Účast na skupinových aktivitách senioři s pohybovým omezením.....	61
Graf č. 9 Druh kontaktu se spol. prostředím senioři s lehčí formou demence.....	63
Graf č. 10 Druh kontaktu se spol. prostředím senioři s těžší formou demence.....	63
Graf č. 11 Druh kontaktu se spol. prostředím všichni senioři	63
Graf č. 12 Kontakt se spol. prostředím senioři s lehčí formou demence.....	64
Graf č. 13 Kontakt se spol. prostředím senioři s těžší formou demence.....	64
Graf č. 14 Kontakt se spol. prostředím všichni senioři.....	64
Graf č. 15 Kontakt se spol. prostředím mladší senioři (stat.š.).....	67
Graf č. 16 Kontakt se spol. prostředím starší senioři (stat.š.).....	67
Graf č. 17 Kontakt se spol. prostředím všichni senioři (stat.š.).....	67
Graf č. 18 Kontakt se spol. prostředím senioři samostatně pohyblivý	69
Graf č. 19 Kontakt se spol. prostředím senioři s pohybovým omezením	69
Graf č. 20 Kontakt se spol. prostředím všichni senioři.....	69
Graf č. 21 Kontakt se spol. prostředím senioři samostatně pohyblivý (stat. š.).....	70
Graf č. 22 Kontakt se spol. prostředím senioři s pohybovým omezením (stat.š.).....	70
Graf č. 23 Kontakt se spol. prostředím všichni senioři (stat.š.).....	70
Graf č. 24 Kontakt s cizími lidmi senioři s lehčí formou demence.....	72
Graf č. 25 Kontakt s cizími lidmi senioři s těžší formou demence.....	72

Graf č. 26 Kontakt s cizími lidmi všichni senioři	72
Graf č. 27 Chybění činnosti senioři s lehčí formou demence	73
Graf č. 28 Chybění činnosti senioři s těžší formou demence	73
Graf č. 29 Chybění činnosti všichni senioři	73
Graf č. 30 Nuda senioři s lehčí formou demence	74
Graf č. 31 Nuda senioři s těžší formou demence	74
Graf č. 32 Nuda všichni senioři	74
Graf č. 33 Kdy se nudí senioři s lehčí formou demence.....	74
Graf č. 34 Kdy se nudí senioři s těžší formou demence.....	74
Graf č. 35 Kdy se nudí všichni senioři	74
Graf č. 36 Denní doba nudy senioři s lehčí formou demence.....	75
Graf č. 37 Denní doba nudy senioři s těžší formou demence.....	75
Graf č. 38 Denní doba nudy všichni senioři.....	75
Graf č. 39 Oblíbená činnost senioři s lehčí formou demence.....	76
Graf č. 40 Oblíbená činnost senioři s těžší formou demence.....	76
Graf č. 41 Oblíbená činnost všichni senioři	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Změny ve stáří.....	15
Tabulka č. 2 Rozdělení do skupin (dle dotazníkového šetření).....	52
Tabulka č. 3 Data z dotazníkového šetření	52
Tabulka č. 4 Rozdělení do skupin (dle statistických tabulek).....	53
Tabulka č. 5 Data ze statistických tabulek.....	53
Tabulka č. 6 Volba skupinových aktivit.....	54
Tabulka č. 7 Účast na skupinových aktivitách (dotazníkové šetření).....	55
Tabulka č. 8 Účast na skupinových aktivitách (statistická data).....	55
Tabulka č. 9 Účast na skupinových aktivitách (statistické šetření).....	56
Tabulka č. 10 Účast na skupinových aktivitách podle věku (dotazníkové šetření).....	58
Tabulka č. 11 Účast na skupinových aktivitách podle věku (statistické šetření).....	58
Tabulka č. 12 Účast na skupinových aktivitách podle pohyblivosti (dotazníkové šetření).....	60
Tabulka č. 13 Účast na skupinových aktivitách podle pohyblivosti (statistické šetření)....	60
Tabulka č. 14 Účast na skupinových aktivitách podle pohyblivosti (statistické šetření)....	61
Tabulka č. 15 Druh kontaktu se společenským prostředím (dotazníkové šetření).....	62
Tabulka č. 16 Kontakt se společenským prostředím (dotazníkové šetření).....	63
Tabulka č. 17 Kontakt se společenským prostředím (statistické šetření).....	64
Tabulka č. 18 Kontakt se společenským prostředím (statistické šetření).....	64
Tabulka č. 19 Kontakt se společenským prostředím podle věku (dotazníkové šetření)....	66
Tabulka č. 20 Kontakt se společenským prostředím podle věku (statistická data).....	66
Tabulka č. 21 Kontakt se společenským prostředím podle věku (statistické šetření).....	67
Tabulka č. 22 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (dotaz. šetření)....	68
Tabulka č. 23 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (dotaz. šetření)....	69
Tabulka č. 24 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (statistická data).....	70
Tabulka č. 25 Kontakt se společenským prostředím podle pohyblivosti (statis. šetření)....	70

Tabulka č. 26 Kontakt s dalšími lidmi (dotazníkové šetření).....	71
Tabulka č. 27 Chybění činnosti seniorů.....	72
Tabulka č. 28 Nuda seniorů.....	74
Tabulka č. 29 V kterých dnech se senioři nudí.....	74
Tabulka č. 30 Denní doba, kdy se senioři nudí.....	75
Tabulka č. 31 Oblíbená činnost.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Návrh rozšíření skupinových aktivit v zařízení

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Helena Třísková, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vám předložila dotazník, který bude sloužit k účelům vypracování diplomové práce s tématem: Aktivizace seniorů v Domově se zvláštním režimem. Dotazník je zcela anonymní a všechny získané údaje budou sloužit ke studijním účelům. Označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Své odpovědi zakřížkujte.

Děkuji za vyplnění.

Helena Třísková

1. Váš věk:

- Jsem ve věku od 60 do 74 let
- Jsem ve věku od 75 do 100 let

2. Vaše pohyblivost:

- Chodím bez pomoci nebo s holí, chodítkem
- Jezdím na vozíku nebo jen ležím

3. Jakých skupinových aktivit se účastníte?

- Chodím na pracovní terapii
- Chodím na skupinové cvičení
- Chodím na společenské posezení (trénink paměti, společenské hry, kavárnička, čtení, poslech hudby)
- Nechodím na žádné aktivity
- Nevím

4. Jezdíte s pracovníky mimo domov, kde bydlíte?

- Jezdím nebo chodím - vyberte možnost:
 - Na nákupy,
 - Na výlety,
 - Do divadla, kina, na jiné akce
 - Jezdím k lékaři,
 - Jezdí, s pracovníky jinam
- Nejezdím s pracovníky mimo domov
- Nevím

5. Potkáváte v domově i jiné lidi, než rodinu a personál?

- Ano, vidím se i s jinými lidmi
- Ne, jiné lidi nepotkávám
- Nevím

6. Chybí Vám nějaká činnost?

- Ano, ráda bych dělala činnost, kterou domov nenabízí
- Ne, žádná činnost mi nechybí
- Nevím

7. Nudíte se někdy?

- Ano, nemám co dělat: KDY?
 - Ve všední dny
 - O víkendu
 - Dopoledne
 - Odpoledne
- Ne
- Nevím

8. Napište, co nejraději děláte?

.....

Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit dotazník.

Třísková Helena

PŘÍLOHA P II: NÁVRH ROZŠÍŘENÍ SKUPINOVÝCH AKTIVIT V ZAŘÍZENÍ

1. Založení různých klubů pro malý počet seniorů (nejvíce 7) s různým zaměřením podle jejich dřívějších a nyníšších zájmů.

Pánský klub

V zařízení je málo mužů, bydlí na různých patrech, z dřívější doby se znají a nyní mají málo příležitostí se vidět a mluvit spolu. Je zde 14 mužů. Nabízí se rozdělení do dvou skupin - podle jejich schopnosti komunikovat, podle toho, zda se znají. Cílem skupiny bude nejprve navození pocitu příslušnosti ke skupině a možnost komunikovat se známými lidmi s dřívější doby. Vývoj skupiny (mužů s lehčí formou demence) ukáže, zda si zvolí nějaký cíl, jiný důvod setkání. U mužů s těžší formou demence jsou schopnosti natolik omezeny, že cílem skupiny zůstane navození pocitu příslušnosti ke skupině.

Praktické provedení:

Požádáme muže, kteří chodí na pracovní aktivizaci, aby s pomocí pracovníků vyrobili pozvánky pro členy. Všem členům skupiny donese pracovník (vedoucí skupiny), ideálně i s dalším členem pozvánku na 1. setkání a vysvětlí, proč se setkávají. Podmínkou je, aby tuto skupinu vedl jen jeden pracovník. Nezbytné je všechny členy navzájem představit a připomínat členům důvod jejich setkání. Tento postup se opakuje při každém setkání.

Jelikož tato aktivita není náročná, doporučovala bych setkání provádět v odpoledních hodinách skupiny seniorů s lehčí formou demence a v dopoledních hodinách u druhé skupiny (po předchozím zjištění, který den se dopoledne neúčastní žádných aktivit).

Klub zahrádkářů

Jelikož v dotazníkovém šetření více seniorů uvedlo oblíbenou činnost - péče o květiny je možné toho využít pro skupinovou aktivizaci. Náplní této skupiny může být povídání si o květinách, starost o květiny v zařízení v zimní zahradě, procházky do přírody, výlet do květinářství. Program skupiny se musí přizpůsobit schopnostem členů.

Klub milovníků zvířat

Je známé, že je pro seniory kontakt se zvířaty prospěšný. V tomto zařízení jsou jen andulky a v zahradě je možné vidět kočku, kterou některé obyvatelky krmí. Bylo by žádoucí zavést v domově pet-terapii, kdy by do zařízení docházel pes vycvičený k tomuto účelu. Prozatím by mohlo být náplní této skupiny povídání si o zvířatech, které měli, prohlížení fotografií a podobně. Nevýhodou je, že to musí být senioři schopní komunikace. Pet-terapie se mohou účastnit i senioři s těžší formou demence.

Je mnoho možností, jaké skupiny založit, podle zájmu seniorů např. klub milovníků přírody, dechovky, zpěvu, vaření.

2. Založení skupin se stálými členy pro seniory s těžší formou demence, kteří mají omezené schopnosti (komunikace, pohybu, neorientovaní). Cílem těchto malých skupin není žádná činnost, ale umožnění prožití pocitu příslušnosti ke skupině. Náplní skupiny může být pozorování dění venku oknem, poslech hudby, společná relaxace.
3. Založení skupin se stálými členy pro seniory, kteří jsou schopni jednoduché mechanické činnosti. Cílem této skupiny je umožnit seniorům pocítit vlastní důležitost a užitečnost. Náplní skupiny může být skládání ručníků, třídění ponožek, rovnání něčeho. V těchto skupinách nesmí vedoucí skupiny zapomínat poděkovat členům za pomoc, pokud si tuto činnost vymýšlíme jen pro potřeby seniorů, nesmí to zjistit.
4. Velkou nevýhodou tohoto zařízení je, že je umístěno na okraji města a obyvatelé se vidí pouze s lidmi, kteří cíleně přijdou do zařízení. Ke zlepšení kontaktu s cizími lidmi je možné přispět pobytem u vchodu, zvláště v dopoledních hodinách, kdy do zařízení přichází více lidí, jezdí zásobování, pošta apod.
5. Realizovat alespoň jednou týdně vyjížďky do města dodávkovým autem s plošinou pro vozíčkáře. Ve městě udělat procházku po náměstí, do okolí zámku, do parku a podobně.
6. Umožnit obyvatelům, kteří si objednávají nákupy u sociální pracovnice si nakoupit. Dovést je do obchodů, kterých je ve městě dostatek.