



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Využití volného času rizikových seniorů z pohledu jejich pečujících

Autor: Eva Janderková

Studijní program: B7507

Studijní obor: sociální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Renata Švestková, Ph.D.

České Budějovice, duben 2017



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá využitím volného času v životě rizikových seniorů z pohledu jejich pečujících. Cílem bakalářské práce bude zjistit, jakým způsobem tráví rizikovní senioři v Jihlavě svůj volný čas z pohledu jejich pečujících. Chci se zaměřit i na srovnání využití volného času u rizikových seniorů nacházejících se v domácím prostředí a v ústavní péči. V teoretické části budou popsány dřívější postoje společnosti ke starým lidem, psychické změny ve stáří a charakteristika rizikových skupin seniorů. Podrobněji se zaměřím na popis terénní, ústavní a domácí péče, zmíním i důležitost rodiny v těchto oblastech. V závěru teoretické části se budu věnovat možnostem volnočasových aktivit pro rizikové seniory. Ke sběru dat v praktické části využiji kvantitativní typ výzkumu, metodu dotazování, techniku dotazník.

Výběrový soubor budou tvořit osoby pečující o rizikové seniory v Jihlavě. Konkrétně se bude jednat o tyto organizace: Život 99 z. ú., Integrované centrum sociálních služeb p. o., ODN při Nemocnici Jihlava, Domov pro seniory Lesnov, p.o.

Výsledky z daného výzkumného šetření přinesou poznatky o konkrétních způsobech využití volného času rizikových seniorů v Jihlavě z pohledu jejich pečujících. Pro organizace, které v Jihlavě poskytují rizikovým seniorům péči, budou vytvořena doporučení jak dále zkvalitnit či rozšířit služby volnočasových aktivit pro rizikové seniory.

Klíčová slova: rizikový senior, pečující, terapeut, volný čas

Abstrakt

This bachelor thesis deals with the use of free time in my life the risk of the elderly from the perspective of their caregivers. The aim of this thesis will be to figure out how to spend risk seniors in Jihlava your free time from the perspective of their caregivers. I want to focus on the comparison of the use of free time at-risk seniors located in the home environment and in residential care. In the theoretical part will be described the earlier attitude of society towards old people, mental changes in old age and the characteristics of the risk groups of the elderly. In more detail, I will focus on the description of the field, constitutional and home care, I will mention also the importance of family in these areas. At the conclusion of the theoretical part I will address the possibilities of leisure activities for at-risk seniors. For the collection of data in the practical part I will use the quantitative type of research, method of polling, the technique of the questionnaire. The sample will consist of persons caring for at risk seniors in Jihlava – medical personnel, caregivers, or therapists. Specifically, it will deal about these organizations: Život 99 z.ú., Integrated social services center p.o., ODN in the Hospital Jihlava, Home for the elderly Lesnov p.o.

The Results of the research will bring knowledge about specific ways of using free time risk seniors in Jihlava from the perspective of their caregivers. For the organization, which in Jihlava provide high-risk seniors care, will be created recommendations on how to further improve or expand services leisure time activities for at-risk seniors.

Keywords: risk senior, caregiver, therapist, free time

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Využití volného času rizikových seniorů z pohledu jejich pečujících“ jsem vypracovala samostatně, s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou pedagogickou, cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

Poděkování:

Velice děkuji vedoucí bakalářské práce, Mgr. Ing. Renatě Švestkové, Ph.D., za její ochotu, cenné rady a odborné vedení této bakalářské práce.

Velké poděkování patří i respondentům, bez jejichž spolupráce by moje práce nemohla být dokončena.

Zároveň velice děkuji mé rodině za podporu a trpělivost během celé doby mého studia.

Eva Janderková

Obsah

1	Historie – dřívější postoje společnosti ke starým lidem.....	10
2	Charakteristika stáří.....	12
2.1	Fyzické změny	12
2.2	Psychické změny.....	13
2.3	Sociální změny.....	14
2.4	Rizikové faktory způsobené fyzickými, psychickými a sociálními změnami	15
2.5	Soběstačnost a závislost	16
2.5.1	Posuzování soběstačnosti a závislosti.....	16
3	Rizikový senior.....	17
3.1	Přehled rizikových skupin.....	17
4	Formy poskytování sociálních služeb	19
4.1	Terénní péče o seniory	19
4.1.1	Osobní asistence	19
4.1.2	Pečovatelská služba	19
4.1.3	Domácí péče	20
4.1.4	Tísňová péče	20
4.1.5	Odlehčovací služby.....	20
4.1.6	Centra denních služeb.....	21
4.1.7	Denní stacionáře	21
4.1.8	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.....	21
5	Starý člověk v dlouhodobé ústavní péči.....	22
5.1	Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN).....	23
5.2	Domovy pro seniory.....	23
5.3	Domovy se zvláštním režimem.....	23
6	Komplexní domácí péče	24
6.1	Podmínky pro poskytování domácí péče	25
6.2	Poskyvatelé domácí péče	25
6.3	Podpora rodiny	25
7	Volný čas v životě seniora.....	26
7.1	Aspekty ovlivňující prožívání volného času.....	26

7.2	Volnočasové aktivity pro seniory	26
7.2.1	Pohybová aktivita ve vyšším věku.....	27
7.2.2	Muzikoterapie	27
7.2.3	Arteterapie	28
7.2.4	Dramaterapie.....	29
7.2.5	Akupresura.....	29
7.2.6	Meditace.....	30
7.2.7	Masáž.....	30
7.2.8	Zooterapie	31
8	Celoživotní vzdělávání seniorů	32
8.1	Vzdělávání seniorů v České republice	33
8.2	Seniorská centra a kluby pro seniory	33
8.3	Univerzity 3. věku.....	33
8.4	Akademie 3. věku	34
9	Cíl výzkumu	36
9.1	Sběr dat	36
9.2	Cílový, základní, výběrový soubor	36
9.3	Dotazník	36
9.4	Hypotézy	37
9.5	Nastavení hypotéz	37
9.6	Konceptualizace	39
10	Interpretace získaných dat	41
11	Diskuse	55
	Závěr.....	60
12	Seznam použité literatury a zdrojů	62
13	Přílohy	65

Úvod

Ve své práci se věnuji rizikovým skupinám seniorů a jejich možnostem využití volného času z pohledu jejich pečujících. Tak jako dětství, mládí, dospělost, je i stáří velmi důležitou životní etapou, na kterou je potřeba se připravit.

Každý jedinec přistupuje k procesu stárnutí jinak. Někdo ho dokáže přijmout jako přirozenou součást života, někdo se s touto etapou velmi špatně vyrovnává a období stárnutí je pro něj překážkou. V obou případech je důležité svůj život stáří přizpůsobit.

Dochází jak ke změnám tělesným, tak i psychickým. Mnoho seniorů není schopných pokračovat ve svých dosavadních aktivitách. Často u nich dochází k pocitu osamocení a to zvláště v případech, kdy ztrácejí svého životního partnera.

Dalším velmi závažným problémem, na který je potřeba brát zřetel, je izolace seniorů. V některých případech má na izolaci vliv zdravotní stav jedince a to v tom smyslu, že už není například schopen docházet na návštěvy ke svým přátelům. Jindy jednoduše senior necítí potřebu komunikovat nebo se s někým osobně stýkat, a tak zůstává sám se svou televizí, v lepších případech se svými domácími mazlíčky. Ti ho alespoň částečně přinutí komunikovat nebo vycházet ven ze svého obydlí.

Během stáří hraje významnou roli i soběstačnost a závislost, popřípadě nezávislost na druhých.

Problematikou rizikových skupin seniorů se věnuji už dlouhodobě. Měla jsem možnost pracovat v jihlavských zařízeních, kde jsou riziková senioři dlouhodobě hospitalizováni či ubytováni (Domov pro seniory Jihlava Lesnov p.o. a ODN). Zároveň jsem jako dobrovolnice dlouhodobě působila v organizaci, které se snaží ústavní pobyt oddálit a nabízí domácí péči (Oblastní charita Jihlava). Své znalosti a dovednosti v této problematice jsem díky tomu mohla využít i ve své rodině, když se můj dědeček stal obětí vážné dopravní nehody. Opakovaně prodělal mozkovou mrtvici, v jejímž důsledku přestal úplně mluvit a následně došlo i k celkovému ochrnutí. Vzhledem k tomu, že nebyl schopen adaptace na jiné prostředí, rozhodli jsme se dopřát mu léčbu v jeho přirozeném domácím prostředí, aby se nezhoršoval jeho psychický stav. Jsem přesvědčená o tom, že díky tomu opouštěl tento svět mnohem lépe a hlavně v okruhu svých nejbližších.

V kapitole, která se vztahuje k historii, se zaměřuji na dřívější postoje společnosti ke starým lidem.

Teoretická část je vypracována na základě odborné literatury. Empirická část je vypracována kvantitativní metodologií – formou dotazníků. V této části své práce srovnávám názory pečujících, kteří působí v oblasti ústavní péče a pečujících, kteří působí v oblasti domácí péče. Můj výzkum byl proveden v Jihlavě, konkrétně na ODN, Domově pro seniory Jihlava Lesnov p.o., ŽIVOTĚ 99 z.ú. a Integrovaném centru sociálních služeb p.o.

Cílem výzkumu je zjistit, jak využívají volný čas senioři v ústavní a v domácí péči z pohledu jejich pečujících, co je příčinou nemožnosti smysluplného využití volného času rizikových seniorů a jakým způsobem je v oslovených institucích vyhodnocována spokojenost rizikových seniorů s nabízenými volnočasovými aktivitami.

Výsledkem pak budou konkrétní doporučení pro dané organizace, která by měla vézt ke zkvalitnění poskytované péče.

Součástí práce je i závěr, použité zdroje a seznam příloh.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie – dřívější postoje společnosti ke starým lidem

Primitivní lidské společnosti se chovaly ke starým členům různě. Některé je měly v opravdové úctě, jiné je ponechaly osudu a někdy tyto členy dokonce zabíjely. V takovéto situaci bylo stáří neodvratitelným neštěstím. Na Středním Východě bylo ale stáří považováno za vrchol života (Pacovský, Heřmanová, 1981).

V době kamenné byla lidská společnost podobna zvířecí a vyháněla stárnoucí jedince do pouští, džunglí a hor. Prvořadě bylo přežití celku a šlo o udržení skupiny, rodu a kmene. Nečekalo se na přirozenou smrt jednotlivce, který už nebyl schopen cesty za nevyčerpaným lovištěm (Hovorka, 1975).

Pravěký Egypt miloval starce a prokazoval jim vysokou úctu. V této době byl na každý orgán zvláštní lékař a ošetřování probíhalo zdarma. Staří Egypťané dobře věděli, že je na světě jen jedna věc, která stojí za trochu závisti – stará hlava a mladé srdce (Hovorka, 1975).

Arabské názory na stáří nebyly příliš podnětně ovlivňovány učením Mohameda. Ten totiž pravil, že Alláh určil každému člověku jeho ajál – předem známou délku života a tu nelze za žádných okolností překročit (Hovorka, 1975).

Staří Číňané, a to jak taoisté, tak konfucíáni projevovali hlubokou úctu vyššímu věku. Přišli jako první s názorem, že ženskost je v přírodě nadřazena mužství, a tím si vykládali jev, že ženy žijí déle než muži. Všimli si i vztahu mezi stářím a kornatěním (Hovorka, 1975).

Co se týče pohledů Řeků a Římanů na starce, existují dvě protichůdné teorie. První se opírá o názor, že Antické národy prokazovaly starým spoluobčanům úctu. V Řecku důležité úkony státní správy prováděli staří a právě tak v Římě. „*Senát má původ ve slově senex (starý)*“, (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 34).

Kulturní společnost se snažila brzy zmírňovat sociální a zdravotní újmy ve stáří. Středověké kláštery a nemocnice měly zvláštní oddělení pro nemajetné staré lidi. V roce 1601 vyšel v Anglii první zákon, který ukládal státu povinnost pečovat o chudé staré občany (Pacovský, Heřmanová, 1981).

Stát nebo finančně dotované soukromé organizace začali zřizovat zařízení pro staré nemocné lidi od druhé poloviny minulého století. Úctyhodný starý muž s bohatými celoživotními zkušenostmi přichází na scénu prvotně v 18. a hlavně pak

v 19. století. Držení majetku je předpokladem úcty, jíž se mu dostává (Pacovský, Heřmanová, 1981).

V každé historické etapě existovala věková skupina, které se dávala přednost. Ve vztazích mezi jednotlivými věkovými skupinami hrála velmi důležitou roli míra prestiže, moc a vzájemná úcta. Ve středověku byla uctívána statná dospělost. Pro devatenácté století je důležité dětství, protože zdravá dětská populace je zárukou vysoké produktivity práce a obranyschopnosti země. Podobně tomu bylo i ve 20. století. Stáří již nemá u mládí respekt. Nedá se říci, že stáří poučuje mládí. I vnuk dnes může v některém směru dobře poučit svého děda. Role se tedy obrátily, a právě proto je nutné mladé generaci ukázat, proč má ctít své dědy a otce (Pacovský, Heřmanová, 1981).

2 Charakteristika stáří

Lidé staršího věku jsou brány za homogenní soubor, ale opak je pravdou. Senioři jsou velmi heterogenní skupinou. Věkové rozdíly mezi jedinci mohou dosahovat až 30 let. Seniorský věk se většinou dělí na rané stáří (60–74 let), vlastní stáří (75–89 let) a dlouhověkost (90 a více let). Nicméně přesné vymezení je obtížné. Záleží na tělesné a duševní kondici a genetických předpokladech. Aktivní senior okolo 70 let, může být čilejší a zdravější než jiný v 63 letech. Stáří jsme si zvykli rozdělovat ještě dále na jednotlivé etapy následovně:

- 60 až 74 let – počínající stáří,
- 75 až 89 let – vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) uvádí tento druh dělení:

- 65 až 74 let – mladí senioři,
- 75 až 84 let – staří senioři,
- 85 let a více – velmi staří senioři.

2.1 Fyzické změny

Zhruba od 50. roku života dochází k viditelnému stárnutí, přestavbě organismu. Mění se postoj, struktura kůže, barva vlasů, a přibývají vrásky. To jsou už na první pohled postřehnutelné znaky stárnutí. Další přicházejí s přibývajícím věkem. Obecně se jedná o poruchy smyslů, zejména zraku a sluchu, poruchy paměti a soustředění a pohybové obtíže (postižení kloubů a svalů). Samozřejmě, že seniory trápí i další zdravotní komplikace, jako onemocnění srdce a cév, trávicí problémy a další (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

V zásadě k větším problémům dochází až po 70. roce, kdy se výrazněji zhoršuje paměť a smyslové vnímání. Člověk se i hůře pohybuje, dochází k oslabování svalů a řídnutí kostí. Nemoci obecně mají v seniorském věku delší dobu léčby a mohou na člověku zanechat větší následky. Některé nemoci se objevují až v pozdějším věku, jako Alzheimerova choroba, a jsou tudíž typické pro stáří (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Seniory můžeme dělit na dvě skupiny: relativně zdraví, to jsou ti jedinci, kteří jsou schopni aktivního života a nemoci je neomezují a seniory stárnoucí, kteří mají různé vleklé choroby a často jsou i nemohoucí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

2.2 Psychické změny

V psychické oblasti dochází zejména ke změnám emocí a poruchám kognitivních funkcí. Senioři se špatně orientují v prostředí, zhoršuje se u nich vnímání, paměťové funkce a klesá pozornost. Starší lidé bývají většinou více senzitivní a labilní, nebo může docházet k zplošťování emocí. Případně může dojít ke změnám v osobnosti a následném vyhocení některých vlastností, jako je nedůvěřivost nebo úzkostnost. Tito jedinci charakterizují celou skupinu seniorů i s jejich negativními postoji. Změny v psychickém rozpoložení souvisí i se sociálními změnami. To jak se člověk cítí, vypovídá o jeho zapojení do společnosti. V důchodovém věku dochází k velkým proměnám v sociální oblasti (Kramperová, 2012).

Pokud znamená stáří úbytek všeho, co je podstatné pro normální život, projeví se to jistě i v prvcích psychického života. Myšlení a uvažování je pro starého člověka těžší, než bylo dříve. Staří lidé si většinou jsou vědomi své zapomnětlivosti a rozržitosti. Ukázkovými příklady může být to, že se třeba několikrát vrátí přezkoušet, zda zavřeli dveře, zhasli nebo nenechali téci vodu. Starý člověk si najednou uvědomuje, jak mu hrozně rychle utíká čas, což je psychologickým momentem provázejícím stárnutí. Pro některé seniory je typické, že začnou obtěžovat sebe i své okolí černými myšlenkami, protože nedovedou mluvit o ničem jiném než o svých nemocech, trápeních a nebezpečí smrti (Kramperová, 2012).

Stáří a stárnutí je realita. „*Je nutné umět stárnout právě tak, jako umět žít celý život*“, (Tvaroh, 1971, s. 155).

Stáří je spjaté se změnami osobnosti. Mění se postoj člověka k sobě samému i k druhým. Často se stává, že se senior přestane snášet s rodinnými příslušníky a hádky jsou na denním pořádku. Na staré lidi velmi tíživě působí osamělost. Umírají přátelé a příbuzní a s nimi odchází velká část nenahraditelného světa (Kramperová, 2012).

Pro seniora je typické, že se nerad rozhoduje, což může na okolí působit jako bezradnost. Emoce jsou labilnější, proto staří lidé snadno podléhají dojetí. Často se může vyskytovat i deprese a podezíravost. Na chování seniorů má velký vliv touha po soukromí a pohodlí. Dokáží se snadno vzdát zábavy dříve oblíbené, pokud je spojena s nepohodlím a námahou. Zároveň ale můžeme vnímat větší stálost v názorech a ve vztazích (Kramperová, 2012).

Nedá se obecně říci, že se ve stáří stupňuje egocentrismus. To se projeví u těch, kteří už v mládí byli sobečtí. Ti pak mají úzké zájmy, vymáhají si urážlivými poznámkami posazení v tramvaji, vrhají se do vozovky mimo přechody, vyvolávají scény a jsou tvrdohlaví. Právě proto, že ne každý má stejné stáří, setkáváme se naopak i s obětavými, čínorodými a optimistickými seniory (Kramperová, 2012).

Haškovcová (2012) uvádí pět způsobů, jak lidé reagují na stáří:

1. *Konstruktivnost* – jedná se o ideální způsob adaptace na stáří v civilizované společnosti. Tento jedinec se těší ze života a navazuje srdečné osobní vztahy s ostatními lidmi. Má smysl pro humor, je tolerantní, přizpůsobivý. Dokáže si uvědomovat své úspěchy i chyby. Má optimistický postoj k životu a je smířený s faktem stáří. Je soběstačný. Na svůj prožitý život se dívá spokojeně, nemá čeho litovat.
2. *Závislost* – tento způsob směřuje spíše k pasivitě. Jedinec je poměrně vyrovnaný, ale spoléhá se spíše na druhé. Především po stránce hmotné spokojenosti a citové opory. Tito jedinci se rádi vzdají své práce a odejdou do důchodu. Mají rádi odpočinek v soukromí svého domova. Nejsou příliš ochotní navazovat styky, protože by to mohlo narušit jejich bezpečnost a pohodlí.
3. *Obranný postoj* – tito jedinci se aktivně zapojovali do společenských organizací. Jsou soběstační. Často odmítají pomoc jen, aby dokázali, že nejsou závislí na druhých. Dělají vše proto, aby nemuseli myslet na fakt stáří. Postoj ke stáří mají spíše pesimistický a smíří se s ním jen, když je donutí okolnosti.
4. *Nepřátelství* – tento postoj mají především jedinci, kteří měli už v dřívějším životě tendenci svalovat vinu za své neúspěchy na druhé. Žijí v ústraní, čímž se vystavují riziku izolace. Typické je nepřátelství vůči mladým lidem, protože jim závidí.
5. *Sebenávist* – jedinci se od předchozí skupiny liší pouze tím, že nenávist obrazejí vůči sobě samým. Nedokáží k faktu stárnutí zaujmout optimistický postoj. Považují se za oběť. Nevyhledávají společenské styky, mají pocit osamělosti a zbytečnosti. Myslí si, že už dost užili života, proto nezávidí mladým lidem.

2.3 Sociální změny

Jednou z největších změn představuje odchod do důchodu. Velmi záleží na konkrétním člověku, jak se cítí po penzionování. Někdo se těší a vidí v něm

zasloužilí odpočinek a časovou možnost na svoje koníčky, někdo naopak si připadá zbytečný a nevyužitý. S ukončením pracovní činnosti souvisí změna sociálního statusu a zároveň životního stylu. Člověk si musí najít nějakou náhradu za dobou, kterou dříve trávil v práci. Na odchod do penze by se měl každý průběžně připravovat (Kramperová, 2012).

Další nepříjemnou změnou je ztráta partnera, která častěji postihuje ženy. S tím přicházejí obvykle i finanční problémy, samota, smutek a stres. A nezdá se, že lidé nedokáží s odchodem partnera vyrovnat a propadají depresím. Postupně také odcházejí stejně staří, a někdy i mladší, blízcí lidé a vrstevníci, což může vést k myšlenkám na svoji vlastní smrtelnost (Kramperová, 2012).

Pro seniory je důležité udržovat stále styky s okolím, hlavně s nejužší rodinou, dětmi, vnoučaty. Často ztrácejí zájem o kontakty s větší skupinou lidí, tudíž samota nemusí znamenat pocit osamění. Někdy si starší člověk sám vybere zúžení sociálních vztahů. I přesto se stále stýká s rodinou, která přináší možný zdroj pomoci a spokojenosti. Ale na druhou stranu si senioři chtějí zachovat svoji autonomii a preferují samostatné bydlení v dosahu svých dětí (Kramperová, 2012).

2.4 Rizikové faktory způsobené fyzickými, psychickými a sociálními změnami

Proces stárnutí bývá spojen i s výraznými změnami v sociální oblasti. K nejzásadnějším změnám dochází hlavně v rodině. Stárnoucí rodiče ztrácejí nejen rodičovskou funkci, ale i významnou materiální, sociální a psychickou podporu svých dětí. Během stárnutí dochází často i k úmrtí životního partnera, v důsledku čehož žije starý člověk v mnoha případech zcela sám (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

S postupujícím věkem dochází ke zhoršování zdravotního stavu a tím se zvyšuje nesoběstačnost. Lidé starší 80 let potřebují nejčastěji pomoc v péči o domácnost a o svou osobu. V těchto věkových skupinách je velice omezen pohybový aparát a tím se zvyšuje počet seniorů, kteří vůbec nevycházejí z domu (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Dalším závažným faktorem je pocit osamocení. Obava ze samoty se objevuje zejména tehdy, pokud senioři potřebují pomoc při zdravotních obtížích. Tato obava pak bývá častou motivací pro podávání žádostí do ústavní péče (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Rizikovým faktorem můžeme pojmenovat v této souvislosti i bydlení. To, co vyhovuje člověku ve středním věku, nemusí být vhodné pro potřeby starého člověka. Byt ve vyšším podlaží bez výtahu se může stát postupem času pro starého člověka, jinak nezávislého, důvodem pro plnou závislost, protože vyšší podlaží není schopen překonat (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

Rizikových faktorů existuje rozhodně více a lidé by o těchto faktorech měli nejen vědět, ale zároveň znát možnosti, jak jim předcházet (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

2.5 Soběstačnost a závislost

Senioři, kteří v důsledku svého zdravotního stavu ztrácejí úplně nebo částečně svoji soběstačnost potřebují nejen zdravotní péči, ale i sociální pomoc (Haškovcová, 2012).

Nemůžeme o nikom říci, že je soběstačný, pokud nebudeme definovat podmínky jeho života. Pokud dojde k narušení rovnovážného stavu a shledáme nemožnost adaptace, mluvíme o závislosti. Závislost má různé stupně. Se ztrátou soběstačnosti, přibývá závislosti (Haškovcová, 2012).

2.5.1 Posuzování soběstačnosti a závislosti

Pacovský a Heřmanová (1981) uvádí nutnost klasifikace seniorů z hlediska jejich funkční zdatnosti a objektivizace potřeb. Je potřeba snažit se proto:

- a) Získat validní údaje o rozsahu sociálních a zdravotních služeb pro seniory v určitém území.
- b) Získat informace o tom, kdo je nám svěřen. Především by nás měly zajímat fyzické a psychické rezervy, zvládání běžných denních činností, sociální zázemí a jak vypadá prostředí, kde se senior nachází. Teprve po bilanci všech těchto složek můžeme rozhodnout, zda může starý člověk žít dosavadním způsobem nebo zda potřebuje pomoc v některých úkonech. Takovéto bilanci říkáme „*bilance funkčního potenciálu*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 223).

3 Rizikový senior

Mezi rizikové seniory patří takoví staří lidé, kteří se nejsou schopni účinně a rychle přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu. Riziko je konkrétně v tom, že špatná adaptace nebo její úplné chybění vedou k vážným důsledkům, kterými jsou:

- ztráta samostatné existence,
- nutnost trvalého nebo dlouho trvajících ústavního pobytu,
- dekompenzace většiny fyzických nebo psychických funkcí,
- nápadné zhoršení zdravotního stavu a sociální situace,
- v krajním případě úmrtí (někdy se jedná o úmrtí sebevraždou) (Zavázalová, 2001).

3.1 Přehled rizikových skupin

Zavázalová (2001) rozděluje rizikové seniory do devíti základních skupin:

1. *Osoby velmi staré (80 či 90leté a starší)*

Tyto osoby potřebují intenzivní zdravotní nebo sociální péči nebo obojí. Samy její potřebu nesignalizují, proto jim musí být poskytována aktivně.

2. *Osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech*

Pokud není jednočlenná domácnost vybavena moderním zařízením včetně telefonu, zhoršuje se možnost dovolat se pomoci. Ve staré domovní zástavbě zvyšuje jednočlenná domácnost nároky na topení a donášení paliva, vaření, úklid apod. Tomuto nebezpečí se dá čelit různými opatřeními, především sousedskými návštěvami a výpomocí nebo zavedením telefonu.

3. *Staré ženy, především osamělé a ovdovělé*

Tyto ženy mají nízké důchody a jejich domácnosti bývají hůře vybavené. Ženy, které žily v rodinách patriarchálního typu, jsou méně zběhlé a samostatné v jednání s úřady, často tudíž neuplatňují své nároky.

4. *Staří lidé žijící v ústavech*

Hlavní úlohu zde hraje špatná adaptace na nové prostředí zvláště tehdy, přichází-li senior do zařízení ve vysokém věku a špatném zdravotním stavu. Velmi záleží na způsobu života v konkrétních zařízeních. Důležitým prvkem je i motivace jedince pro vstup do takového zařízení.

5. Staří lidé žijící v izolaci (osaměle i v párech)

Jedno z největších rizik v gerontologii (věda o stáří, z lat. geront = starý člověk, logos = věda) představuje sociální izolace. Člověk je tvorem společenským a na společnosti závislým. Sociální izolace může být stejně velkým stresem jako např. hlad a může vést i k smrti („sociální smrt“). Existují různé typy sociální izolace, např. jedinec žijící osaměle bez bližších i vzdálených příbuzných.

6. Bezdětní staří lidé

Literární údaje nejsou zcela jednotné ohledně významu dětí pro starého člověka. Čím méně má kontakt s dětmi, tím více jich má se sousedy. Pomoc dětí bývá významná především tehdy, bydlí-li děti blízko svých starých rodičů.

7. Staří lidé trpící zdravotním handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím)

Handicap patří nesporně mezi rizikové faktory, protože vede k dekompenzaci systému člověk – prostředí. Když starý člověk onemocní (např. má závratě), jeho zdravotní stav přestane odpovídat požadavkům prostředí (např. nebude schopen chůze po schodech), systém se dekompenzuje. Velké riziko představují i staří lidé psychicky alterovaní (např. depresivní), u nichž hrozí riziko sebevraždy.

8. Staré páry, v nichž jeden z partnerů je vážně nemocen nebo invalidní

V některých literárních zdrojích se můžeme setkat s názorem, že manželství a jeho přetrvávání do pozdního věku je nejmocnější obranou proti pobytu v různých zařízeních. Situace se ale nemusí jevit tak jednoznačně. V některých případech může vést přetrvávání manželství do pozdního věku spíše k sociální izolaci.

9. Staří lidé, kteří mají minimální důchody

Vyšší důchod může v některých případech znamenat vyšší životní úroveň. Ale při dekompenzaci zdravotně sociální situace má každý senior nárok na společenskou pomoc podle svých potřeb celospolečensky uznávaných. Situace, kde hrozí ekonomická dekompenzace, lze překonat mnoha opatřeními. Riziko zde spočívá v tom, že staří lidé často nevědí o kompenzačních možnostech – hlavně kde a o co mohou žádat.

4 Formy poskytování sociálních služeb

Podle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. § 33 je v České republice poskytování sociálních služeb rozděleno do čtyř skupin:

- 1. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.*
- 2. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.*
- 3. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.*
- 4. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.*

4.1 Terénní péče o seniory

4.1.1 Osobní asistence

Paragraf 39 Zákona 108/2006 O sociálních službách definuje osobní asistenci jako terénní službu, která je poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje – pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Zároveň lze takovýto způsob péče označit za nejistý, neboť je převážně poskytována nestátními neziskovými organizacemi (NNO).

4.1.2 Pečovatelská služba

Dle § 40 Zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách jde o terénní ambulantní službu, která je poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba probíhá v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb (bývalé domy s pečovatelskou službou) služby. Jedná se např. o zajištění stravování, chodu domácnosti nebo pomoc při osobní hygieně. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se

narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

4.1.3 Domácí péče

V České republice je domácí péče od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan ČR, jehož ošetřující lékař po celkovém vyhodnocení zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí rozhodne o poskytování služby tohoto typu. Cílem této sociální služby je zajištění komplexní péče o klienta v jeho přirozeném prostředí, aby k hospitalizaci nebo umístění do ústavních zařízení docházelo jen v nezbytně nutných případech (Misconiová, 1993).

4.1.4 Tísňová péče

Paragraf 41 Zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách definuje tísňovou péči jako komplexní sociální službu, která pomocí distanční hlasové a elektronické komunikace monitoruje uživatele služby v jejich bytech. Cílem takové péče je snížit riziko poškození zdraví nebo života zajištěním nepřetržité a odborné pomoci a předejít zdravotním komplikacím, které mohou hrozit uživatelům při včasném neposkytnutí odborné péče. Jak uživatelům, tak i jejich rodinám dává pocit bezpečí.

4.1.5 Odlehčovací služby

Podle § 44 Zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách jde o terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Patří sem pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

4.1.6 Centra denních služeb

Dle § 45 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách se v centrech denních služeb poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem této služby je zajištění podmínek pro důstojný život, komunikace s lidmi, navazování a upevňování mezilidských vztahů, získání nových dovedností v oblasti sociálních vztahů, zdraví, péče o sebe, smysluplné využití volného času, zlepšení schopností pro začleňování do společnosti.

4.1.7 Denní stacionáře

Paragraf 46 Zákona 108/2006 S. O sociálních službách definuje denní stacionáře jako ambulantní služby. Jedná se o pomoc s běžnými úkony, hygienou a poskytnutím stravy. Ve stacionářích jsou provozovány i výchovné a vzdělávací aktivizační služby a sociálně terapeutické činnosti. Zařízení je významné i v zprostředkování sociálního kontaktu s okolím. Docházení do denního stacionáře se může stát významným prvkem ve volném čase seniora.

4.1.8 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Dle § 66 Zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách jsou sociálně aktivizační služby ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Cílem služby je napomáhat seniorům či handicapovaným lidem při zvládnutí obtížných situací, zkvalitnit jejich život a zjednodušit jejich zapojení do společnosti.

5 Starý člověk v dlouhodobé ústavní péči

Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby. Cílem dlouhodobé péče je stabilizace zdravotního stavu nemocného, omezení následků onemocnění a pozitivní ovlivňování kvality života (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda, 2004).

Dle § 9 Zákona č.372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je lůžková péče definována jako péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nutná hospitalizace pacienta. Tento zákon zároveň definuje 4 typy lůžkové péče:

- *akutní lůžková péče intenzivní*, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
- *akutní lůžková péče standardní*, která je poskytována pacientovi:
 - s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo
 - za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně;

v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,

- *následná lůžková péče*, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,
- *dlouhodobá lůžková péče*, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

5.1 Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Léčebny přijímají nemocné, u kterých nelze očekávat ani při použití všech dostupných prostředků a metod moderní lékařské vědy v době kratší než 3 měsíce podstatné zlepšení. V této době jsou pacienti většinou nesoběstační fyzicky i psychicky. Bývají odkázáni na cizí pomoc, která nemůže být zajištěna jinak, než ústavní péčí. Rehabilitace je zaměřena především na zlepšení celkového stavu, dosažení lepší tělesné a duševní kondice a nácvik všedních dovedností a samoobsluhy. Zřetelně převládá ošetrovatelská péče a služby sociální (Holmerová, 2015).

5.2 Domovy pro seniory

Jsou určeny pro staré lidi, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a jejich zdravotní stav nevyžaduje odborné ošetřování a léčení v zdravotnickém zařízení, ale zároveň se o sebe již nedokážou postarat. Jde o zajištění ubytování a potřebných sociálních a zdravotních služeb, zvláště primární lékařská péče a rehabilitace, také o věcnou pomoc v případě potřeby – např. poskytnutí osobního vybavení. Zabezpečují i sociální a kulturní potřeby obyvatel. Bývají členěny podle stupně závislosti pacientů – trvale ležící pacienti, kteří původně do domovů nepatří, ale převoz starých lidí do vhodnějšího typu zařízení není vhodný pro seniory (vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí) a nemusí být ani schůdný z důvodů kapacitních. Problémy domovů pro seniory: obyvateli se stávají i soběstační senioři kvůli různým důvodům: tíživá sociální situace, bytová krize v rodině, očekávání zhoršení zdravotního stavu – tím berou místo těm, kteří by to potřebovali více. (Malíková, 2011).

5.3 Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těch zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Malíková, 2011).

6 Komplexní domácí péče

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.“ (Jarošová, 2006, s. 55).

Je všeobecně známo, že člověk, který je nemocný tělem, má zpravidla postiženou i duši. Psychický, fyzický stav i vlastní sociální prostředí spolu velmi úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Opomenutí jedné jediné složky znamená, že se nemocný neuzdraví tak snadno, nebo dokonce vůbec. Nemocný, kterému je sdělena nepříznivá diagnóza v domácím prostředí, ji přijme podstatně lépe, než když je mu sdělena v nemocničním zařízení. Je to dáno tím, že doma není tolik vystaven stresu z neznámého prostředí a cizích lidí. Řeklo by se, že domov jsou jen čtyři stěny a střecha nad hlavou. Ale nikoliv, domov je tam, kde se cítíme dobře, kde nás mají rádi a kde to známe. Je to malé místočko na naší velké zeměkouli, kde pocítíme pocity klidu, jistot a bezpečí od všeho zlého. A právě tyto pocity jsou velmi důležité k léčbě nemoci (Misconiová, 1993).

Misconiová (1998, s.13) uvádí, že, *„jde o vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomickou, maximálně dostupnou integrovanou formu péče poskytovanou individuálně – klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, s respektem k lidským právům, při využití zbytkových kapacit klienta a začlenění rodinných příslušníků, či blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče – poskytujícího indikovanou kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc.“*

Šamánková (2006) dělí rozsah domácí péče následovně:

- a) Základní domácí péče.
- b) Odborná domácí péče.
- c) Domácí paliativní péče.

Výhody domácí péče:

- *hospodárnost* – zkracování hospitalizace, snižování nákladů na péči,
- *mnohostrannost* – práce multidisciplinárního týmu,
- *komplexnost* – poskytování činností léčebných, ošetrovatelských, sociálních aj.,
- *dlouhodobá péče* – poskytuje se dle potřeb klienta a jeho rodiny,
- *individualizovaná péče* – dle individuálních potřeb klienta,
- *podpora zdraví* – kromě konkrétní péče o klienta jsou poskytovány i služby primární, sekundární a terciární prevence,

- *přirozené prostředí* – péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí,
- *rodinní příslušníci* – zapojení se do péče o klienta (Konopásek, 2004).

6.1 Podmínky pro poskytování domácí péče

Podmínky pro indikaci domácí péče jsou: stabilizovaný klinický stav klienta, předpoklad zapojení rodiny, sousedů či laické výpomoci, dostupnost služeb a samozřejmě také vhodné domácí prostředí (Konopásek, 2004).

Pomoc při úpravě domácího prostředí je také aktivitou sestry domácí péče. Sestra doporučuje odstranit volné koberce, aby nehrozil pád klienta, navrhuje vhodné umístění lůžka, navrhuje instalaci madel, doporučuje pro klienta vhodné kompenzační pomůcky a zajišťuje přístup klienta k telefonu (Konopásek, 2004).

6.2 Poskytovatelé domácí péče

Komplexní domácí péči poskytuje tzv. multidisciplinární tým pracovníků. Což mohou být: lékaři, sestry, psychologové, rehabilitační pracovníci, logopedové, sociální pracovníci, rodinní příslušníci, dobrovolníci a jiní. Výběr pracovníka domácí péče ke klientovi je ovlivněn personálním obsazením dané agentury domácí péče, aktuálním zdravotním stavem, potřebami klienta a v neposlední řadě prostředím, ve kterém se klient vyskytuje (Krátká, 2008).

6.3 Podpora rodiny

Podpora péče o starého člověka se nedá nařídit. Důležitým předpokladem je pochopení a etická motivace. Některé rodiny jsou odsuzovány za to, že zdánlivě nedostatečně pečují o svého zestárlého člena. V některých případech hovoříme o rodinách, které ani při nejlepší vůli svého závislého člena zabezpečit nemohou (např. všichni jsou zaměstnaní, nemocní nebo mají k dispozici pouze malý bytový prostor apod.). Postoje konkrétních rodin by se proto měly hodnotit pouze po znalosti sociální situace a bytových možností (Dudová, 2015).

V některých případech může postačit psychická podpora realizovaná formou občasných návštěv. Jindy je potřeba pomoci i při obstarání domácnosti nebo při osobní hygieně a základních činnostech. V péči o své závislé členy má a vždy bude mít rodina své nezastupitelné místo. Je potřeba činit tak ale dobrovolně, z vnitřního přesvědčení ne proto, že nic jiného nezbývá. Rodina by tak vždy měla mít možnost volby a v případě potřeby by jí měla být podána pomocná ruka (Dudová, 2015).

7 Volný čas v životě seniora

Mnoho odborných publikací se zabývá objasňováním pojmu volný čas. Je možné ho chápat jako opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil. Je to doba, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je rádi a dobrovolně a zároveň nám přinášejí pocit uvolnění a uspokojení. Pod tento pojem zahrnujeme odpočinek, rekreaci, zábavu, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost, ale i časové ztráty s těmito činnostmi spojené (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

7.1 Aspekty ovlivňující prožívání volného času

Podle Šeráka (2009) existuje 6 aspektů, které mají vliv na prožívání volného času:

- *Věk* – vrcholem volnočasových aktivit je věk kolem 17 let. V této době se utváří i specifické kulturně-společenské zaměření člověka a celkový jeho životní styl. Postupem času s přibýváním pracovních a rodinných povinností četnost volnočasových aktivit klesá.
- *Pohlaví* – ženy se častěji věnují rodinným povinnostem, rády navštěvují kulturní akce, divadla, galerie, více se věnují četbě. Oproti tomu muži se více věnují sportovním činnostem a sebevzdělávání.
- *Sociální skupina* – každá sociální skupina do které jsou lidi zainteresováni, např. rodina, kamarádi, spolupracovníci má svoje hodnoty a normy.
- *Bydliště* – ještě stále výrazný rozdíl, je rozdíl mezi bydlením ve městě a na vesnici. Tento rozdíl už je ale na ústupu. Ve městě se lidé ve svém volném čase věnují různým aktivitám. Na vesnici více přetrvává práce kolem domu, práce na zahradě. Ve městě je všeobecně více možností a nabídek než na vesnici.
- *Profese* – s rostoucím průmyslem dochází k oddělení domova a pracoviště, často se musí za prací dojíždět.
- *Vzdělání* – bylo prokázáno, že s vyšším vzděláním dochází k většímu zájmu o sport, četbu, návštěvu kulturních zařízení, výlety. Negativem u vysokoškolsky vzdělaných lidí je neschopnost se oprostít od práce a věnování se pouze rodině.

7.2 Volnočasové aktivity pro seniory

V následujících podkapitolách budou popsány náměty a možnosti využití volného času rizikových seniorů. Při plánování volnočasových aktivit je možné

přihlédnout k tomu, čemu se rizikový senior rád věnoval v různých vývojových etapách. Nutností je brát v potaz jeho fyzický i psychický stav.

7.2.1 Pohybová aktivita ve vyšším věku

Pohybové aktivity u seniorů jsou výrazně limitovány zdravotním stavem. Pohyb je důležitou součástí v životě člověka a i senioři by měli alespoň částečně, dle jejich schopností zařadit pohyb mezi své volnočasové aktivity. Pohyb seniorů spočívá ve většině případů v procházkách, ale existují i další formy, které mohou senioři využívat. Myslím si, že senioři předčasně pohybovou aktivitu zavrhnou, protože neznají správné zásady cvičení a zdůrazňují své zdravotní problémy. Pohyb seniorů by měl být klidný, pomalý a soustředěný. Pohybová aktivita je důležitá pro fyzický i psychický stav. Cvičení každému umožňuje zůstat aktivní. U cvičení seniorů je nutné zvolit správnou aktivitu. Pro seniory jsou vhodné takové pohybové aktivity, které člověka psychicky stabilizují a ovlivňují emocionalitu člověka. Jedná se především o relaxační cvičení. Při relaxaci jde o uvolnění, jímž se odstraňuje svalové a nervové napětí (Štilec, 2004).

7.2.2 Muzikoterapie

Hudba je důležitým prvkem v životě člověka a velmi intenzivně jedince ovlivňuje. Působí tlumivě na emoce a dokáže navodit uvolnění kosterního svalstva. Hudbu lze díky tomu terapeuticky využít při odstraňování úzkostných stavů. Uvolněný člověk žádný strach nepocituje. Význam hudby je obrovský. Může působit i preventivně – navozuje radost, pocity štěstí, může nahrazovat mezilidské vztahy, povznáší. Dokáže udržovat duševní rovnováhu člověka a může působit i jako prevence psychických poruch. Uplatnění můžeme najít i v diagnostice. U různých psychologických či psychiatrických vyšetření dokáže navodit atmosféru důvěry, umí odblokovat komunikační kanály. Hudba působí rehabilitačně – příjemná hudba dokáže odpoutat pozornost. Také aktivizuje, stimuluje duševní pochody, myšlenkové operace. Využívá se její analgetická schopnost – vybraný zvukový podnět může odvést pacientovu pozornost při bolestivém zákroku. V neposlední řadě má hudba velký význam výchovný a převýchovný (Pipeková, Vítková 2001).

Základní druhy muzikoterapie:

- a) receptivní muzikoterapie – zaměřuje se na poslech hudby, zvuků, šumu, ticha,
- b) aktivní muzikoterapie – využívá pohybu, tance, výtvarného projevu a další,

- c) strukturovaná muzikoterapie – klienti hrají podle předem stanovených pravidel (Pipeková, Vítková 2001).

7.2.3 Arteterapie

Arteterapii lze v širším slova smyslu uchopit jako léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance, výtvarného umění. V užším slova smyslu je léčbou výtvarným uměním. S arteterapií se setkáváme už v pravěké, kde nacházíme různé jeskynní malby na stěnách. Z uměleckého hlediska je vnímána jako odpočinková činnost, která obohacuje náš život. Používá se ke zlepšení tvořivosti lidí, podporuje sebeuzdravující procesy, vyžaduje aktivní zapojení, umožní ochotu riskovat, umožňuje jedinečný způsob sebevyjádření, poskytuje neverbálnost (Šicková – Fabrici, 2002).

Klíčovými cíly arteterapie jsou individuální a sociální cíle. Individuální cíle pomáhají k uvolnění, lepšímu sebeprožívání a sebevnímání, poznání vlastních možností, uspořádání svých zážitků, růstu osobní svobody a motivace, rozvoji osobnosti, rozvoji fantazie. Sociální cíle pomáhají k přijetí a uznání druhých lidí, pomoc k navázání kontaktů. Slouží ale i pro lepší komunikaci, pomoc ke společnému řešení problémů, získání zkušeností, pochopení, že i ostatní mají stejné problémy jako já. Arteterapie se dělí na receptivní, produktivní, individuální, skupinovou (Šicková – Fabrici, 2002).

- a) *Arteterapie receptivní* - hlavním cílem je poznání nitra a pocitů jiných lidí. Vyžaduje potřebu vcítění do díla, díky kterému může objevit duchovnost, životní sílu vlastní emoce, smutek a naději.
- b) *Arteterapie produktivní* - použití konkrétních tvůrčích činností, kam patří modelování, kresba, malba.
- c) *Arteterapie individuální* - klient má arteterapeuta pouze pro sebe, navazuje s ním úzký kontakt, díky tomu vzniká hlubší emocionální zážitek. Nejčastěji se tento typ arteterapie používá u lidí, kteří nemohou být pohromadě s jinými klienty. Jsou agresivní, nebo mají psychopatologické jevy.
- d) *Arteterapie skupinová* – mezi výhody patří: sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji, slouží k podpoře lidí, kteří mají stejné problémy, je demokratičtější, je více ekonomická, za stejný čas se pomůže více lidem. Mezi nevýhody patří: hůře se dosahuje diskretnosti, u individuální se diskretnost dosáhne lépe, skupina se hůře organizačně dá zvládnout, je důležitá lepší pozornost a obratnost

terapeuta, každému jednotlivci se v rámci celé skupiny věnuje méně času (Šicková – Fabrici, J. 2002).

7.2.4 Dramaterapie

„Dramaterapie je léčebně-výchovná disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledku psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ (Valenta, 2005).

S individuální dramaterapií se většinou setkáváme u lidí s autismem nebo trpících posttraumatickým stresovým syndromem. Do skupinové terapie řadíme rodinnou a partnerskou dramaterapii (Valenta, 2005).

Mezi hlavní cíle patří především zvyšování sociální inteligence a interakce, pomoc klientům naučit se schopnosti uvolnit se, pomoc klientům zvládnout svoje emoce, změnit nekonstruktivní chování, pomáhá rozvíjet spontánní chování, koncentraci a představitost, posiluje sebedůvěru a pomáhá klientům uvědomit si, co v životě dokázali (Valenta, 2005).

Mezi základní formy dramaterapie patří:

- a) *Ambulantní forma* – je záležitostí občanských sdružení, speciálních škol, neziskového sektoru.
- b) *Klinická forma* – je záležitostí léčen, psychiatrických oddělení, klinik.
- c) *Forma vedená v denních sanatoriích a stacionářích* (Valenta, 2005).

7.2.5 Akupresura

Akupresura je tradiční čínská masáž, která je založena na tlaku prstů. Existuje již tisíc let. Staří Číňané vytvořili systém, který umožňoval léčení i prevenci. Je při ní velmi důležitá spolupráce s nemocným. Při akupresuře a akupunktuře dochází ke stimulaci určitých důležitých bodů. Většina těchto bodů se nachází ve tkáni pod kůží. Při akupunktuře se používají velmi jemné jehly z oceli a v akupresuře se používají techniky masáže a tlaku prstů. Toto léčení provádí pouze dobře vyškolený odborník. Body se mají stlačovat kolmo k povrchu kůže bříškem prstů a pak lehce kroužit ve směru hodinových ručiček. Je potřeba tlak stupňovat při každém výdechu. Mezi další techniky patří lehká vibrace nebo rytmické poklepávání špičkami prstů. Akupresura se může aplikovat 3x denně, pokud to nečiní žádné obtíže a bolesti. Používá se pro

zlepšení vitalizace a aktivizace, pro zmírnění jednoduchých zdravotních obtíží a dalších lehčích onemocnění, u velmi oslabených lidí, u dětí, pro podporu tradiční léčby. Akupresuru není vhodné používat při lokálních změnách na kůži, hnisání, zánětech, po požití alkoholu, před jídlem nebo po jídle, pokud se potíže zhoršují nebo vracejí (Möhring, 2008).

7.2.6 Meditace

Vždy při meditaci je potřeba mít klidné prostředí, nejlepší je se zavřenýma očima. Měl by se předříkávat text písň např. modlitba sv. Františka. Slova by se měla předříkávat pomalu a poklidně. Tato poklidná slova umožňují lepší procvičení koncentrace. Nejlepší doba pro meditaci je ráno. Je dobré, aby meditace probíhala vždy ve stejnou dobu a pravidelně. Meditace je vhodné se věnovat tak 30 minut denně. Nejlepší pro meditaci by byla speciální místnost, nebo alespoň kout. Místnost pro meditaci by měla být klidná, tichá, mělo by tam být chladno. Neměla by to být přeplácená místnost, spíš méně zařízena. Dobré je medítovat v kolektivu. Při meditaci se doporučuje vzpřímená podoba. Vyrovnaná záda, páteř, krk a hlava, vše v jedné linii. Pokud sedíme na židli, tak židle by měla mít opěradlo a opěrky pro ruce. Další možností je posadit se na zem na polštář se zkříženýma nohama (Easwaran, 2004).

7.2.7 Masáž

Poprvé se s pojmem masáž setkáváme již z Číny a Egypta. Využívá se celá tisíciletí. Používá se k předcházení nemocem a léčení, pomáhá udržovat tělo a ducha ve formě. Základ slova pochází ze slova *massé*, *massa*, což znamená tvarovati, hnístí (Tischer, 2008).

Masáž slouží pro lepší zharmonizování nervového systému a dechu, slouží k doplnění energie pro imunitní systém, slouží k lepší stimulaci krevního a lymfatického oběhu, podporuje lepší obranyschopnost těla, slouží k uvolnění svalů po namáhavém sportu, zvyšuje svalové napětí, připravuje svaly k činnosti, podporují prokrvení kůže a odplavování nečistot, slouží ke zmírnění bolesti, zlepšuje kloubní pohyblivost, snižuje psychické napětí (Tischer, 2008).

7.2.8 Zooterapie

Zooterapie používá k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem zvířata. *„Základem této léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamocení a nemoci je zvíře. Vztah člověk a zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu.“* (Valenta, 2003).

Nejznámější formou je hippoterapie. Jde o formu léčby za pomoci koně. Další oblíbenou formou je canisterapie, při které se k léčebným účelům využívá pes. Používají se ale i jiná zvířata – například kočky, ptáci, hlodavci, králíci, kozy, ovce, ryby, plazi a obojživelníci (Valenta, 2003).

8 Celoživotní vzdělávání seniorů

Moderní přístup ve vzdělávání seniorů směřuje k tomu, aby starší i staří lidé zůstávali co nejdéle aktivní. Je potřeba využít k tomu vhodných motivačních nástrojů a specifických zásad pro lepší komunikaci (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Je potřeba pracovat s faktem, že starší člověk potřebuje k pochopení nových poznatků vlastní způsob a tempo. Je obtížné sladit potřeby a schopnosti několika seniorů. Je tedy nutný individuální přístup v rámci vzdělávací skupiny. Ten je pro vyučujícího velmi náročný. Vhodná motivace vede však většinou seniory k tomu, aby se našel vhodný kompromis a všichni byli spokojeni. Nerespektování této zásady či nechuť nebo neschopnost přizpůsobit se může vést k ukončení vzdělávací aktivity a ztrátě motivace (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Seniorovi je potřeba umožnit, aby měl k dispozici přehledné a názorné písemné informace. Učí se jinak než děti a mladí lidé. Koncentrace seniorů může být ovlivněna mnoha okolnostmi. Senior nedokáže zvládnout a přijmout mnoho informací naráz, je lépe je rozdělit na více částí (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Zvýšená unavitelnost a nedostatky v oblasti kognitivních funkcí způsobují to, že senior pomaleji přijímá informace. Při vzdělávání seniorů je důležité správně posoudit jejich schopnosti, respektovat jejich možnosti a dovednosti. Nerespektování této zásady může seniory od vzdělávání natrvalo odradit. I tady platí Komenského pravidlo o přiměřenosti ve způsobu a množství předaných poznatků. Vzdělávající by se měl vyjadřovat srozumitelně, pomaleji a častěji se ujišťovat, zda senior problematice rozumí, zda ji správně chápe a vysvětlit význam jednotlivých kroků, aby senior pochopil logiku v jejich návaznosti (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Už samotný fakt, že se senior vzdělává – zařídil si aktivitu, dostavil se, udržuje se v pozornosti, vede si zápisy, přemýšlí, přijímá nové podněty, může být vysilující. Starší člověk potřebuje k relaxaci více času. Není proto motivující stresovat ho vidinou povinnosti. Je již na zaslouženém odpočinku a své schopnosti učít se, plnit povinnosti spojené se vzděláváním a celoživotním pracovním nasazením už prokázal. Jeho vzdělávání v seniorském věku má jiný účel (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Doporučuje se vždy uvést informaci o tom, k čemu nabytá znalost bude, jaká je její využitelnost v životě. Zvolená témata by měla respektovat životní potřeby a výhledy seniorů. Vzdělávání motivuje seniora k úspěchu a je důležité ocenit píli a

snahu. Opět se jedná o obecnou pedagogickou zásadu vycházející z učení J. A. Komenského. Pochvala a ocenění totiž vytváří motivaci k další práci. Během výuky je velmi důležité dodržovat pravidelné přestávky (Klevetová, Dlabalová, 2008).

8.1 Vzdělávání seniorů v České republice

Realizace celoživotního vzdělávání se vyvíjí i u nás a nabízí seniorům různé vzdělávací programy v seniorských centrech, klubech, Univerzitách 3. věku či na Akademiích 3. věku (Klevetová, Dlabalová, 2008).

8.2 Seniorská centra a kluby pro seniory

V těchto centrech se scházejí senioři, kteří zde nadále rozvíjí aktivní způsob života. Rozsah aktivit v těchto centrech je rozmanitý a zaměřený na přání klientů. Jedná se o kurzy, odborné semináře, besedy na různé téma. Centra slouží jako prevence izolace od společenského dění seniorů. Tyto formy studia nelze srovnávat, neboť každá z nich je určena jiné skupině seniorů. Všichni nejsou schopni plnit požadavky univerzitního studia. Mnozí nikdy nestudovali a ani ve stáří tento zájem nemají. Rádi si však poslechnout zajímavou přednášku a besedu. Je to pro ně hezký zážitek a možnost ke společenskému vyžití. V těchto klubech se schází senioři s cílem strávit příjemný volný čas a naplnit ho vzdělávacími aktivitami s různým odborným zaměřením. Úkolem těchto klubů je umožnit a rozvíjet u starší generace bohatý a plnohodnotný život (Klevetová, Dlabalová, 2008).

8.3 Univerzity 3. věku

Univerzita třetího věku je specifickým programem celoživotně zájmově orientovaným. Jedná se o soubor programů celoživotního vzdělávání zaměřených na vzdělávání osob v postproduktivním věku. Základním posláním Univerzity 3. věku je otevření univerzitních zdrojů poznatků, vědomostí a dovedností osobám v seniorském věku a mezigenerační učení. Cílem těchto programů je poskytnout seniorům možnost, aby se kvalifikovaně a na univerzitní úrovni mohli systematicky seznamovat s nejnovějšími poznatky v oblasti vědy, historie, politiky, kultury apod. Mimo toho plní Univerzita 3. věku také výraznou sociální funkci a motivuje seniory k další aktivitě (Klevetová, Dlabalová, 2008).

8.4 Akademie 3. věku

Další formou vzdělávání seniorů jsou akademie třetího věku. Na rozdíl od univerzit nepožadují od zájemců učební nasazení a nutnost předchozího ukončeného vzdělání. Jejich úkolem je nabízet zajímavý a příjemný program, který senior přijímá, aniž by vyvíjel zvýšenou intelektuální činnost. Na Akademii třetího věku studují senioři, kteří se chtějí něčemu novému naučit a rozvíjet svoje zájmy. Zpravidla jsou pořádány ve dvousemestrálních cyklech (Klevetová, Dlabalová, 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jak využívají volný čas senioři v ústavní a v domácí péči z pohledu jejich pečujících, co je příčinou nemožnosti smysluplného využití volného času rizikových seniorů a jakým způsobem je v oslovených institucích vyhodnocována spokojenost rizikových seniorů s nabízenými volnočasovými aktivitami.

9.1 Sběr dat

Sběr dat byl proveden v Jihlavě formou kvantitativní metodologie – prostřednictvím dotazníků a to v počtu 100 kusů s mírou návratnosti 100 %. Kvantitativní výzkum využívá vysokého počtu respondentů a nižšího počtu zjištěných informací. Cílem výzkumu je přijmout či zamítnout předem stanovené hypotézy. Charakteristická je vysoká reliabilita a nízká validita (Linhart, Petrusek, Vodáková, Maříková, 1996).

9.2 Cílový, základní, výběrový soubor

Cílovým souborem jsou pečující o rizikové seniory. Základním souborem jsou pečující o rizikové seniory v Jihlavě. Výběrovým souborem jsou pečující o rizikové seniory na jihlavské ODN, Domově pro seniory Jihlava Lesnov p.o., Integrovaném centru sociálních služeb Jihlava p.o. a Životě 99, z.ú. v Jihlavě.

9.3 Dotazník

Dotazník slouží ke zjišťování informací v populaci jako celku nebo i v nějaké menší skupině. Na jejich základě dochází k vyhodnocování určitých skutečností a orientaci dalších kroků (Linhart, Petrusek, Vodáková, Maříková, 1996).

Dotazník (viz. Příloha č. 1) obsahuje 25 otázek a je tvořen jak otázkami otevřenými, uzavřenými a polootevřenými. 18 otázek bylo společných pro pečující z oblasti ústavní i domácí péče. 4 otázky byly zaměřeny pouze pečujícím o rizikové seniory v jejich domácím prostředí. 4 otázky byly určeny pečujícím o rizikové seniory v ústavní péči. Respondenti měli možnost jednak zaškrtnout vhodné odpovědi, u některých otázek byli vyzváni, aby svoji odpověď odůvodnili a více rozepsali.

9.4 Hypotézy

Pro realizaci kvantitativního výzkumu jsou nezbytné hypotézy, tedy určitá očekávání. Pro můj výzkum byly stanoveny 4 hypotézy zaměřené na volnočasové aktivity rizikových seniorů a způsob vyhodnocování spokojenosti rizikových seniorů s jejich plánováním a realizací.

9.5 Nastavení hypotéz

Hypotéza č. 1: Pečující o rizikové seniory v jejich domácím prostředí se otázkou plánování jejich volnočasových aktivit nezabývají.

Při stanovení hypotézy č. 1 se pracovalo s předpokladem, že pečující, kteří dochází k rizikovým seniorům do jejich domácností, neplánují volnočasové aktivity s rizikovými seniory, tudíž ani nejsou realizovány. Čas, který tráví v domácnosti rizikového seniora je omezený a daný mírou jeho potřeb. Proto se pracovalo s domněnkou, že tito pečující poskytují především úkony spojené s péčí o vlastní osobu – převážně hygiena, krmení klientů, úklid domácnosti nebo zajištění nákupu. Plánováním a smysluplným využitím volnočasových aktivit se zabývají rodinní příslušníci.

V souvislosti s touto problematikou byla řešena i otázka, s jakou rizikovou skupinou seniorů pracují pečující nejvíce, o kolik takových seniorů se starají v přímé péči a kdo má plánování volnočasových aktivit ve své kompetenci.

Hypotéza č. 2: Rizikovní senioři nejčastěji tráví volný čas sledováním televize.

Tato hypotéza byla nastavena na základě mých osobních zkušeností při práci s rizikovými seniory. Z důvodu častého a v některých situacích i rychlého zhoršování zdravotního stavu často dochází i k omezenému výběru volnočasových aktivit, které mohou rizikovní senioři realizovat. S omezeným pohybem roste i strach seniorů někam si zajít. Proto si raději pustí rádio nebo televizi.

V rámci nastavení této hypotézy byla řešena i otázka zapojení rodinných příslušníků do plánování volnočasových aktivit rizikového seniora a zájmu samotných rizikových seniorů o smysluplné využití volného času. Zároveň zde byla vyhodnocena otázka trávení volného času pobytem venku nebo na procházkách, jestli je v Jihlavě nabídka volnočasových aktivit pro rizikové seniory dostačující a jestli mají rizikovní senioři zájem využívat možnosti dalšího vzdělávání.

Hypotéza č. 3: Pečující o rizikové seniory nevyhodnocují spokojenost rizikových seniorů s naplánovanými aktivitami.

Při nastavení této hypotézy vycházel předpoklad z osobní zkušenosti a především ze zájmu zjistit, jestli se oslovené instituce touto otázkou zabývají. V rámci samotného plánování a realizace volnočasových aktivit je potřeba brát v potaz individuální potřeby rizikových seniorů a program tomu přizpůsobit. Zde bylo zkoumáno, jestli je vůbec spokojenost klientů řešena a jakým způsobem je s touto problematikou dále pracováno s ohledem na další plánování volnočasových aktivit.

V rámci nastavení této hypotézy byla posuzována i otázka návštěvy rizikových seniorů jiných zařízení jako je Klub pro seniory nebo Denní stacionář pro seniory. Toto zapojení bylo použito jednak jako možný prostředek pro vytvoření úzké spolupráce s těmito subjekty a možnosti rozšíření plánovaných aktivit, ale hlavně jako seznámení se se způsobem vyhodnocování realizovaných aktivit (pokud zde existuje), který by event. mohli oslovené instituce s jistými úpravami využít.

Dále bylo zkoumáno, zda se rizikovní senioři mohou přímo podílet na plánování volnočasových aktivit a jak často tyto aktivity lze využít. Je zde pracováno s domněnkou, že pokud rizikový senior dostane prostor přímo se na plánování volnočasových aktivit podílet, bude více motivován, což může mít zásadní vliv i na jeho spokojenost.

Zároveň bylo zjišťováno, jak často mohou rizikovní senioři naplánované aktivity využít.

Hypotéza č. 4: Rizikovní senioři nemohou smysluplně využívat volný čas kvůli špatnému zdravotnímu stavu.

Tato hypotéza byla nastavena především na základě osobní konzultace s lékaři z jihlavské nemocnice a s dobrovolníky, kteří dobrovolně vykonávají činnost v oblasti domácí péče. Vycházelo se z názoru, že je potřeba přihlédnout vždy k aktuálním potřebám klientů. Předpokládám, že zdravotní stav hraje klíčovou roli ohledně možností využití volnočasových aktivit u rizikových seniorů před stavem psychickým.

Bylo zde i zjišťováno, jestli rodinní příslušníci věnují rizikovým seniorům dostatek svého času. Tato problematika zde byla řešena z toho důvodu, že se budou například velmi lišit možnosti rizikového seniora s omezenou hybností, o kterého ale rodina denně pečuje a je schopna s ním například někam zajít nebo zajet a rizikového seniora, za kterým rodinní příslušníci přicházejí nepravidelně, tudíž je plánování či realizace volnočasových aktivit pouze v jeho kompetenci.

9.6 Konceptualizace

Konceptualizace obsahuje definice pojmů, které se vyskytují v hypotézách.

Hypotéza č. 1:

Pečující = pečující je ten, kdo se stará o svého nemocného blízkého (dítě, manžela, manželku, druha, družku, rodiče, sourozence) a to 24 hod. denně, ale i několik hodin týdně, např. při svém zaměstnání. Pečující pomáhá potřebnému při jakýchkoliv činnostech, které sám nezvládne. Nezáleží přitom, zda potřebný pobírá příspěvek na péči. Jediné kritérium je to, že pomoc potřebuje (Matoušek, 2013).

Rizikový senior = starý člověk, který se není schopen účinně a rychle přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu (Zavázalová, 2001).

Domácí prostředí = prostředí, které je člověku vlastní, měl by zde nabývat pocitu jistoty a bezpečí (Misconiová, 1998).

Volnočasové aktivity = činnosti, které si dobrovolně vybíráme, baví nás a zajímají a jsou konané mimo pracovní dobu (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Hypotéza č. 2:

Rizikový senior = starý člověk, který se není schopen účinně a rychle přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu (Zavázalová, 2001).

Volný čas = čas, kdy se jedinec nevěnuje povinnostem typu vzdělávání či zaměstnání. Volný čas lze charakterizovat jako dobu, kdy se jedinec věnuje sportovnímu či kulturnímu vyžití. Jedná se o určitou formu odpočinku od každodenních povinností (Pávková, 2002).

Hypotéza č. 3:

Pečující = pečující je ten, kdo se stará o svého nemocného blízkého (dítě, manžela, manželku, druha, družku, rodiče, sourozence) a to 24 hod. denně, ale i několik hodin týdně, např. při svém zaměstnání. Pečující pomáhá potřebnému při jakýchkoliv činnostech, které sám nezvládne. Nezáleží přitom, zda potřebný pobírá příspěvek na péči. Jediné kritérium je to, že pomoc potřebuje (Matoušek, 2013).

Spokojenost = jedincovo hodnocení jeho pocitu štěstí (Dosedlová, Slováčková, 2008).

Rizikový senior = starý člověk, který se není schopen účinně a rychle přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu (Zavázalová, 2001).

Naplánovaná aktivita – vykonávání či iniciování akcí.

Hypotéza č. 4:

Rizikový senior = starý člověk, který se není schopen účinně a rychle přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu (Zavázalová, 2001).

Volný čas = čas, kdy se jedinec nevěnuje povinnostem typu vzdělávání či zaměstnání. Volný čas lze charakterizovat jako dobu, kdy se jedinec věnuje sportovnímu či kulturnímu vyžití. Jedná se o určitou formu odpočinku od každodenních povinností (Pávková, 2002).

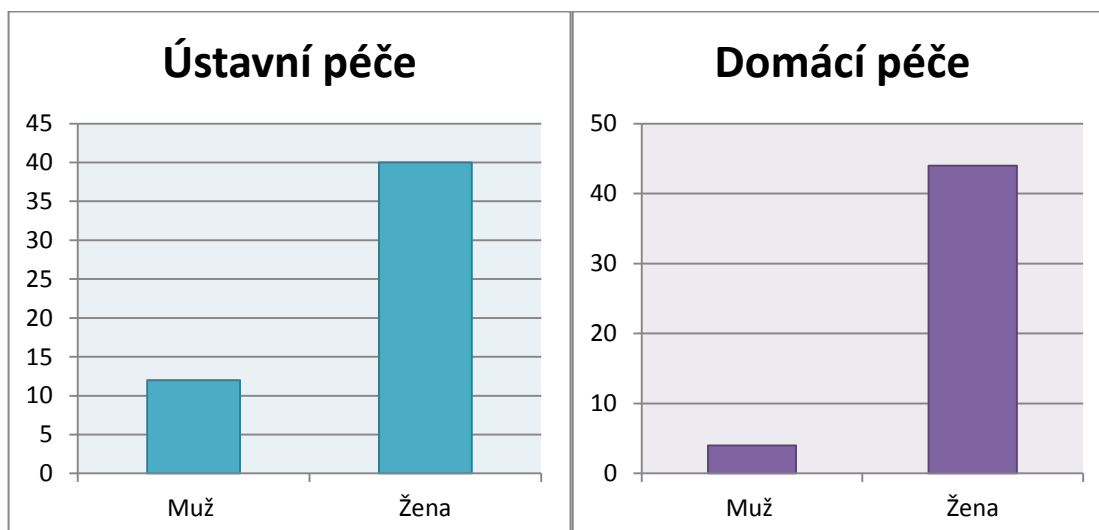
Zdravotní stav = WHO definuje zdraví jako stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody.

10 Interpretace získaných dat

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Muž	Žena
16	84

Tabulka č. 1: pohlaví respondentů



Graf č. 1: Porovnání pohlaví respondentů v oblasti ústavní a domácí péče.

Komentář:

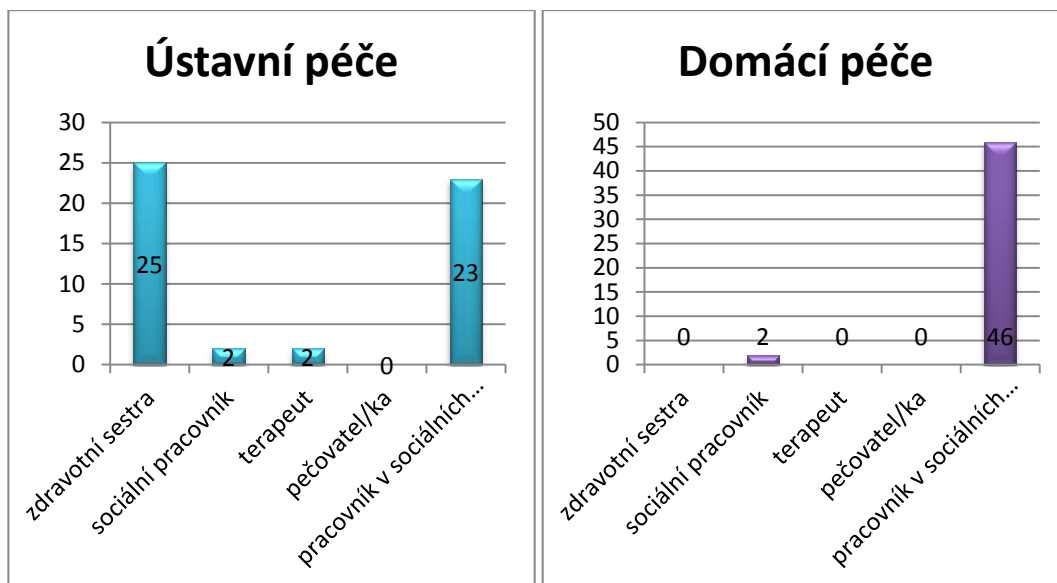
Výzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentů. Z toho bylo 16 mužů a 84 žen.

V oblasti ústavní péče bylo mezi respondenty 12 mužů – 9 mužů na ODN a 3 muži v Domově pro seniory Jihlava Lesnov p.o. V domácí péči 4 muži – 1 v Integrovaném centru sociálních služeb p.o. a 3 muži v Životě 99 z.ú.

Otázka č. 2: Pracovní pozice respondentů

Zdravotní sestra	Sociální pracovník	Terapeut	Pečovatel/ka	Pracovník v soc. službách	Jiné (prosím uveďte)
25	4	2	0	69	0

Tabulka č. 2: pracovní pozice respondentů



Graf č. 2: Porovnání personálního zastoupení respondentů v oblasti ústavní a domácí péče, kteří se zúčastnili výzkumu.

Komentář:

Nejvíce respondentů je zaměstnáno na pozici pracovníka v sociálních službách. V oblasti ústavní péče je na této pozici 23 dotazovaných a v oblasti domácí péče 46 dotazovaných. Vysoké zastoupení měla v rámci ústavní péče i pozice zdravotních sester - 15 respondentů odpovídalo za Domov pro seniory Jihlava Lesnov p.o. a 10 respondentů za ODN.

Otázka č. 3: Zařízení, ve kterém jsou respondenti zaměstnáni

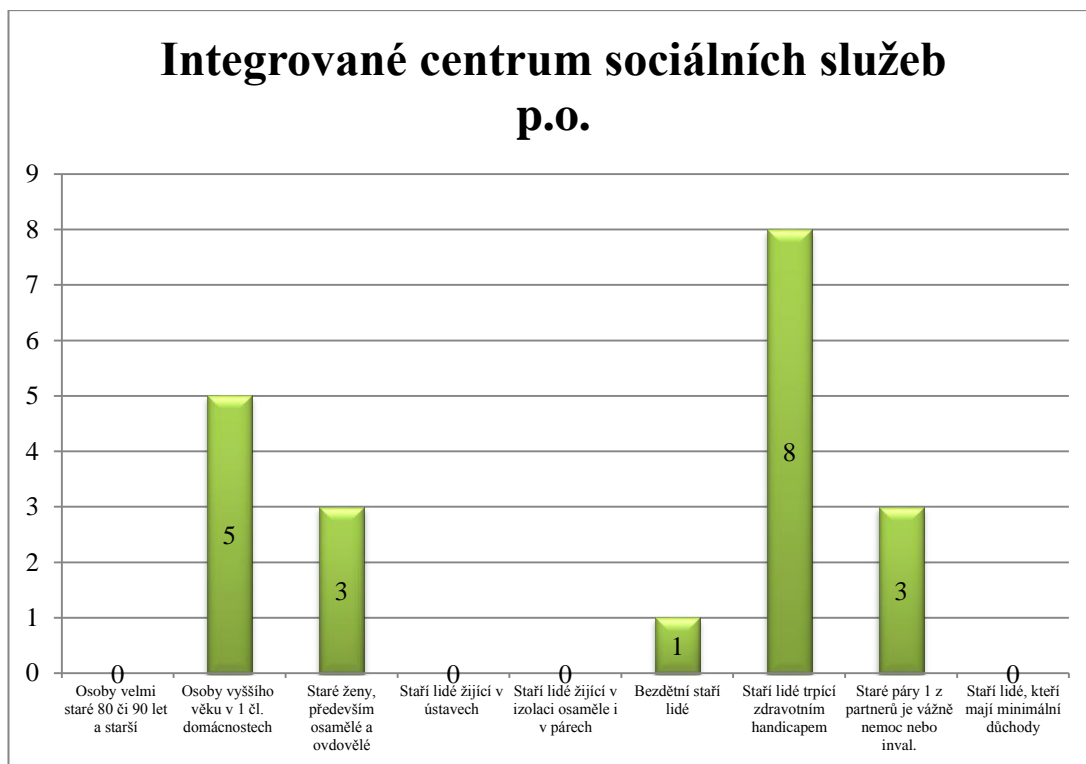
ICSS p.o.	Život 99, z.ú.	DpS Jihlava – Lesnov p.o.	ODN
20	28	35	17

Tabulka č. 3: počet respondentů v jednotlivých zařízeních

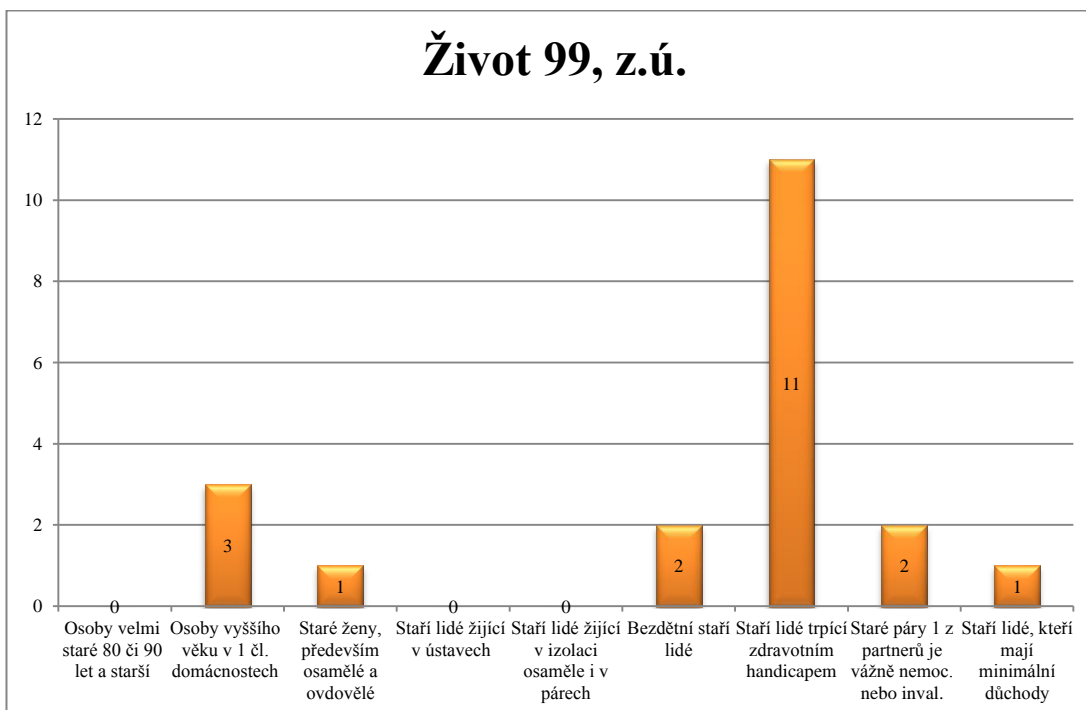
Komentář:

Za oblast domácí péče se výzkumu zúčastnilo 48 pečujících o rizikové seniory a za oblast ústavní péče 52 pečujících.

Otázka č. 4: S kterým typem rizikových seniorů se respondenti nejvíce setkávají ve své praxi?



Graf č.3: Nejvíce zastoupené skupiny rizikových seniorů v oblasti domácí péče z pohledu pečujících z Integrovaného centra sociálních služeb Jihlava p.o.



Graf č. 4: Nejvíce zastoupené skupiny rizikových seniorů v oblasti domácí péče z pohledu pečujících ze Života 99 z.ú.

Komentář:

Nejvíce zastoupenou rizikovou skupinou v oblasti domácí péče jsou staří lidé trpící zdravotním handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou se ukázaly osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech.

100 % pečujících z oblasti ústavní péče označili skupinu starých lidí žijících v ústavech. 12 respondentů ještě k této skupině zaznamenalo staré lidi trpící zdravotním handicapem a 5 respondentů staré lidi, kteří mají minimální důchody.

Respondenti z Integrovaného centra sociálních služeb p.o. jednoznačně uvádějí, že se aktivitou plánování a realizace volnočasových aktivit vůbec nezabývají. Respondenti ze Života 99 z.ú. volnočasové aktivity realizují a jsou výhradně v kompetenci pracovníků v sociálních službách.

Otázka č. 5: O kolik rizikových seniorů se respondenti běžně starají v přímé péči?

Komentář:

14 zaměstnanců Integrovaného centra sociálních služeb uvádí, že má denně v přímé péči 7 rizikových seniorů. 6 zaměstnanců uvádí počet 4. Po doptání vedení uvedené instituce byla tato informace doplněna o údaj, že menší počet rizikových seniorů v přímé péči uváděli pečující, kteří pracují na zkrácený pracovní úvazek. V případě pečujících v Životě 99 z.ú. uvedlo 25 pečujících počet rizikových seniorů v přímé péči 6 a 3 pečující počet 4. Nižší počet klientů byl zaznamenán od pečujících, kteří dochází i k rodinám s handicapovanými dětmi.

Otázka č. 6: Kdo má v oslovených institucích ve své kompetenci plánování volnočasových aktivit ve své kompetenci?

Komentář:

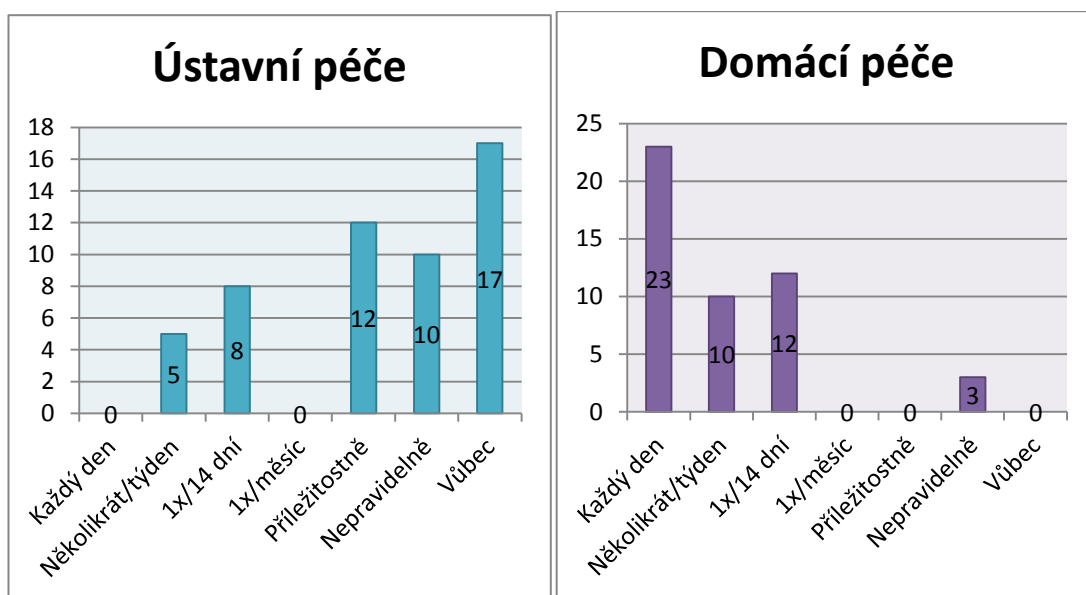
Ze 48 dotazovaných v oblasti domácí péče, odpovědělo 20 pečujících z Integrovaného centra sociálních služeb p. o., že se otázkou plánování a realizace volnočasových aktivit pro rizikové seniory vůbec nezabývají, ale 28 pečujících, kteří jsou zaměstnanci Života 99 z.ú., tyto aktivity s rizikovými seniory realizují a jsou výhradně v kompetenci pracovníků v sociálních službách. V oblasti ústavní péče uvedlo 37 respondentů variantu pracovníka v sociálních službách a 15 respondentů označilo možnost terapeuta.

Otázka č. 7: Zda je plánování volnočasových aktivit pro rizikové seniory náplní pracovní činnosti respondentů?

Komentář:

Možnost ano zvolilo 28 pečujících z oblasti domácí péče a to výhradně z organizace Život 99 z.ú., neboť jak už bylo výše zmíněno pečující z Integrovaného centra sociálních služeb p.o. se touto aktivitou vůbec nezabývají. V oblasti ústavní péče se plánováním volnočasových aktivit pro rizikové seniory zabývá 25 respondentů. Zbývajících 27 pečujících z oblasti ústavní péče zvolilo variantu ne – jednalo se o 25 zdravotních sester a 2 sociální pracovníky.

Otázka č. 8: Kolik času průměrně tráví riziková senioři, o které respondenti pečují, se svými rodinnými příslušníky?

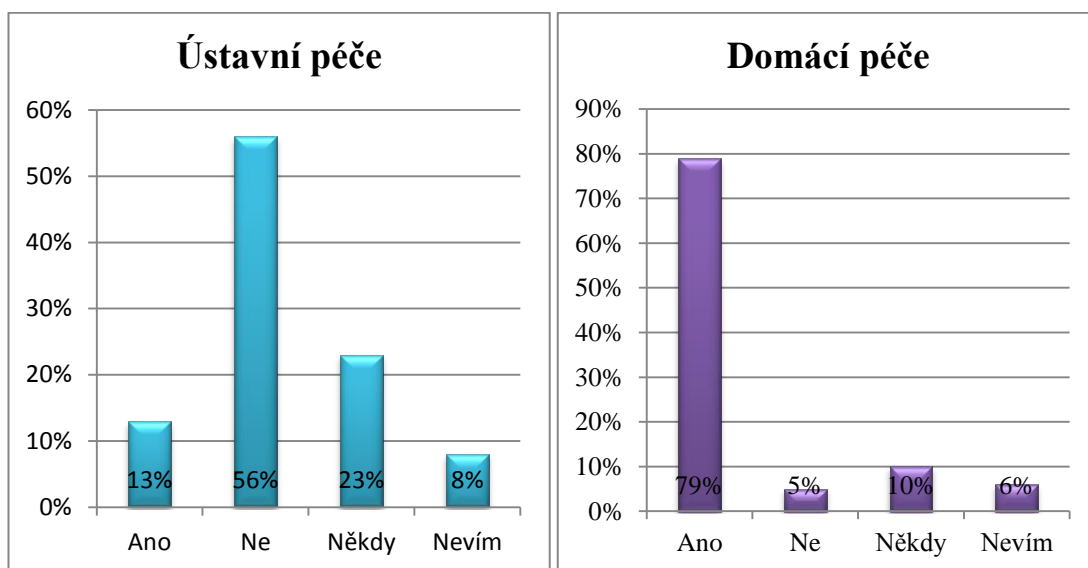


Graf č. 5: Porovnání názorů pečujících z ústavní a domácí péče na intenzitu setkání rizikových seniorů, o které pečují, se svými rodinnými příslušníky.

Komentář:

V oblasti trávení času rizikových seniorů se svými rodinnými příslušníky se názory respondentů z oblasti ústavní a domácí péče výrazně rozcházejí. Zatímco žádný z oslovených pečujících v oblasti ústavní péče nezvolil variantu každodenního setkání, pečující v oblasti domácí péče označili tuto variantu celkem 23 x.

Otázka č. 9: Zda se podílí rodinní příslušníci na plánování volnočasových aktivit pro rizikové seniory?



Graf č. 6: Porovnání názorů pečujících na zapojení rodinných příslušníků do plánování volnočasových aktivit rizikových seniorů.

Komentář:

Po vyhodnocení pohledu pečujících v ústavní péči na zapojení rodinných příslušníků do plánování volnočasových aktivit byla zjištěna tato data: 13 % uvádí, že se rodinní příslušníci zapojují, 56 % uvádí, že ne. Dalších 23 % uvedlo variantu někdy a zbývajících 8 % neví. Výpovědi pečujících v domácí péči byly diametrálně rozdílné: 79 % udává, že se rodinní příslušníci zapojují. 5 % ne, 10 % zvolilo variantu někdy a 6 % neví.

Otázka č. 10: Zda se respondenti domnívají, že rodinní příslušníci věnují rizikovým seniorům, o které pečují, dostatek času?

Ano	Spíše ano	Ne	Rozhodně ne	Nedokážu posoudit
34	9	39	5	13

Tabulka č. 4: Názory pečujících k otázce, zda rodinní příslušníci věnují rizikovým seniorům dostatek času.

Komentář:

Nikdo z respondentů v oblasti ústavní péče se nedomnívá, že rodinní příslušníci věnují rizikovým seniorům dostatek svého času. 3 respondenti zvolili variantu spíše ano, 36 variantu ne. 5 respondentů vybralo variantu rozhodně ne a 8 nedokáže situaci posoudit. V oblasti domácí péče se 34 respondentů přiklonilo k možnosti ano, 6 spíše ano, 3 respondenti zvolili variantu ne a 5 respondentů nedokáže situaci posoudit.

Otázka č. 11: Pokud respondenti na otázku č. 10 odpověděli ne nebo rozhodně ne, čím si to vysvětlují?

Nemají zájem	Nemají časové možnosti	Špatné vztahy v rodině s rizikovým seniorem
27	6	11

Tabulka č. 5: Čím je ovlivněno z pohledu respondentů, že rodinní příslušníci nevěnují rizikovým seniorům dostatek svého času.

Komentář:

Na tuto otázku odpovídalo pouze 44 respondentů, neboť navazovala na otázku předchozí a záviselo na ní, jakou možnost respondenti zvolili.

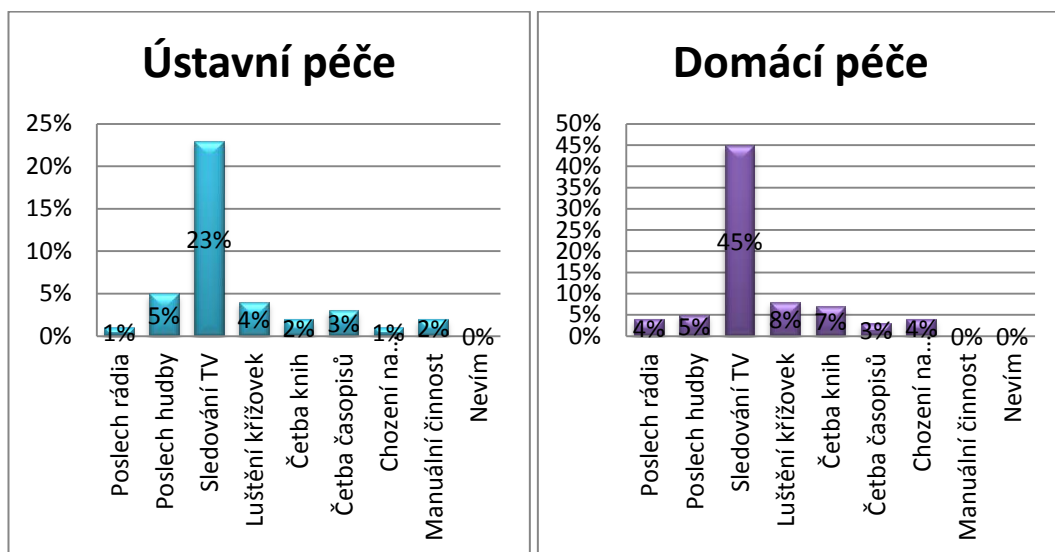
Otázka č. 12: Mají samotní rizikovní senioři zájem svůj čas smysluplně využívat?

Komentář:

V otázce zájmu samotných rizikových seniorů o smysluplné využití jejich volného času byly zjištěny následující výsledky: pečující v oblasti ústavní péče uvádí, že 48 % rizikových seniorů zájem má, 22 % zvolilo odpověď spíše ano, 25 % uvádí, že zájem není a 5 % nedokáže tuto problematiku posoudit.

Pečující v oblasti domácí péče odpovídali následujícím způsobem: 52 % se domnívá, že zájem rizikovní senioři mají, 31 % se přiklonilo k odpovědi spíše ano, 7 % tvrdí, že rizikovní senioři zájem nemají a 10 % nedokáže situaci posoudit.

Otázka č. 13: Jaké aktivitě se rizikovní senioři z pohledu jejich pečujících věnují nejraději?



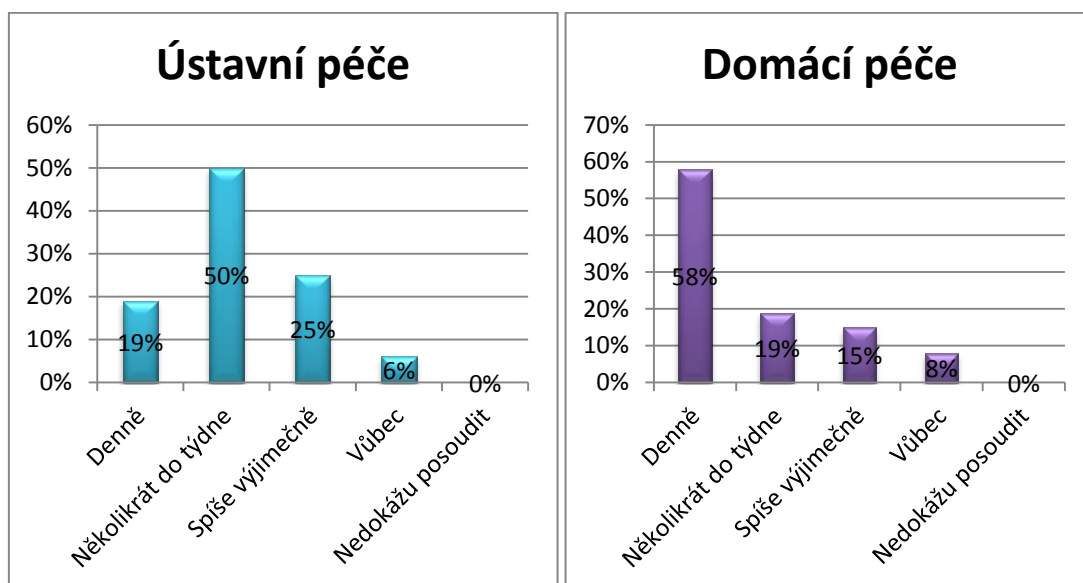
Graf č. 7: Názory pečujících v ústavní péči na nejčastější využití volnočasových aktivit u rizikových seniorů.

Komentář:

Z výzkumu se jednoznačně prokázalo, že rizikovní senioři nejčastěji tráví volný čas sledováním televize.

68 % respondentů s tímto tvrzením souhlasí. Dalších 12 % dotázaných uvádí luštění křížovek, 9 % četbu knih, 5 % chození na procházky, 4 % poslech rádia a 2 % manuální činnost s rizikovým seniorem.

Otázka č. 14: Jak často tráví rizikovní senioři volný čas pobytem venku nebo na procházce?

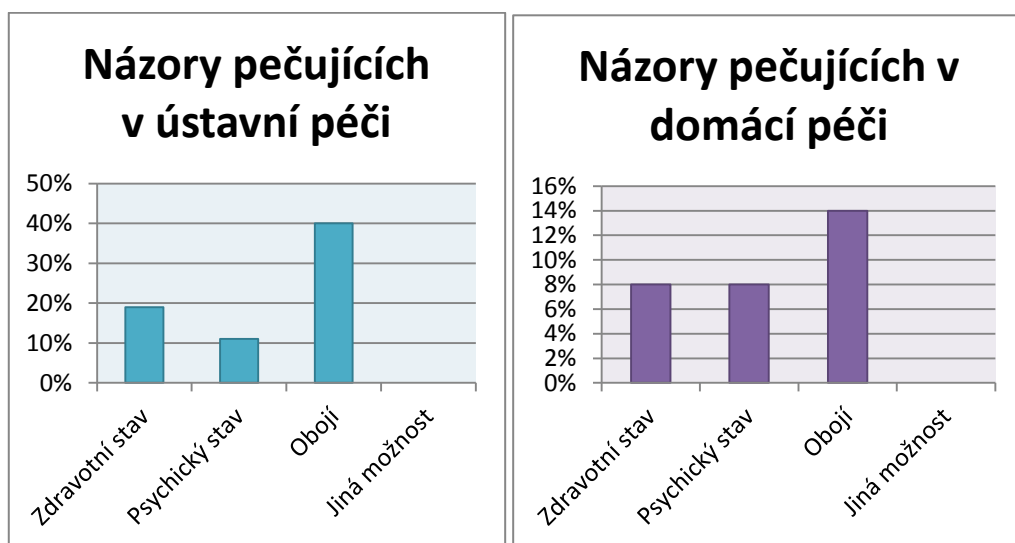


Graf č. 8: Porovnání názoru pečujících na intenzitu využití volného času rizikových seniorů pobytem venku nebo na procházce.

Komentář:

Vyhodnocení ohledně pobytu rizikových seniorů venku nebo na procházkách proběhlo následovně: 19 % pečujících z ústavní péče uvádí variantu, že rizikovní senioři tráví volný čas venku nebo pobytem na procházce denně, 50 % se přiklonilo k variantě několikrát za týden, 25 % zastává názor, že rizikovní senioři jsou venku výjimečně a 6 % uvedlo variantu, že vůbec. V oblasti domácí péče bylo dosaženo těchto vyhodnocení: 58 % uvádí variantu denního využití, 19 % potvrdilo variantu několikrát do týdne, 15 % výjimečně a 8 % vůbec. Žádný z pečujících ať už v oblasti domácí nebo ústavní péče nezvolil variantu, že nedokáže situaci posoudit.

Otázka č. 15: Co vnímají respondenti jako největší překážku proto, aby rizikovní senioři, o které pečují, mohli svůj čas smysluplně využít?



Graf č. 9: Největší překážky pro smysluplné využití volného času rizikových seniorů.

Komentář:

Zdravotní stav uvádí jako překážku 27 % dotázaných, psychický stav 19 %. Největší zastoupení měla odpověď kombinace zdravotního i psychického stavu – tedy obojí – k této variantě se přiklání 54 % respondentů.

Otázka č. 16: Domníváte se, že je v Jihlavě nabídka volnočasových aktivit pro rizikové seniory dostačující?

Komentář:

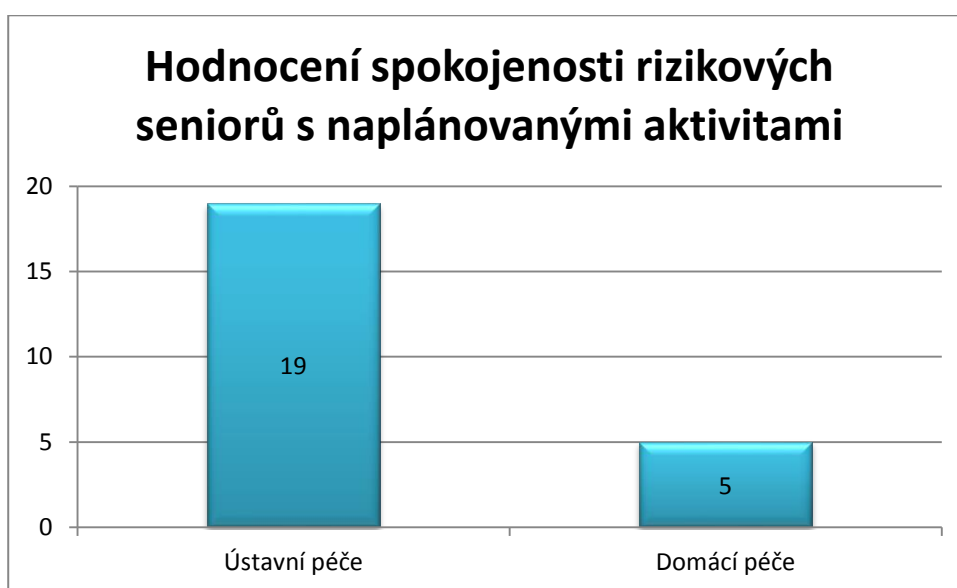
V problematice dostatečné nabídky volnočasových aktivit pro rizikové seniory v Jihlavě odpovídali respondenti z oblasti ústavní péče následujícím způsobem: 35 % se domnívá, že nabídka dostačující je, 33 % zastává názor, že ne a 32 % nedokáže situaci posoudit. V oblasti domácí péče se došlo k těmto závěrům: 40 % zastává názor, že je nabídka dostačující, 31 % nabídka dostačující není a 29 % nedokázalo posoudit.

Otázka č. 17: Kolik rizikových seniorů, o které pečujete, využívá možnost dalšího vzdělávání?

Komentář:

V otázce dalšího vzdělávání se jednoznačně shodli jak pečující v oblasti ústavní péče, tak pečující z oblasti domácí péče, že nemají v přímé péči nikoho, kdo by tuto možnost využíval.

Otázka č. 18: Vyhodnocujete nějakým způsobem spokojenost rizikových seniorů s realizovanými volnočasovými aktivitami?



Graf č. 10: Míra vyhodnocování oslovených subjektů spokojenosti rizikových seniorů s naplánovanými aktivitami (vyjádřeno v procentech).

Komentář:

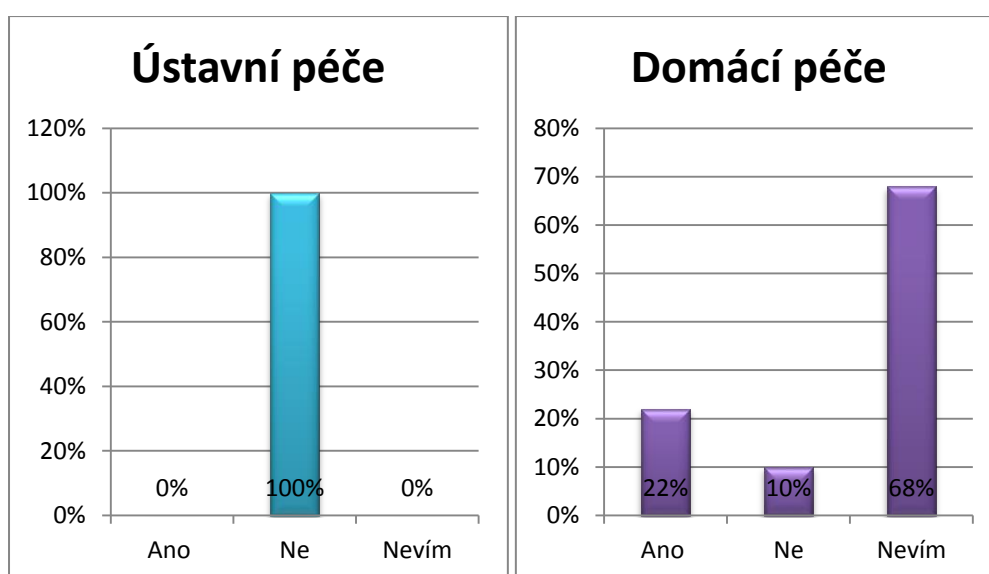
76 % všech respondentů odpovědělo, že spokojenost rizikových seniorů s naplánovanými aktivitami nevyhodnocuje. Zbývajících 24 % ano. V doplňující otázce „jakým způsobem“ bylo sděleno v rámci domácí péče, že formou osobního rozhovoru. Jeden z těchto pečujících odpověď doplnil - klientů se ptá proto, že někteří nejsou schopni kvůli špatnému zdravotnímu stavu psát. V oblasti ústavní péče se o spokojenost rizikových seniorů zajímá 19 % pečujících, v oblasti domácí péče 5 % pečujících.

Otázka č. 19: Kde žijí rizikovní senioři, o které respondenti pečují?

Komentář:

42 pečujících z oblasti domácí péče zvolilo variantu, že se rizikovní senioři, o které pečují, nacházejí ve své domácnosti. Dalších 6 pečujících označilo možnost, že rizikovní senioři žijí u rodinných příslušníků.

Otázka č. 20: Navštěvují rizikovní senioři, o které pečujete, Klub pro seniory nebo Denní stacionář pro seniory?



Graf č. 11: Porovnání názorů pečujících v oblasti ústavní a domácí péče na využití rizikových seniorů, o které pečují, Klubu pro seniory a Denního stacionáře pro seniory.

Komentář:

22 % respondentů pečuje o rizikové seniory, kteří uvedené instituce navštěvují. 10 % ne a variantu nevím, jestli rizikový senior uvedené instituce navštěvuje, zvolilo 68 % respondentů.

Otázka č. 21: Zaznamenali jste u rizikových seniorů, o které pečujete, zájem o nějakou činnost/aktivitu, kterou nelze realizovat?

Komentář:

V oblasti domácí péče se s touto skutečností setkala 13 % respondentů a 87 % ne. 4 pečující uvedli z konkrétních aktivit keramickou dílnu a 2 pečující výjezdy na kulturní akce mimo město.

Otázka č. 22: Navazuje na otázku č. 21 a sice zkoumá, co je důvodem, že se riziková senioři nemohou těmto aktivitám věnovat?

Komentář:

Důvodem, proč nelze aktivity naplnit, byly uvedeny finance a nedostatek pracovníků.

Otázky č. 23 – 26 byly určeny pečujícím z oblasti ústavní péče.

Otázka č. 23: Mají riziková senioři ve vašem zařízení možnost přímo se podílet na plánování volnočasových aktivit?

Komentář:

Vyhodnocení dat ohledně možnosti rizikových seniorů přímo se podílet na plánování volnočasových aktivit dopadlo následovně: 19 % pečujících v ústavní péči zvolilo variantu ano, 81 % variantu ne.

Otázka č. 24: Jak často mohou ve vašem zařízení riziková senioři využít naplánované aktivity?

Komentář:

V oblasti časových intervalů využití volnočasových aktivit rizikových seniorů byla získána tato data: v oblasti ústavní péče zastává 6 % názor, že riziková senioři mohou naplánované volnočasové aktivity využívat denně. 94 % pečujících vyjádřilo názor, že několikrát do týdne. Nikdo nezvolil variantu 1x/měsíc.

Otázka č. 25: Existují nějaké volnočasové aktivity, o které mají rizikovní senioři zájem, ale nemohou být z nějakého důvodu ve vašem zařízení realizovány?

Komentář:

V oblasti zaznamenání aktivit, o které by rizikovní senioři měli zájem, ale nemohou být z nějakého důvodu realizovány, odpovědělo 28 % pečujících z oblasti ústavní péče, že se s touto skutečností setkalo a 72 % nikoliv. 10 z těchto pečujících uvedlo tyto konkrétní aktivity: bazén, sauna, návštěva ZOO, výlet do přírody a výlety mimo zařízení.

Otázka č. 26: Navazuje na otázku č. 25. Pokud pečující v předchozí otázce odpověděli ano, měli uvést důvod, proč nemohou být tyto aktivity realizovány.

Komentář:

Důvodem, proč nelze tyto aktivity realizovat byly uvedeny tyto faktory: zdravotní stav rizikových seniorů, nemožnost je na místo přepravit a nemožnost zajištění dostatečné péče mimo zařízení.

11 Diskuse

K otázce plánování volnočasových aktivit přistupuje každý poskytovatel sociální služby různým způsobem. Důležité je, jakým způsobem je služba zaregistrována v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jak v oblasti ústavní péče, tak i v oblasti domácí péče hraje tato problematika zásadní roli. Integrované centrum sociálních služeb p.o. a Život 99 z.ú. mají registrovanou formu terénní péče. Přesto se pečující v Integrovaném centru sociálních služeb p.o. plánováním volnočasových aktivit pro rizikové seniory vůbec nezabývají. Ač § 39 a 40 Zákona o sociálních službách tyto aktivity zahrnuje, zaměřuje se toto zařízení převážně na úkony spojené s péčí o vlastní osobu – hlavně hygienu, krmení a úklid domácnosti.

Pacovský a Heřmanová (1981) shledávají největší riziko u seniorů ve ztrátě soběstačnosti a vzniku závislosti na jiné osobě. Z výzkumu vyplývá, že tyto osoby jsou nejčastějšími uživateli sociální služby v oblasti domácí péče. Naprostá většina pečujících z této oblasti uvedla, že nejvíce pečuje o seniory, kteří trpí zdravotním handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím).

Holczerová, Dvořáčková (2013) se zabývají konkrétními možnostmi využití volnočasových aktivit seniorů. S ohledem na možnosti a zdravotní stav jsou doporučovány především pohybové aktivity. V oblasti domácí i ústavní péče se pečující jednoznačně shodli na tom, že rizikovní senioři, o které pečují, tráví nejvíce času sledováním televize. Misconiová (1993) uvádí také důležitost zapojení rodinných příslušníků do péče o rizikového seniora a trávení společného času. V rámci provedeného výzkumu se výrazně rozcházejí názory pečujících v oblasti ústavní a domácí péče. Dá se říci, že rizikovní senioři, kteří setrvávají ve svém domácím prostředí, podporu ze strany rodinných příslušníků ve většině případů mají. V oblasti ústavní péče nikoliv a jejich návštěvy v zařízeních jsou spíše výjimečné.

Každý poskytovatel sociální služby musí mít zpracovány Standardy kvality poskytovaných služeb, jejichž znění upřesňuje vyhláška č. 505/2006 Sb. prováděcího předpisu k Zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Standard č. 15 nastavuje Zvyšování kvality sociální služby. Zde by měly být zaznamenány mimo jiné mechanismy ověřování a zjišťování kvality poskytované služby a spokojenost uživatelů služby. Zaměřila jsem se proto i na otázku, jestli vůbec zjišťují poskytovatelé sociální služby spokojenost rizikových seniorů s naplánovanými

aktivitami, popřípadě jakým způsobem. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že se otázkou spokojenosti rizikových seniorů zabývá v oblasti ústavní péče 19 % respondentů a v oblasti domácí péče 5 % respondentů. Dá se zde říci, že je tato problematika velmi podceňována a poskytovatelé sociálních služeb se spokojeností svých uživatelů příliš nezabývají.

Klevetová a Dlabalová (2008) kladou důraz na motivaci při práci se seniory. V souvislosti s tímto tématem jsem se respondentů zeptala, zda se mohou riziková senioři přímo podílet na plánování a organizaci volnočasových aktivit. Právě zapojení seniora a to, že mu dáme v rámci kolektivu nějakou roli, může fungovat jako důležitý motivační prvek. Tuto možnost ale dává rizikovým seniorům pouze 19 % respondentů z oblasti ústavní péče.

Na základě vyhodnocených dat a konfrontace s literaturou se dá říci, že se praxe značně liší od teorie. Ne vždy je tento závěr ve prospěch rizikových seniorů, kteří nemají na výběr a sociální službu nebo dlouhodobou ústavní péči potřebují nebo jsou na ni přímo odkázáni.

Ověřování nastavených hypotéz:

Hypotéza č. 1: Pečující o rizikové seniory v jejich domácím prostředí se otázkou plánování jejich volnočasových aktivit nezabývají.

Tuto hypotézu se nepodařilo potvrdit. Ze 48 dotazovaných v oblasti domácí péče, odpovědělo 20 pečujících z Integrovaného centra sociálních služeb p.o., že se otázkou plánování a realizace volnočasových aktivit pro rizikové seniory vůbec nezabývají, ale 28 pečujících, kteří jsou zaměstnanci Života 99 z.ú., tyto aktivity s rizikovými seniory realizují.

14 zaměstnanců Integrovaného centra sociálních služeb uvádí, že má denně v přímé péči 7 rizikových seniorů. 6 zaměstnanců uvádí počet 4. Po doptání vedení uvedené instituce byla tato informace doplněna o údaj, že menší počet rizikových seniorů v přímé péči uváděli pečující, kteří pracují na zkrácený pracovní úvazek. V případě pečujících v Životě 99 z.ú. uvedlo 25 pečujících počet rizikových seniorů v přímé péči 6 a 3 pečující počet 4. Nižší počet klientů byl zaznamenán od pečujících, kteří dochází i k rodinám s handicapovanými dětmi.

Nejvíce zastoupenou rizikovou skupinou v oblasti domácí péče jsou staří lidé trpící zdravotním handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím). Druhou nejvíce

zastoupenou skupinou se ukázaly osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech.

100 % pečujících z oblasti ústavní péče označili skupinu starých lidí žijících v ústavech. 12 respondentů ještě k této skupině zaznamenalo staré lidi trpící zdravotním handicapem a 5 respondentů staré lidi, kteří mají minimální důchody.

Respondenti z Integrovaného centra sociálních služeb p.o. jednoznačně uvádějí, že se aktivitou plánování a realizace volnočasových aktivit vůbec nezabývají. Respondenti ze Života 99 z.ú. volnočasové aktivity realizují a jsou výhradně v kompetenci pracovníků v sociálních službách.

Hypotéza č. 2: Rizikovní senioři nejčastěji tráví volný čas sledováním televize.

68 % respondentů tuto hypotézu potvrdilo. Dalších 12 % dotázaných uvádí luštění křížovek, 9 % četbu knih, 5 % chození na procházky, 4 % poslech rádia a 2 % manuální činnost s rizikovým seniorem. Po vyhodnocení pohledu pečujících v ústavní péči na zapojení rodinných příslušníků do plánování volnočasových aktivit byla zjištěna tato data: 13 % uvádí, že se rodinní příslušníci zapojují, 56 % uvádí, že ne. Dalších 23 % uvedlo variantu někdy a zbývajících 8 % neví. Výpovědi pečujících v domácí péči byly diametrálně rozdílné: 79 % udává, že se rodinní příslušníci zapojují. 5 % ne, 10 % zvolilo variantu někdy a 6 % neví.

V otázce zájmu samotných rizikových seniorů o smysluplné využití jejich volného času byly zjištěny následující výsledky: pečující v oblasti ústavní péče uvádí, že 48 % rizikových seniorů zájem má, 22 % zvolilo odpověď spíše ano, 25 % uvádí, že zájem není a 5 % nedokáže tuto problematiku posoudit.

Pečující v oblasti domácí péče odpovídali následujícím způsobem: 52 % se domnívá, že zájem rizikovní senioři mají, 31 % se přiklonilo k odpovědi spíše ano, 7 % tvrdí, že rizikovní senioři zájem nemají a 10 % nedokáže situaci posoudit.

Vyhodnocení ohledně pobytu rizikových seniorů venku nebo na procházkách proběhlo následovně: 19 % pečujících z ústavní péče uvádí variantu, že rizikovní senioři tráví volný čas venku nebo pobytem na procházce denně, 50 % se přiklonilo k variantě několikrát za týden, 25 % zastává názor, že rizikovní senioři jsou venku výjimečně a 6 % uvedlo variantu, že vůbec. V oblasti domácí péče bylo dosaženo těchto vyhodnocení: 58 % uvádí variantu denního využití, 19 % potvrdilo variantu několikrát do týdne, 15 % výjimečně a 8 % vůbec. Žádný z pečujících ať už v oblasti domácí nebo ústavní péče nezvolil variantu, že nedokáže situaci posoudit.

V problematice dostatečné nabídky volnočasových aktivit pro rizikové seniory v Jihlavě odpovídali respondenti z oblasti ústavní péče následujícím způsobem: 35 % se domnívá, že nabídka dostačující je, 33 % zastává názor, že ne a 32 % nedokáže situaci posoudit. V oblasti domácí péče se došlo k těmto závěrům: 40 % zastává názor, že je nabídka dostačující, 31 % nabídka dostačující není a 29 % nedokázalo posoudit.

V otázce dalšího vzdělávání se jednoznačně shodli jak pečující v oblasti ústavní péče, tak pečující z oblasti domácí péče, že nemají v přímé péči nikoho, kdo by tuto možnost využíval.

Hypotéza č. 3: Pečující o rizikové seniory nevyhodnocují spokojenost rizikových seniorů s naplánovanými aktivitami.

Tato hypotéza byla potvrzena. 76 % všech respondentů odpovědělo, že spokojenost rizikových seniorů s naplánovanými aktivitami nevyhodnocuje. Zbývajících 24 % ano. V doplňující otázce „jakým způsobem“ bylo sděleno v rámci domácí péče, že formou osobního rozhovoru. Jeden z těchto pečujících odpověď doplnil - klientů se ptá proto, že někteří nejsou schopni kvůli špatnému zdravotnímu stavu psát. V oblasti ústavní péče se o spokojenost rizikových seniorů zajímá 19 % pečujících, v oblasti domácí péče 5 % pečujících.

V souvislosti s nastavením této hypotézy se řešila i otázka, zda rizikové seniory navštěvují Klub pro seniory nebo Denní stacionář a bylo dosaženo následujících výsledků: v oblasti ústavní péče je závěr jednoznačný – 100 % pečujících odpovědělo, že rizikové seniory v ústavní péči tato zařízení nenavštěvují. V oblasti domácí péče odpověděli respondenti takto: 22 % pečuje o rizikové seniory, kteří uvedené instituce navštěvují. 10 % ne a variantu nevím, jestli rizikový senior uvedené instituce navštěvuje, zvolilo 68 %.

Vyhodnocení dat ohledně možnosti rizikových seniorů přímo se podílet na plánování volnočasových aktivit dopadlo následovně: 19 % pečujících v ústavní péči zvolilo variantu ano, 81 % variantu ne. V oblasti domácí péče 31 % odpovědělo ano a 69 % ne. V oblasti domácí péče hrálo podstatnou úlohu i to, že jeden z oslovených subjektů se plánováním volnočasových aktivit vůbec nezabývá (Integrované centrum sociálních služeb p.o.), tudíž neřeší ani možnost zapojení rizikových seniorů do plánování volnočasových aktivit.

V oblasti časových intervalů využití volnočasových aktivit rizikových seniorů byla získána tato data: v oblasti ústavní péče zastává 6 % názor, že riziková senioři mohou naplánované volnočasové aktivity využívat denně. 94 % pečujících vyjádřilo názor, že několikrát do týdne. Nikdo nezvolil variantu 1x/měsíc. V oblasti domácí péče zvolilo možnost každodenního využití volnočasových aktivit 79 %, několikrát do týdne 15 % a 1x/měsíc 6 %.

Hypotéza č. 4: Riziková senioři nemohou smysluplně využívat volný čas kvůli špatnému zdravotnímu stavu.

Tuto hypotézu se nepodařilo potvrdit. Zdravotní stav uvádí jako překážku 27 % dotázaných, psychický stav 19 %. Největší zastoupení měla odpověď kombinace zdravotního i psychického stavu – tedy obojí – k této variantě se přiklání 54 %.

V oblasti zaznamenání aktivit, o které by riziková senioři měli zájem, ale nemohou být z nějakého důvodu realizovány, odpovědělo 28 % pečujících z oblasti ústavní péče, že se s touto skutečností setkala a 72 % nikoliv. 10 z těchto pečujících uvedlo tyto aktivity: bazén, sauna, návštěva ZOO, výlet do přírody a výlety mimo zařízení. Důvodem, proč nelze tyto aktivity realizovat je zdravotní stav rizikových seniorů, nemožnost je na místo přepravit a nemožnost zajištění dostatečné péče mimo zařízení. V oblasti domácí péče se s tímto setkala 13 % a 87 % ne. 4 pečující uvedli keramickou dílnu a 2 pečující výjezdy na kulturní akce mimo město. Důvodem, proč nelze aktivity naplnit, uvádějí finance a nedostatek pracovníků.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na rizikové seniory a jejich využití volného času z pohledu jejich pečujících. Konkrétně jsem chtěla zjistit, jakým způsobem rizikovní senioři svůj volný čas využívají, co je příčinou nemožnosti využít smysluplně volný čas a jakým způsobem a jestli vůbec je vyhodnocována ze strany pečujících spokojenost rizikových seniorů s nabízenými volnočasovými aktivitami.

Můj výzkum byl proveden v Jihlavě a byl zaměřen na 2 instituce v oblasti ústavní péče a sice ODN a Domov pro seniory Lesnov p.o. a 2 instituce v oblasti domácí péče – Integrované centrum sociálních služeb p.o. a Život 99 z.ú. Názory pečujících z těchto subjektů jsem srovnávala. Musím velice ocenit výbornou spolupráci se všemi institucemi, což se projevilo i ve 100% návratnosti dotazníků.

Ač bychom si mohli říct, že instituce, které pracují se stejnou cílovou skupinou, budou mít stejně nebo podobně nastavený způsob poskytování sociální služby, ale v rámci výzkumu bylo zjištěno, že tomu tak není. Zaměstnanci Integrovaného centra sociálních služeb p.o. s plánováním a realizací volnočasových aktivit vůbec nepracují, zatímco zaměstnanci Života 99 z.ú. ano.

Většina pečujících souhlasí s tvrzením, že rizikovní senioři nejčastěji tráví svůj volný čas sledováním televize. Velké zastoupení měla i oblast poslechu hudby nebo luštění křížovek. Dá se tedy říci, že rizikovní senioři raději vyhledávají takové aktivity, kde nemusí vyvíjet fyzickou námahu, ale raději si u nich odpočinou a relaxují. V některých případech je to proto, že má rizikový senior omezenou hybnost nebo se stane zcela imobilní, někdy to může pramenit ze strachu, že už fyzickou činnost nezvládne.

Z výzkumu také vyplynulo, že nejčastější příčinou nemožnosti smysluplného využití volného času je kombinace špatného zdravotního i psychického stavu. Dá se říci, že se zdravotní komplikace rizikových seniorů promítají i do psychického stavu a je potřeba k tomu takto přihlížet. Asi se velmi zřídka potkáme obecně se seniorem, který by měl zdravotní handicap a měl i přesto velmi pozitivní přístup k životu.

Ne příliš pozitivním zjištěním je fakt, že instituce, které se volnočasovými aktivitami pro rizikové seniory zabývají, nevyhodnocují spokojenost s poskytnutou službou. Domnívám se, že kdyby se instituce více této otázce věnovaly, mohl by se zvýšit i zájem rizikových seniorů o nabízené aktivity. Zároveň pokládám za velmi přínosné, pokud se sami rizikovní senioři mohou zapojit do procesu plánování a

realizace volnočasových aktivit. Mohli by tak pocítit svoji potřebnost a využít své dovednosti. Osobně tuto uvedenou skutečnost vnímám jako velmi motivující prvek pro cílovou skupinu.

Na základě výše uvedených zjištění jsem osloveným institucím, které se volnočasovými aktivitami zabývají, předala osobně doporučení, které obsahovalo:

- *Plánované aktivity pravidelně vyhodnocovat.*
- *Dělat si záznamy o spokojenosti s využitím volnočasových aktivit – pracovat s otázkami typu: jak jste byl/a spokojená/spokojený s dnešní aktivitou, co byste si přál/a jinak, co byste chtěl/a dělat na příštím setkání apod.*
- *Pracovat se získanými daty – tj. zařadit aktivity, o které rizikovní senioři žádají (s ohledem na to, co realizovat lze).*
- *Přímo rizikové seniory do realizace programu zapojit – zkusit položit po zakončení nějaké volnočasové aktivity otázku typu – Má někdo zájem připravit program na příští setkání?*

Během psaní mé práce jsem načerpala mnoho dalších vědomostí a zkušeností. Moc bych si přála, aby se rizikovní senioři v naší společnosti cítili dobře a hlavně přijatí. Aby nemuseli čekat na ten svůj „poslední den“, ale aby i ve svém věku a se svými handicapami našli vždy člověka, který je bude respektovat, a bude o ně pečovat s láskou a s porozuměním.

12 Seznam použité literatury a zdrojů

ČEVELA, R., KALVACH, Z. a ČELEDOVÁ, L.: *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DOSEDLOVÁ, J.: *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-010-4.

DUDOVÁ, R.: *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Slon, 2015. ISBN 978-80-7419-182-4.

EASWARAN, E.: *Meditace*, Dobra, 2004. ISBN: 80-86459-40-34.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

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

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

HOLMEROVÁ, I.: *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOVORKA, J.: *Cesta do stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1975.

JAROŠOVÁ, D.: *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7-368-110-2.

KALVACH, Z.: *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KONOPÁSEK, Z.: *Biograf*. nakl.: Časopis Biograf. 1. vyd., 2004, ID: ID0403-1211-5770.

KRAMPEROVÁ, E.: *Role vzdělávání v seniorském věku*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2012. Vedoucí práce Jitka Lorenzová.

KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.

LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H.: *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.

MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 8024731487.

MATOUŠEK, O.: *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MISCONIOVÁ, B.: *Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče*. 2. Praha: Asociace domácí péče, 1993.

MÖHRING, W.: *Akupresura: jednoduše proti bolestem*. Praha: Grada, 2008. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2335-8.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H.: *Gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1981. Knižnice praktického lékaře.

PÁVKOVÁ, J.: *Pedagogika volného času*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-666-6.

ŠAMANKOVÁ, M.: *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠERÁK, M.: *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha, Česká republika: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J.: *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠTILEC, M.: *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha, Česká republika: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

TISCHER, H.: *Masáž: relaxace od hlavy až k patě*. Praha: Grada, 2008. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2550-5.

TVAROH, F.: *Všichni stárneme*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1971. Život a zdraví (Avicenum).

VALENTA, J.: *Učíme se komunikovat: metodika komunikace v rámci osobnostní a sociální výchovy*. Kladno: AISIS, 2005. 208 s. Ed. Dokážu to? ISBN 80-239-4514-9.

VALENTA, M.: *Matení pojmů aneb dramika a dramaterapie*. 1.vyd. Bratislava: Humanitas, 2003. ISBN 80-902057-9-8.

VÍTKOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J.: *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: UK, Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,
velice vás touto cestou prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který zkoumá využití volného času rizikových seniorů z pohledu jejich pečujících.

Dotazník obsahuje 25 otázek a jeho vyplnění zabere asi 15 minut. Vaše odpovědi prosím zakřížkujte, případně se rozepište.

Některé otázky jsou zaměřené pouze pro pečující v ústavní péči, některé pro pečující v domácí péči a některé otázky jsou společné. Věnujte proto, prosím, pozornost instrukcím přímo u otázek. Dotazník je anonymní a získaná data použiji pro zpracování empirické části své bakalářské práce. Velice si vážím vašeho času a ochoty dotazník vyplnit. Za uvedená data vám velice děkuji.

V případě jakýchkoliv nejasností mě neváhejte kontaktovat.

Eva Janderková
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Obor: sociální pedagogika
Tel.: +420 774 643 031
E-mail: eva.janderkova@seznam.cz

1. Otázka Vašeho pohlaví. Jsem:

Muž	Žena

2. Moje pracovní pozice je:

Zdravotní sestra	Sociální pracovník	Terapeut	Pečovatel/ka	Pracovník v soc. službách	Jiné (prosím uved'te)

3. Zařízení, ve kterém jsem zaměstnán/zaměstnána:

ICSS p.o.	Život 99, z.ú.	DpS Jihlava – Lesnov p.o.	ODN

4. S kterým typem rizikových seniorů se setkáváte ve své praxi? Skupiny, se kterými se setkáváte nejvíce, prosím označte dvěma křížky.

Osoby velmi staré 80 či 90 let a starší	Osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech	Staré ženy, především osamělé a ovdovělé	Staří lidé žijící v ústavech	Staří lidé žijící v izolaci osaměle i v párech

Bezdětní staří lidé	Staří lidé trpící zdravotním handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím)	Staré páry, v nichž jeden z partnerů je vážně nemocen nebo invalidní	Staří lidé, kteří mají minimální důchody

5. O kolik rizikových seniorů se v přímé péči staráte? (Prosím, uveďte číslo, které bude vyjadřovat počet klientů, které máte běžně v péči).

--

6. Kdo ve vaší organizaci má plánování volnočasových aktivit pro rizikové seniory ve své kompetenci?

Zdravotní sestra	Sociální pracovník	Terapeut	Pečovatel/ka	Pracovník v soc. službách	Jiné (prosím uveďte)

Touto aktivitou se vůbec nezabýváme

7. Je plánování volnočasových aktivit pro rizikové seniory, o které pečujete, náplní Vaší pracovní činnosti?

Ano	Ne

8. Kolik času průměrně tráví rizikovní senioři, o které pečujete, čas se svými rodinnými příslušníky?

Každý den	Několikrát do týdne	1×/14dní	1×/měsíc

Příležitostně (oslava narozenin, Vánoce)	Nepravidelně	Vůbec

9. Podílí se rodinní příslušníci na plánování volnočasových aktivit pro rizikové seniory?

Ano	Ne	Někdy	Nevím

10. Domníváte se, že rodinní příslušníci věnují rizikovým seniorům, o které pečujete, dostatek svého času?

Ano	Spíše ano	Ne	Rozhodně ne	Nedokážu posoudit

11. Pokud jste na otázku č. 10 odpověděli variantou ANO, SPÍŠE ANO nebo NEDOKÁŽU POSOUDIT, přejděte na otázku č. 12. Pokud jste odpověděli NE a ROZHODNĚ NE, čím si to vysvětlujete?

Nemají zájem	Nemají časové možnosti	Špatné vztahy v rodině s rizikovým seniorem

Jiné důvody (prosím uveďte)

12. Mají samotní rizikovní senioři, o které pečujete, zájem svůj volný čas smysluplně využívat?

Ano	Spíše ano	Ne	Rozhodně ne	Nedokážu posoudit

13. Čemu se rizikovní senioři, o které pečujete, věnují nejraději? Zakřížkovat můžete i více variant.

Poslech rádia	Poslech hudby	Sledování TV	Luštění křížovek

Četba knih	Četba časopisů	Chození na procházky	Nevím

Další možnosti:

- Činnosti podporující manuální zručnost (uveďte konkrétně, které)
- Tvořivá činnost (uveďte, která)
- Návštěva kulturních akcí (uveďte, kterých)
- Jiné (prosím, uveďte)

14. Jak často tráví rizikovní senioři, o které pečujete, volný čas pobytem venku nebo na procházce?

Denně	Několikrát do týdne	Spíše výjimečně	Vůbec	Nedokážu posoudit

15. Co vnímáte jako největší překážku proto, aby rizikovní senioři, o které pečujete, mohli smysluplně využít svůj volný čas?

- Zdravotní stav (napište, prosím, s čím se setkáváte nejčastěji)

- Psychický stav (napište, prosím, co vnímáte jako nejtěžší překážku)

- Jiná možnost (prosím, uveďte)

16. Domníváte se, že je v Jihlavě nabídka volnočasových aktivit pro rizikové seniory dostačující?

Ano	Ne	Nedokážu posoudit

17. Kolik rizikových seniorů, o které pečujete, využívá možnost dalšího vzdělávání?

Nikdo	Konkrétní číslo kolik	Nedokážu posoudit

18. Vyhodnocujete nějakým způsobem spokojenost rizikových seniorů s realizovanými volnočasovými aktivitami?

- Ano (uveďte, prosím, jak)
- Ne

Otázky 19–22 jsou určeny pouze pečujícím o rizikové seniory v domácím prostředí. Pečující o rizikové seniory v ústavní péči prosím, přejděte na otázky 23–26.

Otázky pro pečující z oblasti domácí péče:

19. Rizikovní senioři, o které pečujete, žijí:

Ve své domácnosti	U rodinných příslušníků	U přátel

Jiná možnost (prosím, uveďte)

20. Navštěvují rizikovní senioři, o které pečujete, Klub pro seniory nebo Denní stacionář pro seniory?

Ano	Ne	Nevím

21. Zaznamenali jste u rizikových seniorů, o které pečujete, zájem o nějakou činnost/aktivitu, kterou nelze realizovat?

Ano (uveďte, prosím, kterou)

Ne

22. Pokud jste odpověděli NE, za vyplnění dotazníku děkuji. Pokud jste odpověděli ANO, co je důvodem proto, že se aktivitě, o kterou mají rizikovní senioři zájem, nemohou věnovat? (Prosím, napište)

.....
.....
.....
.....
.....

Otázky pro pečující z oblasti ústavní péče:

23. Mají rizikovní senioři ve vašem zařízení možnost přímo se podílet na plánování volnočasových aktivit?

Ano	Ne

24. Jak často mohou ve vašem zařízení rizikovní senioři využít naplánované volnočasové aktivity?

Každý den	Několikrát do týdne	Jednou za měsíc

- Nepravidelně (uveďte, na čem to závisí)
- Jiná možnost (prosím, uveďte)

25. Existují nějaké volnočasové aktivity, o které mají rizikovní senioři zájem, ale nemohou být z nějakého důvodu ve vašem zařízení realizovány?

- Ano (uveďte, prosím, které)
- Ne

26. Pokud jste odpověděli NE, za vyplnění dotazníku děkuji. Pokud jste odpověděli ANO: Co je hlavním důvodem, že aktivity nelze realizovat? (prosím, napište)

.....

.....

.....

.....