

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Šárka Pinkasová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

Kvalita života v seniorském věku u žen a mužů v domově seniorů „Pod
Lipami“ ve Smečně, okres Kladno

Bakalářská práce

Autor: Šárka Pinkasová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2011

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

The Quality of Life of Elderly Women and Men at the Senior House „Pod Lipami“ in
Kladno District

Bachelor Thesis

Author: Šárka Pinkasová
Study Programme: Specialization in Education
Study Branch: Health Education
Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2011

Jméno a příjmení autora: Šárka Pinkasová

Název bakalářské práce: Kvalita života v seniorském věku žen a mužů v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Abstrakt:

Název mé bakalářské práce je Kvalita života v seniorském věku žen a mužů v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno. Toto téma jsem zvolila, protože stárnutí populace se stává stále větším problémem, který nemůže být ignorován a který je fenoménem naší doby. Ovlivňuje jak jednotlivce, tak společenský život. Téma mé bakalářské práce je zaměřeno na otázku kvality života seniorů. Teoretická část práce popisuje výrazy demografie stárnutí, dále se zabývá různými aspekty stáří, výrazy geriatrie a gerontologie, zdravotním stavem starších lidí, kvalitou života a jejími determinantami, které ovlivňují život seniorů. Teoretická část vychází z poznatků odborné literatury. Zabývá se oblastmi stárnutí a stáří, teoretickým vymezením kvality života a péčí o seniory. Praktická část je zaměřena na vlastní šetření a vyhodnocení kvality života seniorů.

Klíčová slova: kvalita života, senioři, geriatrie, gerontologie, seniorský věk, domovy pro seniory, aktivity seniorů, intervenční program.

Name and Surname: Šárka Pinkasová

Title of Bachelor Thesis: The Quality of Life of Elderly Women and Men at the Senior House „Pod Lipami“ in Kladno District

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

The year of presentation: 2011

Abstract:

The title of my thesis is The Quality of Life of Elderly Women and Men at the Senior House „Pod Lipami“ in Kladno District. I chose this topic because the ageing of population is becoming a problem which cannot be ignored and which has become a phenomenon of our time. It affects individuals as well as whole community. The topic of my bachelor thesis is focused on the issue of senior life quality. The theoretical part of this thesis describes demographic ageing, the terms of old age and ageing, then it deals with various aspects of ageing, terms of geriatrics and gerontology, health conditions of elderly people, quality of life and its determinants which affect senior life. The theoretical part is based on the knowledge of professional literature. The thesis deals with areas of ageing and old age, as well as with terms such as theoretical determination of life quality and senior care. The practical part is focused on my own examination and evaluation of senior life quality.

Keywords: Life quality, senior, geriatrics, gerontology, senior life, senior houses, senior activities, intervention program.

Prohlášení

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 – elektronickou 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 č. 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 na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 10. 4. 2011

Šárka Pinkasová

Poděkování

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala Mgr. Petře Vojtové, Ph.D., za ochotu, pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce a své rodině za trpělivost a pochopení, které projevila v průběhu vzniku této práce. Zároveň děkuji všem, kteří odpověděli na otázky v dotazníku.

OBSAH

1.	ÚVOD	9
2.	SOUČASNÝ STAV	10
2.1	Stáří jako společenský fenomén	11
2.1.1	Vymezení pojmu stáří.....	12
2.1.2	Charakteristika procesu stárnutí a faktory které ovlivňují stárnutí.....	14
2.1.3	Gerontologie a geriatric.....	16
2.2	Ageismus – věková diskriminace starých lidí.....	17
2.2.1	Sociální vyloučení.....	18
2.2.2	Týrání a zanedbávání seniorů.....	19
2.3	Stáří z hlediska demografie	20
2.4	Kvalita života seniorů.....	22
2.4.1	Aktivační metody.....	25
2.4.2	Duševní zdraví a potřeby seniorů.....	26
2.4.3	Pozitiva stáří.....	27
2.5	Kvalita poskytování sociálních služeb.....	28
2.6	Zařízení pro seniory.....	29
2.6.1	Poskytované služby a jejich ceny.....	30
3.	CÍLE A ÚKOLY	32
3.1	Cíl práce.....	32
3.2	Úkoly práce.....	32
3.3	Formulace hypotéz.....	32
4.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
4.1	Metodika práce.....	34
4.2	Charakteristika souboru.....	34
4.3	Organizace praktického šetření.....	35
5.	VÝSLEDKY A DISKUSE	36
5.1	Grafické zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření.....	36
6.	ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	75
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	76
8.	PŘÍLOHY	

1. ÚVOD

Stárnutí člověka a lidské společnosti se stává fenoménem dnešní doby a aktuálním tématem, který zasahuje do individuálního i společenského života každého z nás. K tomu, že se lidé dožívají delšího života, podstatně přispívá kvalitnější zdravotní péče a lepší pracovní i životní podmínky. Lidé mají díky těmto faktorům možnost a větší předpoklad žít kvalitnější život a dožít se vyššího věku. K tomu přispívá mimo jiné i snaha o zdravější životní styl. Téma mé bakalářské práce „Kvalita života v seniorském věku u žen a mužů v seniorském domě „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno“ jsem si vybrala především proto, že zejména oblast kvality života seniorů a její problematika je stále častěji diskutovanou otázkou, jak mezi odborníky, tak i laickou veřejností.

Senioři jsou specifickou skupinou populace a specifickým způsobem je nutné k nim také přistupovat. Společnost si je vědoma možných speciálních potřeb, o které je třeba se postarat.

V bakalářské práci jsou zmíněny i faktory ovlivňující kvalitu života, cíle a opatření na jejich podporu. Hlavní snahou v péči o seniory je zajistit jim především kvalitní a důstojné stárnutí. Teoretická část mé bakalářské práce vymezuje pojmy kvalita života, senioři, geriatrie, gerontologie, seniorský věk, domovy pro seniory. Zabývá se zdravotním stavem a problémy ve stáří, aktivní náplní volného času a motivací seniorů. Praktická část mé bakalářské práce obsahuje kvantitativní výzkum provedený metodou dotazníkového šetření zaměřeného na vyhodnocení kvality života klientů seniorského domu „Pod Lipami“ ve Smečně okres Kladno.

Cílem mé bakalářské práce je zjištění kvality života seniorů a jejich aktuálních potřeb a požadavků. Vyhodnocení výsledků dotazníku pak může být směrodatným ukazatelem pro pracovníky zdravotních a sociálních služeb tohoto zařízení k nastavení prostředků a směrnic pro zlepšení kvality životů a zvýšení spokojenosti zde žijících seniorů. Případně může být milým zjištěním pro personál tohoto zařízení, že kvalita života seniorů je v tomto seniorském domě plně uspokojována.

2. SOUČASNÝ STAV

2.1 Stáří jako společenský fenomén

„V dětství se má jedinec věnovat učení, ve zralém věku získává majetek a prožívá naplnění lásky a ve stáří má dovršit své zásluhy a zbavit se pout, která váží člověka od narození do smrti“ (PIDRMAN, KOLIBÁŠ, 2005, s. 9).

Věci kolem nás, které každý den vidíme, časem mění své vlastnosti. Zpravidla se jejich stav zhoršuje. Mnohé z věcí ztrácejí časem svoji hodnotu. Jsou opotřebované. To samé se týká bohužel i lidí. Stárnutí, jak proces nazýváme, je procesem biologickým, který má vliv na vzhled člověka. Období stáří je stejně důležité jako kterékoli jiné životní období. Procesu stárnutí se nevyhne nikdo z nás. Je to stav, do kterého přirozeně náš život ústí. Stáří člověka, dle subjektivního hodnocení, může být odhadnuto na základě vzhledu. Odhad však nebývá přesný, naopak mnohdy je značný rozdíl mezi biologickým a chronologickým věkem. Chronologický věk nám udává přesný čas od našeho narození, pokud je tedy toto známo. Zatím co biologické stáří nenastává u každého v tom samém rozsahu. Uplatňuje se různou měrou. Hayflick uvádí, že „stáří představuje postupnou ztrátu běžných životních funkcí od okamžiku dovršení pohlavní dospělosti až po maximální délku života, která je pro každého jedince daného biologického druhu jiná“ (HAYFLICK, 1997, s. 32).

Je známo, že stárnutí představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně související procesy stárnutí biologické, psychologické a sociální (SÝKOROVÁ, 2007). Samo stáří je však obtížně definovatelná poslední fáze života, kdy dochází k úbytku potencionálu zdraví, nápadněji se projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových), se zhoršováním psychické i fyzické zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce). Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým (progesterickým) dojmem. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje

věk 65 let. Často se však o věku 65 – 74 let (někdy dokonce 65 – 79 let) hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75 – 80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let. Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Dle Mühlpachra je stárnutí obecně biologickým jevem. Všechny živé organismy či struktury jsou odsouzeny k procesu stárnutí, bez výjimky. Jsou zde dva hlavní trendy: snaha o prodloužení života, a snaha o prodloužení věku, kdy je člověk aktivní, a o zmírnění příznaků stáří. Stáří je z populačního hlediska specificky lidská záležitost, jelikož málo zvířat žijících v přirozeném prostředí se dožije věku, kdy začínají vážně trpět problémy způsobenými stářím. Faktory, které ovlivňují délku života populací, jsou: život ve vysokohorských podmínkách, strava, tělesný pohyb, průběh onemocnění ve stáří (MÜHLPACHR, 2004).

Proces stárnutí pokládáme za normální i navzdory změnám, které stárnutí vyvolává. Optimální funkčnost našeho organismu je soustavně narušována negativně se odrážejícími vlivy. Tyto změny jsou průvodním znakem toho, že dochází k procesu vlivem stárnutí. Některé změny jsou pak více či méně patrné. Zákonitým, ne však nezbytným, důsledkem stárnutí je ztráta soběstačnosti. Stáří není choroba, je však provázáno zvýšeným výskytem chorob. Je prokázáno, že zdravotní i funkční stav seniorů se historicky i generačně zlepšuje, proto je smysluplné a účelné aktivně usilovat o zabezpečení závislých a nemocných starých osob, zvláště pak dbát na zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a prevenci závislosti. Delší život člověku dává šanci zpětně analyzovat jeho průběh, napravit některé své chyby, nebo dosáhnout jiného porozumění, smyslu a hodnoty svých činů. Podle evolučních teorií není proces stárnutí regulován, protože selekční tlak se snižuje po ukončení reprodukčního období jedince. Stárnutí může být vyjádřeno pasivním a náhodným hromaděním poškozených molekul a buněk. Tyto pochody pak mohou způsobit závažné poruchy funkcí orgánů (HOLSBOER, In GRUSS, 2009).

2.1.1 Vymezení pojmu stáří

Člověk je starý, jak staře přemýšlí a uvažuje. Stáří je především funkcí duševního a tělesného stavu a ne počtu let života. Udržet svěžest mysli a těla co nejdéle se podaří, když žijeme přirozeně a v souladu s přírodou. Dá se říci, že člověk je relativně mladý, dokud je ještě schopen učit se, snášet nové odlišné názory, získávat nové zkušenosti a dát se jimi ovlivnit (ŠTILEC, 2003).

„Odpověď na otázku, kdy se člověk stává starým, kdy je za starého považován, nebo kdy by měl být zařazen do kategorie starých lidí, není snadná. Záleží zde na mnoha aspektech hodnocení. Tyto aspekty mohou být proměnlivé a mohou se lišit v návaznosti na sociální role a sociální status. Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory, především chorobami, životním způsobem, životními podmínkami a je spojeno s řadou významných sociálních změn. Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí“ (MÜHLPACHR, 2004, s. 19).

„**Biologické stáří** – je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn, obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku.

Sociální stáří - sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – např. penzionování. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost. V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života, která se zjednodušeně člení do 3, event. 4 velkých období, tzv. věků.

- **První věk** - je označován jako předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.
- **Druhý věk** - je produktivní období dospělosti, životní produktivity biologické, sociální především pracovní.
- **Třetí věk** - je postproduktivní, což implikuje představu stáří nejen jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představu fáze za zenitem a bez produktivní přínosnosti.

- **Čtvrtý věk** - bývá někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí“ (MÜHLPACHR, 2004, s. 19).

„**Kalendářní stáří** – je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří, poklesem kardiovaskulární morbiditě ve středním věku a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let.

- **15-29 postpubescence a mecútma**
- **30-44 adultium**
- **45-59 interevium, střední věk**
- **60-74 senescence, počínající, časné stáří**
- **75-89 kmetství, senium, vlastní stáří**
- **90 a více patriarchium, dlouhověkost**

V poslední době se stále častěji uplatňuje následující členění:

- **65-74 mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)
- **75-84 staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- **85 a více velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení)“ (MÜHLPACHR, 2004, s. 21).

Dlouhověkost - je označení pro pokročilé stáří, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let). Přesto, že nyní dlouhověcí obyvatelé ČR tvoří jen nepatrný zlomek populace, jejich počty budou stoupat. Příčinami jsou zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, lepší zdravotní péče a medicínský pokrok. V souvislosti s dlouhověkostí lze uvažovat i o maximální délce života. Ta je druhově specifická a geneticky determinovaná (ať přímým naprogramováním, nebo odolností tělesných struktur, spolehlivostí funkcí, dokonalostí obranných a reparačních mechanismů). V současné době se předpokládá maximální (a dosud hodnověrně nedosažená) délka lidského života asi 125 let. Opakovaně se vynořují úvahy o možnosti

dosáhnout různými mechanismy, v současnosti např. genetickým inženýrstvím, hypotetického věku 150-200 let (MÜHLPACHR, 2004). „Dlouhověkost člověka je spjata s mnoha faktory, především však s dědičností, nemocností, vykonávaným povoláním a stylem života“ (WOLF, In RABUŠIC, 1995, s. 34). K naplnění genetických předpokladů k dlouhověkosti a k zachování optimální fyzické i psychické zdatnosti do věku nad 100 let přispívá především dostatečná dávka pohybových aktivit, pestrá a kvalitní strava, prevence závažných chorob stáří a jejich rizikových faktorů (ŠNEJDRLOVÁ, A KOL., 2008).

Dle Kučery, jak uvádí Rabušic, má lidský organismus schopnost přiblížit se přirozené délce života okolo 90 – 100 let. Pravděpodobné však je, že každý z nás je více či méně geneticky vybaven svojí předurčenou délkou života a dle způsobů a přístupu k životu se pak více či méně (spíše však méně, než více) přibližuje k její maximální hranici. Podle některých vědců je však dnes již smrt před dosažením devadesáti let předčasná (KUČERA, In RABUŠIC, 1995).

2.1.2 Charakteristika procesu stárnutí a faktory které ovlivňují stárnutí

Stárnutí (také gerontogeneze) je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces. Je to proces individuální, každý člověk stárne do určité míry svým tempem. Stáří je charakterizováno nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem (MÜHLPACHR, 2004).

„**Biologická involuce** - zákonitá biologická involuce vychází z individuálních genetických dispozic, t. č. není spolehlivě ovlivnitelná s výjimkou experimentální celoživotní restrikce příjmu potravy. Přírodní léčiva, která mají příznivě ovlivňovat stav organismu ve stáří, se označují jako geriatrika. Používaná jsou však pouze tzv. geriatrika nepravá, která pozitivně ovlivňují organismus, aniž by postihovala vlastní involuční procesy a mechanismy. Působí především substitučně – dodávají látky, které u daného člověka či obecně často u seniorů chybějí (vitamíny, minerály, stopové prvky, hormony). Časté jsou multivitaminové preparáty s minerály“ (MÜHLPACHR, 2004, s. 23).

„**Tělesná involuce** - po šedesátém roce života nabývá tělesná involuce rychlejšího tempa. Několikadenní klid na lůžku zvětšuje u geronta (starý člověk) křehkost kostí, vede k atrofii svalů, ke slábnutí reflexů, které regulují krevní tlak – bez ohledu na to, že nucená nehybnost může pacienta zúzkostnit a navodit depresivní stavy. Ve srovnání se stavem organismu ve věku 20 let má šedesátiletý člověk poloviční vitální kapacitu plic“ (ŘÍČAN, 1989 In MÜHLPACHR, 2004, s. 23).

Vazivo ve formě pouhé výplně začíná nahrazovat funkční tkáň orgánů. Oči bývají přecitlivělé k silnému světlu, přibývá očních chorob vedoucích ke zhoršení zraku i k úplné slepotě. Sluch se zhoršuje plynule po celé období stáří, po sedmdesátém roku věku klesá citlivost pro vysoké tóny, častá je nedoslýchavost. Se stoupajícím věkem stoupá počet seniorů, kteří jsou ve svých denních činnostech omezeni srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře a nohou. Po sedmdesátce je častá tzv. polymorbidita, tj. současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Častou příčinou nemoci a smrti je ve stáří úraz. Zlomeniny se těžko hojí. U člověka po osmdesátce se už nezhojí. Tělo je méně odolné k infekcím a ke zhoubnému bujení. Dle Mühlpachra, lze stárnutí označit jako proces, jenž probíhá v průběhu celoživotního vývoje organismu. Stárnutí je individuální a asynchronní – i jednotlivé systémy a funkce organismu nestárnou rovnoměrně (MÜHLPACHR, 2004). Faktorem, který vysoce ovlivňuje stáří je hypokineze (nedostatek pohybové aktivity), který je jedním z průvodních jevů současnosti. Důsledkem je snížená výkonnost fyzická, duševní a velmi často i zhoršený zdravotní stav s vyšším výskytem civilizačních onemocnění. Pravidelné pohybové aktivity mohou tvořit všem dostupný a nejlacinější komplexní zásah. Pohyb je jedním ze stěžejních faktorů, který může na člověka působit jako majoritní prvek prevence. Pohyb má vysoce efektivní motivační působnost na životní postoj nejen u seniorů (Štilec, 2003).

Duševní involuce – podobně jako u tělesného stárnutí i v duševním vývoji těžko odlišujeme přirozené involuční změny dané věkem od změn, jež jsou součástí nebo následkem duševní poruchy. Duševní činnost starých lidí je zpomalena. Senior bývá k vykonávání činnosti méně motivován a méně zainteresován, je zvýšeně opatrný a přistupuje s rozvahou. Přesnost je pro něj důležitější než rychlost (MÜHLPACHR, 2004).

Stáří se někdy též vyznačuje jako období vymezené špatným snášením změn. Čím je člověk starší, tím větším stresorem a traumatickým zážitkem je pro něj například stěhování či jiná větší životní změna. Člověk má ve stáří tendenci žít sám pro sebe, uzavřen ve svém vnitřním světě. Někdy ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, nadosobním i osobním cílům. S novými problémy a stresy se vyrovnává primitivnějším způsobem (tím se blíží dítěti). Dalším rysem stáří je snížení zájmu o okolí a netečnost. S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy, velmi často se vyskytují neurózy, paranoidity, deprese, suicidia (MÜHLPACHR, 2004).

Dle Mühlpachra, je seniorská populace proměnlivá a vyvíjí se. Právě tím, že i ve stáří převažuje ono individuální nad oním obecně stařeckým, přinášejí si nové generace seniorů do stáří své generační zkušenosti, znalosti, návyky, potřeby i nároky. Nynější generace seniorů, které prožily své produktivní období po 2. světové válce, mají vyšší vzdělanostní strukturu, jsou aktivnější a přiměřeně náročnější. Obzvláště pak ženy jsou emancipovanější v porovnání s předešlými generacemi (MÜHLPACHR, 2004).

2.1.3 Gerontologie a geriatric

„**Gerontologie** (řecky gerón = starý člověk, logos = nauka, slovo) je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří. Gerontologie se dělí na experimentální, která se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů. Gerontologii sociální, jenž se zabývá společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. Zasahuje do psychologie, sociologie, pedagogiky a dalších oblastí. A na gerontologii klinickou zabývající se problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. Označuje se také jako **geriatric** (řecky inró = léčím). V širším slova smyslu označuje geriatric celou geriatrickou medicínu, která prostupuje prakticky všechny klinické obory dospělého věku“ (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006, s. 11).

V některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie, Irsko) je **geriatric** samostatným specializačním lékařským oborem vycházejícím z vnitřního lékařství a zabývající se kromě všeobecně interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením

s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami. Oborem geriatrie není péče a dlouhodobé ošetrování, nýbrž zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

2.2 Ageismus – věková diskriminace starých lidí

Involuční křehkost, klesající obranyschopnost, narůstající zranitelnost jsou, jak již bylo uvedeno, podstatou seniorské ohroženosti, k níž patří také stoupající riziko diskriminace. Věková diskriminace, ageismus (výslovnost ejdžizmus, od anglického slova age, ejdž, věk), může nabývat různých podob. Ageismus se může vyskytovat v různých podobách diskriminačního chování. Mezi stěžejní podoby patří odpírání nákladných léčebných postupů (z důvodu věku), ale také o „pouhé“ předsudky, myšlenkové stereotypy (tzv. mýty o stáří), nevhodné jednání podmíněné přisuzováním negativních vlastností či chorobných projevů všem starým lidem. Jde např. o zdětinšťování (infantilizaci) starých lidí, o nepřiměřené odebírání jejich kompetencí (rozhodovacích možností), podceňování jejich schopností (včetně schopnosti údravy), nerespektování jejich osobnosti či ponižování jejich důstojnosti. Pečující profese by měly trvale dbát na aktivní kontrolu, zda se svým jednáním se starými lidmi nedopouštějí, byť neúmyslně, věkové diskriminace (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006). Často k ageismu nevede zlá vůle, ale neznalost a nepoučenost. Zloba, nenávist, nezáměr, falešné představy o stáří, různé předsudky a překonané historické modely jsou také projevem ageismu (KALVACH, HRABĚTOVÁ, 2005).

„Výraz ageismus, se v sociálně-politické praxi vyskytuje již více než 40 let. Poprvé se objevuje v USA koncem šedesátých let 20. století a zájem o něj roste s graduujícím stárnutím moderních společností. Rozvíjející se formy věkové diskriminace mohou mít vysokou vypovídající hodnotu o sociálním klimatu takových společností. To, zda společnost přijímá stáří a vyšší věk jako příležitost nebo jako rozrůstající se ohrožení, se projevuje v jejích proklamovaných hodnotách i v politické praxi“ (VIDOVIČOVÁ, In SÝKOROVÁ, CHYTIL, 2004, s. 62).

Rabušic, vidí další problém ve skutečnosti, že čeští senioři sami svým chováním nevytvářejí obraz sebevědomé a vitální skupiny, která poté, co opustila svět práce, plnými doušky využívá svého volného času k naplnění svých zájmů a zálib na které dříve nebyl kvůli pracovnímu vytížení čas a prostor. Takto svou nejasně definovanou rolí sami přispívají k vytváření negativních stereotypů (RABUŠIC, 1995, In KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

Stále tedy platí postřeh Freiové, která shrnuje, že dokud si staří lidé nezačnou více vážit sami sebe, nemohou očekávat, že si jich budou vážit příslušníci ostatních věkových skupin a generací (FREIOVÁ, 1982, In KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

Vhodné a slušné chování by mělo být samozřejmostí pro každého plnohodnotného jedince naší společnosti. Působení, při kterém je předávána znalost, takt a vzorce chování k cílovým jedincům, jsou předávány již v nukleární rodině. Každý z nás by tedy měl oplývat základními znalostmi a umět náležitě vystupovat a chovat se. Ve znalostech a způsobech chování k našim seniorům by měly být děti vedeny také ve škole. Speciální předmět, který je zahrnut do výuky nás učí, jak se máme chovat v souladu s přírodou a životním prostředím, jak postupovat při sexuálních problémech a znalost přístupu a taktního hezkého chování k osobám staršího věku by nám také neměla být cizí.

2.2.1 Sociální vyloučení

„K největším sociologickým obavám v souvislosti se stárnutím populace patří vyčleňování seniorů – věková segregace – z většinové mladší společnosti a ztráta životní smysluplnosti starých lidí. Tato nebezpečí hrozí zvláště starým lidem nemocným, nezdatným a chudým“ (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006, s. 9).

Dle Kalvacha a Onderkové, patří senioři ke skupinám ohroženým nejen diskriminací, ale také tzv. sociální exkluzí, sociálním vyloučením. Původně, v 70. letech 20. století, byla exkluzí myšlena především chudoba a jí podmíněná nerovnost v přístupu k různým společenským produktům včetně zdravotní péče. V současnosti se exkluze chápe jako úpadek a dezintegrace vztahů mezi jedincem či skupinou a většinovou společností. Dochází ke ztrátě sounáležitosti, mizí sdílení hodnot i společenských statků. Důsledkem

je frustrace, rezignace, někdy asociální chování, jindy ztráta sebeúcty, někdy až autoagrese. I při poskytování zdravotní péče je třeba dbát na to, aby napomáhala včleňování nemocných starých lidí a nedopouštěla se vyčleňování, exkluze, např. neúměrným odesíláním seniorů do dlouhodobé ústavní péče namísto podpory života v komunitě nebo podřízením všech sociálních rolí roli pacienta. Podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí patří z psychologického hlediska k typickým ageistickým projevům. Je třeba zdůraznit, že člověk i přes různě více či méně závažné změny ve svém zdravotním stavu, stále zůstává plnohodnotným člověkem. Proto je také třeba respektovat osobnost starého člověka při poskytování zdravotnických a sociálních služeb. Rovněž koncept života zůstává zachován do pokročilého stáří. Z hlediska psychického výkonu je ve stáří třeba zajistit dostatečný odpočinek (spánek, přestávky v psychicky náročné činnosti), klid a vlastní tempo (nepřítelem starých lidí je časový stres a obava z neúspěchu). Při učení je třeba respektovat zhoršenou všítivost – staří lidé potřebují ve srovnání s mladými k zapamatování stejného objemu informací větší počet opakování, což má význam při edukování (vyučování) geriatrických pacientů (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

2.2.2 Týrání a zanedbávání seniorů

„Závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi, různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbávání péče jsou nepřijatelné. Bohužel se však stále objevují.

K hlavním formám takto nevhodného zacházení patří:

- tělesné násilí (týrání) – bití, kopání, vystavování hladu či chladu, netlumení bolesti,
- psychické týrání – ponižování, urážení, omezování lidských práv, např. volnosti pohybu,
- ekonomické (majetkové, finanční) zneužívání – vynucené převody majetku,
- sexuální zneužívání – např. mezi klienty dlouhodobé ústavní péče (soužití seniorů v některých ústavech sociální péče s chronickými alkoholiky, s mladšími klienty s mentálním postižením apod.),

- nevhodné zacházení či zanedbávání – nepřiměřené používání omezovacích prostředků fyzických (např. kurtování) i chemických (nepřiměřené tlumení psychofarmaky)“ (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006, s. 30).

V souvislosti s výše uvedenou problematikou týrání a zanedbávání seniorů je nutno také zmínit pocit důstojnosti seniora. Ochrana smysluplnosti života a ochrana důstojnosti jsou v pozadí za prioritní snahou záchrany života seniora. Zdravotní péče by měla být uvážena a v žádném případě neskýtat a prodlužovat osobní utrpení seniorovi.

„K častým formám ponižování důstojnosti geriatrických pacientů patří:

- nerespektování seniorovy vůle, nepřiměřené odnímání kompetencí a kontroly nad děním,
- nerespektování seniorova soukromí a jeho autonomie,
- nerespektování seniorova studu (nepřiměřené obnažování, převážení v síťových zvedácích, nedostatečné oblečení včetně používání tzv. andělů u chodících seniorů apod.),
- vybízení seniorů k močení do absorpčních plen, odmítání pomoci k použití toalety,
- anonymizace pacienta, odnímání jeho osobitosti; a mnohé další” (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006, s. 33).

„Stáří nemá být vnímáno jako nebezpečný jev, ale jako výzva. Aktivita seniorů by měly být podporovány, stejně tak jako by mělo být zvyšováno povědomí široké veřejnosti o stáří a životech starých lidí. Musí se zvyšovat respekt ke starým lidem. Je nutné zabránit neadekvátnímu zacházení se starými lidmi, zahrnující zanedbávání, zneužívání a dokonce násilí“ (KOCÁB, 2009, s. 14).

2.3 Stáří z hlediska demografie

„Z demografického hlediska je stárnutí populace proces, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 nebo 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Kritériem pro označení určité populace jako staré či stárnoucí je osmiprocentní (nebo vyšší) podíl obyvatel ve věku 65 let a starších“ (PAILLAT, In RABUŠIC, 1995, s. 12).

Dle Rabušice (1995) je proces demografického stárnutí ovlivněn především výší porodnosti a úmrtnosti. Z důvodu nízké porodnosti v naší zemi se nárůst osob důchodového věku neustále zvyšuje. Svůj díl na tom mají i stále markantnější snižování úmrtnosti a prodlužování délky lidského života.

„Muži se zpravidla dožívají nižšího věku než ženy. V ČR je v současnosti při narození rozdíl 6,5 roku. Podle demografických tabulek se právě narozené děvče s největší pravděpodobností dožije 78,5 let, právě narozený chlapec 72 let. Žena ve věku 60 let má před sebou nejpravděpodobněji dalších 21,3 roku života, stejně starý muž 17,2 roku. K typickým rysům naší seniorské populace patří vzhledem k vyšší naději na dožitý věk převaha žen, a to stále výrazněji se stoupajícím věkem. Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60 – 64 let asi 1,2 : 1, ve věkové skupině 75 – 79 let asi 1,8 : 1, ve věkové skupině 90 a více let 3 : 1 a ve věku 100 a více let asi 4 : 1. Zahraniční údaje ukazují, že u extrémně dlouhověkých osob starších 110 let je poměr žen k mužům ještě vyšší a činí asi 8 : 1“ (RABUŠIC, 1995, s. 48).

Demografické stárnutí obyvatelstva není problémem pouze v ČR. Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává zdravotnickou prioritou stárnutí populace. Dochází a bude docházet k přibývání starých lidí, které je:

Relativní – nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých lidí

Absolutní – klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří

- klesá úmrtnost ve stáří, staří lidé žijí déle a dožívají se vyššího stáří
- po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky

Pro oblast sociálních služeb je nyní prioritním zájmem progresu ve službách poskytovaných cílové skupině – seniorům. Markantním znakem toho, že se dožíváme stále vyššího věku je i důkaz o přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

Jak uvádí Kalvach a Onderková (2006), z důvodu vyšší naděje na dožití pro ženy narůstá i jejich ovdovělost. Ve věkové skupině 80 a více let bylo v ČR v roce 2000 podle Českého statistického úřadu ovdovělých 30,8 % mužů, ale 80,6 % žen. Ovdovělost patří k hlavním příčinám osamělosti starých lidí, která je považována za jedno z největších úskalí pokročilého stáří.

Pevnost dobré fyzické a psychické kondice se promítá v celkové kvalitě života i v sociálních vztazích. Přispívá k ní i mezigenerační aktivita na úrovni sociálních vazeb.

Ztráta kontaktu s okolím z důvodu ovdovění může působit propastný prostor ve znovunabytí víry a odhodlání ke kontaktu s nejbližším okolím a ukončit tak osamělost starých lidí.

2.4 Kvalita života seniorů

Kvalita života je velice aktuální a diskutovanou skutečností nejen v domovech seniorů. Pokud hovoříme o kvalitě života seniora, je nutné se zaměřit na jeho přání a tužby. „V praktické medicíně se osvědčují takové metody, které umožňují objektivizovat životní spokojenost právě tohoto „okamžiku“. Výrazný deficit, daný rozdílem očekávání a naplnění, který má za následek psychický diskomfort, by měl být kvalifikovaně odstraněn, je-li to alespoň trochu možné“ (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 259).

Dlouhodobě je každá nově stárnoucí generace zdatnější, ambicióznější a znalejší, má větší nároky na kvalitu svého života ve stáří, hledá nové možnosti uplatnění. Nové technologie jsou pro ni výzvou. Nechce ztratit krok s mladší generací a stále se aktivně podílí na akcích svých komunit (KALVACH, HRABĚTOVÁ, 2005).

Dle Šustkové (In VAJĎÁKOVÁ, 2009, s. 18) „rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Senior by měl být akceptován jako partner a na rozhodnutích, která se týkají jeho zdraví a péče, by se měl sám podílet. Důležité je také dodržovat vhodnost náležitého oslovování seniora, pokud má titul, používat ho. Vyslechnout názor, pomoci, poradit. Respektovat seniorův stud a jeho soukromí. Ve všech chvílích kontaktu pamatovat na to, že každý člověk, ať už zdravý či nemocný, zasluhuje respekt. V každém případě a za všech okolností by měla být dodržena důstojnost seniora.“

Nabídky smysluplných aktivit pro seniory podporuje prodloužení aktivního období života. Společenský přístup ke stáří má dvě možná hlediska. Prvním je potřeba a zájem seniorů o zabezpečení jejich životů, kvalitu života a smysluplném trávení volnočasových aktivit. Druhým jsou sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace včetně ovlivnění hospodářského rozvoje a sociálního smíru (MÜHLPACHR, 2004).

„Společenská opatření vůči seniorské populaci by měla být komplexní, koordinovaná, individualizovaně cílená a vycházející z potřeb a přání seniorů. K prioritám patří především:

důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace mezigenerační tolerance s vyloučením ageismu, věkové diskriminace a důraz na kvalitu života ve stáří, maximální účelnost všech forem péče, služeb a čerpání nákladů, včetně restrukturalizace a geriatrické modifikace služeb historicky vzniklých v mladé společnosti“ (KALVACH A KOL., 1997, s. 10).

Kvalita života je pro laickou veřejnost ukazatelem pohodového životního stylu. Někdy je kvalita života charakterizována jako životní pohoda. Je to velice ceněná a všemi preferovaná hodnota, která otevírá možnosti k dosažení svých cílů a přání. Pojem zdraví je velice úzce spjat s pojmem kvalita života. Někteří dokonce míní, že kvalitní život lze realizovat pouze za podmínek plného zdraví. Zdraví je však nepochybně jeden z nejdůležitějších předpokladů naplnění kvalitního života. Prožitek kvality je na osobním vyhodnocení konkrétního jedince. Je to subjektivní pocit každého jedince vyhodnocení na základě aktuálních pocitů a psychického i fyzického stavu. Jak i Haškovcová míní, v současné době panuje shoda odborníků v názoru, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může konstatovat, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Vnější pohled může být nejen povrchní, ale především mylný (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Dle Hnilicové (In PAYNE, 2005) znamená studium kvality života v současné době hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl, cítí se přirozeně a mohou v něm spokojeně žít. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to

objektivní a subjektivní. Subjektivní kvality života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti v životních situacích. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, fyzického zdraví a sociálního statusu. Je stále podnětným prvkem odborné diskuse, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena (HNILICOVÁ, In PAYNE, 2005).

„V poslední době se však setkáváme s pokusy postihnout kvalitu života více globálně a definovat, co jsou to tzv. „pilíře štěstí“. Jsou jimi následující fenomény:

Kompetence – pocít, že umím, jsem s to dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní.

Autonomie – rozhoduji o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou.

Nalomenost – cítím se být svázán s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, to znamená, že si sám sebe vážím“ (HNILICOVÁ, In PAYNE, 2005, s. 211).

„Z praktických důvodů se stanovila kritéria pro možné vyhodnocování kvality života pomocí speciálních dotazníků. Dotazníky většinou mapují šest základních oblastí, které podmiňují kvalitu života. Jsou to **sebepřijetí** – dominuje zde souznění s vlastní minulostí; **pozitivní vztahy** – s těmi, na kterých dotyčným záleží, i s těmi, kteří o něj pečují; **autonomie** (sebeurčení) – právo na vlastní názor i v obtížné situaci; **zvládání životního prostředí** – mít přehled a cítit se bezpečně v aktuálně sdíleném prostoru; **smysl života** - rekapitulace dosavadního života, přijetí pozitivních i negativních stránek prožitého života s nadějí, že ještě něco pěkného přijde; **osobní rozvoj** – je označován odborníky jako završení života, poslední úsek osobního zrání. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou užitečnou zpětnou vazbou pro lékaře, ošetřující personál i pro vedení zařízení. Lze je velmi dobře využít jako zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče“ (HNILICOVÁ, In PAYNE, 2005, s. 263).

Také samotná lidská aktivita je pojímána jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů. Je tomu tak proto, že všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku (z dobře vykonané práce, dobrých rodinných vztahů, kvalitně stráveného volného času apod.), ale také proto, že přispívá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti. Činorodá lidská aktivita přispívá pomocí posilování fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti ke smysluplnému zapojení do společnosti (KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

2.4.1 Aktivační metody

Dotazníkové hodnocení, jehož pomocí je možné získat přehled o kvalitě života seniora, vypovídá o mnoha cenných skutečnostech. Ačkoliv se život skládá z pozitivních i negativních zkušeností, senioři mají tendence hodnotit pouze komplexně pozitivně svůj dosavadní život, nebo jsou často absolutně nespokojeni s prožitým životem. Jejich lítost nad promarněnými chvílemi, kdy se mohli zachovat jinak, než se zachovali. Mnohdy myšlenky nad ztracenými příležitostmi a promarněným životem přináší pesimistické myšlenky a depresivní pocity. V takových chvílích je vhodné zvolit metodu tzv. **validace**. Jedná se o jednu z aktivačních metod, která má za úkol zapojení seniorů do dění v domovech seniorů, zvýšit jejich angažovanost na akcích, které se konají v domovech seniorů, podílet se na vytváření příznivého klimatu. To vše za podmínek respektující kognitivní a konativní úroveň seniorů. Cílem této metody je vyřešit problémy minulosti, dosáhnout spokojenosti a vrátit pocit identity, snížit stres vytvořený životními ztrátami. V případě seniorů je nezbytné, aby byli neustále ujišťováni o tom, že prožili nejlepší možný život. Na nápravu osobních záležitostí už málokdy zbývají síly i čas. Podstatné při této metodě validace je zahrnout i problémy a životní etapy, které je ještě možné nějakým způsobem změnit. Do dalších aktivačních metod vhodných pro seniory patří ještě např. zooterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, ale i dramaterapie a další.

„Stáří nejsou pouze bolestné ztráty a omezení. Pro většinu seniorů, důchodový věk vytváří nové příležitosti, dává možnost dobrovolně si zvolit úkoly, koníčky a aktivity“ (BURSOVÁ, 2010, s. 19).

I Kozáková s Müllerem soudí, že kvalitní program je nutnou součástí podpory osobám seniorského věku, je důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje nejen adekvátní fyzickou a mentální stimulaci, ale také příležitost ke vzájemnému sblížování a společenskému životu, jenž je pro psychiku člověka nezbytný. Smysluplná činnost je pro člověka nepostradatelná. Příznivě působí na fyzické a psychické funkce organismu člověka. Fyzické, mentální a duchovní potřeby člověka musí být uspokojovány stejnou měrou. Vedle těchto potřeb mají být naplněny také požadavky společenské a rekreační (KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

Zapojování do sítí sociálních vztahů podpora a komunikace s ožíváním osamělého života patří k základním úkolům ošetrovatelského personálu (KALVACH, ONDERKOVÁ, 2006).

2.4.2 Duševní zdraví a potřeby seniorů

Otázka duševního zdraví je dnes diskutována z důvodu již zmiňovaného prodlužujícího se lidského věku. Závažná důležitost tohoto tématu je spjata s demografií stárnutí a prodlužujícího se věku, kterého se lidé dnes dožívají. Je vyvolané změnou a zrychlením životního tempa a způsobem života, který přináší osobní zátěžové situace i míru izolace člověka ve vztahu ke společnosti. Stárí, tak jako i jiná životní období, by měla být pro člověka výzvou. V tomto období se nabízí možnost využití volného času k duchovnímu zamyšlení, je více prostoru i na své blízké. Kdo přijme sám sebe a své stárí, má možnost rozvíjet ctnosti, k nimž stárí přímo vybízí: mírnost, milost, trpělivost, pokoru, milosrdenství a především životní moudrost svých prožitých let.

Potřeby starých lidí, ale i osob bez rozdílu věku, lze dělit do skupin. Jsou to potřeby biologické, psychické a sociální. Potřebným hlediskem je neoddělenost těchto potřeb, ale naopak kompaktnost a komplexnost v jejich společném naplňování. Lidé si často myslí, že stárí s sebou přináší nějaké „specifické potřeby“, které se u ostatních nevyskytují. Oproti tomu se někdo může domnívat, že staří lidé toho již moc nepotřebují a redukovat potřeby starých lidí na úroveň základního fyziologického a materiálního zajištění. S příchodem stárí a s omezením funkčního potenciálu (schopnosti zařídit si a zabezpečit si potřebné sám), se struktura potřeb nemění, avšak může se projevit změna v zaměření potřeb i jejich subjektivní význam. S odchodem do penze se stává zásadní potřeba jistoty a bezpečí, která je vnímána nejsilněji zejména v období dětství, ale lze ji pozorovat v průběhu celého lidského života. Je to jakési vyjádření touhy po stabilitě v průběhu celého života. Důležitou a zásadní pro spokojený život je potřeba otevřené budoucnosti a naděje.

Duševní zdraví zatěžuje i obava z osamělosti a další ve stárí identifikované obavy, např. obava z pádu, z neschopnosti přizpůsobit se, obava aby se člověk nestal zátěží pro rodinu a nejbližší přátele. Pro starší lidi je zejména důležitá i otázka tak zvané

koherence, což je vyjádření sounáležitosti k něčemu v co dotyčný věří a s čím se identifikuje. U mnohých je to jejich náboženství, případně vyjádření spirituální potřeby kosmické transcendence. Často je to právě ve vyšším věku, kdy se potřeba spirituality stává významnou a zřetelnější.

Při práci se seniory jsou klíčové také potřeba důstojnosti, respektu, komunikace a potřeba vztahů s dalšími lidmi. Ve stáří, při určité ztrátě soběstačnosti, jsou tyto potřeby majoritní. Jednou z opomíjených potřeb ve vyšším věku je fyziologická potřeba sexuálního uspokojení. Potřeba intimního kontaktu však také patří k sociálním potřebám.

2.4.3 Pozitiva stáří

Vlády a především místní orgány, nevládní organizace, dobrovolníci a dobrovolnické organizace včetně seniorských sdružení mohou mimořádně přispět k úspěšnosti podpory a péče, kterých se dostává starým lidem v rodinách a komunitě. Člověk jako biologický druh je charakterizován dlouhým dětstvím a dlouhým stářím. To po celé dějiny umožňovalo starším lidem vzdělávat mládež a předávat jí své hodnoty, dovednosti a znalosti, které zajistily lidstvu přežívání a pokrok. Nejen svým životem, ale dokonce i svou smrtí nás staří lidé učí (MÜHLPACHR, 2004).

Dle Mühlpachra je „spirituální, kulturní a sociálně ekonomický přínos stárnutí pro společnost cenný a jako takový by měl být rozpoznán a dále chráněn. Náklady do problematiky stárnutí by měly být pokládány za trvalou investici. Důležitou podmínkou sociálně ekonomického rozvoje je věková integrovaná společnost, ve které je eliminována věková diskriminace i nedobrovolná segregace a naopak je posilována solidarita vzájemná podpora mezi generacemi. Stárnutí je celoživotní proces a jako takové by mělo být chápáno. Příprava celé populace na pozdější stádia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky a měla by zahrnovat faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, spirituální, ekonomické či zdravotní. Senioři by měli být aktivními účastníky tvorby a realizace politických opatření, včetně těch, která se jich zvláště dotýkají“ (MÜHLPACHR, 2009, s. 18).

„Stáří se také ukázalo být výhodou při srovnávacích formách inteligenčních testů. Je prokázáno, že je možné trénovat různé schopnosti až do vysokého věku a přizpůsobit se tím standardu mladších. Toto srovnání ukazuje rozdílné dimenze inteligence. Krystalická inteligence zahrnuje všeobecné znalosti, zkušenost, slovní zásobu, jazykové porozumění a je stabilní v daném věku. Fluidní inteligence, obratnost, kombinační schopnost a orientace v nových situacích, tedy komponenta inteligence nezávislá na vzdělání, klesá od 20 let věku“ (ŠTIKAR, HOSKOVEC, ŠMOLÍKOVÁ, 2007, s. 12). „Zcela v souladu s těmito zjištěními mohou starší lidé dosahovat lepších výsledků než ti mladší, a to v kategoriích, jako jsou emocionální inteligence a moudrost, kde se projevuje jejich výhoda životní a historické zkušenosti. Podobně je tomu v určitých oblastech umění a vysoce odborných profesních znalostí. Starší skladatelé, dirigenti a spisovatelé například často patří k těm nejlepším“ (GRUSS, 2009, s. 13).

Dle subjektivního pohledu Marounkové je „stáří úžasný věk, naskýtá se spousta času. Někdy můžete dokonce dokázat ještě víc, než ve svém produktivním věku. Zároveň je zde prostor na přiznání opravdových životních hodnot, jako je například láska. Čím starší je člověk, tím více lásku potřebuje a právě takové životní hodnoty mnohdy rozpoznáváme až ve stáří“ (MAROUNKOVÁ, 2005, s. 2).

2.5 Kvalita poskytování sociálních služeb

V naší republice je zastoupena populace seniorů využívající služeb pobytových zařízení. V těchto zařízeních je podstatné z hlediska seniorů věnovat náležitou péči ochraně lidských práv a dodržovat lidskou důstojnost. Pobyt v takovém typu zařízení má často fatální dopad na soukromí seniorů. Nesmí docházet k přílišné ochraně klientů, která má často charakter domácího vězení. Tato snaha o ochranu klientů v pobytových zařízeních by neměla být přehnaná, protože senioři mají málo nástrojů jak se v takové situaci bránit a mnohdy neví, jak je správně použít nebo o nich dokonce vůbec neví. V souvislosti s potřebou vytvářet podmínky pro kvalitní poskytování sociálních služeb je vytvoření standardu kvality sociálních služeb. V zařízeních pro seniory nejsou vytvářeny vhodné podmínky pro možnost podávání osobních stížností, které jsou nezbytné při dodržování lidských práv. Pokud dojde k omezení či zbavení způsobilosti

k právním úkonům, stává se, že novým opatrovníkem je uveden vedoucí ústavu, což nemusí být vždy v nejlepším zájmu seniora.

Jak Rabušic (1995) uvádí, seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní). I když bývají senioři leckdy vnímáni jako zdánlivě stejnorodá, homogenní „šedá vlna“, liší se mezi sebou navzájem velmi výrazně věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, hodnotovým systémem, genetickými vlohami pro dlouhověkost i dalšími okolnostmi. Ze vzájemné odlišnosti vyplývá také rozdílnost očekávání, priorit, přání a potřeb, a to ve zdraví i v nemoci. K hrubým chybám v poskytování služeb seniorům patří schematismus, sdružení do jednotného průměru, jako by si všichni byli ve svých potřebách velmi blízcí. Tato chyba se často odvíjí od zúžení a ponížení potřeb starého člověka na základní biologickou úroveň a ošetrovatelskou rutinu, kde opravdu velké rozdíly nejsou možné.

2.6 Zařízení pro seniory

„Domovy pro seniory jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů“ (POPELKOVÁ, CHYTIL, In SÝKOROVÁ, CHYTIL, 2004, s. 212).

Další závažný sociologický faktor, jak uvádí Kalvach a Onderková (2006, s. 9) je „penzionování, které představuje vysoké nároky při adaptaci na změněný životní styl s převahou volného času a často také vede k poklesu životní úrovně. Ve stáří narůstá ohroženost sociální i biologická. Staří lidé jsou více než lidé mladšího věku ohroženi nemocí, úmrtím, ztrátou soběstačnosti, náhlou změnou zdravotního stavu, ovdověním, osamělostí, diskriminací, ponižováním i dalšími negativními jevy, jimž jsou schopni čelit jen omezeně. Poskytování služeb seniorům by proto mělo být vždy spojeno s aktivním zájmem o vyhodnocování ohroženosti a o prevenci jejích důsledků.“

Dle úvahy Sýkorové „vytváří zařízení příležitosti k tomu, aby uživatelé služeb mohli uplatňovat vlastní vůli, jednat na základě vlastních rozhodnutí, aby mohli být sami sebou. Naplňování tohoto kritéria umožňuje respektovat důstojnost a individuální způsob života každého uživatele. U cílové skupiny seniorů umožňuje respektovat zvláštnosti dosavadního způsobu jejich života a zachovat jejich zvyklosti tak, aby sociální služba skutečně poskytovala jen nezbytnou podporu v oblastech, ve kterých ji uživatel potřebuje a chce přijímat. Povinností zařízení je využít všech způsobů k zajištění informovanosti uživatelů o jejich možnostech a o alternativách, mezi kterými se mohou rozhodovat“ (SÝKOROVÁ, 2004, s. 35). Zařízení vytváří příležitosti k tomu, aby uživatelé služeb mohli uplatňovat vlastní vůli, jednat na základě vlastních rozhodnutí, aby mohli být sami sebou (www.mpsv.cz).

Jarošová uvádí, že „domovy seniorů jsou v podvědomí seniorů nejrozšířenější formou ústavní péče. Obyvatelé mají zajištěnou celoročně celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a lékařskou péči. Jsou zde podmínky pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost, pro možnosti kulturního a společenského života“ (JAROŠOVÁ, 2006, s. 48).

2.6.1 Poskytované služby a jejich ceny

Poskytované služby jsou naplňovány pomocí standardů kvality sociálních služeb. Tyto standardy jsou kritéria a soubory, které jsou ověřitelné v praxi. Hlavním posláním poskytovaných služeb je umožnit lidem zde žijícím a využívajícím služby, aby dosahovali svých cílů, zůstali rovnocennými členy společnosti a byla hájena jejich důstojnost a plnohodnotný život (www.mpsv.cz).

„Poskytované služby jsou hrazeny klienty a ceny jsou pro některé z nich poměrně vysoké a špatně dostupné. Záleží samozřejmě na tom, jaká je výše jejich starobního důchodu a jak vysoký je příspěvek na péči, který klient dostává. Klient platí základní měsíční poplatky za ubytování, úklid, žehlení, praní, stravu. Rozdíly ve výši poplatků jsou tvořeny odlišným počtem osob na pokoji, typem stravy, atp. Přijímání jsou přitom pouze klienti, kteří mají sníženou soběstačnost, což je prokazováno skutečností, že pobírají příspěvek na péči. Tento svůj příspěvek klienti automaticky dávají domovu a

jsou z něj hrazeny další služby. Tím, že základní sazba za pobyt zhruba odpovídá průměrnému starobnímu důchodu a podle zákona musí být cca 15% důchodu ponecháno jeho příjemci jako kapesné, stává se, že klienti nejsou schopni pobyt ve středisku v plné výši uhradit. V případě vzniku takovéto situace je u klientů vedena evidence dlužné částky jako pohledávky“ (NEŠPOROVÁ, SVOBODOVÁ, VIDOVIČOVÁ, 2008, s. 56).

3. CÍLE A ÚKOLY

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce je srovnat kvalitu života seniorů v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno, před a po intervenčním programu, který byl z mé strany seniorům nabídnut. Vedlejším cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda klienti domova seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno, kladně přijali mnou nabízený intervenční program.

3.2 Úkoly práce

Úkolem práce je realizace výzkumu. Dále pak analýza získaných dat, která poskytnou informace k vyhodnocení dotazníků.

3.3 Formulace hypotéz

Pro výzkum byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1:

Klienti v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okrese Kladno, jsou spokojeni s kvalitou života ve výše uvedeném domově seniorů.

Hypotéza č. 2:

Klienti v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno, přijímají kladně intervenční program.

4. PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika práce

V sekundárním sběru dat jsou uvedena data již sebraná, a proto pro výzkumníka dostupná. Otázkou však zůstává kvalita takových dat a účel, za kterým byly shromážděny. Výhodou při získávání sekundárních dat je operativnost a jisté uspokojení procesu. Nevýhodou zůstává jejich ověřitelnost, pokud se jedná o data uvedená na internetu, důvěryhodnost a kvalita.

Pro praktickou část byl použit **dotazník s otázkami z WHOQOL BREF – krátká verze** (viz Příloha – č. 1). Tento dotazník slouží k hodnocení kvality života a je standardizován na českou populaci. Má testovanou reliabilitu (spolehlivost) a validitu (správnost). Dotazník může být využit ke zjišťování rozdílů kvality života zkoumaných skupin (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Předkládaný dotazník byl ještě doplněn souborem otázek, které byly zvoleny po konzultaci s ošetřujícím personálem domu seniorů. Těmto otázkám přiřklám vysokou důležitost s ohledem na využití získaných výpovědí pro přímé zkvalitnění životních potřeb v tomto zařízení. Dotazník obsahuje otázky uzavřené, kde jsou odpovědi již připravené a respondent pouze označí zvolenou variantu. **Podstatou dotazníku** je zjišťování názorů dotazovaného k dané problematice. Jsou to psychologické metody založené na subjektivním ohodnocení osoby, jejích schopnostech, vlastnostech, pocitech, zájmech, psychickém i fyzickém zdraví (PLEVOVÁ, 2004). Dotazník **WHOQOL BREF – krátká verze** neposkytuje souhrnný skóre nebo index kvality života, ale výsledkem je profil kvality života. V dotazníku byly také využity otázky identifikační (pohlaví, věk) (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Dotazník byl veden formou **standardizovaného rozhovoru**. Tato forma výzkumné metody se jevila jako výhodnější a jednodušší pro pochopení dotazovaných (dotazník obsahuje 39 položek). Rozhovor také klade menší nároky na iniciativu seniorů a **nedovoluje vynechání otázky**. S dotazovanými osobami byl nejprve navázán kontakt úvodním rozhovorem, po něm následovalo vyplnění dotazníku. U některých položek bylo nutné dotazovaným blíže objasnit jejich význam, aby mohli správně danou položku ohodnotit. Všechny osoby byly v úvodu seznámeny s účelem výzkumu a ujištěny o **zachování anonymity**. Každý z dotazovaných dobrovolně předem vyjádřil

souhlas s poskytnutím údajů pro potřeby anonymního dotazníkového šetření. Ve všech případech jsem se setkala s milým přijetím a ochotou ke spolupráci na vyplnění dotazníku. Většina klientů projevila radost nad chvílemi, kdy jsem si s nimi povídala. Nevýhodu této metody však spatřuji v její časové náročnosti a udržení dotazovaného u tématu otázek. Z mé strany, jakožto jediné osoby, která měla přístup k vyplněným dotazníkům, byla zachována naprostá anonymita o osobních údajích a odpovědích dotazovaných. Standardizovaný rozhovor probíhal na základě předem přesně připravených otázek s daným pořadím, s již danými možnostmi odpovědí. Pro účely dotazníkového šetření byl předán jeden dotazník před začátkem intervenčního programu a druhý po skončení intervenčního programu. U obou dotazníků je identická formulace otázek. Ve finálním hodnocení je zjišťován rozdíl ve výpovědích před a po skončení intervenčního programu. Každý rozhovor trval **přibližně 30 minut**. Souhlas s prováděním kompletního průzkumného dotazování, udělil ředitel domu pro seniory „Pod Lipami“. Výsledky šetření jsou zaznamenány v grafech a vyjádřeny formou popisné statistiky v absolutních a relativních číslech vždy pod grafem. Grafy byly vypracovány za pomoci systému Microsoft Office Excel 2007. Formulář dotazníkového šetření je součástí přílohy č. 1.

Před zahájením dotazníkového šetření byl proveden **tzv. předvýzkum**, na 10 seniorech. Zkušební testování prokázalo porozumění dotazovaných seniorů dotazníku. Pro vyhodnocení dotazníkového šetření je důležité, aby dotazovaní dobře rozuměli položeným otázkám a dokázali tak dle vlastního názoru co nejpřesněji odpovědět.

Edukační obsahy tří tématických bloků jsou uvedeny v intervenčním programu (viz příloha č. 2). Obsahové nabídky **intervenčního programu** byly vypracovány na základě zjištěných požadavků ze strany seniorů a s ohledem na již existující nabídku volnočasových aktivit zde v zařízení. Program intervenčního programu byl vytvořen dle možností zúčastněných seniorů.

4.2 Charakteristika souboru

Dotazovaný vzorek tvořilo 40 klientů z domova seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno. Z celkového počtu dotazovaných, bylo 10 mužů a 30 žen. Výběr

dotazovaných byl proveden na základě doporučení personálu tohoto domu pro seniory, s ohledem na zdravotní a duševní stav seniorů a také s ohledem na ochotu seniora na případném vyplnění dotazníku spolupracovat.

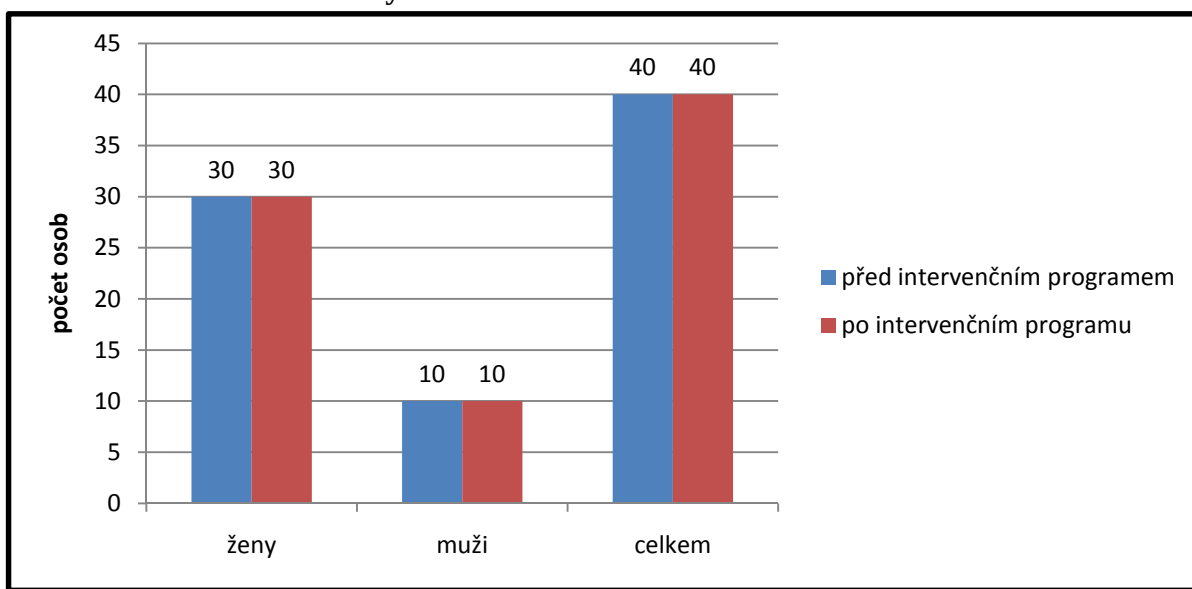
4.3 Organizace praktického šetření

Intervenční program (viz Příloha č. 2) byl nabídnut v měsíci říjnu a listopadu roku 2010 v pravidelných intervalech, vždy dvě hodiny jedenkrát v týdnu. Místem konání intervenčního programu byl domov seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno. První dotazníkové šetření bylo provedeno na počátku října, před zahájením samotného intervenčního programu. Závěrečné dotazníkové šetření pak bylo provedeno po ukončení intervenčního programu v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno na konci listopadu 2010. Poté bylo provedeno vyhodnocení těchto dotazníků.

5. VÝSLEDKY A DISKUZE

5.1 Grafické zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření

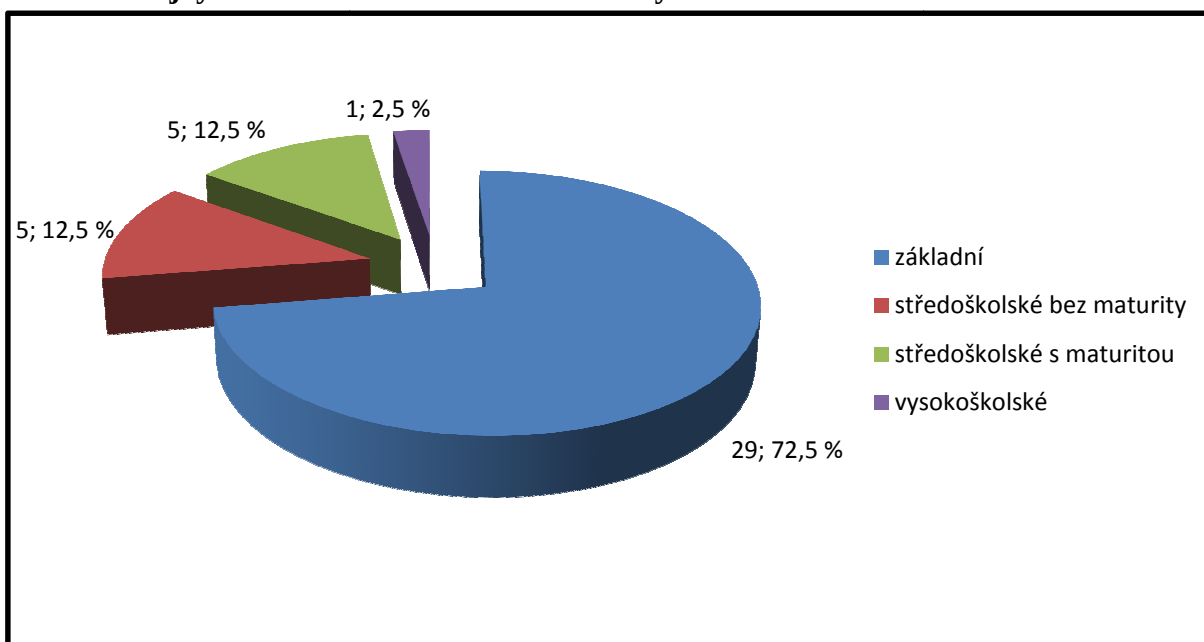
Graf č. 1: Pohlaví dotazovaných.



Zdroj: vlastní tvorba

Dotazníkového výzkumu, který byl proveden před intervenčním programem, se zúčastnilo přesně 30 žen (75 %) a 10 mužů (25 %). Údaje před intervenčním programem jsou vyznačeny modrou barvou. Celkový počet dotazovaných činil 40 osob (100 %). Dotazníkového průzkumného šetření, které bylo provedeno po proběhnutí intervenčního programu, se zúčastnilo také 30 žen (75 %) a 10 mužů (25 %). Údaje po intervenčním programu červenou barvou. Celkový počet dotazovaných po proběhnutí intervenčního programu činil také 40 osob (100 %), viz graf č. 1.

Graf č. 2: Nejvyšší ukončené vzdělání dotazovaných.

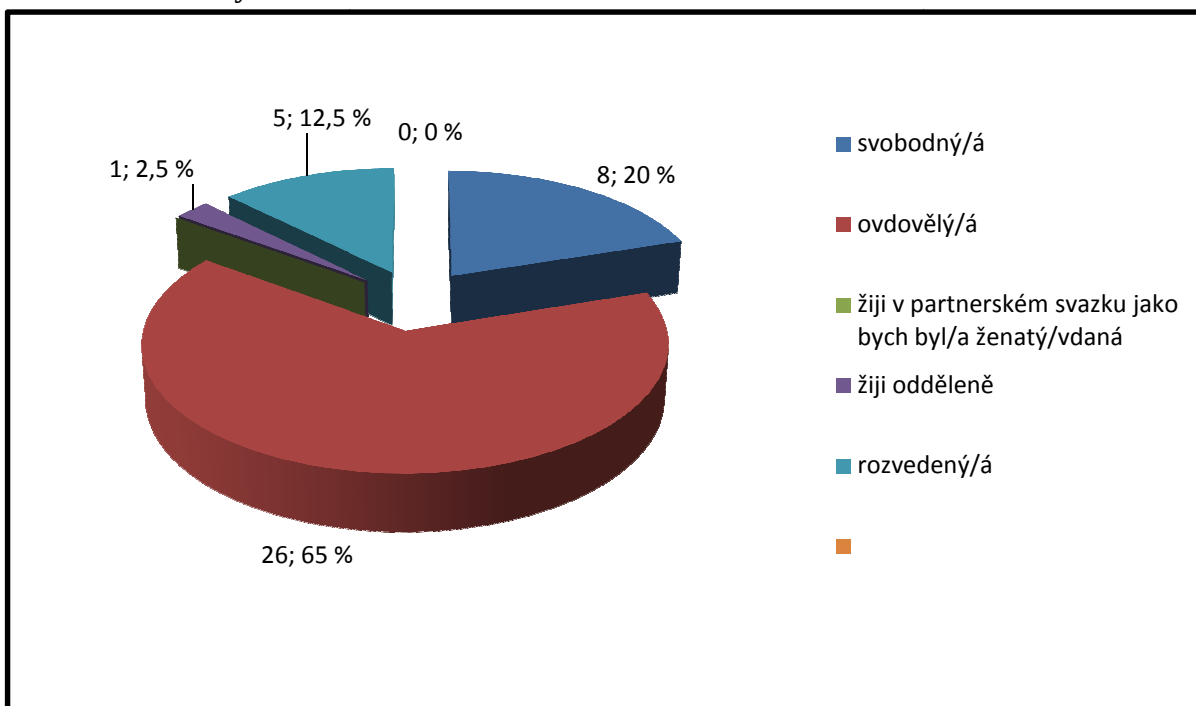


Zdroj: vlastní tvorba

Z celkového počtu dotazovaných 40 (100 %) žen a mužů, dosáhlo 29 (72,5 %) dotazovaných vzdělání základního. Středoškolského vzdělání bez maturitní zkoušky dosáhlo 5 (12,5 %) dotazovaných žen a mužů. Středoškolského vzdělání s ukončenou maturitou dosáhlo 5 (12,5 %) z dotazovaných žen a mužů. Vysokoškolského vzdělání dosáhl z dotazovaných 1 (2,5 %).

Ve skupině dotazovaných je zastoupena převážná většina s ukončeným základním vzděláním. Pouze jeden z dotazovaných zastupoval menšinu s ukončeným vysokoškolským vzděláním, viz graf č. 2.

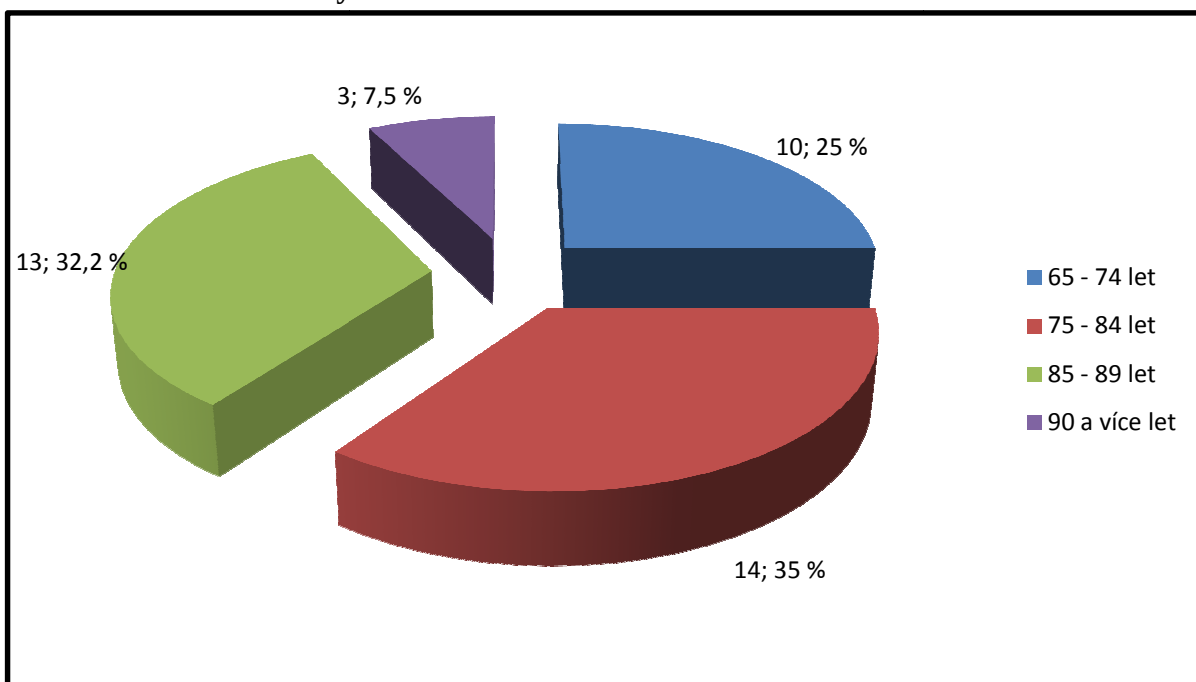
Graf č. 3: **Rodinný stav.**



Zdroj: vlastní tvorba

Ze souboru dotazovaných 40 (100 %) žen a mužů, uvedla většina, a to celkem 26 (65 %) osob, ovdovělý/á stav. Další nejvyšší číslo, které vyplynulo z dotazníku, bylo uvedeno u stavu svobodný/á, 8 (20 %) osob. Odpověď rozvedený/á uvedlo překvapivě 5 (12,5 %) z celkového počtu dotazovaných. Jeden (2,5 %) z dotazovaných uvedl za svoji odpověď, že žije odděleně. Poslední možnost u této otázky zůstala nevyužita. Dle odpovědí dotazovaných ani jeden (0 %) z nich nežije v partnerském svazku jako by byl/a ženatý/vdaná, viz graf č. 3.

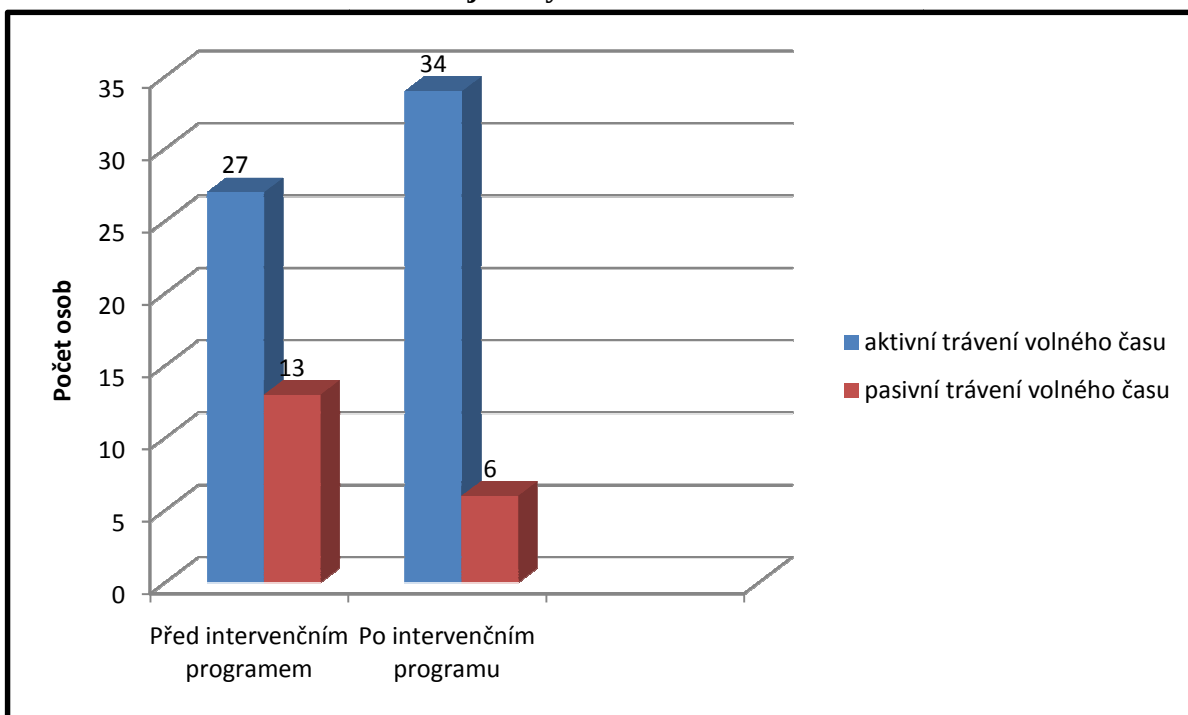
Graf č. 4: Věk dotazovaných.



Zdroj: vlastní tvorba

Z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných žen a mužů, uvedlo 10 osob (25 %) věkové rozmezí od 65 do 74 let. Další nejpočetnější skupinou bylo rozmezí věku od 75 do 84 let, jenž uvedlo celých 14 (35 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných. Další hojně zastoupenou skupinou byli dotazovaní v rozmezí věku od 85 do 89 let, a to 13 (32,5 %) osob z celkového počtu dotazovaných. Ve skupině uvedli pouze 3 (7,5 %) dotazovaní, že jejich věk spadá do skupiny 90 a více let, viz graf č. 4.

Graf č. 5: Jak dotazovaní tráví svůj volný čas.

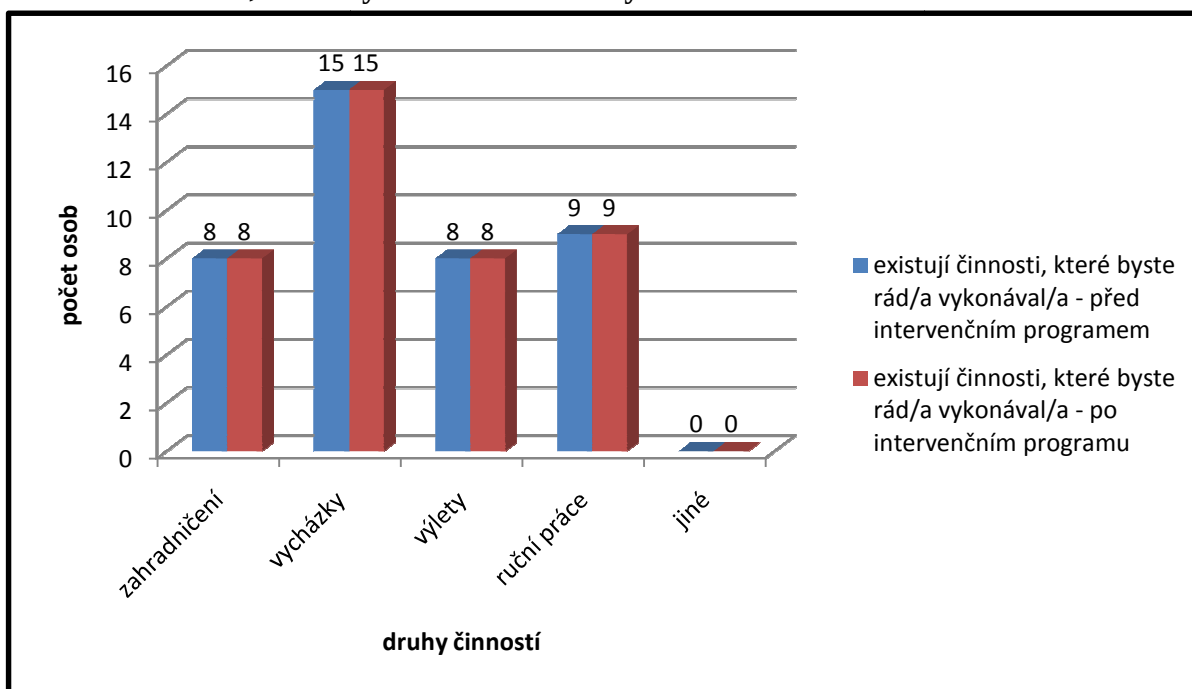


Zdroj: vlastní tvorba

První sloupec je vyhodnocením, které bylo provedeno př počátkem intervenčního programu. V otázce číslo pět uvádělo 27 (67,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %), že svůj volný čas tráví aktivně. Celkem 13 (32,5 %) osob uvedlo, že svůj čas tráví většinou spíše pasivním způsobem.

Druhý sloupec je vyhodnocením, které bylo provedeno po proběhnutí intervenčního programu. Při položení té samé otázky již 34 (85 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) uvedlo, že svůj čas tráví aktivně. Pouze 6 (15 %) osob zaškrtnulo odpověď, že tráví svůj volný čas pasivně, viz graf č. 5.

Graf č. 6: Činnosti, které by dotazovaní rádi vykonávali.

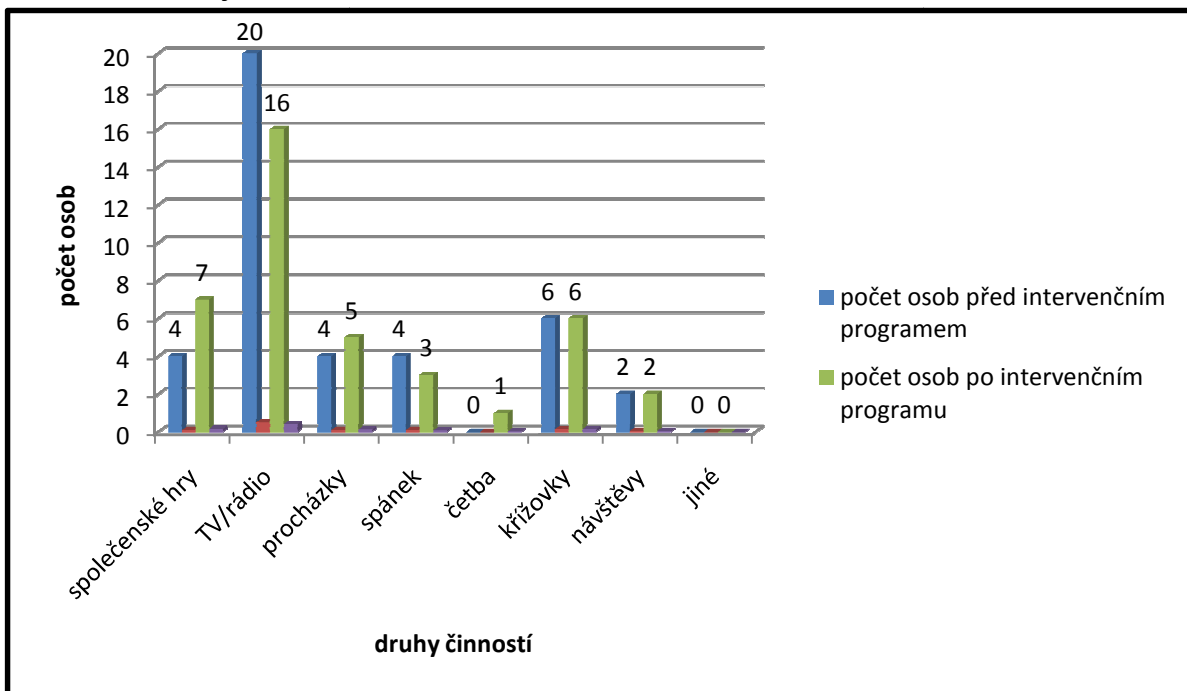


Zdroj: vlastní tvorba

Z uvedeného grafu vyplynulo, že před intervenčním programem většina z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných - 15 (37,5 %) osob, by rádo vykonávalo ve svém volném čase vycházky. Další uvedené činnosti byli ruční práce, zastoupené 9 (22,5 %) osoby, dále zahradničení 8 (20 %) osob a výlety s taktéž 8 (20 %) osobami z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných.

Po intervenčním programu byly výsledky dotazníkového šetření vyhodnoceny jako identické. Z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných - 15 (37,5 %) osob, by rádo vykonávalo ve svém volném čase vycházky. Další uvedené činnosti byli ruční práce, zastoupené 9 (22,5 %) osobami, dále zahradničení 8 (20 %) osob a výlety s taktéž 8 (20 %) osobami z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných, viz graf č. 6.

Graf č. 7: Pokud nastávají v životě seniorů žen a mužů situace, že nemají co dělat, kterou z uvedených činností se snaží tuto skutečnost změnit.

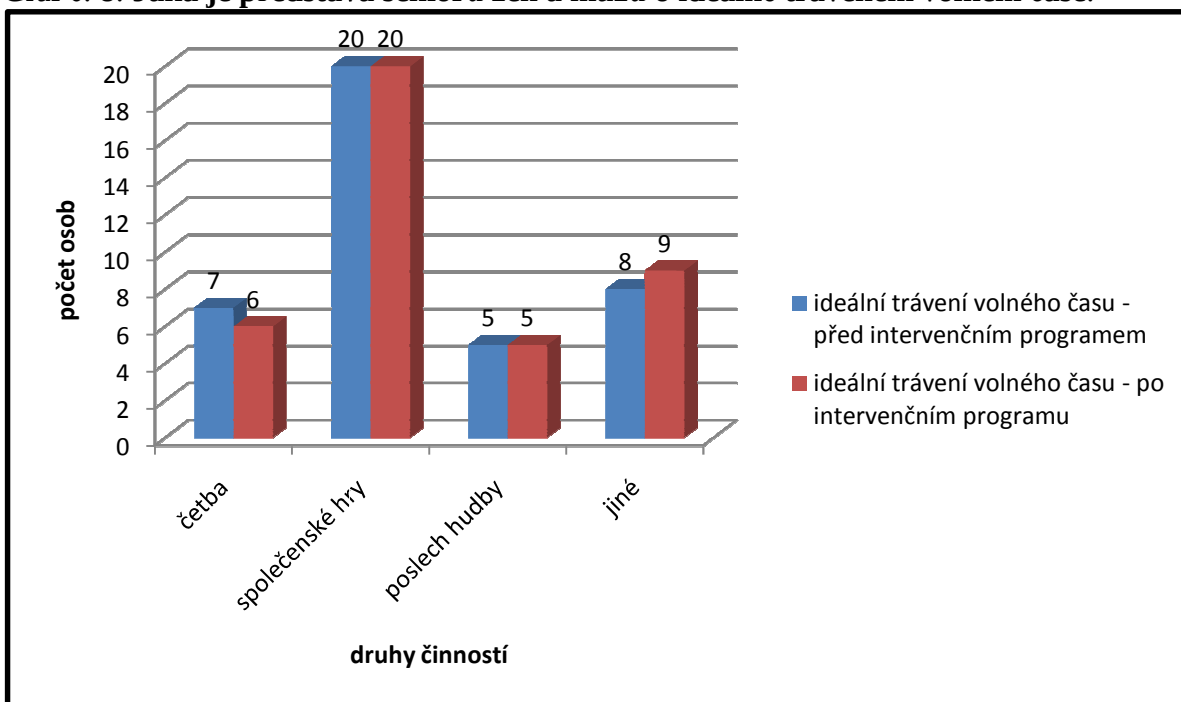


Zdroj: vlastní tvorba

Při této otázce 20 (50 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných odpovědělo před uskutečněným intervenčním programem, že pokud nastane v jejich životě situace, kdy nemají co dělat, volí poslech rádia a sledování televize. Před intervenčním programem ostatní dotazovaní zvolili odpověď společenské hry 4 (10 %) osoby, procházky 4 (10 %) osoby, spánek 4 (10 %) osoby, četba 0 (0 %) osob, křížovky 6 (15 %) osob, návštěvy 2 (5 %) osoby, jiné 0 (0 %) osob.

Po proběhnutí intervenčního programu 16 (40 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných zvolilo variantu TV/rádio. Další odpovědi dotazovaných po proběhnutí intervenčního programu, byli uvedeny v počtu: společenské hry 7 (17,5 %) osob, procházky 5 (12,5 %) osob, spánek 3 (7,5 %) osoby, četba 1 (2,5 %) osoba, křížovky 6 (15 %) osob, návštěvy 2 (5 %) osoby, jiné 0 (0 %) osob, viz graf č. 7.

Graf č. 8: Jaká je představa seniorů žen a mužů o ideálně tráveném volném čase.

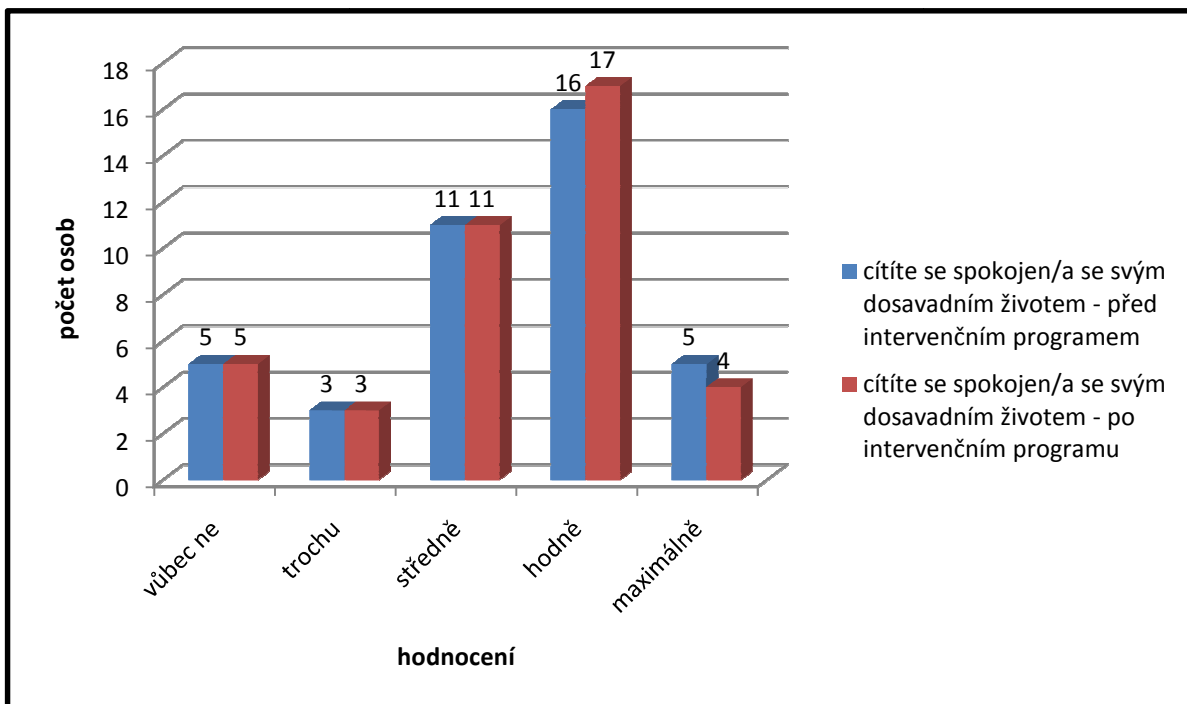


Zdroj: vlastní tvorba

Před zahájením intervenčního programu největší část dotazovaných, a to 20 (50 %) osob, z celkového počtu 40 (100 %) osob uvedlo za svoji ideálně strávenou činnost společenské hry. Ostatní odpovědi následovaly v počtu: 7 (17,5 %) osob při četbě jako ideální činnosti při trávení volného času, 5 (12,5 %) osob poslech hudby a 8 (20 %) osob jinou aktivitu.

Po proběhnutí intervenčního programu se jeví výsledky velice podobné. Jediná změna nastala v oblasti četby, kdy jeden z dotazovaných označil místo četby, jako ideální činnosti pro trávení svého volného času, jinou aktivitu. V číslech se toto promítlo následovně, 6 (15 %) osob označilo jako ideální činnost četbu, 20 (50 %) osob společenské hry, 5 (12,5 %) osob uvedlo při této otázce poslech hudby a 9 (22,5 %) osob označilo svoji odpověď zatržením možnosti poslední, jiné, viz graf č. 8.

Graf č. 9: Hodnocení spokojenosti seniorů žen a mužů se svým dosavadním životem.

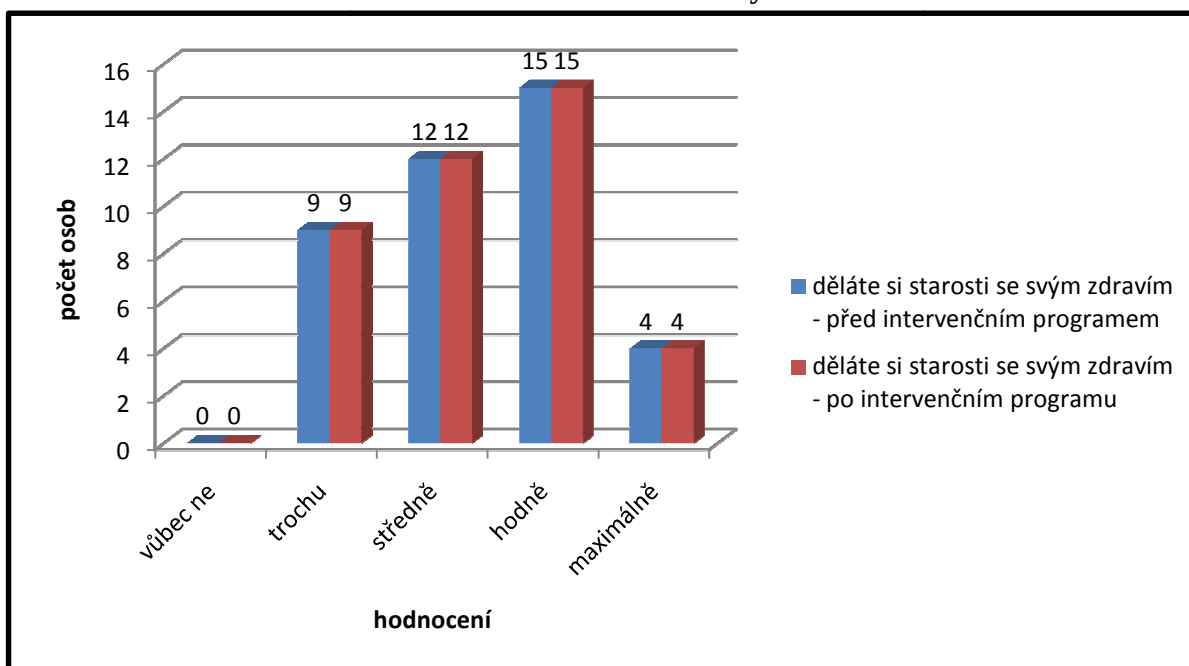


Zdroj: vlastní tvorba

V této otázce si byl počet zodpovězených odpovědí před i po intervenčním programu velice podobný. Před intervenčním programem odpovědělo z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných žen a mužů, že pouze 5 (12,5 %) z nich se vůbec necítí být spokojeno se svým dosavadním životem. Z rozhovorů s dotčnými vyplynula pro toto tvrzení přítomnost častých rodinných a příbuzenských nedorozumění a závažné zdravotní problémy. Odpověď trochu zapsali před intervenčním programem 3 (7,5 %) osoby, možnosti středně využilo 11 (27,5 %) z dotazovaných. Nejvíce osob, 16 (40 %), se přiklonilo k hodnocení hodně a pouze 5 (12,5 %) osob zapsalo před intervenčním programem své hodnocení jako maximálně.

Po intervenčním programu byly odpovědi identické, až na jednu. Pouze v možnosti hodnocení hodně, byla zaznamenána změna ve výpovědi jedné osoby, která nyní zvolila toto hodnocení na místo maximálně. Výsledné skóre po intervenčním programu je tedy: vůbec ne 5 (12,5 %) osob, trochu 3 (7,5 %) osoby, středně 11 (27,5 %) osob, hodně 17 (42,5 %) osob a maximálně 4 (10 %) osoby, viz graf č. 9.

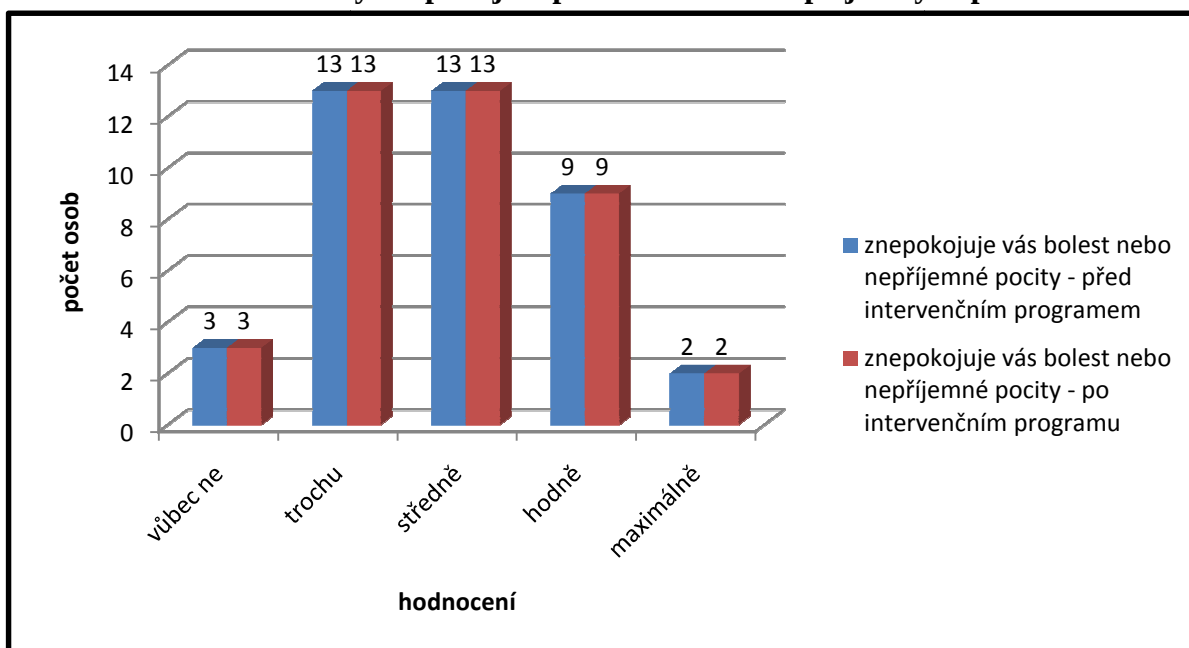
Graf č. 10: **Hodnocení starostí seniorů žen a mužů se svým zdravím.**



Zdroj: vlastní tvorba

Při vyhodnocování odpovědí na tuto otázku se ukázalo, že všechny dotazované osoby z celkového počtu 40 (100 %) seniorů žen a mužů, odpovědělo před i po intervenčním programu naprosto stejně. Oblast zdraví je v seniorském věku velice často zmiňovanou problematikou. Starosti se svým zdravím ve všech případech korelovaly pocity dotazovaných, které vyplývaly ze znalosti zdravotního a psychického stavu dotyčného. Možnost výpovědi vůbec ne si před, ani po intervenčním programu nevybral ani jeden z dotazovaných. Možnost trochu si vybralo v obou případech 9 (22,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných seniorů žen a mužů. Odpověď středně byla v obou případech zvolena 12 (30 %) osobami, možnost hodně byla v obou případech zvolena 15 (37,5 %) dotazovanými a pouze 4 (10 %) osoby si v obou případech se svým zdravím dělali maximální starosti, viz graf č. 10.

Graf č. 11: Hodnocení míry znepokojení při bolesti nebo nepříjemných pocitech.

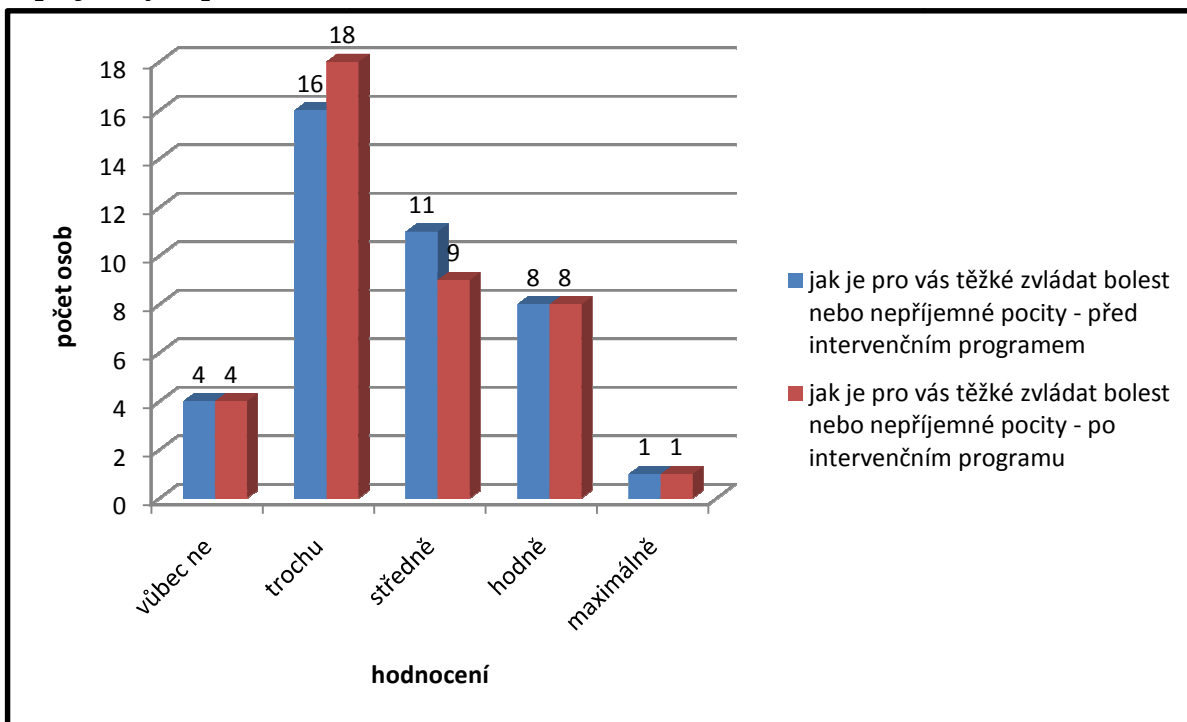


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem 3 (7,5 %) osoby z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných seniorů žen a mužů odpověděly, že pro ně vůbec není znepokojující bolest nebo nepříjemné pocity. Možnost trochu zadrželo před intervenčním programem 13 (32,5 %) dotazovaných, možnost středně zadrželo také 13 (32,5 %) dotazovaných, přičemž 9 (22,5 %) z dotazovaných seniorů uvedlo, že je hodně znepokojuje bolest nebo nepříjemné pocity. Pouze 2 (5 %) osoby uvedly možnost odpovědi slovním hodnocením maximálně.

Po intervenčním programu byly odpovědi dotazovaných seniorů žen a mužů identické. Všichni ze 40 (100 %) dotazovaných se shodli na stejné bilanci odpovědí, jako před intervenčním programem, viz graf č. 11.

Graf č. 12: Hodnocení zátěže pro seniory ženy a muže při zvládání bolesti nebo nepříjemných pocitů.

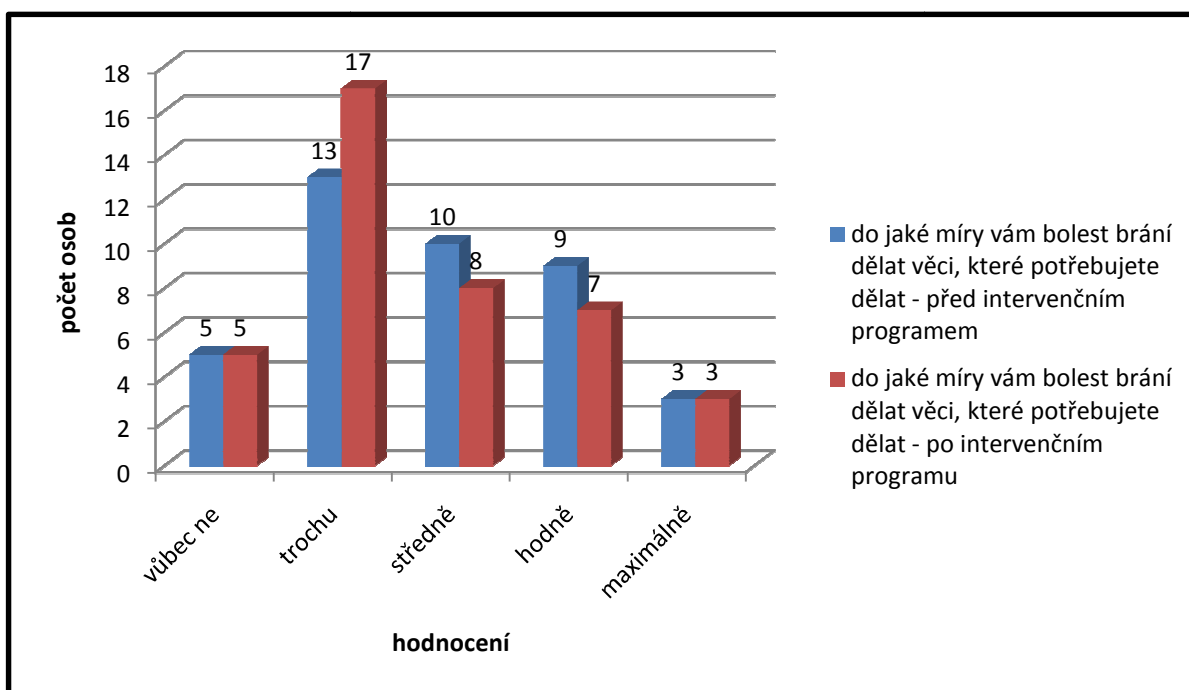


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem uvedli 4 (10 %) dotazovaní z celkového počtu 40 (100 %), že pro ně není vůbec těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity. Naproti tomu 16 (40 %) osob zahrlo odpověď, že je pro ně trochu těžké zvládat bolest a nepříjemné pocity. Středně těžké zvládat bolest a nepříjemné pocity bylo pro 11 (27,5 %) z dotazovaných, hodně pak pro 8 (20 %) z dotazovaných. Maximálně těžké zvládání bolesti a nepříjemných pocitů vyjádřil pouze jeden (2,5 %) dotazovaný. I při odpovědi na tuto otázku hrála u mnohých odpovědí velkou roli zdravotní stránka dotazovaného.

Po intervenčním programu uvedly odpověď vůbec ne opět 4 (10 %) osoby z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných seniorů žen a mužů. U odpovědi trochu se vyjádřilo 18 (45 %) osob, že toto hodnocení vystihuje jejich zátěž zvládat bolest nebo nepříjemné pocity. Středně těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity bylo pak již pouze pro 9 (22,5 %) z dotazovaných. Shodný počet osob odpověděl i po intervenčním programu u možnosti hodně a to 8 (20 %) osob. Maximálně těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity uvedl i nyní 1 (2,5 %) dotazovaný, viz graf č. 12.

Graf č. 13: Do jaké míry seniorům ženám a mužům brání zvládání bolesti nebo nepříjemných pocitů.

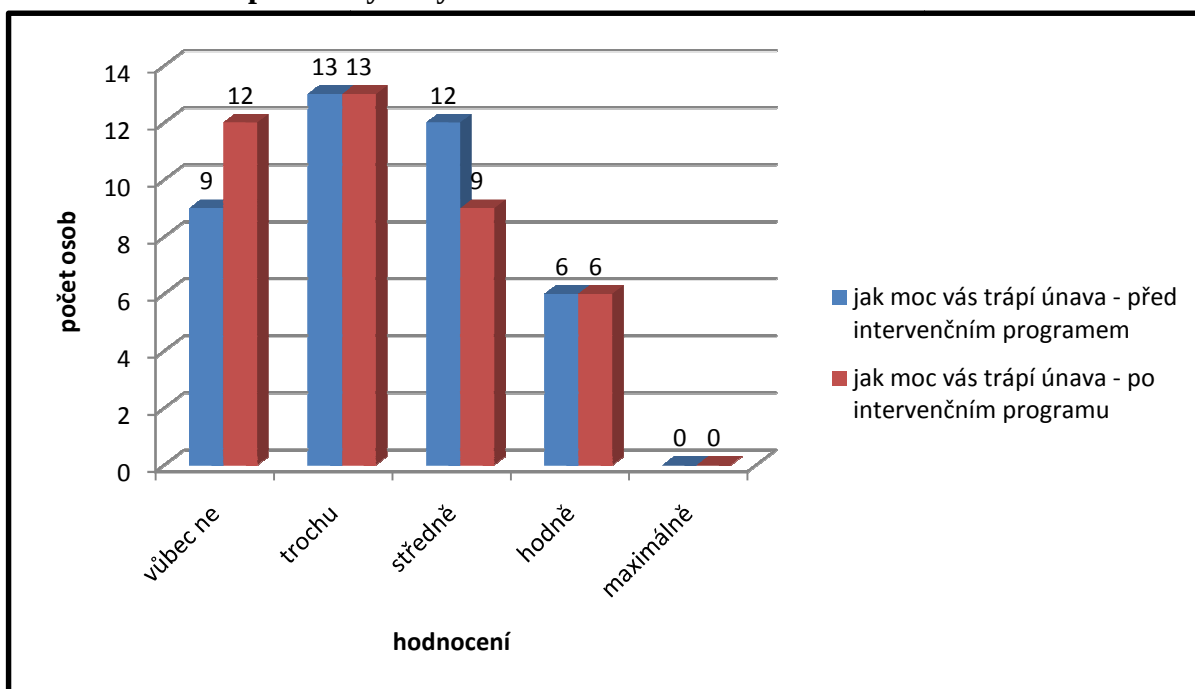


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem uvedlo z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných seniorů žen a mužů pouze 5 (12,5 %) osob, že pro ně není vůbec těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity. Pro 13 (32,5 %) osob bylo trochu těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity. Možnost středně těžké pak zadrželo 10 (25 %) z dotazovaných. Celkem 9 (22,5 %) osob se přiklonilo k hodnocení hodně těžké 3 (7,5 %) osoby oproti tomu pak zvolily hodnocení maximálně.

Po intervenčním programu bylo složení odpovědí následující: možnost vůbec ne vybralo 5 (12,5 %) osob, možnost trochu celých 17 (42,5 %) dotazovaných, středně 8 (20 %) osob, hodně 7 (17,5 %) osob a hodnotu maximálně zvolily opět 3 (7,5 %) osoby, viz graf č. 13.

Graf č. 14: Jak trápí seniory ženy a muže únava.

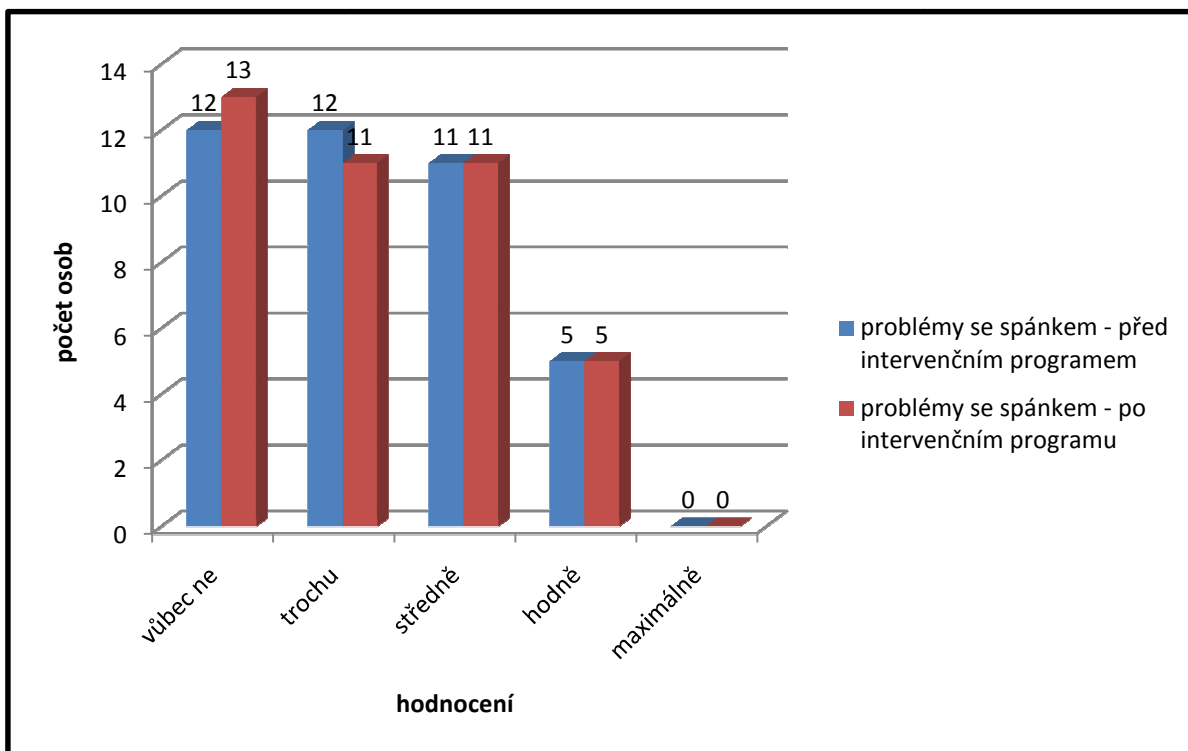


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem v hodnocení této otázky 9 (22,5 %) osob z celkového počtu dotazovaných seniorů žen a mužů popsalo, že je vůbec netrápí únava. Možnost trochu zvolilo 13 (32,5 %) osob. Středně unaveno se pak cítilo 12 (30 %) osob z celkového počtu dotazovaných. Celkem 6 (15 %) osob se cítilo být hodně unaveno a kupodivu možnost maximálně nikdo z dotazovaných nezvolil.

Po intervenčním programu zvolilo možnost vůbec ne 12 (30 %) dotazovaných. Celkem 13 (32,5 %) dotazovaných se pak cítilo být trochu trápeno únavou, zatímco pouhých 9 (22,5) se oproti stavu před intervenčním programem cítilo být středně trápeno únavou. Možnost hodně zvolilo 6 (15 %) osob, stejně jako v měření, které bylo provedeno před intervenčním programem. Možnost maximálně nebyla opět vůbec zatrhnuta, viz graf č. 14.

Graf č. 15: **Přítomnost problémů se spánkem.**

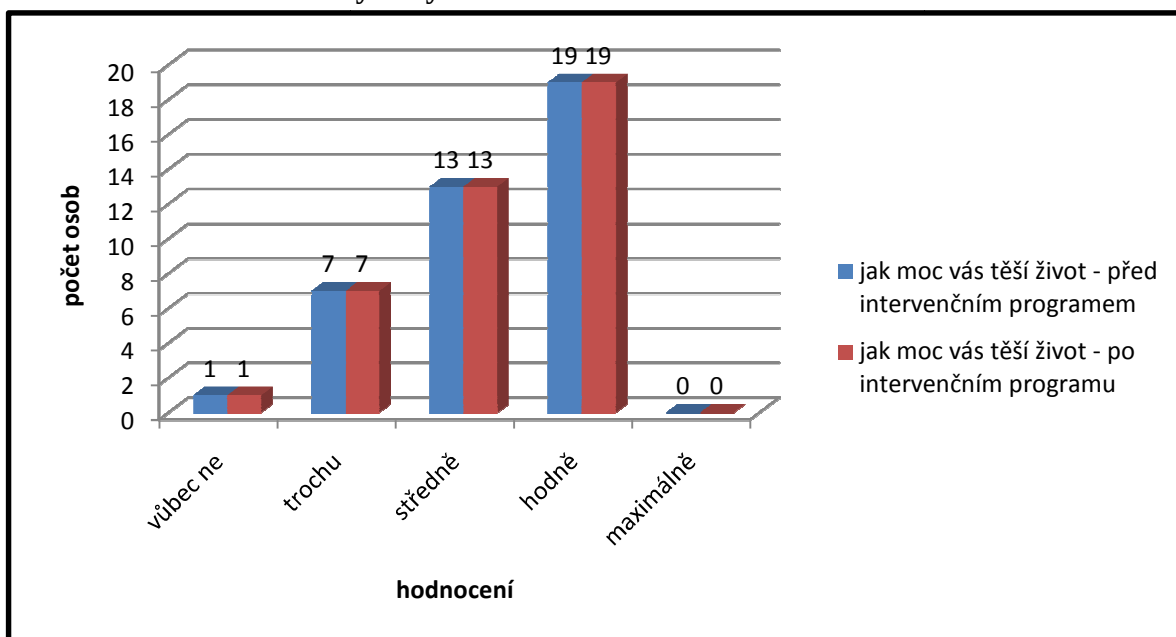


Zdroj: vlastní tvorba

Dle grafu bylo před intervenčním programem 12 (30 %) osob bez problémů se spánkem. Trochu problémy mělo také 12 (30 %) dotazovaných z celkového počtu oslovených seniorů žen a mužů. Střední problémy se spánkem pak byly uvedeny u 11 (27,5 %) z dotazovaných, hodně problémů mělo 5 (12,5 %) osob a žádný z dotazovaných neuvedl možnost maximálních problémů se spánkem.

Po intervenčním programu se zvýšil počet těch, kteří nemají vůbec problémy se spánkem na 13 (32,5 %), přičemž došlo ke snížení počtu na 11 (27,5 %) osob u těch, kteří nyní volili hodnocení trochu. Střední problémy se spánkem uvedlo opět 11 (27,5 %) osob. Hodně problémů se spánkem po intervenčním programu uvedlo 5 (12,5 %) osob a maximální variantu opět nezvolil žádný z dotazovaných, viz graf č. 15.

Graf č. 16: **Jak moc seniory ženy a muže těší život.**

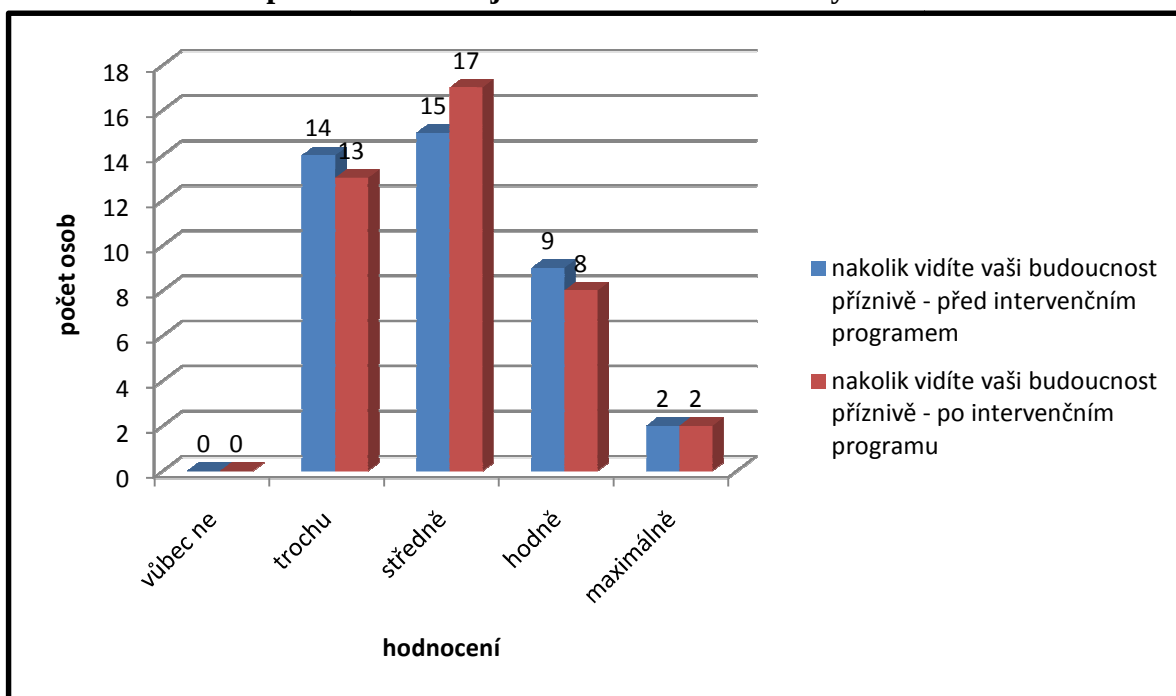


Zdroj: vlastní tvorba

V hodnocení otázek před intervenčním programem uvedla pouze jedna (2,5 %) osoba, že život ji už vůbec netěší. Vyšší číslo bylo následně zaznamenáno u hodnoty trochu a to 7 (17,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných seniorů žen a mužů. Středně těší život celých 13 (32,5 %) osob a 19 (47,5 %) osob z celkového počtu pak zvolilo variantu hodně. Pro možnost maximálně se, k mému překvapení opět nikdo nevyslovil.

Po intervenčním programu zůstalo hodnocení identické. Pro variantu vůbec ne se vyslovila jedna (2,5 %) osoba, možnost trochu zvolilo 7 (17,5 %) osob z celkového počtu dotazovaných. Středně těší život 13 (32,5 %) osob, hodně pak nejvíce z dotazovaných, a to 19 (47,5 %) osob. Pro variantu maximálně se opět nikdo nevyjádřil, viz graf č. 16.

Graf č. 17: Nakolik příznivě vidí svoji budoucnost senioři ženy a muži.

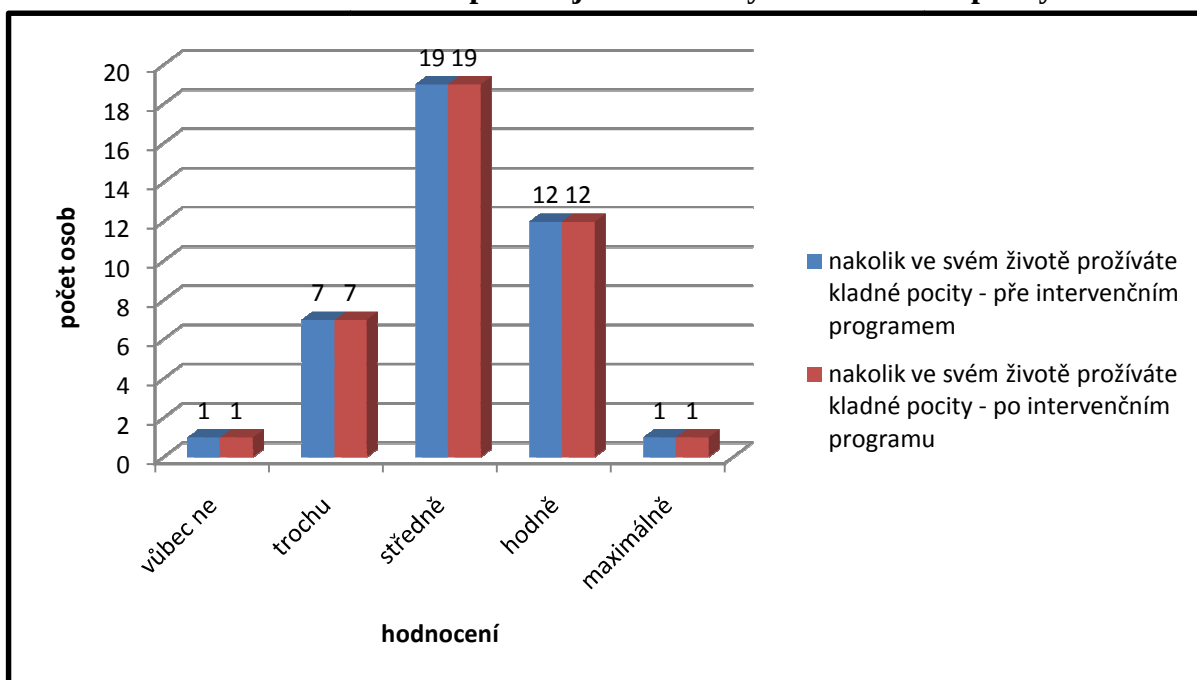


Zdroj: vlastní tvorba

Při této otázce se měli dotazovaní vyjádřit ke své budoucnosti. Zda ji vidí příznivě či nikoli. Před proběhnutím intervenčního programu neuvedla žádná z dotazovaných osob jako odpověď hodnotu vůbec ne. Další možnost hodnocení trochu, pak uvedlo před intervenčním programem 14 (35 %) dotazovaných. Střední hodnotu zahrlo 15 (37,5 %) dotazovaných, možnost hodně pak 9 (22,5 %) a poslední uvedenou možnost maximálně uvedli 2 (5 %) osoby.

Při odpovědích, které uvedli dotazovaní po skončení intervenčního programu, byla shoda v hodnotách u možnosti vůbec ne, čili žádná osoba neoznačila tuto odpověď. Další možnost trochu byla zvolena 13 (32,5 %) dotazovanými, možnost středně volilo po intervenčním programu 17 (42,5 %) osob, 8 (20 %) dotazovaných zvolilo možnost odpovědi hodně a možnost maximálně zvolili opět pouze 2 (5 %) osoby, viz graf č. 17.

Graf č. 18: Nakolik ve svém životě prožívají senioři ženy a muži kladné pocity.

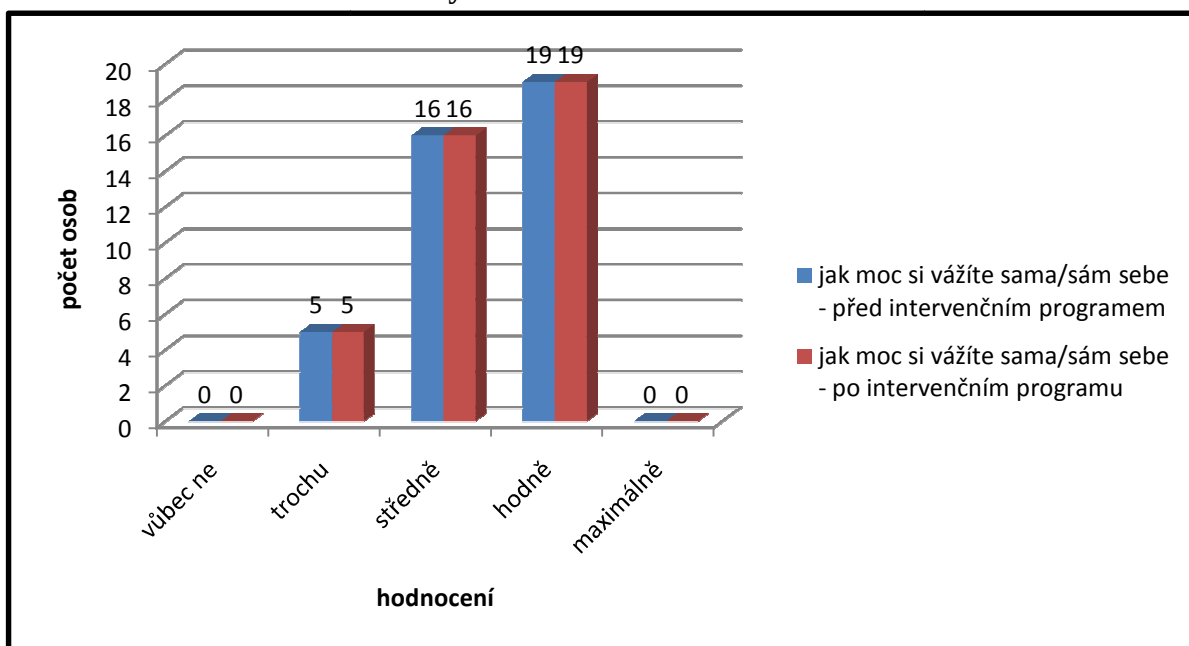


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem byla pouze jedna osoba pro možnost vůbec ne. Pro možnost trochu se vyjádřilo 7 (17,5 %) osob. Variantu středně pak zvolilo celých 19 (47,5 %) dotazovaných z celkového počtu všech 40 (100 %) dotazovaných osob. Hodnocení hodně bylo zastoupeno 12 (30 %) osobami, které ho zahrly jako svoji odpověď. Možnost maximálně byla pak zvolena pouze 1 (2,5 %) osobou.

Po proběhnutí intervenčního kurzu byla skutečnost následující, pro možnost vůbec ne se vyjádřila opět jedna (2,5 %) osoba, možnost trochu zvolilo opět 7 (17,5 %) osob, odpověď středně byla zastoupena 19 (47,5 %) dotazovanými a možnost hodně zvolilo 12 (30 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných. Poslední variantu maximálně pak zaškrtl jeden (2,5) dotazovaný, viz graf č. 18.

Graf č. 19: Jak moc si senioři ženy a muži váží sami sebe.

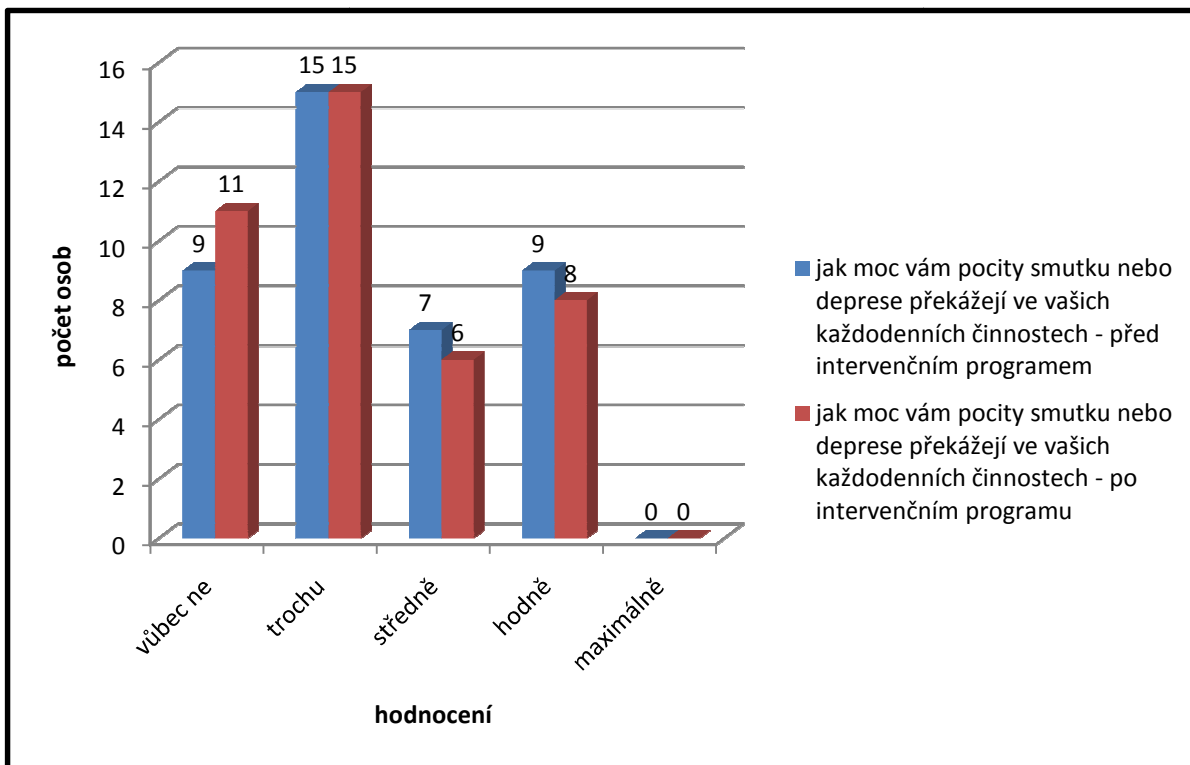


Zdroj: vlastní tvorba

Tento graf vystihuje odpovědi dotazovaných ještě před intervenčním programem na otázku číslo 19. Je milým zjištěním, že ani jeden z dotazovaných nezvolil odpověď vůbec ne. Nikdo pak také nezvolil ani možnost odpovědi maximálně. Možnost trochu pak zvolilo 5 (12,5 %) osob z celkového počtu všech 40 (100 %) dotazovaných. Možnost středně zapsalo 16 (40 %) dotazovaných a možnost hodně byla zvolena 19 (47,5 %) osobami.

Po proběhnutí intervenčního programu se skutečnosti v dřívějším vyhodnocení této otázky opakovaly. Možnost vůbec ne a maximálně opět nezvolil nikdo ze 40 (100 %) dotazovaných. Možnost trochu byla pak opět uvedena 5 (12,5 %) osobami, varianta středně byla zvolena 16 (16 %) osobami a možnost hodně 19 (47,5 %) dotazovanými, viz graf č. 19.

Graf č. 20: Jak moc pocity smutku nebo deprese překáží v každodenních činnostech seniorů žen a mužů.

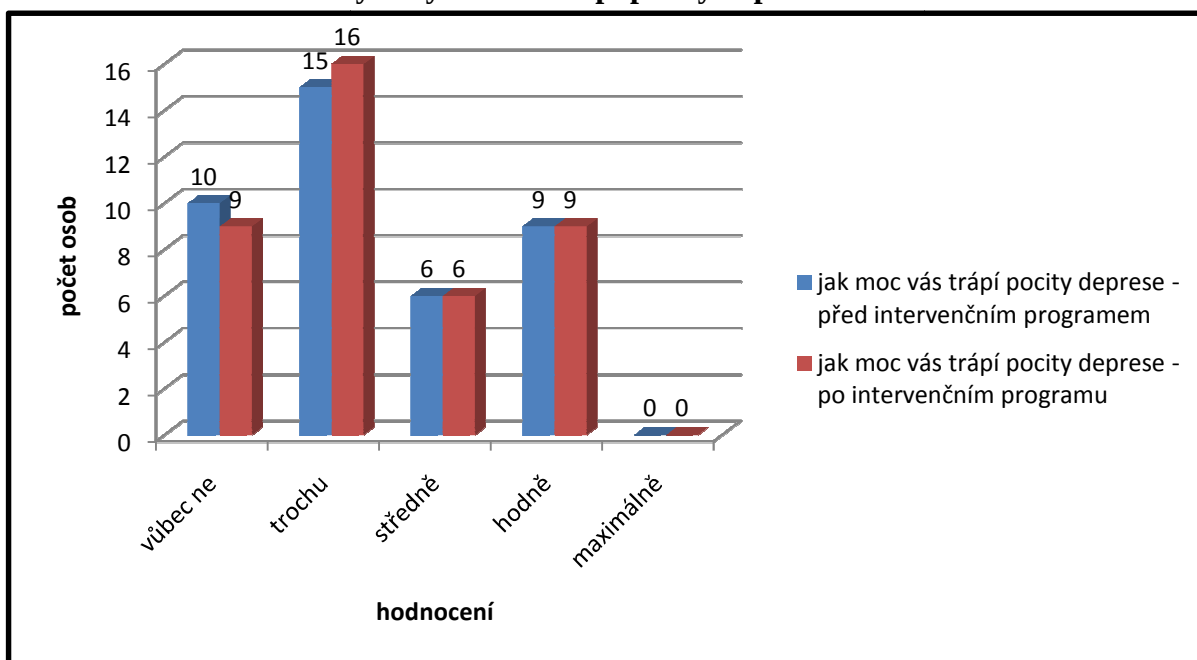


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem uvedlo 9 (22,5 %) osob, že nejsou stresováni pocity smutku nebo depresí při vykonávání každodenních činností. Celkem 15 (37,5 %) osob z počtu 40 (100 %) dotazovaných uvedlo možnost trochu. Možnost středně zapsalo 7 (17,5 %) dotazovaných a variantu hodně uvedlo 9 (22,5 %) dotazovaných. Možnost odpovědi maximálně nezvolil nikdo z dotazovaných.

Po proběhnutí intervenčního programu uvedlo jako svoji odpověď 11 (27,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %). Možnost trochu volilo opět 15 (37,5 %) osob. Variantu středně zadrželo 6 (15 %) z dotazovaných. Možnost hodně byla uvedena u 8 (20 %) osob a možnost odpovědi maximálně opět nikdo nezvolil, viz graf č. 20.

Graf č. 21: Jak moc seniory ženy a muže trápí pocity deprese.

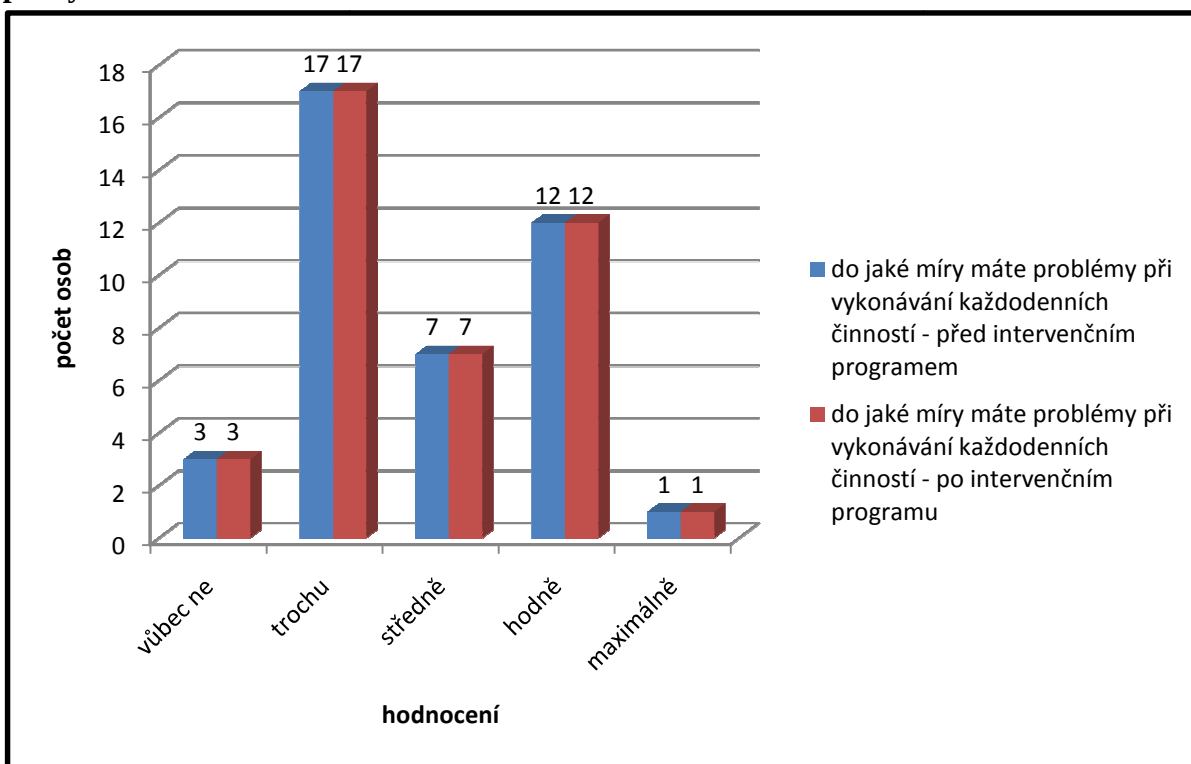


Zdroj: vlastní tvorba

Při vyhodnocení této otázky uvedlo před intervenčním programem 10 (25 %) osob, z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných, že nejsou vůbec trápeni depresemi. Celých 15 (37,5 %) osob uvedlo míru hodnocení trochu, 6 (15 %) osob možnost středně a 9 (22,5 %) dotazovaných zvolilo možnost odpovědi hodně. Nikdo z dotazovaných nezvolil možnost odpovědi maximálně.

Po intervenčním programu byla rozdílnost ve výpovědích pouze nepatrná. Jeden z dotazovaných oproti odpovědi před intervenčním programem se lišil ve své výpovědi. Již jen 9 (22,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných odpovědělo, že je vůbec netrápí pocity deprese. Celých 16 (40 %) osob zvolilo možnost trochu, 6 (15 %) osob zaškrtnulo odpověď středně a 9 (22,5 %) dotazovaných se vyjádřilo pro možnost hodně. Opět, shodně s odpověďmi před intervenčním programem, nikdo nezvolil možnost maximálně, viz graf č. 21.

Graf č. 22: Znázorňuje hodnocení, do jaké míry mají senioři ženy a muži problémy při vykonávání každodenních činností.

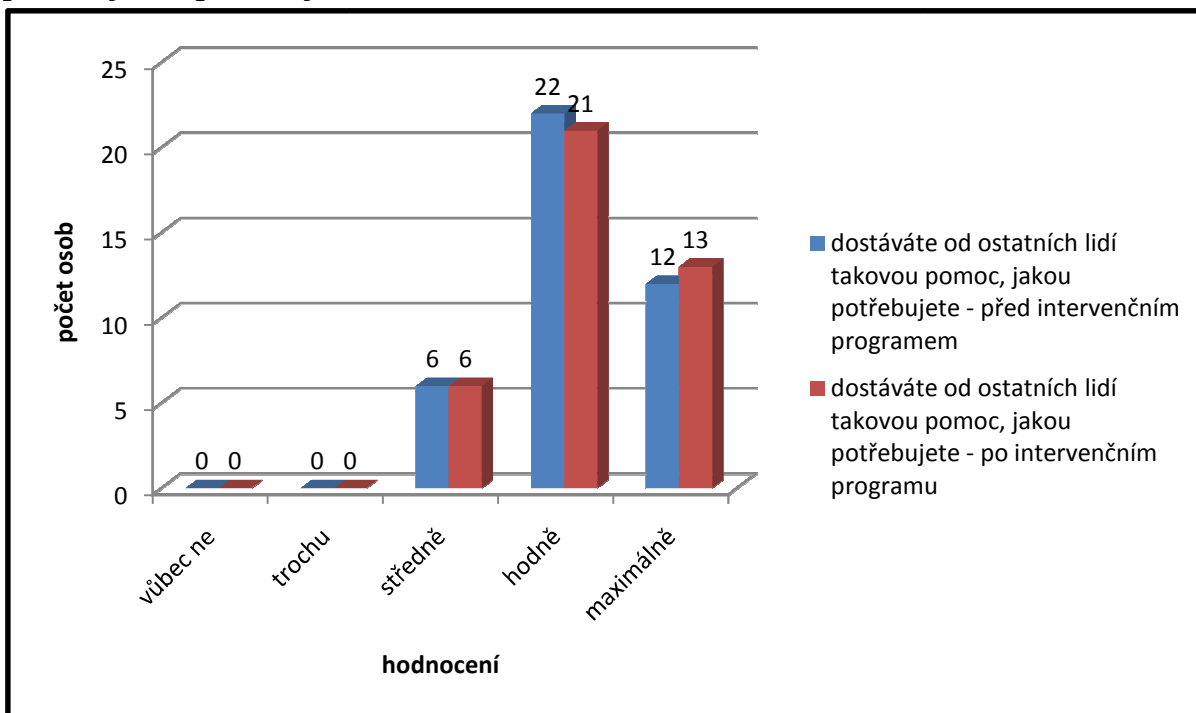


Zdroj: vlastní tvorba

Z výpovědí vyplývá, že před intervenčním programem pouze 3 (7,5 %) osoby uvedly jako možnost své odpovědi vůbec ne. Celých 17 (42,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných uvedli možnost trochu, 7 (17,5 %) osob pak zvolilo odpověď středně a 12 (30 %) dotazovaných možnost hodně. Poslední možnost odpovědi hodnocení maximálně byla zvolena pouze jedním (2,5 %) z dotazovaných.

Po proběhnutí intervenčního programu se dle zjištěných a posléze porovnaných údajů nic ve výpovědích dotazovaných nezměnilo. Všichni odpovídali stejně jako před intervenčním programem, čili celých 17 (42,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných uvedlo možnost trochu, 7 (17,5 %) osob pak zvolilo odpověď středně a 12 (30 %) dotazovaných možnost hodně. Poslední možnost odpovědi hodnocení maximálně byla zvolena pouze jedním (2,5 %) z dotazovaných, viz graf č. 22.

Graf č. 23: Senioři ženy a muži uvádí, zda dostávají od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebují.

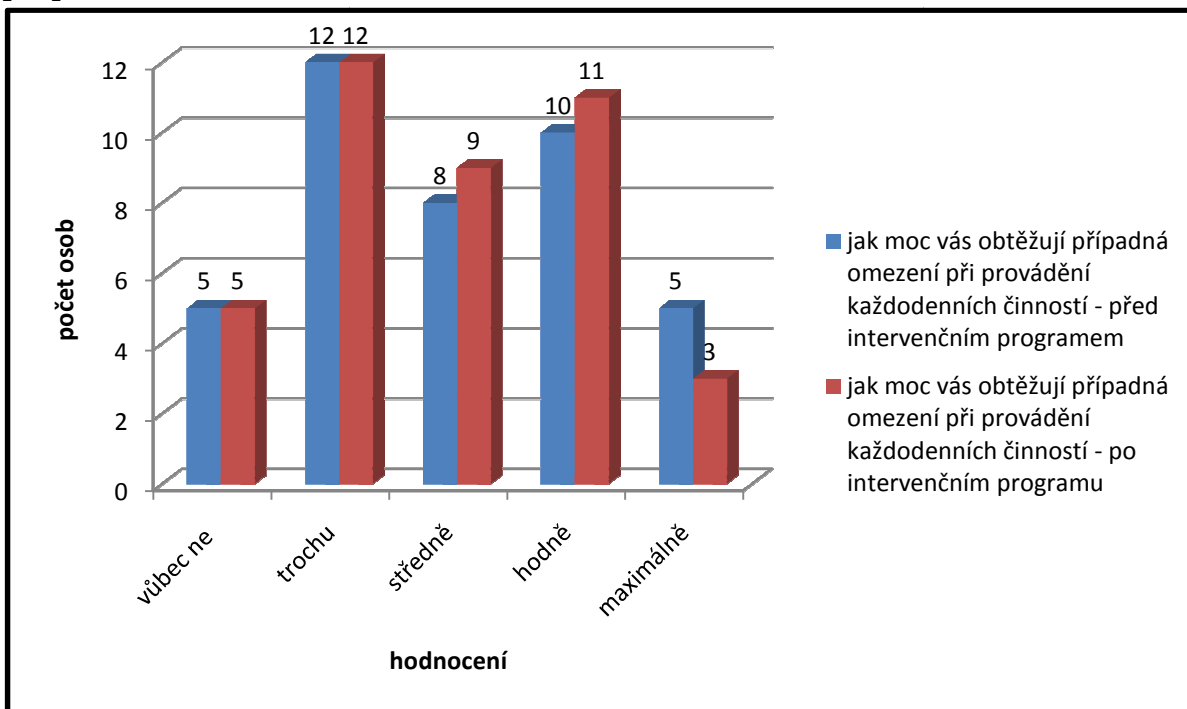


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem je dotazováno 40 (100 %) osob a žádný z nich neuvedl možnosti výpovědí vůbec ne a trochu. Možnost středně zvolilo 6 (15 %) osob, oproti možnosti hodně, která byla zvolena celkem 22 (55 %) osobami z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných. Možnost volby maximálně, byla využita 12 (30 %) osobami.

Po intervenčním programu se počet odpovědí u hodnot vůbec ne a trochu nezměnil. Hodnocení tedy u těchto dvou odpovědí je 0. Možnost středně byla pak zvolena opět 6 (15 %) osobami. Pro možnost odpovědi hodně bylo 21 (52,5 %) osob, což v důsledku navýšilo skóre u odpovědi maximálně, jež vzrostlo na 13 (32,5 %) osob z celkových 40 (100 %) dotazovaných, viz graf č. 23.

Graf č. 24: Reakce seniorů žen a mužů na to jak moc je obtěžují případná omezení při provádění každodenních činností.

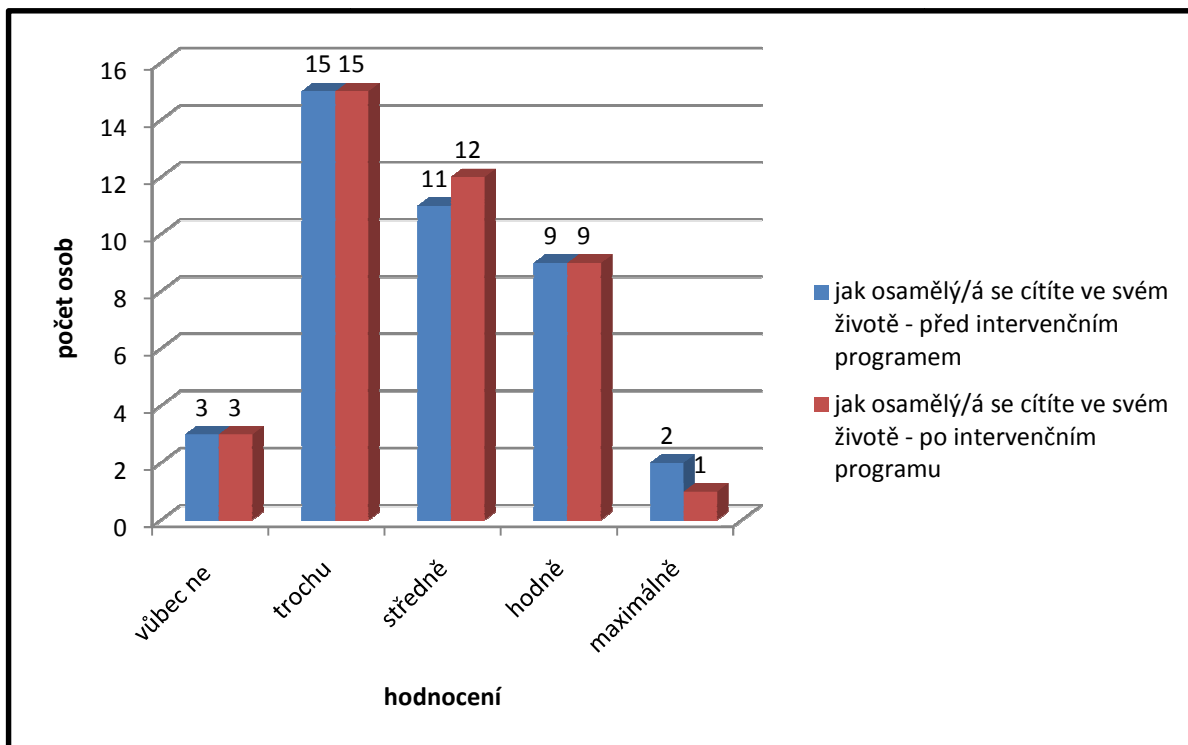


Zdroj: vlastní tvorba

Před nabídnutým intervenčním programem uvedlo 5 (12,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných, že je vůbec neobtěžují případná omezení při provádění každodenních činností. Celkem 12 (30 %) osob uvedlo, že případná omezení je obtěžují pouze trochu, oproti 8 (20 %) dotazovaným, kteří uvedli střední omezení. Celých 10 (25 %) osob pak uvedlo, že se cítí být hodně obtěžováni případnými omezeními při provádění každodenních činností. 5 (12,5 %) osob uvedlo maximální míru případných omezení při provádění každodenních činností.

Po intervenčním programu bylo zjištěno, že opět 5 (12,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných uvádí hodnocení vůbec ne. Možnost trochu zvolilo 12 (30 %) dotazovaných. Variantu odpovědi středně volilo pak 9 (22,5 %) osob. U možnosti hodně zůstalo 11 (27,5 %) osob a poslední možnost maximálně zvolilo po intervenčním programu na rozdíl od předešlého zjištění pouhé 3 (7,5 %) osoby, viz graf č. 24.

Graf č. 25: Senioři ženy a muži reagují na otázku, zda se cítí být osamělý/á ve svém životě.

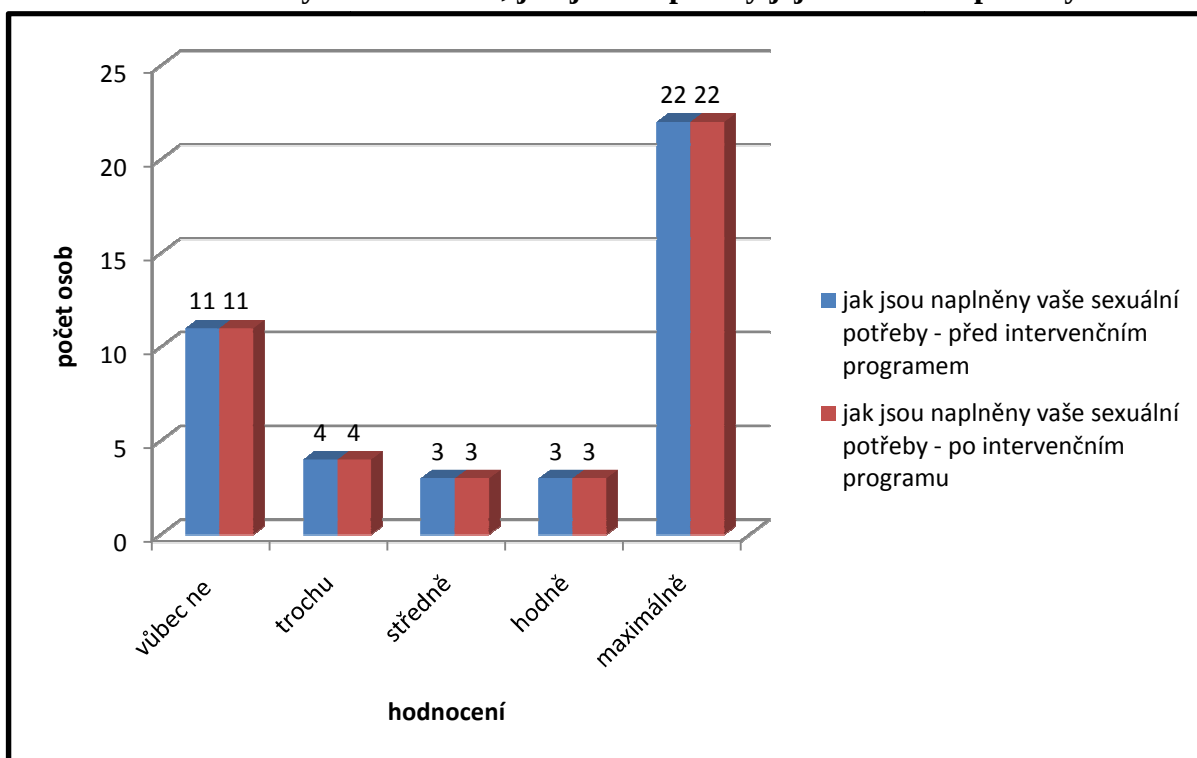


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem uvedli 3 (7,5 %) dotazovaní možnost vůbec ne. Pro možnost hodnocení trochu bylo celých 15 (37,5 %) osob, podobně jako u možnosti středně, kde bylo volba podložena 11 (27,5 %) odpověďmi. Pro možnost hodně se vyslovilo 9 (22,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných a pro volbu maximálního pocitu osamění ve svém životě byly 2 (5 %) dotazovaní.

Po intervenčním programu uvedli opět 3 (7,5 %) dotazovaní názor, že se vůbec necítí osamělí ve svých životech. Možnost trochu zvolilo opět 15 (37,5 %) osob a možnost středně celých 12 (30 %) osob z počtu 40 (100 %) dotazovaných. Hodnocení hodně pak zvolilo 9 (22,5 %) osob a pro variantu maximálně byla pouhá jedna (2,5 %) osoba, viz graf č. 25.

Graf č. 26: Senioři ženy a muži uvádí, jak jsou naplněny jejich sexuální potřeby.

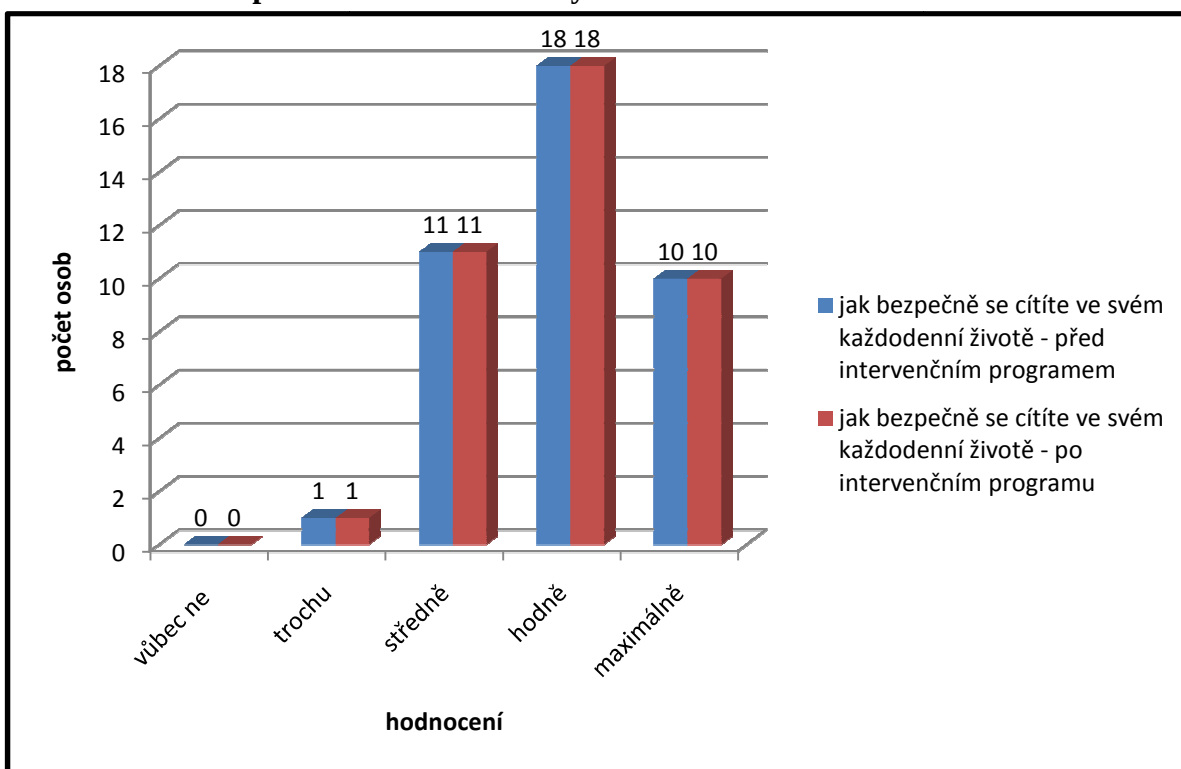


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem bylo zjištěno následující: 11 (27,5 %) osob uvedlo, že jejich sexuální potřeby nejsou vůbec naplněny, potřeby 4 (10 %) dotazovaných jsou naplněny trochu, 3 (7,5 %) dotazovaní uvádí variantu středně a identický počet 3 (7,5 %) uvádí možnost hodně. Maximální naplnění sexuálních potřeb pak uvádí 22 (55 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných.

Po intervenčním programu došlo ke shodě v porovnání výsledků. Údaje byly identické. Opět 11 (27,5 %) osob uvedlo, že jejich sexuální potřeby nejsou vůbec naplněny, potřeby 4 (10 %) dotazovaných jsou naplněny trochu, 3 (7,5 %) dotazovaní uvádí variantu středně a identický počet 3 (7,5 %) uvádí možnost hodně. Maximální naplnění sexuálních potřeb pak uvádí 22 (55 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných, viz graf č. 26.

Graf č. 27: Jak bezpečně se cítí senioři ženy a muži ve svém každodenním životě.

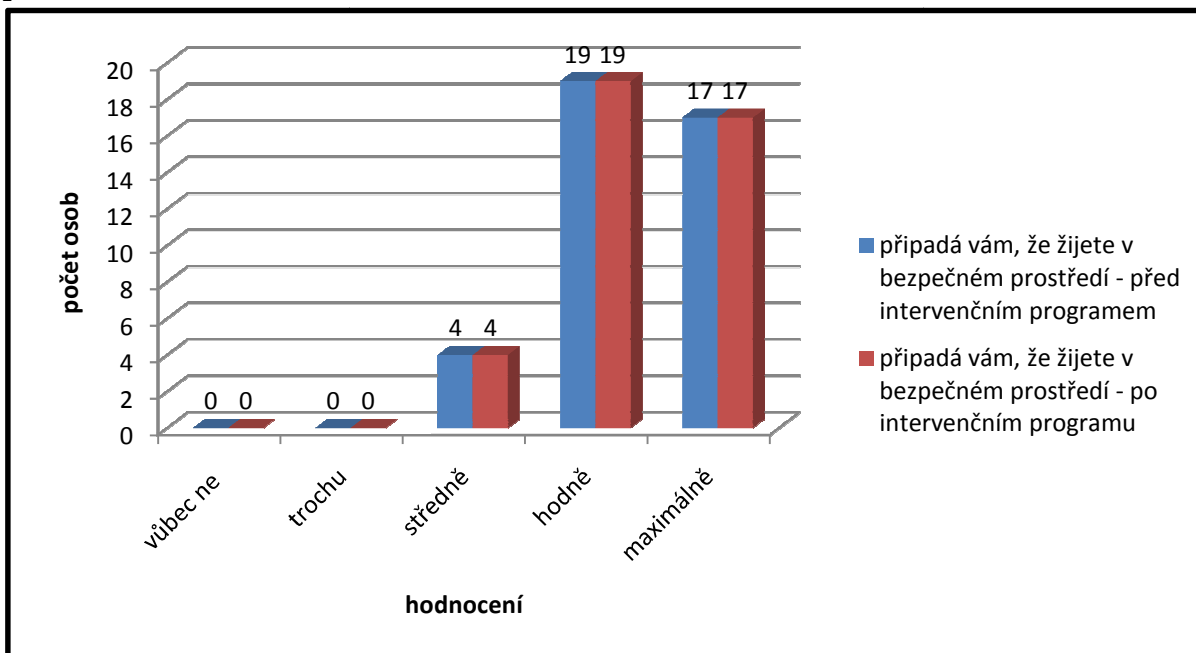


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem bylo dle výsledků z dotazníku zjištěno následující: jako možnost vůbec ne neuvedl ani jeden (2,5 %) z dotazovaných, jeden dotazovaný označil svoji odpověď možností trochu, 11 (27,5 %) osob zvolilo možnost středně a 18 (45 %) osob zvolilo možnost hodně. 10 (25 %) z celkového počtu dotazovaných uvedlo možnost maximálně.

Po intervenčním programu bylo vyhodnocení výsledků naprosto identické, čili opět jako možnost vůbec ne neuvedl ani jeden z dotazovaných, jeden (2,5 %) dotazovaný označil svoji odpověď možností trochu, 11 (27,5 %) osob zvolilo možnost středně a 18 (45 %) osob zvolilo možnost hodně. Až 10 (25 %) z celkového počtu dotazovaných uvedlo možnost maximálně, viz graf č. 27.

Graf č. 28: Hodnocení seniorů žen a mužů, zda jim připadá, že žijí v bezpečném prostředí.

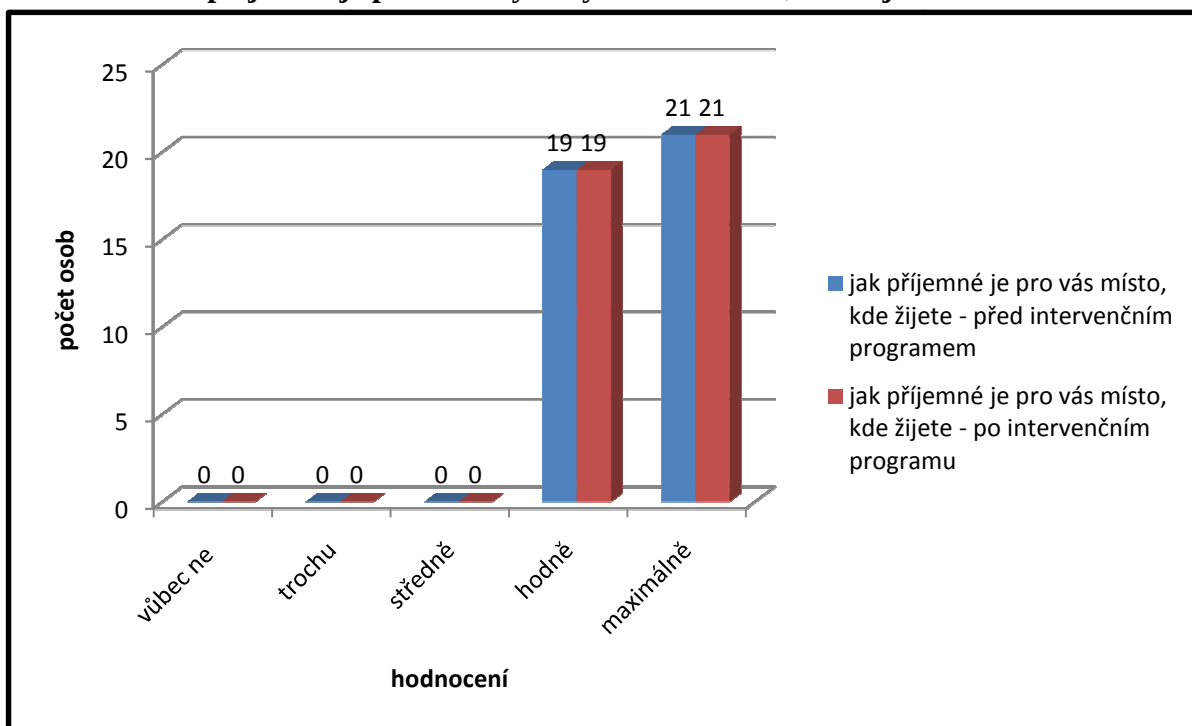


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem zvolilo jako 0 osob jak možnost vůbec ne, tak možnost trochu. Z celkových 40 (100 %) dotazovaných osob, zvolili možnost odpovědi středně 4 (10 %) dotazovaní. Až 19 (47,5 %) dotazovaných pak uvedlo jako svoji odpověď, že jim připadá prostředí, ve kterém žijí hodně bezpečné, 17 (42,5 %) osob pak uvedlo maximální pocit bezpečí, ve kterém žijí.

Po intervenčním programu byly uvedené výsledky opět naprosto identické. Nikdo nezvolil jak možnost odpověď vůbec ne, tak možnost trochu. Z celkových 40 (100 %) dotazovaných osob, zvolili možnost odpovědi středně 4 (10 %) dotazovaní. Celých 19 (47,5 %) dotazovaných pak uvedlo jako svoji odpověď, že jim připadá prostředí, ve kterém žijí hodně bezpečné. Následně 17 (42,5 %) osob pak uvedlo maximální pocit bezpečí, ve kterém žijí, viz graf č. 28.

Graf č. 29: Jak příjemné je pro seniory ženy a muže místo, kde žijí.

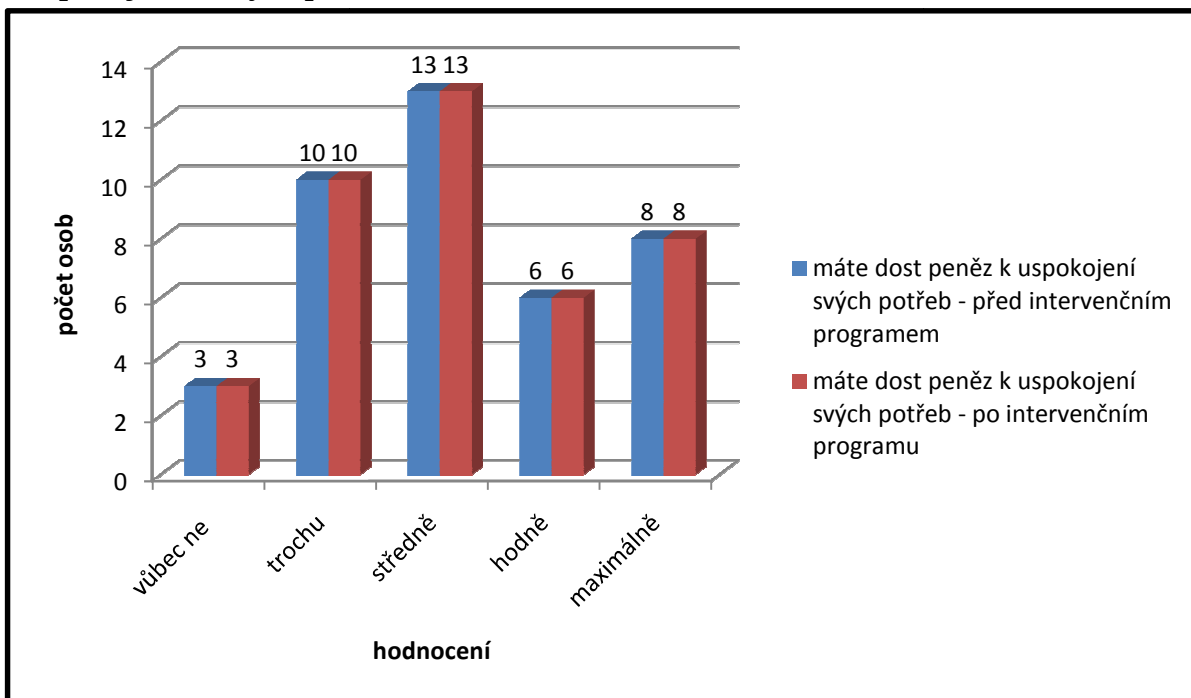


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem bylo ze získaných výsledků dotazníkového šetření zřejmé, že možnosti vůbec ne, trochu a možnost středně neuvedl ani jediný z dotazovaných. Možnost hodně pak zvolilo 19 (47,5 %) osob a možnost maximálně zvolilo 21 (52,5 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných.

Po intervenčním programu opět nikdo nezvolil první tři možnosti odpovědí. Možnost odpovědi hodně zvolilo 19 (47,5 %) dotazovaných. Možnost odpovědi maximálně zvolilo opět, jako v šetření před intervenčním programem, 21 (52,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných, viz graf č. 29.

Graf č. 30: **Hodnotí dostatečné množství peněz u seniorů žen a mužů k uspokojování svých potřeb.**

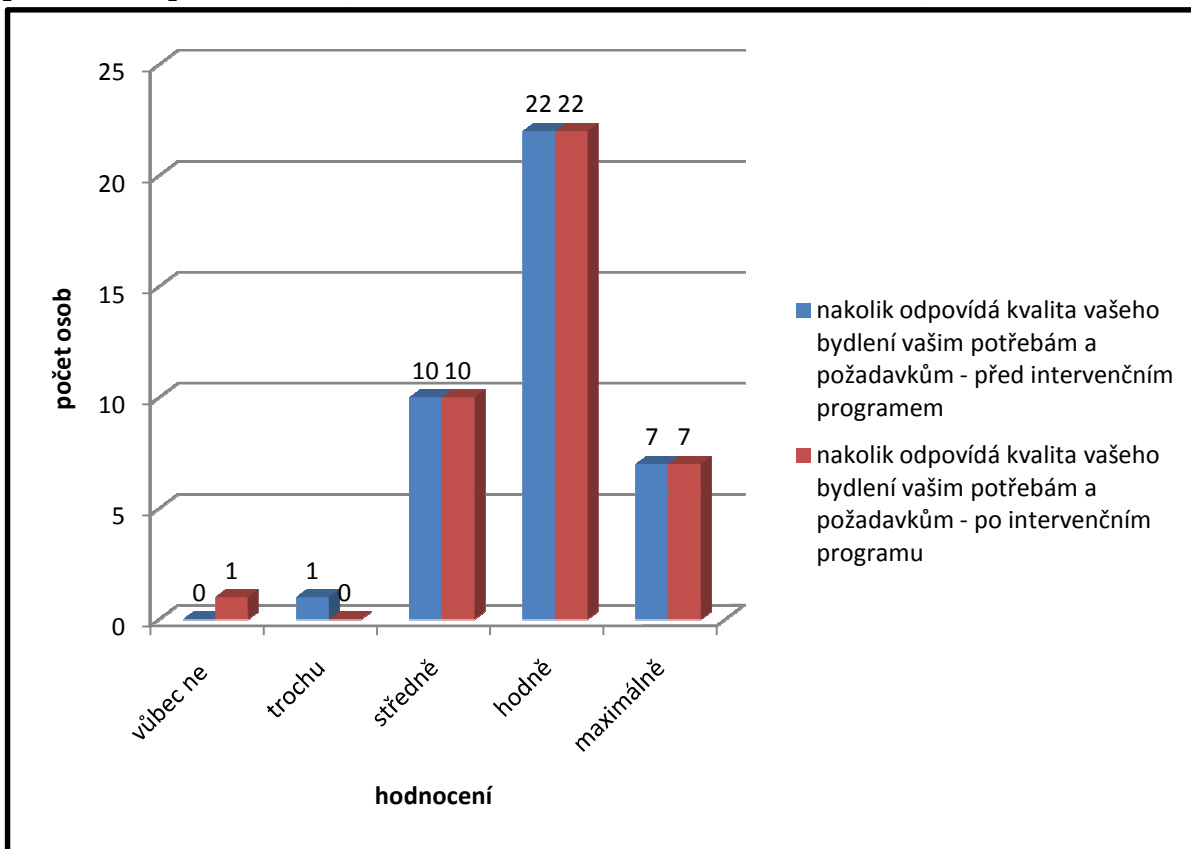


Zdroj: vlastní tvorba

Z dotazníkového šetření provedeného před intervenčním programem vyplynulo, že 3 (7,5 %) osoby uvedly jako svoji odpověď možnost vůbec ne. Celkem 10 (25 %) osob souhlasilo s odpovědí trochu a 13 (32,5 %) osob zvolilo možnost středně. Pouze 6 (15 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob, u kterých bylo prováděno dotazníkové šetření, uvedlo jako svoji odpověď hodnocení hodně. Poslední možnost odpovědi maximálně zvolilo 8 (20 %) dotazovaných.

Po intervenčním programu následné šetření prokázalo shodu se stavem, který se vyskytoval před intervenčním programem. Odpověď vůbec ne zvolili 3 (7,5 %) dotazovaní, odpověď trochu 10 (25 %) dotazovaných a možnost středně zvolilo 13 (32,5 %) dotazovaných. K variantě hodnocení hodně se opět přiklonilo 6 (15 %) osob a možnost maximálně zvolilo opět 8 (20 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných, viz graf č. 30.

Graf č. 31: Senioři ženy a muži uvádí, nakolik odpovídá kvalita jejich bydlení jejich potřebám a požadavkům.

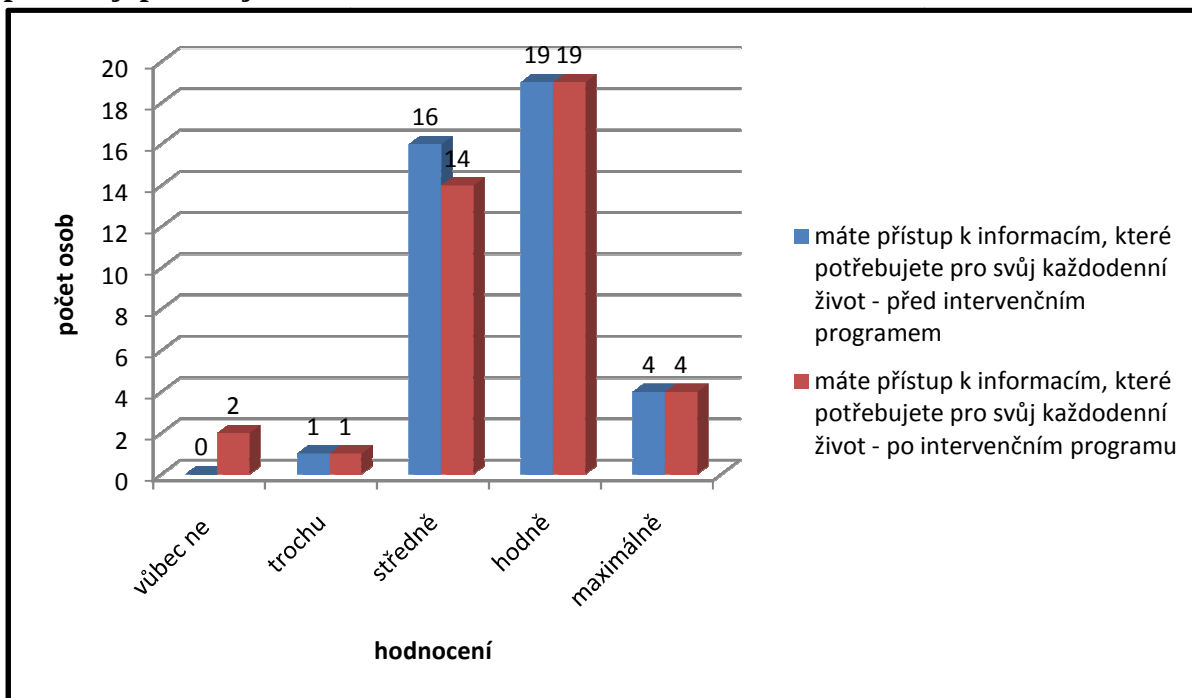


Zdroj: vlastní tvorba

V hodnocení této otázky plyne následující: před intervenčním programem 0 osob uvádí, že vůbec neodpovídá kvalita jejich bydlení jejich potřebám a požadavkům, 1 (2,5 %) osoba uvádí, že požadovanou kvalitu splňuje trochu. Celkem 10 (25 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob pak uvádí možnost středně. Variantu hodně zatrhl 22 (55 %) osob a možnost maximálně 7 (17,5 %) osob.

Po intervenčním programu možnost vůbec ne v této výpovědi uvedla jedna (2,5 %) osoba. Možnost trochu pak neuvedl nikdo z dotazovaných. Celkem 10 (25 %) osob se přiklonilo k výpovědi, že kvalita jejich bydlení odpovídá jejich potřebám středně. Možnost hodně pak zvolilo opět 22 (55 %) osob a variantu hodnocení maximálně zvolilo 7 (17,5 %) osob z dotazovaných 40 (100 %), viz graf č. 31.

Graf č. 32: Senioři ženy a muži uvádějí, zda mají přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život.

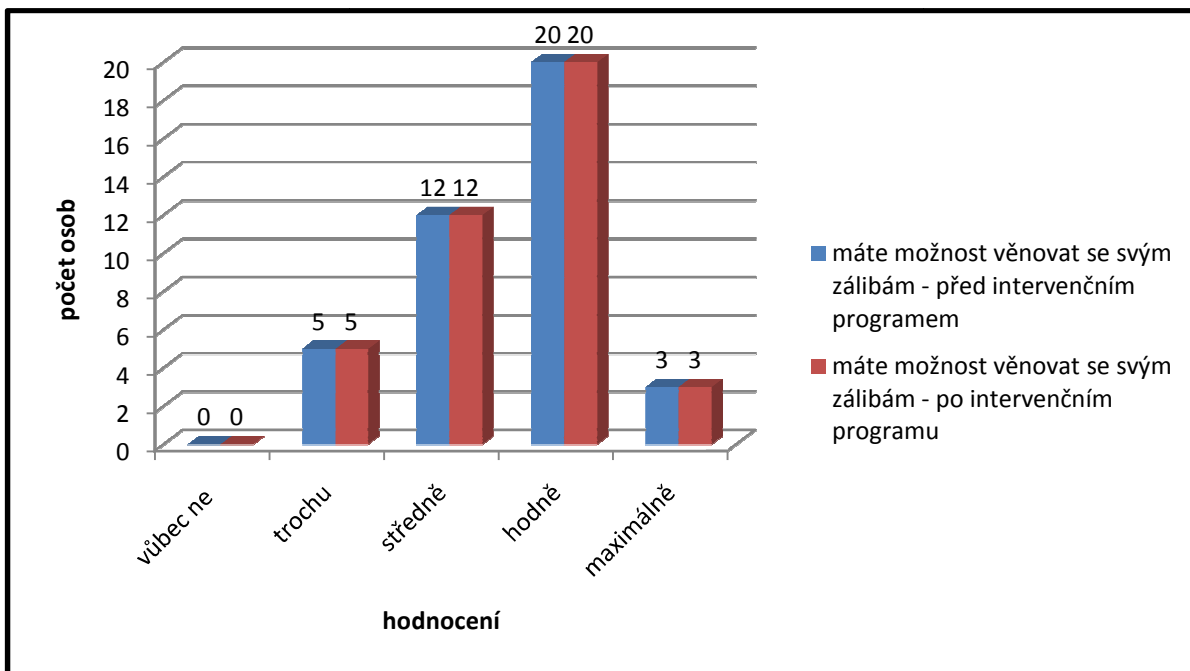


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem vyplynulo z výsledků dotazníkového šetření, že ani jedna osoba si nemyslí, že by její přístup k informacím, které potřebuje pro svůj každodenní život, byl hodnocen slovem vůbec ne. Pouze 1 (2,5 %) dotazovaná osoba uvádí možnost trochu snížené příležitosti k přístupu k informacím, které potřebuje pro svůj každodenní život. Možnost středně uvádí 16 (40 %) dotazovaných, variantu hodně pak zvolilo 19 (47,5 %) osob. Možnost odpovědi maximálně nakonec zvolil počet 4 (10 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob.

Po intervenčním programu uvedly 2 (5 %) osoby možnost vůbec ne, 1 (2,5 %) osoba zvolila možnost trochu. Variantu středně uvedlo 14 (35 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob. Možnost hodně pak vybralo celých 19 (47,5 %) dotazovaných. Maximální přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život, uvádí 4 (10 %) osoby, viz graf č. 32.

Graf č. 33: Zhodnocení seniorů žen a mužů, zda mají možnost se věnovat svým zálibám.

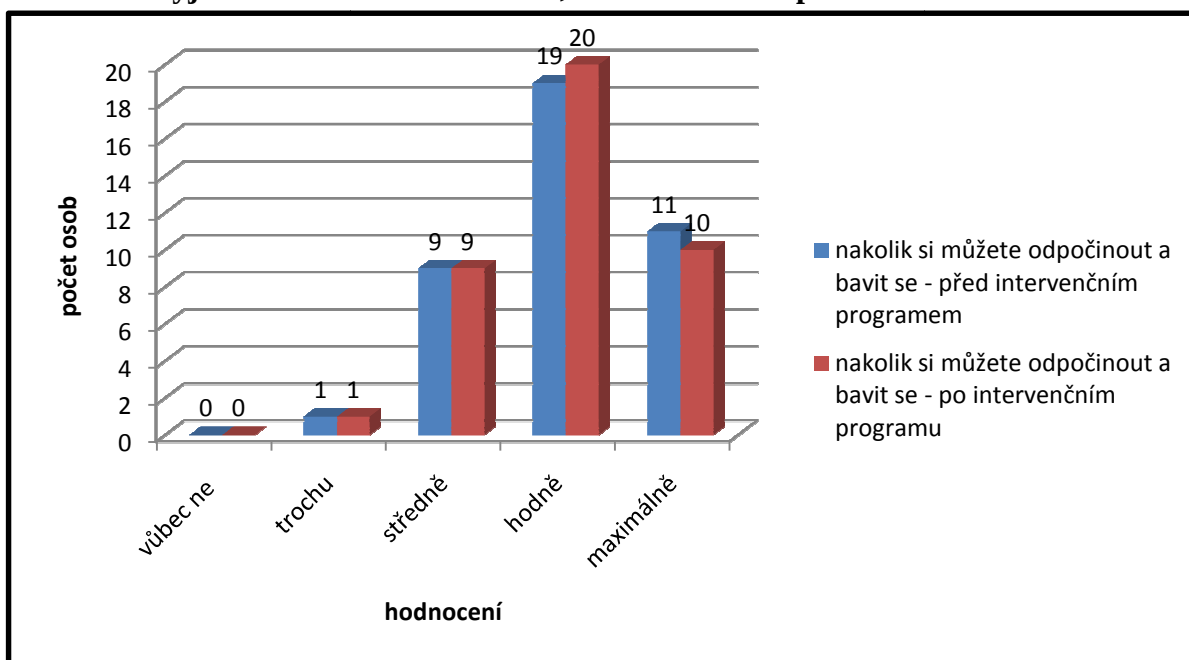


Zdroj: vlastní tvorba

Při šetření, které probíhalo před intervenčním programem, zvolilo možnost vůbec ne 0 osob, možnost trochu uvedlo 5 (12,5 %) z dotazovaných. Variantu odpovědi středně uvedlo 12 (30 %) dotazovaných a celých 20 (50 %) osob uvedlo, že mají hodně velkou možnost se věnovat svým zálibám. Maximálně pak zvolili 3 (7,5 %) dotazovaní z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných osob.

Po uskutečněním intervenčního programu byl identický počet odpovědí u první možnosti odpovědi vůbec ne a to 0 osob, možnost trochu zvolilo opět 5 (12,5 %) dotazovaných, zatímco možnost středně byla zvolena 12 (30 %) dotazovanými. Naproti tomu variantu hodně opět zvolilo nejvyšší číslo odpovídajících, a to 20 (50 %) osob z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných. Poslední možnost odpovědi maximálně zadržely 3 (7,5 %) osoby, viz graf č. 33.

Graf č. 34: Vyjádření seniorů žen a mužů, zda si můžou odpočinout a bavit se.

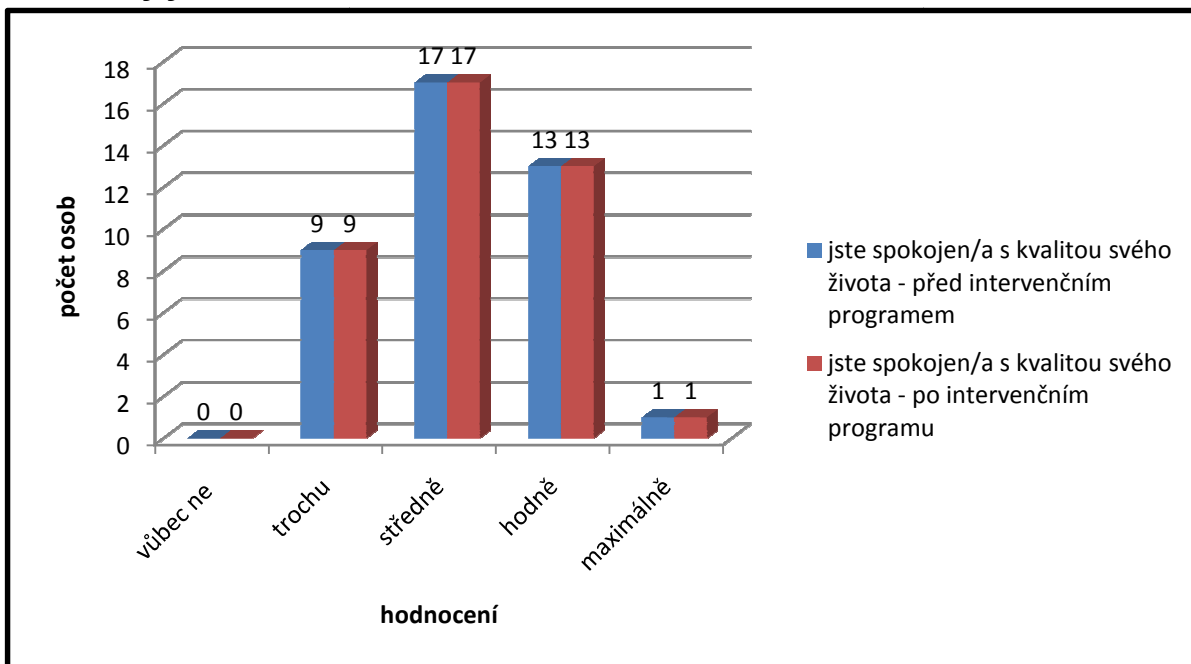


Zdroj: vlastní tvorba

Před proběhnutím intervenčního programu bylo zjištěno, že ani jedna z dotazovaných osob neuvedla odpověď vůbec ne. Pouze 1 (2,5 %) osoba uvedla, že její možnosti odpočinout a bavit se, by vhodně vystihovalo hodnocení trochu. Celých 9 (22,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob zapojených do dotazníkového šetření uvedlo jako hodnocení této otázky výraz středně. Celých 19 (47,5 %) seniorů žen a mužů pak uvedlo, že mohou hodně odpočívat a bavit se. Následně 11 (27,5 %) dotazovaných pak vyslovilo názor, že jejich možnost odpočívat a bavit se je maximální.

Po intervenčním programu byl poměr hlasů u jednotlivých variant hodnocení téměř identický. Ani jedna z dotazovaných osob neuvedla odpověď vůbec ne. Pouze 1 (2,5 %) osoba uvedla, že její možnosti odpočinout a bavit se, by vhodně vystihovalo hodnocení trochu. Celých 9 (22,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob zapojených do dotazníkového šetření uvedlo jako hodnocení této otázky výraz středně. Celých 20 (50 %) seniorů žen a mužů pak uvedlo, že mohou hodně odpočívat a bavit se. Následně 10 (25 %) dotazovaných pak vyslovilo názor, že jejich možnost odpočívat a bavit se je maximální, viz graf č. 34.

Graf č. 35: Hodnocení seniorů žen a mužů, zda u nich panuje spokojenost s kvalitou jejich života.

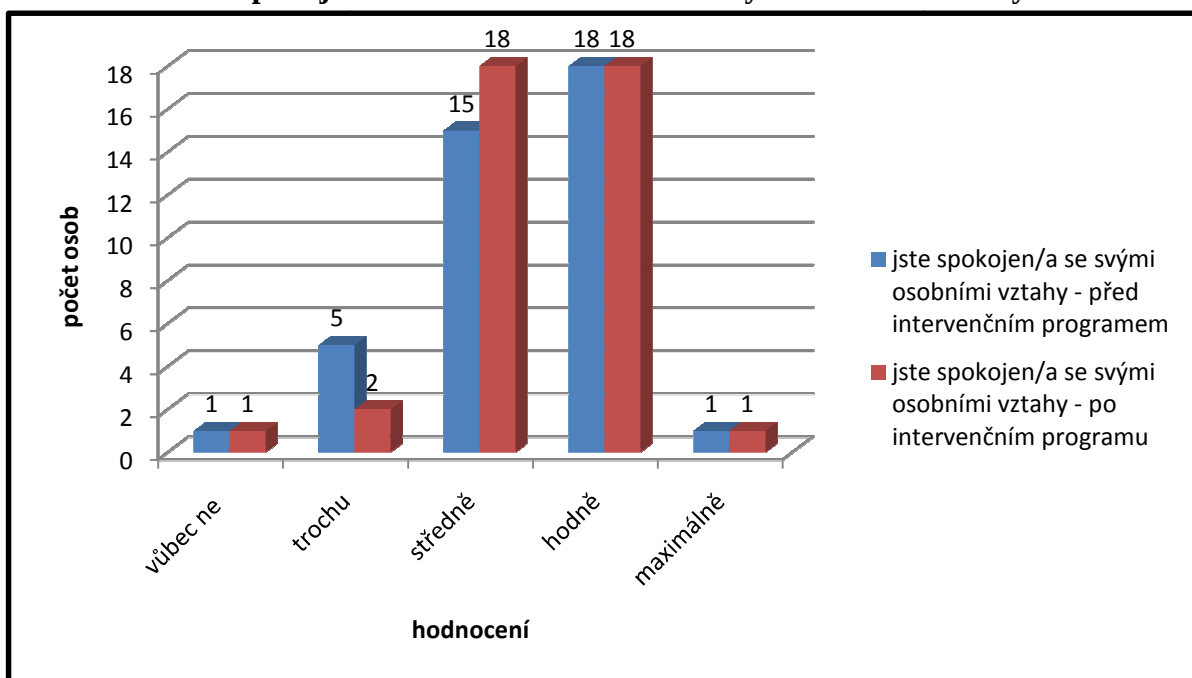


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem bylo zjištěno za pomoci dotazníkového šetření, ani jedna osoba nezvolila možnost odpovědi vůbec ne. Celých 9 (22,5 %) osob pak zvolilo možnost trochu, 17 (42,5 %) dotazovaných možnost středně a variantu hodně zvolilo 13 (32,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) šetřených osob. Možnost odpovědi maximálně pak zvolila pouze jedna (2,5 %) osoba.

Po intervenčním programu byl stav odpovědí následující. Možnost vůbec ne opět nikdo nevyužil, možnost trochu zvolilo 9 (22,5 %) osob, variantu středně vybralo jako svoji odpověď 17 (42,5 %) dotazovaných a možnost hodně zaškrtnulo 13 (32,5 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) osob. Variantu hodnocení maximálně opět zvolila pouze jedna (2,5 %) osoba, viz graf č. 35.

Graf č. 36: Uvádí spokojenost seniorů žen a mužů se svými osobními vztahy.

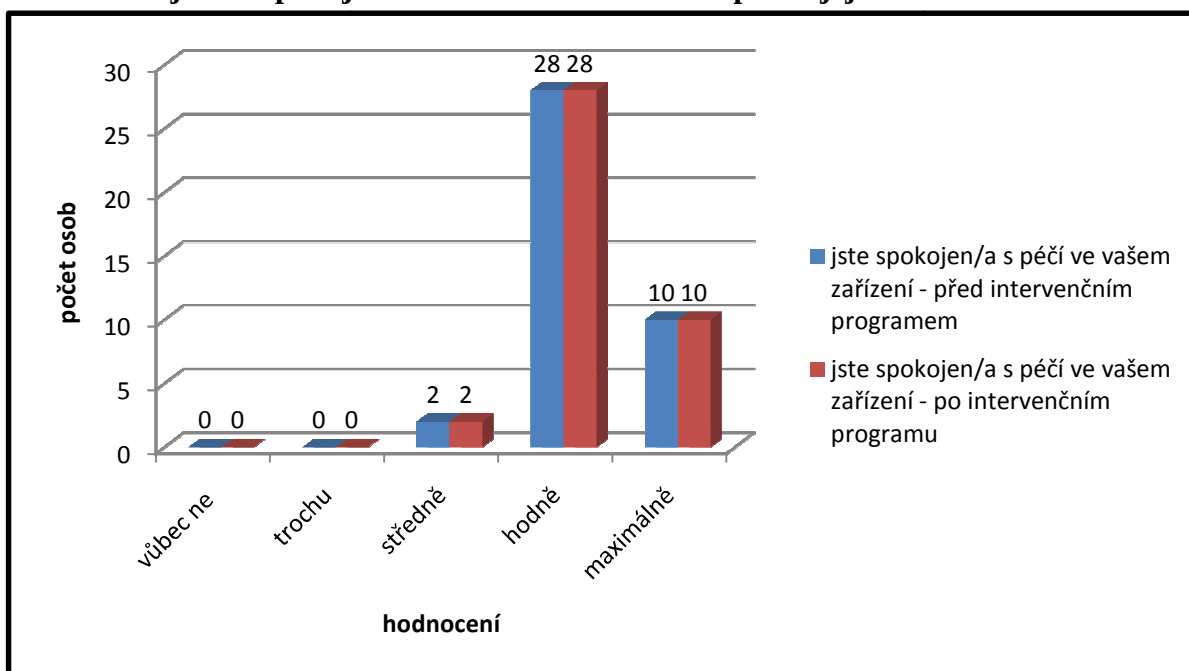


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem uváděla pouze jedna (2,5 %) osoba možnost vůbec ne, v reakci na výše uvedenou otázku. Možnost odpovědi trochu zvolilo 5 (12,5 %) osob. Variantu středně pak celých 15 (37,5 %) dotazovaných a možnost hodně dokonce celých 18 (45 %) dotazovaných z celkového počtu 40 (100 %) šetřených osob. Variantu odpovědi maximálně zvolil pouhý jeden (2,5 %) z dotazovaných.

Po intervenčním programu vyplynulo, že skóre v první variantě odpovědi se nezměnilo. Opět jen jedna (2,5 %) osoba zvolila možnost vůbec ne. Možnost trochu zvolily dvě (5 %) osoby, možnost středně zvolilo 18 (45 %) dotazovaných. Počet osob, které zvolilo možnost hodně, byl taktéž 18 (45 %). Variantu maximálně zatrhl opět pouhý jeden (2,5 %) z dotazovaných, viz graf č. 36.

Graf č. 37: Zjištění spokojenosti seniorů žen a mužů s péčí v jejich zařízení.

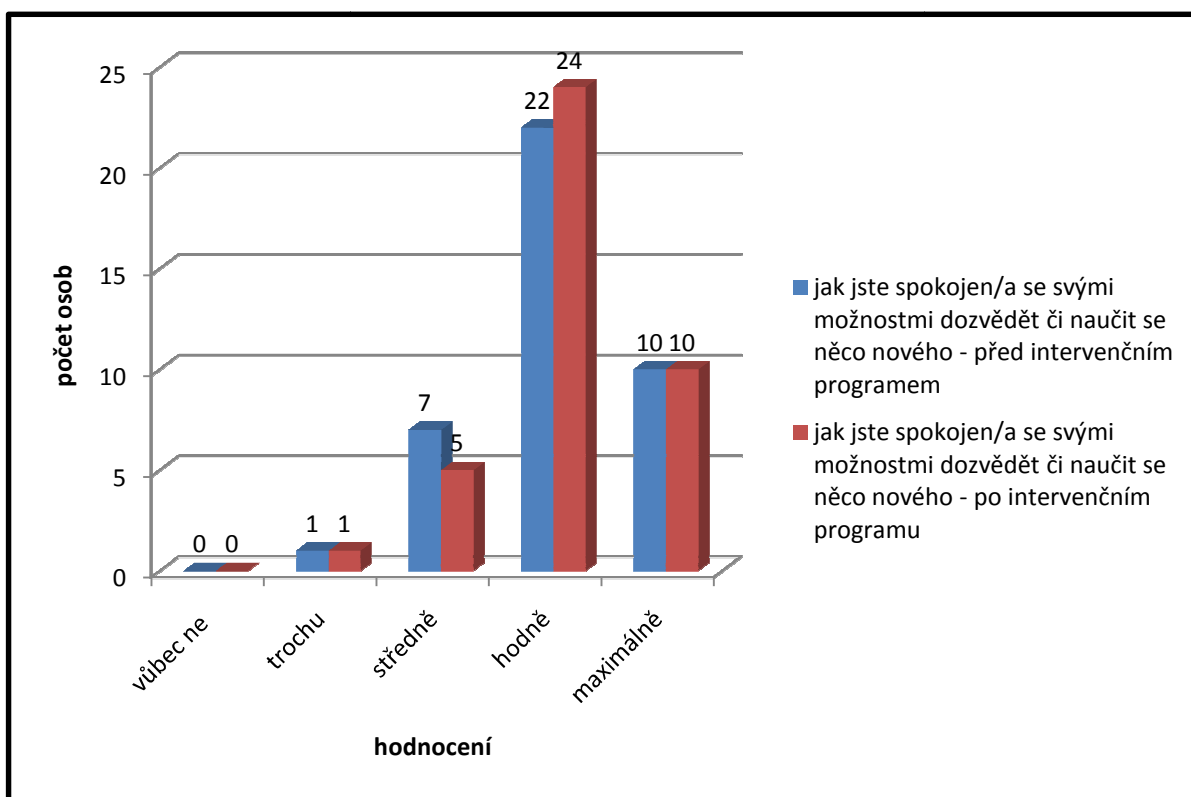


Zdroj: vlastní tvorba

Před zahájením intervenčního programu vyplynulo z provedeného šetření, že žádná osoba neuvedla možnost vůbec ne a trochu spokojena s péčí v zařízení, ve kterém žije. Pouze 2 (5 %) osoby uvedly střední spokojenost. Až 28 (70 %) dotazovaných osob z celkového počtu 40 (100 %) uvedlo, že se cítí být s péčí ve svém zařízení hodně spokojeno. Maximální spokojenost pak uvedlo 10 (25 %) dotázaných.

Po intervenčním programu se počet odpovědí u jednotlivých možností nezměnil. Z šetření vyplynulo, že žádná osoba neuvedla možnost vůbec ne a žádná osoba neuvedla možnost trochu spokojena s péčí v zařízení, ve kterém žije. Pouze 2 (5 %) osoby uvedly střední spokojenost. Celých 28 (70 %) dotazovaných osob z celkového počtu 40 (100 %) uvedlo, že se cítí být spokojeno hodně s péčí ve svém zařízení. Maximální spokojenost pak uvedlo 10 (25 %) dotázaných, viz graf č. 37.

Graf č. 38: Hodnotí spokojenost seniorů žen a mužů se svými možnostmi dozvědět či naučit se něco nového.

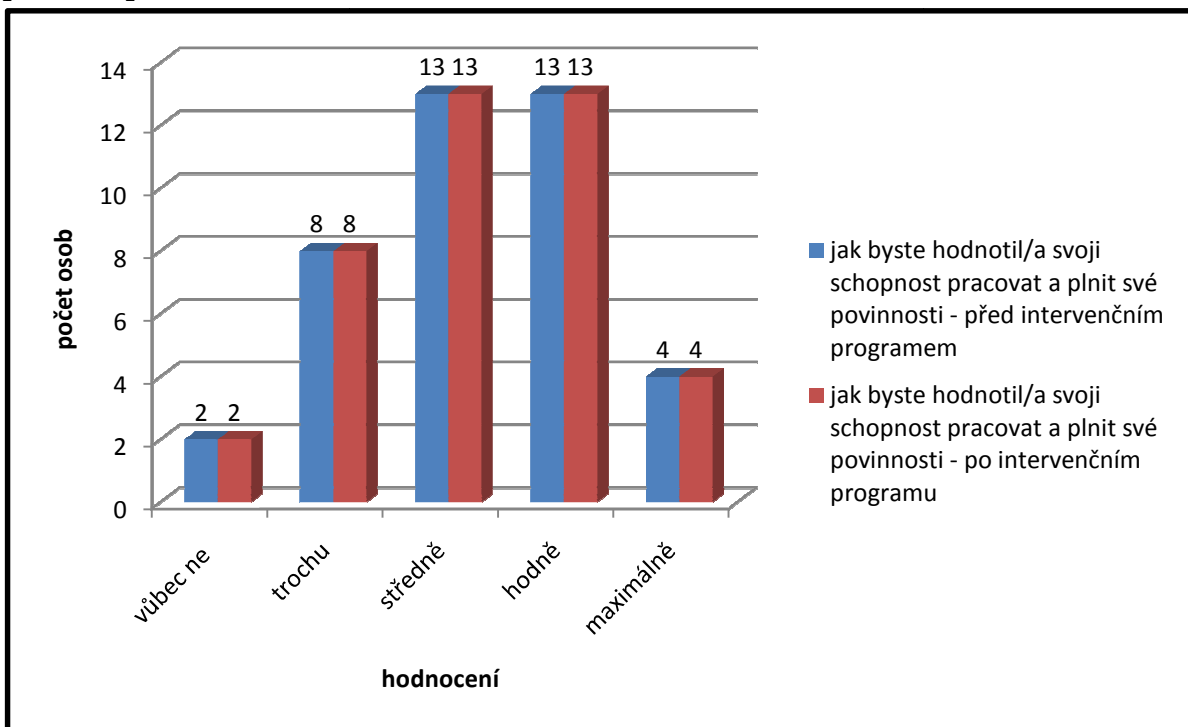


Zdroj: vlastní tvorba

Před intervenčním programem bylo z šetření prokázáno, že ani jeden z dotazovaných nezvolil možnost odpovědi vůbec ne. Jeden (2,5 %) z dotazovaných zatrhl svoji odpověď jako možnost trochu. Dalších 7 (17,5 %) dotazovaných zvolilo variantu středně a 22 (55 %) dotázaných variantu hodně. Možnost maximálně zvolilo 10 (25 %) z dotazovaných.

Po intervenčním šetření se ukázaly výsledky u prvních dvou variant jako identické, čili ani jeden z dotazovaných nezvolil možnost odpovědi vůbec ne. Jeden (2,5 %) z dotazovaných zatrhl svoji odpověď jako možnost trochu. Možnost středně zvolilo nyní 5 (12,5 %) osob a variantu hodně nyní zvolilo 24 (60 %) osob. K poslední možnosti maximálně se přiklonilo 10 (25 %) osob, viz graf č. 38.

Graf č. 39: Hodnotí subjektivní pocit seniorů žen a mužů schopnost pracovat a plnit své povinnosti.



Zdroj: vlastní tvorba

Před zahájením intervenčního programu bylo z výsledků šetření zřejmé, že možnost vůbec ne zvolily 2 (5 %) osoby. Možnost trochu byla zvolena 8 (20 %) osobami, varianta hodnocení středně byla zvolena 13 (32,5 %) osobami. Možnost hodně zvolilo také 13 (32,5 %) osob. Maximální schopnost pracovat a plnit své povinnosti označily 4 (10 %) osoby.

Po intervenčním programu bylo zjištěné šetření identické. Možnost vůbec ne zvolily 2 (5 %) osoby. Možnost trochu byla zvolena 8 (20 %) osobami, varianta hodnocení středně byla zvolena 13 (32,5 %) osobami. Možnost hodně zvolilo také 13 (32,5 %) osob. Maximální schopnost pracovat a plnit své povinnosti označily 4 (10 %) osoby, viz graf č. 39.

DISKUSE

Z dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 30 žen a 10 mužů (viz graf č. 1), bylo zjištěno, že pokud mohou, **nejraději svůj volný čas tráví aktivně** (viz graf č. 5). Důvody, které brání seniorům v aktivním naplňování volnočasových aktivit, jsou především jejich problémy se zdravotním stavem a dle slov seniorů i jejich vysoký věk (viz graf č. 4), který s sebou přináší určitá omezení v prožívání volného času dle jejich představ. Jak tvrdí autorky Bočková, Hastrmanová, Havrdová (2011, s. 8), „aktivní přístup a životní energie nejsou záležitostí věku.“ Z prokázaných výsledků vyplývá, že po intervenčním programu se vyšší počet seniorů přihlásil k aktivnímu trávení svého volného času (viz graf č. 5). I Kozáková a Müller uvádějí, že samotná lidská aktivita je pojímána jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů. Je tomu tak proto, že všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti, odvíjející se od kladného subjektivního prožitku (z dobře vykonané práce, dobrých rodinných vztahů, kvalitně stráveného volného času apod.), ale také proto, že přispívá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti. Činorodá lidská aktivita přispívá pomocí posilování fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti ke smysluplnému zapojení do společnosti (KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

Každý člověk má svoji představu o ideálním naplnění svého volného času. **Nejoblíbenější aktivitou byly vyhodnoceny společenské hry**, četba nebo poslech hudby, kterým se mnohou senioři věnovat pokud chtějí, nebo jen tak odpočívat a užívat si pohody a klidu (viz graf č. 33, 34). Mnozí ze seniorů dávají přednost ještě jiným svým zálibám, které jsou více či méně specifické. Určujícím elementem jsou dříve vykonávaná zaměstnání či životní koníčky, kterými se senioři zabývali ve svém produktivním věku. Z výpovědí seniorů vyplývá, že mají rádi **pohybově aktivní činnosti**. Za činnosti zvláště oblíbené jsou považovány vycházky, ruční práce, výlety a zahradničení (viz graf č. 6). Hodnota pracovního vyžití dle jejich představ je zde určována částečně i dřívějšími zájmy seniorů a možnostmi danými okolím domova seniorů (viz graf č. 7). Pokud nastane v životě seniorů situace, kdy nemají co dělat, snaží se tento volný čas vyplnit poslechem rádia a sledováním televizoru, společenskými hrami, procházkami, křížovkami, nebo návštěvou svých příbuzných, známých či dalšího seniora v domově seniorů (viz graf č. 7, 36). V tomto věku má

většina seniorů již mnoho času na své koníčky či záliby (viz graf č. 8). Pokud tomu zdraví dovoluje (viz graf č. 10), jsou tyto chvíle vždy požitekem a příjemným psychickým uvolněním (viz graf č. 9). Dle Müllera je aktivita pojmána jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů. Je tomu tak proto, že všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku, ale také proto, že je důležitým aktivátorem duševní a tělesné výkonnosti a tím i smysluplnosti zapojení do společnosti (KOZÁKOVÁ, MÜLLER, 2006).

Senioři se cítí **být spokojení se svým dosavadním životem** (viz graf č. 35), a to i přes všechna příkoří, zdravotní problémy a životní utrpení, kterými si někteří prošli (viz graf č. 10, 11, 12, 13,14,15). Přístup ke svému zdraví je z velké části řešen pouze těmi, kteří již nějaké závažnější zdravotní problémy mají. U seniorů, kteří nemají závažnější zdravotní těžkosti, se projevuje optimistický pohled (viz graf č. 16, 17, 18), zvláště pak u jedinců, kteří prošli životem bez nemocí a zdravotních potíží. Stejně jako v jiných aspektech života i zde mnoho souvisí s lidskými vztahy a především pak vztahy v rodině a nejužším příbuzenstvu. Spokojený podzim života může narušit i nevyřešená minulost (viz graf č. 19, 20,21). Veškerý život se projevuje pohybem, který je vnímán jako změna. Lidská bytost posuzuje smysl pohybu z hlediska svých potřeb a přání. S pohybem jsou spojené příjemné prožitky (uvolnění, radost), ale i negativní prožitky (únava, bolest, frustrace). Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky, mají pro člověka svůj význam. Překonáváním zátěže stoupá jeho odolnost a vůle (HOŠEK, 1992, In ŠTILEC, 2003).

Nepříjemným pocitům a bolesti se snaží čelit **aktivním zapojením do života** svého nynějšího domova (viz graf č. 22). Zdejší senioři jsou plni elánu, životního optimismu a chuti do života (viz graf č. 25). Těší se na vše, co přijde a každý den berou jako výzvu a novou motivaci (viz graf č. 26). **Zajímají se o novinky dnešní doby**, jako jsou internet, face book, emailová korespondence, mobilní telefony a snaží se držet krok s ostatními. Aktivně se účastní různých kvízových sezení a tematicky zaměřených debat. Pokud je něco, co upoutá jejich pozornost a zajímá je, třebaže to nepotřebují pro svůj každodenní život, mají oporu v personálu, kterým jsou kladně přijímáni (viz graf č. 27, 28). Požadované informace personál dle odpovědí z dotazníku ochotně zjistí a vypomůže (viz graf č. 23, 32, 38). Jak uvádějí Kozáková a Müller (2006), lidská aktivita je

fenomén, který je nesporně široce použitelný a značně mnohovýznamový. Jeho pojetí je mimo jiných i spjata s takovými činnostmi, při nichž musí člověk vynaložit vyšší úsilí, samostatnost, iniciativu, postupovat energičtěji. Aktivita je pojmána jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů.

S pomocí, která je jim dopřávána, jsou senioři spokojeni (viz graf č. 24). Jsou vděční za každou sebemenší chvíli, která je jim věnována (viz graf č. 37). **Prostředí domova** seniorů je jim milé, příjemné a plnohodnotně vybavené (viz graf č. 29, 31). Je zasazeno do nádherné přírody, která dotváří ideální prostředí k relaxaci a odpočinku. V takovém prostředí se senioři cítí velmi příjemně a bezpečně (viz graf č. 27, 28). Kvalita, nejen venkovních prostor, ale i interiérů je taktéž pozitivně přijímána. Lidé vyššího věku mají již rádi svůj klid a kvalita bydlení ideálně odpovídá jejich potřebám a požadavkům (viz graf č. 31, 39). Bezpečné bydlení a prostředí podporující mobilitu a sociální vztahy je ve stáří podmínkou. Bezbariérové bydlení zvyšuje bezpečnost a usnadňuje péči. Upravitelné pokoje splňují podmínku bezbariérovosti a jsou připraveny pro další případné doplnění zařizovacími předměty či kompenzačními pomůckami dle konkrétních požadavků a potřeb (MPSV, 2008).

Dle mého úsudku jsou senioři žijící v tomto zařízení velice šťastnými lidmi. Množství nabízených volnočasových aktivit a programů naplňujících jejich dny a snaha se všeho účastnit je obdivuhodná. Mnozí z mladších by měli problém fyzicky zvládnout to co oni. Životní síla a optimismus nejen při skupinových setkáních, ale i při osobním kontaktu, mě přinutila přemýšlet o pevnosti vůle a lidského charakteru. Všichni, se kterými jsem se setkávala a kteří podávali informace k vyplnění dotazníků, vyjádřili zájem na dění v domově pro seniory a poskytli tak plnohodnotné odpovědi k účelům hodnocení kvality úrovně poskytovaných služeb, za což jim patří můj velký dík.

Dle zjištění z dotazníkového šetření vyplývá následující:

Hypotéza číslo 1.: Senioři ženy a muži v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okrese Kladno, jsou spokojeni s kvalitou života ve výše uvedeném domově seniorů. – **se potvrdila.** Dle procentuálního vyjádření spokojenosti v odpovědích hodnotících kvalitu poskytovaných služeb a spokojenosti s nimi, vyplynula jako většinově volená odpověď možnost hodně z čehož vyplývá, že senioři jsou spokojeni s kvalitou života ve výše uvedeném zařízení.

Hypotéza číslo 2.: Senioři ženy a muži v domově seniorů „Pod Lipami“ ve Smečně, okres Kladno, přijali kladně intervenční program. – **se potvrdila.** Dle grafového vyhodnocení, bylo patrné zlepšení a posun směrem ke kladnějšímu vyjádření u každé otázky, která se týkala kvality života, volnočasových aktivit.

.

6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak bylo již uvedeno, procesu stárí se nevyhne nikdo z nás. Stárnutí je jediný jev, který je platný pro každého živého tvora. Období stárí je stejně důležité a podstatné jako kterékoli jiné lidské období, a proto bychom se mi všichni měli chovat k našim seniorům s náležitou úctou a respektem. Jsou to oni, kteří nám umožnili, abychom vůbec existovali. Oni nám ukázali vše, co nyní používáme a využíváme ke zkvalitnění svých životů. Životní moudrost a síla od nich předaná nás mnohdy ušetří nepříjemných životních pádů a karambolů. Važme si proto toho, že máme možnost čerpat zkušenosti a znalosti, léta nabývané a vybroušené mnohdy v ten nejúžasnější tvar, který lze přirovnat k životní myšlence moudrého starého člověka.

V teoretické části mé bakalářské práce byl nastíněn současný stav stárí jako společenského fenoménu, který se stává aktuálním tématem dnešních rozhovorů a zasahuje do individuálního i společenského života každého z nás. Tomu, že se lidé dožívají stále vyššího věku přispívá kvalitnější zdravotní péče, lepší zdravotní i pracovní podmínky a v neposlední řadě i erudovanější přístup ke zdraví a kvalitě svého vlastního zdraví a života. V návaznosti na výsledky dotazníkového šetření, vyplynulo zjištění, že senioři přistupují aktivně k trávení svého volného času i přes jejich zdravotní problémy. Snaží se být součástí kolektivu, mají své zájmy a koníčky, které mají rádi a zapojují se velmi aktivně do dění společnosti ve svém okolí. Jejich zájem o moderní technické novinky je předurčuje k plnému zapojení do dnešního, ač někdy uspěchaného, ale stále pro ně zajímavého koloběhu dění. Jejich upřímný zájem, tempo a touha držet krok je obdivuhodná. V tomto směru jsem přesvědčena, že cíle mé bakalářské práce byly splněny.

Kvalita života je subjektivní jev. Z výsledků je patrné, že někdo je spokojený s málem a jiný požaduje vyšší zajištěnost v návaznosti na jeho uspokojení kvality života. V souladu s profilem mého nynějšího studia, bych doporučila seniorům rozšíření volnočasových aktivit o specifické činnosti, které je při našich debatách v době konání intervenčního programu, zaujali. Jedná se zejména o jógová cvičení přizpůsobená možnostem a potřebám seniorů a sezení, která budou obsahovat prvky duševní hygieny, která měla vysoký ohlas u seniorů.

To, že mi v domově seniorů ve Smečně bylo umožněno vykonat intervenční program s dotazníkovým výzkumem, mi umožnilo vhled do naprosto odlišného prostředí, než jsem čekala. Život nás neustále překvapuje, a proto i pro mne bylo milým zjištěním, že personál tohoto zařízení přijímá svoji práci ne jako zaměstnání, ale jako poslání. Mělo by být zároveň i zmíněno, že právě i těmito lidem, kteří pečují o naše staré a přestárlé spoluobčany patří můj velký obdiv.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BOČKOVÁ, L., HASTRMANOVÁ, Š., HAVRDOVÁ, E. *50+ Aktivně: Fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. 1.vyd. Praha: Respekt institut 2011, ISBN 978-80-904153-2-4.

BURSOVÁ, J. *Social Needs of Seniors in both Urban and Rural*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Paulínka 2010, ISBN 978-80-86949-88-8.

DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL – OLD*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum 2009, ISBN 978-80-87142-05-9.

GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál 2009, ISBN 978-80-7367-605-6.

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

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. 1. vyd. Praha: Knižní klub 1997, ISBN 80-7176-536-8.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě 2006, ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já...já a senior?* vydala Společnost přátelská všem generacím 2005

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén 2006, ISBN 80-7262-455-5.

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2006. ISBN 80-244-1552-6.

MAROUNKOVÁ, H. *Stáří je nejlepší věk aneb výzva*. 1. vyd. České Budějovice: Josef Posekaný 2005, ISBN 80-254-1252-0.

MPSV. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: MPSV 2008, ISBN 978-80-86878-65-2.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita 2009, ISBN 978-80-210-5029-7.

NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV 2008, ISBN 978-8087007-96-9.

Office of the Government of the Czech Republic, *The Dignity and Hazard of Elderly*. Prague: Office of the Government of the Czech Republic 2009, ISBN 978-80-7440-012-4.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton 2005, ISBN 80-7254-657-0.

PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén 2005, ISBN 80-7262-363-X.

PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z obecné psychologie II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2004, ISBN 80-244-0963-1.

RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno: Georgetown 1995, ISBN 80-210-1155-6.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada 1999, ISBN 80-7169-828-8.

SÝKOROVÁ, J. a kol. *Standardy kvality sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Český helsinský výbor 2004, ISBN 80-86436-15-2.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě 2004, ISBN 80-7326-026-3.

ŠTIKAR, J., HOSKOVEC, J., ŠMOLÍKOVÁ, J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum 2007, ISBN 978-80-246-1339-0.

ŠTILEC, M. Pohybové – Relaxační programy pro starší občany. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze 2003, ISBN 80-246-0788-3.

ŠŮSTKOVÁ, I. *Individuální plánování sociálních služeb*. In VAJĎÁKOVÁ, Z. (Ed.) *Konference Nedašov 2008: Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Triton 2009, ISBN 978-80-86451-15-2.

VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál 2004, ISBN 80-7178-678-0.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ:

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe [online]. 2002 [cit. 2011-28-03]. MPSV.www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník kvality života WHOQOL BREF – krátká verze, doplněná souborem vlastních otázek, viz kapitola 4.1.

Dotazník kvality života

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď. Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte. Zakroužkujte vždy pouze jednu odpověď. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti.

Máte nějaké připomínky k dotazníku?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

OSOBNÍ ÚDAJE

1. Vaše pohlaví: muž žena

2. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání: základní, střední bez maturity, střední s maturitou, vysokoškolské

3. Váš rodinný stav: svobodný/á, ženatý/vdaná, žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná, žiji odděleně, rozvedený/á, ovdovělý/á

4. Váš věk: 65 – 74 75 – 84 85 – 89 90 a více

5. Jak trávíte svůj volný čas? aktivně x pasivně

6. Existují činnosti, které byste rád/a vykonával/a? (zahradničení, vycházky, výlety, ruční práce, jiné)

7. Nastávají ve Vašem životě situace, že nemáte co dělat? Pokud ano, jakou činností se to snažíte změnit. (TV/ rádio, společenské hry, procházky, spánek, četba, křížovky, návštěvy, jiné)

8. Jak si představujete ideální trávení Vašeho volného času? (četba, společenské hry, poslech hudby, jiné)

9. Cítíte se spokojen/a se svým dosavadním životem?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

10. Děláte si starosti se svým zdravím?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

11. Znepokojuje Vás bolest nebo nepříjemné pocity?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

12. Jak je pro Vás těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

13. Do jaké míry Vám bolest brání dělat věci, které potřebujete dělat?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

14. Jak moc Vás trápí únava?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

15. Máte nějaké problémy se spaním?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

16. Jak moc Vás těší život?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

17. Nakolik vidíte svoji budoucnost příznivě?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

18. Nakolik ve svém životě prožíváte kladné pocity?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

19. Jak moc si vážíte sama/sám sebe?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

20. Jak moc Vám pocity smutku nebo deprese překážejí ve Vašich každodenních činnostech?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

21. Jak moc Vás trápí pocity deprese?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

22. Do jaké míry máte problémy při vykonávání každodenních činností?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

23. Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

24. Jak moc Vás obtěžují případná omezení při provádění každodenních činností?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

25. Jak osamělý/á se cítíte ve svém životě?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

26. Jak jsou naplněny Vaše sexuální potřeby?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

27. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

28. Případá Vám, že žijete v bezpečném prostředí?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

29. Jak příjemné je pro Vás místo, kde žijete?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

30. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

31. Nakolik odpovídá kvalita Vašeho bydlení Vaším potřebám a požadavkům?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

32. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

33. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

34. Nakolik si můžete odpočinout a bavit se?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

35. Jste spokojen/a s kvalitou svého života?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

36. Jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

37. Jste spokojen/a s péčí ve Vašem zařízení?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

38. Jak jste spokojen/a se svými možnostmi dozvědět či naučit se něco nového?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

39. Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovat a plnit své povinnosti?

vůbec ne trochu středně hodně maximálně

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

Příloha č. 2

Intervenční program

Cíle edukační jednotky: - podpora motoriky a hybnosti svalů horních a dolních končetin

- podpora motivace seniorů k relaxačním činnostem
- získání duševní energie

Čas	Obsah
10 min.	přivítání se s účastníky intervenčního programu (seznámení se s každým osobně, zjišťuji jak se mají, zda má někdo nějaké závažnější problémy, atd.)
10 min.	představení intervenčního programu – jakým cílům se budeme věnovat, co budeme procvičovat a jakým způsobem, hry které budeme hrát, relaxační cvičení, kvízy...
15 min.	rozehřívací hra – tleskání, cvičení na židlích – procvičení horních i dolních končetin, krku, mimických svalů obličeje
20 min.	hra se slovy – hádání a doplňování přirovnání (pevný jako skála, drzý jako opice, čistý jako lilie, těžký jako kámen, hubený jako lunt,...)
15 min.	hádaní protikladů – (léto x zima, přední x zadní, bohatý x chudý, tenký x tlustý,...)
25 min.	hádaní známých tváří – obrázek známé osobnosti, která je známá. Stručný životopis, dle kterého je hádáno o koho se může jednat.
20 min.	relaxace – formou uvolňovacích technik (prováděno v křeslech, nebo na podložkách)
20 min.	doporučení cviků pro samostatné cvičení, zjištění ohlasů, názorů, nápadů na další setkání
5 min.	poděkování za účast a příjemně strávený čas
	obsahové nastínění dalšího intervenčního programu
	Poznámky cvičební pomůcky: podložky, magnetofon -relaxační hudba, křesla, papíry, tužky

Intervenční program

Cíle edukační jednotky: - podpora motoriky a hybnosti svalů horních a dolních končetin

- podpora motivace seniorů k relaxačním činnostem
- získání pozitivního a optimistického přístupu k životu

Čas	Obsah
5 min.	přivítání se s účastníky intervenčního programu (zjišťuji jak se kdo má, zda má někdo nějaké problémy)
10 min.	cvičení na židlích – procvičování horních a dolních končetin, hlavy relaxace
30 min.	zpívání oblíbených písniček za doprovodu magnetofonu
20 min.	turnaj v „člověče nezlob se“ – předání cen každému za účast v soutěži
15 min.	kvízové otázky – znáte Českou republiku? – otázky typu (odkud pocházel Švanda Dudák, město známé výrobou automobilů, město na soutoku Labe a Vltavy, které město založili husité, kde se narodil Bedřich Smetana, odkud pocházejí syrečky,...) hádání zemí – obrysové mapy zemí, hádání hlavních měst
20 min.	hádání partnera či partnerky známých dvojic – (Romeo a Julie, Adam a Eva, Mach a Šebestová, Voskovec a Werich, Tom a Jerry,...)
10 min.	paměťová hra – šla jsem na trh – Začíná se větou: „Šla jsem na trh a koupila...“ – postupně se doplňují další a další suroviny, které se koupili. Smysl hry je v tom, aby si každý pamatoval, co a v jakém pořadí se koupilo.
5 min.	vyjádření názorů a pocitů účastníků intervenčního programu
5 min.	poděkování za účast na programu, rozloučení se s účastníky, pozvání na příště
	Poznámky Pomůcky: židle, magnetofon - skladby dechové hudby, hry „Člověče nezlob se“, židle, papíry, tužky

Intervenční program

Cíle edukační jednotky: - paměťové hry, hry zaměřené na pozorovací schopnosti

- podpora motivace seniorů k relaxačním činnostem

- získání pozitivního a optimistického přístupu k životu

Čas	Obsah
5 min.	přivítání se s účastníky intervenčního programu (zjišťuji jak se kdo má, zda má někdo nějaké problémy)
30 min.	pantomima – losování zadaných postav z klobouku a následné předvedení, zahrání před ostatními
30 min.	podnos s věcmi na kterém leží cca 15 – 30 předmětů, podnos s věcmi je přikrytý, odkrytý zůstane pouze na chvíli, aby si všichni mohli prohlédnout co zde je, poté je podnos opět přikryt a všichni vzpomínají, co podnos obsahoval
15 min.	čtení vtipů a anekdot
35 min.	relaxační cvičení – procítění jednotlivých částí těla, duševní uvolnění
5 min.	vyjádření názorů a pocitů účastníků intervenčního programu poděkování za účast na programu, rozloučení se s účastníky
	Poznámky Pomůcky: křesla, podložky, magnetofon s relaxační hudbou, kniha vtipů a anekdot, podnos s 30 předměty, klobouk, tužky, papíry