

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Aktivizace seniorů v zařízeních sociální péče

Activization of seniors in social care facilities

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D .

Autor:

Bc. Veronika Javoříková, DiS.

Praha 2018

Poděkování:

Mé poděkování patří vedoucí diplomové práce MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D . za její metodické vedení, cenné rady, připomínky a nasměrování, které mi bylo z její strany vždy ochotně poskytnuto.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Aktivizace seniorů v zařízeních sociální péče napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 6.5.2018

Bc. Veronika Javoříková, DiS.

Anotace:

Diplomová práce se zaměřuje na téma aktivizace seniorů v zařízeních sociální péče. Cílem práce je zjistit, jaké jsou rozdíly v aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních sociální péče a jaké jsou možnosti aktivizace seniorů v těchto zařízeních. Významnou částí diplomové práce jsou rozhovory se sociálními a aktivizačními pracovníky v pobytových zařízeních sociální péče.

Klíčová slova:

senior, aktivní stáří, aktivizace, zařízení sociální péče, stáří

Anotation:

This diploma thesis focuses on the activation of seniors in social care facilities. The aim of this thesis is to find out what the differences are in activation of seniors in different types of social care facilities and what the possibilities are of activating seniors in these facilities. An important part of this diploma thesis is the interviews with social and activation workers in residential social care facilities.

Key words:

senior, active aging, activation, social care facilities, old age

Obsah

Seznam použitých zkratek	6
Úvod.....	7
1 Vymezení pojmů	9
1.1 Senior.....	9
1.2 Sociální pracovník	9
1.3 Pracovník v sociálních službách	9
1.4 Aktivizace.....	11
1.5 Zařízení sociální péče	12
1.6 Standardy kvality sociálních služeb	16
2 Stáří a stárnutí.....	19
2.1 Vymezení stáří	19
2.1.1 Biologické stáří	19
2.1.2 Kalendářní stáří	20
2.1.3 Sociální stáří	20
2.2 Změny ve stáří	21
2.2.1 Fyzické změny ve stáří	21
2.2.2 Psychické změny ve stáří	22
2.2.3 Sociální změny ve stáří	22
3 Aktivní stárnutí	24
3.1 Klíčové dokumenty týkající se aktivního stárnutí.....	25
4 Možnosti aktivizace seniorů.....	30
4.1 Ergoterapie	30
4.2 Muzikoterapie.....	33
4.3 Reminiscenční terapie	34
4.4 Pohybové aktivity a taneční terapie	35

4.5	Arteterapie	36
4.6	Dramaterapie.....	38
4.7	Trénování paměti	38
4.8	Animoterapie	39
4.8.1	Psi.....	40
4.8.2	Kočky.....	41
4.8.3	Koně	41
4.8.4	Další zvířata a rostliny	42
4.9	Další možnosti aktivizace	43
5	Možnosti a specifikace aktivizace seniorů ve vybraných typech zařízení	44
5.1	Cíle šetření	44
5.2	Výzkumné otázky – hlavní a dílčí.....	44
5.3	Metoda sběru dat.....	47
5.4	Metoda zpracování šetření	48
5.5	Metodika šetření.....	49
5.6	Charakteristika vzorku	49
5.7	Etické zásady	49
5.8	Výsledky rozhovorů	49
5.9	Výsledky výzkumného šetření	59
6	Diskuze	61
	Závěr.....	66
	Seznam použitých zdrojů	68
	Summary	71

Seznam použitých zkratek

DS	Domov pro seniory
DZR	Domov se zvláštním režimem
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN	Organizace spojených národů
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Již pátým rokem pracuji na Úřadu práce České republiky jako sociální pracovníce. Zpracovávám zde mimo jiné agendu příspěvku na péči a agendu dávek pro osoby se zdravotním postižením a to v rámci celého správního řízení od podání žádosti po vydání pravomocného rozhodnutí. V rámci správního řízení příspěvku na péči mám možnost navštěvovat klienty, kteří žádají o příspěvek na péči jak v jejich domácím prostředí, tak v zařízeních sociální péče.

V podstatě již od prvopočátku, kdy jsem na Úřadu práce začala působit, pozoruji fakt, že kvalita sociálních služeb je v různých zařízeních sociální péče rozdílná. Ač jsou všechna zařízení sociální péče, která jsou registrovaná dle zákona 108/2006, o sociálních službách vázána stejnými předpisy a jsou povinna dodržovat stejné standardy kvality, ne vždy je péče srovnatelná. Kvalita poskytování sociálních služeb se liší jak v oblasti přímé péče o klienta, tak i v oblasti jejich aktivizace. V této diplomové práci bych ráda poukázala právě na rozdílnost poskytování sociálních služeb v zařízeních sociální péče vzhledem k aktivizaci. V některých zařízeních sociální péče mají opravdu důkladně a kvalitně zpracovaný plán, jak seniory aktivizovat. V těchto zařízeních je nabízena široká síť aktivit na každý den a uživatelé služeb si mezi těmito aktivitami mohou vybírat. Je tak samozřejmě větší šance klienty zaujmout a předejít tak jejich nečinnosti. Bohužel jsou však i zařízení sociální péče, kde k aktivizaci seniorů téměř nedochází a oni se tak pouze celé dny dívají do zdí a při troše štěstí je jejich jediná aktivita, pokud za nimi do zařízení přijde nějaká návštěva. Přitom se jedná o stejnou službu sociální péče, která obdržela akreditaci MPSV a zavázala se dodržovat stejné standardy kvality sociálních služeb jako výše zmíněné zařízení. Mimo jiné patří dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách mezi základní činnosti všech zařízení sociální péče aktivizační činnost. Pokud tedy k aktivizační činnosti ze strany zařízení sociální péče nedochází, dopouští se tím tak porušení tohoto zákona.

Cílem diplomové práce je popsat možnosti aktivizace seniorů v pobytových zařízeních sociální péče a zjistit, na kolik se odlišují aktivizační služby ve vybraných typech zařízení sociální péče. Pokud senioři nejsou schopni zůstat ve svém domácím

prostředí, je důležité, aby i tak měli jistotu, že zůstanou v co největší možné míře aktivní a soběstační.

V teoretické části popisují základní pojmy, jako je senior, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, aktivizace, zařízení sociální péče a standardy kvality sociálních služeb. Další kapitola teoretické části je věnována stáří a stárnutí, kde definují stáří biologické, kalendářní a sociální. V poslední části této kapitoly popisují fyzické, psychické a sociální změny ve stáří. Další kapitolou je aktivní stárnutí. V poslední kapitole teoretické části se zabývám možnostmi aktivizace. Zde zmiňuji konkrétní formy, jak klienty aktivizovat.

Cílem výzkumného šetření je zjistit rozdíly v aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních sociální péče a ověřit, jaké jsou možnosti aktivizace seniorů ve vybraných typech zařízení sociální péče. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila rozhovory se sociálními a aktivizačními pracovníky z několika vybraných typů pobytových zařízení sociální péče.

Teoretická část

1 Vymezení pojmů

V následující kapitole popisují několik vybraných pojmů, které jsou pro tuto diplomovou práci stěžejní.

1.1 Senior

Z perspektivy gerontologie je pohled na seniora ovlivňován přírodními a společenskými vědami. V různých dobách, kulturách a společnostech je tedy za seniora považován pokaždé člověk v jiném věku. Například na počátku 19. století by byl za staršího člověka považován čtyřicátník. Pokud bereme v potaz prodlužující se délku života, musíme také myslet na to, že věková hranice pro označení člověka za seniora se stále mění směrem nahoru. To souvisí se změnami na úrovni somatické, psychické i sociální.¹

1.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník vykonává dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.²

1.3 Pracovník v sociálních službách

Pracovníkem v sociálních službách je dle zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ten, kdo vykonává:

¹ HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0

² zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách - dostupný z aplikace ASPI

a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³

Pracovník v sociálních službách tak může, pod dohledem sociálního pracovníka, vykonávat funkci aktivizačního pracovníka. Je však vždy dobré a často i žádané, pokud si pracovník v sociálních službách doplní nějaký kurz týkající se právě aktivizační činnosti a v průběhu výkonu této činnosti se v oblasti aktivizace i nadále vzdělává.

³ zákon 108/2006 o sociálních službách – dostupný z aplikace ASPI

1.4 Aktivizace

Aktivizace zahrnuje psychickou a fyzickou mobilizaci člověka. Pokud je člověk v nečinnosti může docházet k depresím, rychlejšímu fyzickému stárnutí člověka, úpadku, ztrátě smyslu života atd. Z tohoto důvodu je aktivizace klientů v zařízeních sociální péče velmi důležitá a měla by být součástí každého zařízení poskytující sociální služby nejen pro seniory. Každý klient má samozřejmě právo na odpočinek, ale nemělo by docházet k nečinnosti. Aktivizace seniorů napomáhá ke zpomalování procesu stárnutí.⁴

Aktivizaci můžeme chápat ve dvou rovinách. První rovinou je aktivizace v užším slova smyslu a znamená, že aktivizujeme s cílem co největší soběstačnosti klienta. V této rovině hovoříme o klientech, kteří mají sníženou schopnost soběstačnosti. V užším slova smyslu je aktivizace prevencí imobilizačního syndromu a jde o nácvik každodenních činností a zachování co největší míry soběstačnosti. Z tohoto hlediska je cílem snížení míry závislosti klienta na druhé osobě. V širším slova smyslu chápeme aktivizaci jako smysluplné naplňování volného času a tím pádem i zkvalitňování života seniorů a efektivní využívání volného času. V tomto pojetí hovoříme o aktivitách, jako je například cvičení, výlety, různé rukodělné práce apod. Tyto dvě roviny se mohou i vzájemně prolínat a mohou mít dvojitý efekt.⁵

Jak již bylo v úvodu zmíněno, všechna zařízení sociální péče jsou povinna dle zákona 108/2006 o sociálních službách aktivizovat své klienty. Z praxe však vím, že ne všechna zařízení tuto povinnost dodržují a pouze vykazují jakousi aktivizaci v „papírové formě“, ač tomu tak ve skutečnosti není. Při sociálním šetření v rámci příspěvku na péči se klientů vždy ptám, co v průběhu celého dne dělají. Často se setkávám s odpovědí, že např. sledují televizi nebo si čtou časopisy či noviny. A to jsou ty „lepší případy“. Pokud klient není schopen pohybu a je již nesoběstačný, vedu rozhovor - sociální šetření se sociálním pracovníkem daného zařízení. Stalo se mi, že jsem se sociální pracovnice v jednom zařízení sociální péče zeptala, co klientka celý

⁴ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

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

den dělá. Sociální pracovnice mi nebyla schopná nic odpovědět. Snažila jsem se jí tedy napomoci tím, že jsem se zeptala, zda klientka podstupuje nějakou aktivizaci nebo zda za ní chodí např. rehabilitační pracovník. Sociální pracovnice mi odpověděla následovně: „Jo, máme tu aktivizační pracovníci.“ A to byla její jediná odpověď na mou otázku. Dále jsem tedy „nepátrala“ po tom, jak ona aktivizace u této klientky funguje. Upozorňuji na fakt, že se jednalo o zařízení sociální péče, které získalo již zmíněnou akreditaci MPSV a bylo tak registrovaným poskytovatelem sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Abych však byla objektivní, musím podotknout, že jsou i zařízení, a naštěstí jich není jich málo, která své klienty řádně aktivizují. V jednom domově pro seniory mi sociální pracovnice v rámci sociálního šetření ve věci příspěvku na péči sdělila, že jediný „volný čas“ mají klienti po obědě, kdy je tzv. klidový režim, který trvá cca 1 - 2 hodiny. Jinak mají klienti během celého dne možnost účastnit se různých aktivit, které zařízení nabízí. Samozřejmě to neznamena, že jsou klienti nuceni se celý den účastnit všech nabízených aktivit, ale pokud chtějí a mohou, tak mají možnost se klidně i všech aktivit účastnit. Klienti mají vždy možnost volby se aktivitu účastnit či neúčastnit. V tomto smyslu vždy záleží na aktuálním fyzickém i psychickém rozpoložení klienta.

1.5 Zařízení sociální péče

Zařízení sociální péče definuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle § 38 zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů napomáhají služby sociální péče zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

Mezi služby sociální péče patří:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby

- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Osobní asistence

Dle § 39 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je osobní asistence terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Pečovatelská služba

Dle § 40 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je pečovatelská služba terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Tísňová péče

Dle § 41 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je tísňová péče terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku

ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Dle § 42 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou průvodcovské a předčitatelské služby terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Podpora samostatného bydlení

Dle § 43 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je podpora samostatného bydlení terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Odlehčovací služby

Dle § 44 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou odlehčovací služby terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Centra denních služeb

Dle § 45 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se v centrech denních služeb poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Denní stacionáře

Dle § 46 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se v denních stacionářích poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Týdenní stacionáře

Dle § 47 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se v týdenních stacionářích poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Dle § 48 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory

Dle § 49 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem

Dle § 50 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto

onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Chráněné bydlení

Dle § 51 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Dle § 52 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů se ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

1.6 Standardy kvality sociálních služeb

Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardy kvality by měly zajistit důstojné zacházení s jednotlivcem, svobodu uživatelů služeb, kvalitně poskytované sociální služby a měly by též poskytnout možnosti pro rozvoj klienta. Standardy kvality vznikly z důvodu potřeby možnosti hodnocení jednotlivých sociálních služeb. Standardy kvality jsou složeny z měřitelných kritérií, která inspektorům umožňují jednotlivé sociální služby hodnotit. Některá kritéria mají spíše objektivní charakter, tudíž je možné je objektivně změ-

řit (např. kdy a kde lze službu čerpat). Některá kritéria jsou naopak více subjektivní (např. dodržování lidských práv – právo rozhodovat o svém životě a zapojit se při řešení své situace). Z tohoto důvodu je třeba při hodnocení naplňování standardů kvality zapojit i nezávislé odborníky a klienty, případně jejich příbuzné.

Mezi standardy kvality patří:

1. Cíle a zásady poskytovaných služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování v průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

Tato kapitola je v této diplomové práci zahrnuta proto, že v rámci standardů kvality je zmíněno hned několik bodů, které se aktivizace přímo týkají.

Aktivizace musí být prováděna se zachováním **práv osob**. To znamená, že každý klient má právo na to rozhodnout se, zda se bude některé z nabízených aktivit zařízení účastnit. V žádném případě nemůžeme klienta do ničeho nutit. Pokud se klient nechce účastnit žádných aktivit, je dobré mu vysvětlit přínosy aktivizace. Vždy však musíme respektovat klientovo konečné rozhodnutí.

Velice důležité v rámci aktivizace je **individuální plánování v průběhu sociální služby**. Individuální plánování se provádí prostřednictvím tzv. „klíčového pracovníka“. Tento pracovník vede dialog s uživatelem sociální služby, jehož cílem je zjistit a sjednat osobní cíle a potřeby uživatele. V rámci tohoto rozhovoru je možné

sjednat i různé aktivity, které dané zařízení nabízí. Výstupem z tohoto rozhovoru je písemný záznam individuálního plánu služby.

Další důležitou složkou standardů kvality je možnost **návaznosti poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**. Sem patří i povinnost poskytovatele sociální služby vytvářet možnosti a příležitosti pro kontakt s rodinou, přáteli apod. V rámci aktivizace je možné samozřejmě zapojovat i tyto blízké osoby. Dále se pod tímto standardem skrývá možnost využít ostatní běžné služby jako je např. kino či divadlo, tedy další aktivita, kterou má příležitost klient i v rámci zařízení využít.

Personální a organizační zajištění sociální služby je další nedílnou součástí aktivizace. Pracovníci, kteří provádí aktivizaci, by měli být seznámeni a vyškoleni v technikách aktivizace. Pokud by toto pracovníci nespĺňovali, může se stát, že aktivizace nebude mít žádný efekt, ba dokonce v horším případě může i klientovi ublížit. Toto zajisté souvisí i s **profesním rozvojem zaměstnanců**, kdy je velice přínosné zjišťování a objevování nových možností aktivizace. Klienti by měli mít na výběr z co nejširší nabídky aktivit. Díky profesnímu rozvoji zaměstnanců můžeme zaujmout i klienty, kteří prozatím o žádnou z aktivit zájem neměli. Tento standard souvisí i s rozvojem vědy a techniky, kdy třeba současní klienti sociálních služeb mohou využívat např. počítačové kurzy apod., což jistě před několika desítkami let nebylo možné. Vytváří se tak široká síť příležitostí, díky které je možné aktivizovat stále více klientů.

Klienti by měli mít šanci být **informováni o poskytované sociální službě** a tedy i o možnosti využívat různých aktivit v rámci zařízení.

Zajisté je třeba mít zajištěné **vhodné prostředí a podmínky** pro aktivizaci klientů. Ne všechna zařízení disponují např. tělocvičnou, kde mohou klienti cvičit nebo např. dílnou pro různé ruční práce apod.

Aktivizace seniorů souvisí hned s několika body ze standardů kvality a záleží na jednotlivých zařízeních, jak moc širokou a kvalitní nabídku aktivit svým klientům poskytne.

Standardy kvality sociálních služeb jsou povinná dodržovat všechna zařízení sociální péče. Je však otázkou, jak moc jsou všechny zmíněné body kontrolovatelné. V kapitole o aktivizaci zmiňuji případ z praxe ze zařízení sociální péče, kdy klientka evidentně žádnou aktivizaci nepodstupovala, a přesto toto zařízení disponuje potřeb-

nou registrací pro provoz takového zařízení. Tento domov pro seniory měl aktivizačního pracovníka, předpokládám, že i vedl dokumentaci o prováděné aktivizaci v rámci plnění individuálního plánu, avšak jestli k této aktivizaci skutečně došlo nebo ne se jen těžko někdo dozví.

2 Stáří a stárnutí

Existuje mnoho teorií o stáří a stárnutí, avšak žádná z nich nebyla nikdy přijata všeobecně. U každého člověka se stárnutí projevuje jinak a u skupiny lidí stejného věku tedy může probíhat odlišně. *„Stárnutí ovlivňuje činnost buněk a chemickou skladbu jejich molekul, čímž nastává postupný pokles schopnosti adaptovat se na změny prostředí. Je třeba připomenout, že patologické změny se následkem chorob prolínají s normálním, fyziologickým stárnutím – tj. primární stárnutí.“*⁶

2.1 Vymezení stáří

Jak již bylo zmíněno, u každého člověka probíhá stárnutí odlišně, a proto neexistuje přesné vymezení, kdy stáří začíná. Existují však tři nejvyužívanější kategorie vymezení stáří. Těmi jsou stáří biologické, kalendářní a sociální.

2.1.1 Biologické stáří

V rámci biologického stáří hovoříme o míře involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. Jedná se o nevratné biologické změny, které mohou vést k větší nemocnosti, k funkčním deficitům nebo k úmrtí. Biologické stáří nelze přesně vymežit. V rámci biologického stáří však můžeme sledovat hned několik ukazatelů involučních změn, jako je například pokles výkonnosti, vyčerpanost, větší míra únavy, „stařecké“ změny postavy, úbytek svalové hmotnosti, změny činnosti smyslů, míra funkčního zdraví, zhoršení či změna chůze a další změny, které můžeme pozorovat na chrupu,

⁶ HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0, str. 28

vlasech, obličejí (vrásky) atd. Tyto projevy můžeme pozorovat převážně ve vyšším věku a hovoříme o nich jako o biologických změnách ve stáří.⁷

2.1.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří lze jednoznačně vymezit a to díky určení průměrného věku života člověka. Jedná se jakýsi dohodnutý věk, který vychází z empirie. Kalendářní věk však nevyovídá o individuálních změnách jednotlivce, tudíž se nemusí shodovat s věkem biologickým ani sociálním. Kalendářní věk se díky prodlužování délky života v závislosti na zlepšování zdravotní péče stále mění. Hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku. Pokud člověk stárne rychleji a dříve, hovoříme o progerii. Pokud člověk stárne naopak pomaleji a později hovoříme o dlouhověkosti. Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí starší věk následovně:

- střední věk (45-59 let)
- rané stáří (60-74 let)
- vlastní stáří (75-89 let)
- období dlouhověkosti (90 a více let)⁸

2.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří je definováno změnou v sociálním postavení jedince. Jedná se o změny v rámci pracovního postavení, sociálních rolí, postojů, typických životních událostí v pokročilejším věku (penzionování, nezaměstnanost, pokles životní úrovně apod.), odchod životního partnera, odchod dětí z domu atd. Jedná se o jakési „odsunutí ze světa mladých.“ Za důležitý milník v rámci sociálního stáří je považován odchod do důchodu nebo věk, kdy člověku vzniká nárok na starobní důchod.⁹ V rámci odchodu do důchodu se v životě člověka mnohé mění. Člověk ztrácí režim, na který byl zvyklý, ztrácí kontakt se spolupracovníky, finanční jistotu, postavení a prestiž. Odchod do důchodu však nemusí vždy pro jedince přinášet jen negativní důsledky.

⁷ ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4 .

⁸ ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4 .

⁹ Tamtéž

Jedinec může mít konečně čas na své koníčky, naplno se věnovat rodině, cestovat a mnoho dalšího, na což třeba neměl v rámci pracovního poměru čas.

2.2 Změny ve stáří

Každý člověk se rodí s nějakými predispozicemi, které mají v budoucnu vliv na změny ve stáří. To, jak na tyto změny budeme reagovat je ovlivněno genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žijeme. Změny ve stáří se projevují ve fyzické, psychické i sociální stránce člověka.¹⁰

2.2.1 Fyzické změny ve stáří

Fyzické změny, které odlišují staré lidi od mladých, nazýváme fenotyp stáří. Mezi nejčastější fyzické změny ve stáří patří problémy kardiovaskulárního systému, kloubů, páteře, problémy se smyslovými receptory a úbytek svalové hmoty, což vede ke změnám v postoji a chůzi člověka. Při problémech se smyslovými receptory pozorujeme úbytek sluchové ostrosti, zasažen je čich i chuť a u zraku zaznamenáváme změny akomodace. V rámci fyzických změn můžeme pozorovat i vizuální změny, mezi které patří například šedé vlasy, vrásky apod. Mnohdy se stává, že vizuální změny nese člověk mnohem hůře, než ty, které se týkají zdraví. Všechny tyto změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Je možné vysledovat, že se člověk stává stále více introvertnější, začíná se více zaobírat sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcí.¹¹

„Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce nápadné jsou na kůži nebo pohybovém systému, které zřetelně vidíme. Dále probíhají v kardiovaskulárním systému, respiračním systému, trávicím systému, pohlavním a vylučovacím systému, nervovém systému, smyslovém vnímání a spánku“¹²

¹⁰ VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

¹¹ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3

¹² MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7, str. 28

S fyzickými změnami jsou úzce spjaty změny psychické.

2.2.2 Psychické změny ve stáří

Při procesu stárnutí můžeme pozorovat změny v osobnosti člověka. Dle některých studií si lze všimnout toho, že se ve stáří začínají projevovat negativní vlastnosti a negativní rysy osobnosti. V rámci psychických změn u seniorů dochází k úbytku mozkové tkáně. Prioritou je, zachovat v co největší možné míře kognitivní funkce, abychom dosáhli co možná největší míry autonomie, ale také pozitivního prožívání stáří.

Charakteristickým obrazem psychiky seniorů jsou:

- *„Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti uštipivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy*
- *Psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti*
- *Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba“¹³*

2.2.3 Sociální změny ve stáří

Sociální změny jsou úzce spojeny se změnami fyzickými a psychickými. U sociálních změn je důležitým mezníkem především odchod do starobního důchodu. V důsledku odchodu do důchodu dochází k omezování kontaktu s bývalými kolegy a také si senior zvyká na nový režim dne. Velkou změnou je i sociální status a v některých případech i ztráta prestiže. Odchod do starobního důchodu je spojen i se změnou ve finančním příjmu, kdy je mnohdy senior nucen „polevit“ ze svých standardů. Může docházet k tzv. desocializaci starších a starých lidí, ba dokonce k ageismu. Jedná se o vyčleňování seniorů ze společnosti, izolovanost starších lidí, omezování či ztrátu sociálních vztahů a v případě ageismu o diskriminační chování vůči seniorům. Další ze sociálních změn ve stáří je odchod dětí z domova. Manželé, kteří doposud žili se svými dětmi, si zvykají na to, že jsou doma sami a nalézají nový

¹³JEDLIČKA, Václav. Praktická gerontologie: učební text. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8, str. 14 - 15

způsob života bez dětí. Role rodičů však bývá v mnohých případech nahrazena rolí prarodičů a pro seniora mohou vnoučata znamenat i nový smysl života. Dále je třeba v rámci sociálních změn zmínit i smrt partnera, což znamená konec partnerského soužití. K vyrovnání se smrtí partnera mohou mnohdy pomoci kamarádi a především vlastní rodina. Smysluplné využívání volného času a aktivní stárnutí může pozitivně ovlivnit sociální změny ve stáří.¹⁴

¹⁴ JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9

3 Aktivní stárnutí

Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948 vymezuje sociální zabezpečení starých lidí jako jedno z neopomenutelných lidských práv. Tehdy šlo o politickou deklaraci. Ratifikací OSN z roku 1966 se toto právo stalo právně závazným. Zprvu se jednalo o právo na péči/zabezpečení, avšak s postupným stárnutím populace a se změnou pohledu Evropy a celého světa na stárnutí populace se právo na péči/zabezpečení postupně mění na podporu a pomoc při aktivitě ve stáří.¹⁵

Koncem 90. let byl název aktivní stárnutí přijat Světovou zdravotnickou organizací. Pojem aktivní stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů a týká se mimo jiné zdraví a péče o zdraví. Zásluhou zásad Organizace spojených národů však vytváří širší rámec. Synonymy pro aktivní stárnutí jsou: **nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost péče a seberealizace**. Za aktivní stárnutí můžeme též považovat právo seniora v účasti na veřejném rozhodování, právo na rovnost příležitostí a také právo na to, nést odpovědnost za své činy a svobodně se rozhodovat.¹⁶

Je několik faktorů, které mohou ovlivnit aktivitu ve stáří. Těmito faktory jsou zejména: **společenská atmosféra, individualita člověka, zdravotní stav a nabídka možností**. Dalšími aspekty, které ovlivňují aktivní stárnutí je **bydlení a zaměstnání**. Ty mají vliv na hmotné zabezpečení, sociální kontakty, denní rytmus a sociální participaci. Aby docházelo k prodlužování aktivního života, je třeba podporovat zdravý způsob života, předcházet onemocněním a posilovat funkční zdraví. Odchod do starobního důchodu může znamenat pro seniora velký stresor. Je to pro něj nová situace, se kterou se musí vyrovnat a pro mnohé právě adaptace na novou situaci není jednoduchá. V rámci odchodu ze zaměstnání se snižují finanční zdroje, dochází ke ztrátě nebo minimalizaci společenských kontaktů, v některých případech ke ztrátě prestiže a vytrácí se denní pracovní rytmus, na který byl doposud senior zvyklý. Z těchto důvodů může docházet k různým problémům jako například ztráta

¹⁵ TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2

¹⁶ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3

smyslu života, rodinné a finanční problémy, psychosomatické potíže, deprese, alkoholismus apod.¹⁷ Těmto problémům se dá předcházet právě aktivním stárnutím. Pokud je senior aktivní a neuzavře se do sebe, nemusí pro něj být odchod do starobního důchodu tolik zátěžovou situací. V případě, že senior nalezne smysluplné trávení volného času, odchod ze zaměstnání pro něj znamená pozitivní změnu, jelikož má díky tomu čas na své koníčky.

Důležitým faktorem, který může pozitivně ovlivnit to, jak úspěšně zvládnout demografické změny je pozitivní přístup, který se zaměřuje na potenciál starších věkových skupin.

„Aktivní stárnutí principiálně znamená tři věci:

1. *Umožnit ženám i mužům, aby vydrželi v zaměstnání déle – překonáváním strukturálních bariér (včetně nedostatečné podpory pro neformální pečovatele) a poskytováním vhodných nabídek bude možné mnoha starším lidem pomoci, aby zůstali aktivní na trhu práce, což přinese systémové i individuální výhody.*
2. *Uspadnit aktivní občanství podporou prostředí, ve kterém se využívá přínos starších žen a mužů pro společnost.*
3. *Umožnit ženám i mužům zachovat si ve stáří dobré zdraví, a žít nezávisle díky životnímu přístupu ke zdravému stárnutí v kombinaci s adaptovaným ubytováním a místním prostředím, které starším lidem umožní zůstat ve svých domovech co možná nejdéle.“¹⁸*

3.1 Klíčové dokumenty týkající se aktivního stárnutí

21. století přináší jedno velké téma, kterým je stárnutí světové populace. V závislosti na prodlužování života lidí je tomuto tématu věnováno stále více pozornosti. Stárnutím populace se zabývají jak jednotlivé státy, tak se toto téma řeší i celosvětově.

¹⁷ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

¹⁸ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5, str. 24 - 25

Mezinárodní akční plán

První světové shromáždění o problematice stárnutí proběhlo ve Vídni v roce 1982. Na tomto shromáždění se probíralo mimo jiné stárnutí populace ve vyspělých zemích. V roce 2002 však žije velká část starších lidí v rozvojových zemích a to vede k tomu, že vlády těchto zemí musí zabezpečit rozvoj stárnoucích společností a zajistit těmto lidem adekvátní životní podmínky. Hranici šedesáti let překročí každý měsíc jeden milion lidí, z toho se v osmdesáti procentech jedná o lidi z rozvojových zemí. Do budoucna by se měl podíl osob, které přesáhnou věk šedesáti let ve světové populaci zdvojnásobit a to znamená vzrůst z deseti na dvacet dva procent mezi lety 2000 a 2050. Tento jev bude mít poprvé v historii lidstva za následek to, že ve společnosti bude stejně lidí starých jako mladých. Na prvním světovém shromáždění o problematice stárnutí tak vznikl první Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí.¹⁹

Druhé světové shromáždění o problematice stárnutí proběhlo 8. - 12. dubna roku 2002 v Madridu. Cílem tohoto shromáždění bylo zhodnocení současné demografické situace ve světě, stanovení priority v oblasti globálního stárnutí populace a přijmout nový mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, který by reflektoval aktuální situaci a budoucí očekávané problémy. V rámci tohoto shromáždění bylo zmíněno, že vyšší vzdělání může mít vliv na vyšší věk dožití. Tím bylo poukázáno i na jednu velkou změnu v oblasti stárnutí. Bylo totiž podotknuto, že v souvislosti s tímto faktorem mohou nyní starší lidé přispět společnosti více, než tomu bylo doposud. Generální tajemník OSN Kofi Anna ve svém úvodním projevu apeloval na to, aby nový akční plán odrážel problémy 21. století. Tento akční plán musí vytvořit společnost, která by byla pro všechny věkové kategorie. Na starší lidi nesmí být pohlíženo jako na nepotřebné. Nesmí být považováni za zvláštní samostatnou skupinu, ale musí být nedílnou součástí společnosti. *„Starší lidé jsou a budou pro společnost potřební a užiteční, je však třeba změnit pohled společnosti na stáří, zejména ustálené, často až negativistické nahlížení na seniory, a podporovat aktivní stárnutí přijetím politik zahrnujících opatření v různých oblastech, např. v oblasti preventivní medicíny,*

¹⁹ OSN (online). (cit.2018-03-23) Výzvy demografické revoluce. Dostupné z <http://www.archiv.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=847>

celoživotního vzdělávání, flexibilních forem zaměstnávání. Stát, který nevyužívá příležitosti, jak zapojit seniory do aktivní účasti na životě společnosti, je státem, který ztrácí své velké příležitosti.“²⁰

Na tomto shromáždění bylo hlavním úkolem přijmout dokument, který bude mít celosvětovou platnost a bude odrážet nejen aktuální situaci v oblasti stárnutí, ale který bude i nahlížet do budoucna a bude řešit i budoucí demografické otázky. Nový akční plán pro problematiku stárnutí se více zabývá situací v rozvojových zemích a zemích s přechodovou ekonomikou.

„Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí nazývaný též Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 se týká zejména otázek:

- ***v oblasti aktivní účasti seniorů na životě společnosti a na rozvoji: práce a stárnoucí pracovní síla, rozvoj v zemědělských oblastech, migrace a urbanizace, přístup ke znalostem, vzdělání a výcviku, mezigenerační solidarita, vymýcení chudoby, zajištění příjmu, sociální ochrana či sociální pojištění a předcházení chudobě, situace ohrožující seniory;***

- ***v oblasti uchování zdraví a tělesné a duševní pohody do stáří: podpora zdraví a tělesné a duševní pohody během života, univerzální a rovný přístup ke zdravotním službám, senioři a HIV/AIDS, výcvik poskytovatelů péče a zdravotnického personálu, potřeby seniorů v oblasti duševního zdraví, senioři a zdravotní postižení;***

- ***v oblasti zajištění příznivého a podpůrného prostředí: bydlení a okolní prostředí, péče a podpora poskytovatelů péče, přehlížení, zneužívání a násilí, představy o stárnutí.“²¹***

Zásady OSN pro seniory

Dne 16. prosince roku 1991 byly tyto zásady přijaty Valným shromážděním OSN a vlády jsou v něm vyzývány k tomu, aby je začlenily do vlastních národních programů. Tento dokument obsahuje pět ústředních oblastí, ve kterých jsou zmíněna

²⁰ MPSV (online). (cit. 2018-03-23). 2. Světové shromáždění o stárnutí. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/cs/1215>

²¹ Tamtéž

práva seniorů. Těmito oblastmi jsou: nezávislost, zařazení do společnosti, péče, sebe-realizace a důstojnost.²²

Závěrečný dokument IV. Světové konference Mezinárodní federace o stárnutí

Tento dokument se též nazývá Montrealská deklarace. Vznikl na IV. Světové konferenci Mezinárodní federace, která probíhala v Montrealu ve dnech 5. - 9. září 1999. Zasahuje do sociální politiky a udává tak novou koncepci států vůči starým lidem. Deklarace klade důraz na to, že staří lidé jsou právoplatní občané a mají právo na důstojnost a respekt ve smyslu práva na to být součástí politických procesů, týkajících se realizace práv seniorů. Tento princip je v souladu s demokratickými principy OSN.²³

„Rok 2012 je vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity s důrazem na podporu vitality a důstojnosti všech osob.“²⁴

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013 – 2017

Tento národní akční plán byl schválen usnesením vlády České republiky ze dne 13. února 2013. Je již třetím v pořadí a navazuje na Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí z roku 2002. První Národní akční plán vznikl v roce 2003. Cílem tohoto akčního plánu je podpořit aktivní zapojení starších osob a seniorů do společnosti a zvýšit kvalitu jejich života. Na přípravě Národního akčního plánu se podíleli zástupci MPSV, dalších resortů, neziskových organizací, místních a krajských samospráv, zástupci akademické sféry, ale i samostatní senioři. Tito zástupci se dohodli na stěžejních oblastech, které je třeba podpořit. Těmi jsou:

- rozvoj virtuálních univerzit třetího věku do menších měst a obcí
- zařazení age-managementu do personálních procesů firem

²² MPSV (online). (cit. 2018-03-26). Zásady OSN pro seniory. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/cs/1111>

²³ TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2

²⁴ MPSV (online) (cit. 2018-04-04). Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) v České republice. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/cs/11696>

- rozvoj projektů a aktivit zaměřených na mezigenerační dialog a využití životních zkušeností a moudrosti seniorů ve společnosti
- vytváření zdravého a k seniorům přátelského prostředí v komunitě s ohledem na zajištění vhodného bydlení, dopravu a dostupnost zdravotních a sociálních služeb
- aktivní zapojení seniorů do dobrovolnictví, zvyšování mediální kultury ve vztahu k seniorům
- a stárnutí populace obecně, neboť probíhající demografické změny vnímají nejen uvedení zástupci, ale i MPSV jako nepochybný přínos pro rozvoj společnosti.²⁵

²⁵ MPSV (online). (cit. 2018-03-26). Národní program přípravy na stárnutí na období 2013 až 2017 (Týdeník Školství). Dostupné z <https://www.mpsv.cz/cs/13113>

4 Možnosti aktivizace seniorů

Mnoho lidí, kteří se dožívají věku přes 80 či 90 let jsou soběstační, produktivní a aktivní. Veškerá doporučení, jak si zajistit úspěšné stárnutí pramení ze zásad duševní hygieny. V období stárnutí je důležité zachovat si širí zájmu a zůstat co nejvíce aktivní.²⁶ Aktivizace seniorů je závislá na jejich fyzickém i psychickém stavu, proto je třeba vždy individuální přístup s ohledem na potřeby a možnosti jednotlivce. Vždy je vhodnější, pokud si plán aktivit klient určuje sám. Má pak větší motivaci k tomu spolupracovat. V některých případech to však například zdravotní stav neumožňuje. V těchto případech je zapotřebí vnímat, jak klient na jednotlivé metody reaguje a rozpoznat, kdy je spokojený a kdy ho naopak aktivizace zatěžuje. K tomuto je potřeba být velice empatický a vnímavý.

V rámci své praxe jsem se účastnila několika forem aktivizace v různých typech zařízení sociální péče. Vždy se jednalo o velmi příjemně strávený čas, jelikož klienti působili při těchto aktivizacích uvolněně a spokojeně. Ostatně i samotní pracovníci vykonávající aktivizace byli vždy příjemní lidé, jelikož dělali práci, která je baví a o které vědí, že má smysl. V následujících kapitolách jsem se proto u některých forem aktivizace snažila propojit teoretické poznatky s mými osobními poznatky z praxe.

4.1 Ergoterapie

Ergoterapie nebyla původně v České republice považována za potřebnou. Později se však začala značně rozvíjet ve zdravotnickém prostředí a proto byla hodně ovlivněna medicínou. První ergoterapeuti tedy nacházeli uplatnění ve zdravotnictví. Samostatné studium ergoterapie vzniklo v roce 1992, kdy byla ergoterapie vyčleněna z fyzioterapie. Nejdříve se ergoterapie vyučovala na vyšších odborných školách a v roce 1994 se začala vyučovat na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v bakalářském studijním programu. V roce 1994 též vznikla Česká asociace ergoterapeutů, která působí v České republice dodnes. V ergoterapii jde především o to, dosáhnout

²⁶ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

u klientů co nejvyšší možné soběstačnosti a nezávislosti v prostředí domácím, pracovním a sociálním a tím zvýšit jejich kvalitu života.²⁷

Ergoterapie se snaží o to, aby klient dokázal být v co největší možné míře soběstačný v oblasti běžných denních potřeb, dále v oblasti zaměstnání a v oblasti zájmové a volnočasové. Je určena pro klienty s různým typem postižení. V rámci ergoterapie hovoříme o léčbě prací. Při ergoterapii se snažíme klienta naučit či u něho obnovit činnosti běžného denního života a to pokud možno v jeho vlastním prostředí a v reálných situacích. Jedná se tedy o konkrétní nácvik činností, které v důsledku úrazu či postižení nezvládá klient sám. V rámci ergoterapie je třeba přihlídnout k věku, pohlaví, konkrétnímu typu postižení, ke klientově sociálním, ekonomickým, osobním a kulturním potřebám a také k prostředí, ve kterém se klient nachází.

„Cílem ergoterapie je:

- *podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/ zaměstnávání*
- *pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času*
- *umožnit osobě naplňovat její sociální role*
- *napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity*
- *uplatňovat terapii zacílenou na klienta/ pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie*
- *posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí)*
- *usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění“²⁸*

²⁷ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

²⁸ Česká asociace ergoterapeutů: Co je ergoterapie (online) (cit. 2018-02-14). Dostupné z <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageHierarchyID=46&PageIndex=1 &PageID=1 &node=38&ParentPageID=37>

V první fázi je třeba u klienta provést ergoterapeutické vyšetření, které slouží jako jakási diagnóza. Dále se toto vyšetření hodnotí. Následuje nácvik běžných denních činností a to personálních (například osobní hygiena, koupání, oblékání příjem jídla a podobně) a činností instrumentálních, kam spadá například manipulace s penězi, běžný domácí úklid, cestování hromadnou dopravou apod. V rámci ergoterapie navrhuje ergoterapeut v případě potřeby vhodné kompenzační a technické pomůcky, které by klient mohl využívat.²⁹

V pobytových sociálních zařízeních probíhá ergoterapie skupinově nebo individuálně. Ne všechna zařízení disponují vyškoleným ergoterapeutem, a proto probíhá ergoterapie v rámci volnočasových aktivit. V praxi tak ergoterapie v zařízeních sociální péče může probíhat formou kurzů vaření či pečení, pomoci při péči o zařízení (např. drobné opravy), formou kurzů pletení nebo keramiky apod.³⁰

Osobně jsem se setkala s ergoterapií v domově pro seniory, právě na kurzu keramiky. Klienti seděli u jednoho velkého stolu a vytvářeli keramické mističky. Nejprve měli za úkol udělat z hlíny malé kuličky. Následně se do běžné mističky vložila látka a do látky pak klienti postupně vtlačovali vytvořené kuličky vedle sebe. Takto vytvořená miska se pak vložila do pece a na dalším kurzu keramiky klienti misky glazurovali. Byl to opravdu příjemně strávený čas. Sama jsem si s klienty vyzkoušela výrobu takové misky a tak jsem se alespoň na chvíli mohla stát součástí jejich komunity. Klienti spolu během vyrábění komunikovali, vzájemně si radili v postupech a tak prohlubovali sociální vazby. Dále si tímto klienti procvičovali jemnou motoriku. Pracovnice, která ergoterapii vedla, nabídla klientům i kávu a tím si klienti své chvíle na ergoterapii ještě více zpříjemnili. Postupně se tak ergoterapie změnila na „posezení a popovídání u kávy.“

S jinou formou ergoterapie jsem se setkala i v jednom denním stacionáři, kde byly tréninkové byty a také tréninková kavárna. Lidé s handicapem sem docházeli pracovat na pár hodin denně a učili se tak komunikovat a samozřejmě i obsluhovat

²⁹ Česká asociace ergoterapeutů: Co je ergoterapie (online) (cit. 2018-02-14). Dostupné z <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageHierarchyID=46&PageIndex=1&PageID=1&node=38&ParentPageID=37>

³⁰ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

zákazníky se vším všudy. Při této činnosti rozvíjí handicapovaní základní pracovní a sociální dovednosti. Vždy je v kavárně přítomen někdo, kdo na klienty dohlíží. Někteří handicapovaní tak poté mají možnost ucházet se o zaměstnání i v běžné kavárně.

4.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie pochází z řecko-latinského názvu a to spojením slov řeckého *moisica*, latinsky *musica* – hudba a řeckého *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* – léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat. Muzikoterapie by se dala vysvětlit jako léčba hudbou nebo jako využívání hudby k terapeutickým účelům. Hudba může ovlivnit hned několik fyziologických funkcí v našem těle, jako je například dech, srdeční tep, krevní tlak apod. Hudbu můžeme využívat k relaxaci, komunikaci, navození pocitu pohody, učení a může pomoci i v rozvoji vztahů. Rozlišujeme dva typy muzikoterapie a to receptivní muzikoterapii, kdy využíváme působení hudby na člověka a muzikoterapii aktivní, kdy hudbu vytváříme. Muzikoterapii můžeme využívat buď jako skupinovou, párovou nebo individuální terapii.³¹

Je mnoho teorií, které se snaží objasnit, jak může hudba ovlivnit naše tělo. Jedna z teorií popisuje to, že rezonance zvukových vln obnovuje přirozený rytmus těla a tím přispívá k uzdravení. Další z teorií předpokládá to, že lidský mozek reaguje na zvukové vlny vysláním pokynů k řízení pulzu, dechu a dalších tělesných funkcí. To může mít vliv na snižování krevního tlaku a napětí svalů. Zvukové podněty mohou mít vliv na vyplavování endorfinů, které přispívají ke zmírnění bolesti a navozují lepší náladu. Vlivem těchto faktorů dochází ke stavům naprosté relaxace, což může způsobovat to, že se tělo začne samo léčit. Někdy se hudba využívá k prostému navození krásných vzpomínek, což má za následek pozitivní emoce, které mohou redukovat stres a zvyšovat pocity pohody.³²

Na sklonku minulého století proběhlo několik pokusů, které jasně prokázaly, že hudba je opravdu lék a má pozitivní účinek na lidský organismus. Ve druhé světové

³¹ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

³² Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4

válce se hudba využívala jako nejlepší lék proti sebevraždám vojáků, kteří trpěli depresemi. Přestože farmaceutický trh dnes chrlí mnoho přípravků na překonání lečjakých obtíží, ustupuje se v mnohých případech od medikamentózní léčby na úkor muzikoterapie.³³

V zařízeních sociální péče určených seniorům se nejčastěji setkáváme s muzikoterapií formou účasti na živém koncertu v zařízení, poslechu různých hudebních žánrů, dále formou poslechu hudby produkované v prostorách zařízení jako je například chodba, jídelna, společenská místnost apod. Další formou mohou být pěvecké činnosti klientů zařízení a produkování hudby pomocí hudebních nástrojů.

Při své praxi v domově pro seniory se zrakovým postižením jsem měla možnost se muzikoterapie přímo účastnit. Muzikoterapie probíhala v jedné velké místnosti, kde byl i klavír. Pracovnice, která muzikoterapii vedla, hrála na klavír a klienti zpívali a doprovázeli jí na různé hudební nástroje. Někteří klienti, kteří se nechtěli zapojit přímo zpěvem (pravděpodobně se ostýchali) se různě pohupovali a podupávali si. I přes to, že se ne přímo aktivně zapojili do muzikoterapie, bylo na nich vidět, že už jen samotná účast na terapii se jim líbí. Cítili se být součástí tohoto společenství a bylo to pro ně určité vytržení ze stereotypu. Tím se potvrzuje teorie o tom, že hudba má opravdu pozitivní účinky na lidskou psychiku a díky tomu i na zdravotní stav člověka.

4.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie má své kořeny v psychodynamické teorii a využívá vzpomínky k přezkoumávání života. Minulé zkušenosti a konflikty jsou znovu přezkoumávány a znovu začleňovány. V reminiscenční terapii jde o vyvolání vzpomínek na časy minulé. K tomu se mohou využívat fotografie, hudba, filmy a další smyslové zážitky z minulosti. Reminiscenční terapií se navozuje příjemná atmosféra a příjemné vzpomínky na minulost. Díky reminiscenční terapii se může usnadnit komunikace mezi terapeutem a klientem. Reminiscenční terapie poskytuje příležitost k socializaci, sociální integraci a může pomoci řešit konflikty a obavy, které si sebou

³³ LINKA, Arne. Kapitoly z muzikoterapie. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1

klient nese z minulosti pomocí uznání sebe sama a uznání vlastních životních úspěchů.³⁴

Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Při individuální reminiscenční terapii může dojít k vybudování intenzivního vztahu mezi klientem a naslouchajícím, kdy dochází k navození pocitu důvěry. Klient se v rámci této terapie začíná cítit jako člověk respektovaný a může získávat určitou sebedůvěru. Klient získává pocit, že o něj má někdo zájem a že se někdo stará o to, co cítí. Individuální reminiscenční terapie je vhodná pro ostýchavější klienty, kteří by se například ve skupině nedokázali projevit. Skupinová reminiscenční terapie probíhá ve větším počtu lidí. Počet skupiny by měl být předem určen a důkladně promyšlen. Je důležité, aby se nestávalo, že se někteří členové budou cítit odstrčení. To je ostatně hlavním úkolem pro terapeuta, aby udržel všechny účastníky terapie tzv. „ve hře.“³⁵

4.4 Pohybové aktivity a taneční terapie

Tanec a pohyb nejsou v hloubkové psychologii novinkou. Již Jung zkoumal vliv pohybu těla na psychiku člověka. Jung přichází s metodou aktivní imaginace, která napomáhá k tomu, aby vyšly na povrch nevědomé obsahy, jako jsou sny a fantazie. Aktivní imaginace může být dle Junga provedena mnoha způsoby včetně tance, malby, kresby, práce s hlínou a všech ostatních uměleckých médií. Tím se dostávají ke slovu i stránky osobnosti, které v běžném životě zůstávají v pozadí. To napomáhá ke komunikaci mezi vědomím a nevědomím.³⁶

K člověku pohyb neodmyslitelně patří. Měl by proto být každodenní potřebou v našem životě. V podstatě je naše existence na pohybu závislá. Čím jsme mladší, tím je pro nás pohyb přirozenější. V pozdějším věku je pohyb ovlivněn prostředím, ve kterém žijeme. Vlivem prostředí tak může docházet k usměrňování, podpoře, útlumu či dokonce k nahrazování pohybu jinými podněty (např. televize). Jelikož je pohyb

³⁴ JOHN P. WATTIS, STEPHEN CURRAN. Practical psychiatry of old age. Fourth edition. Oxford: UK, 2006. ISBN 1-85775-796-3

³⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0

³⁶ CHODOROW, Joan. Dance therapy and depth psychology: the moving imagination. New York: Routledge, 1991. ISBN isbn0-415-04113-9

považován za nutnou potřebu každého člověka, dochází v důsledku jeho nedostatku vždy k prohlubování nějakého problému. Pohyb ovlivňuje hned několik funkcí v našem těle, jelikož je řízen centrální nervovou soustavou. Úzce tedy souvisí s psychikou člověka a s jeho vlastnostmi. Pohyb může mít vliv na intelekt, citlivost, poctivost, sebedůvěru nebo vůli.³⁷

Je samozřejmé, že ve stáří dochází z důvodu celkového oslabování k omezení pohybových aktivit. Tento jev je považován za přirozenou součást stárnutí. Nemělo by však docházet k tomu, aby se člověk úplně přestal hýbat. To by mohlo vést jak k fyzickým, tak k psychickým potížím. Důležitá je tedy prevence imobilizačního syndromu, tedy syndromu nehybnosti a snížené aktivity. Pohybové aktivity musí vždy respektovat klientův zdravotní stav a jeho tělesnou zdatnost. Z pohybu by měl mít klient pozitivní pocity. V rámci pohybové terapie se může jednat o léčebnou či zdravotní pohybovou aktivitu, ale může se též jednat i o nácvik činností běžného života, jako je například chůze. V neposlední řadě se v rámci pohybové aktivizace můžeme setkat i s účastí na různých rekreačních sportech, jako je například lyžování, plavání apod. Taneční terapie navíc využívá hudebního doprovodu různých žánrů. Klienti tak přirozeně reagují na rytmus. *„Rytmus je součástí života přírody i lidské bytosti. Při vnímání rytmu jsou podvědomě inervovány některé svalové skupiny a objevuje se tendence k provádění pohybů odpovídajících vnímanému rytmu, a to pohybů jak vnějších, tak vnitřních. Tyto mimovolné změny napomáhají tělesnému a zpětně zase psychickému uvolnění napětí a bloků.“*³⁸

Při pohybové a taneční aktivizaci nehledíme na estetickou stránku, ale jde nám především o pozitivní psychické naladění klientů.

4.5 Arteterapie

V širším slova smyslu lze arteterapii vymezit jako léčbu uměním a to včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance nebo výtvarného umění. V užším slova smyslu chápeme arteterapii jako léčbu pouze výtvarným uměním. *„Arteterapie je teoreticky*

³⁷ BURSOVÁ, Marta. Kompenzační cvičení: uvolňovací, protahovací, posilovací. Praha: Grada, 2005. Fitness, síla, kondice. ISBN 80-247-0948-1

³⁸ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5, str. 47

usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.“³⁹

Arteterapii můžeme dělit na receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie znamená, že vybrané umělecké dílo vnímáme a dílo na nás nějak působí. Vnímáním uměleckého díla pak prožíváme určitou emoci. Emoce mohou vyvolat například smutek, strach, naději, životní sílu apod. Receptivní arteterapie pak v praxi znamená, že klient navštěvuje galerie, prohlíží si fotky uměleckých děl atd. Produktivní forma arteterapie znamená, že umělecké dílo člověk přímo vytváří nebo se podílí na jeho vzniku. Dílo může být na ploše (obraz) nebo v prostoru (modelování). Klient tak sám využívá různých výtvarných technik k vytvoření díla.⁴⁰

Cílem arteterapie je přinést klientovi odpočinek, odvést ho od destruktivního chování, přinést příjemné myšlenky, nalézt různé problémy, nahlédnout do klientova nevědomí apod. Arteterapie také přináší rozvoj jemné motoriky. Arteterapie by měla být vždy vedena zkušeným arteterapeutem obzvlášť pokud jde v arteterapii o psychoanalýzu. V domovech pro seniory se převážně arteterapie využívá k uvolnění, odpočinku, zlepšení jemné motoriky, ale také ke společnému setkání. V rámci arteterapie se klienti setkávají, mohou mezi sebou komunikovat a sdílet své myšlenky a nápady. V některých domovech se pak výtvarná díla prodávají nejčastěji ve formě různých šperků, výrobků z keramiky apod.⁴¹

V arteterapii nehledíme na to, jak hotové dílo vypadá, ale jde o to, jak se klient při tvorbě či pozorování cítí a co mu samotná terapie přinesla.

V rámci praxe v domově pro seniory jsem měla možnost se účastnit arteterapie. Klienti před sebe dostali mandaly a měli za úkol je libovolně vybarvovat. Klienti seděli u jednoho stolu a tak nejen, že trénovali jemnou motoriku, ale také prohlubovali sociální vazby, jelikož spolu po celou dobu terapie komunikovali. Dalšími přínosy této

³⁹ ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6, str. 31

⁴⁰ ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6

⁴¹ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

terapie zajisté bylo i uvolnění mysli, radost a celkově i navození pozitivní atmosféry. Ne nadarmo se nyní s oblibou a ve velkém prodávají omalovánky pro dospělé, které mají antistresový účinek.

4.6 Dramaterapie

Dramaterapie využívá dramatické postupy k úpravě psychických poruch, sociálních vztahů a důsledků mentálního či tělesného postižení. Může také přispívat k duševní a fyzické integraci, rozvoji verbální a neverbální komunikaci a k rozvoji osobnosti. Dramaterapie úzce souvisí s dramatickou výchovou. Cíle dramaterapie se mohou lišit a to vzhledem k typu klientely, se kterou pracujeme. Například u dětí s poruchami autistického spektra jde v dramaterapii o změnu jejich chování a při práci s nimi se zaměřujeme na oční kontakt, pozorování v zrcadle apod. U geriatrických klientů je cílem dramaterapie smysluplné využívání volného času, rozvoj komunikace, trénování paměti, uvědomování si toho, co klienti v životě dokázali a také to, že jejich život má stále smysl.⁴²

4.7 Trénování paměti

Trénovat paměť lze jak v každodenním běžném životě, tak přímo řízenými aktivitami. Při běžné komunikaci mohou být klienti nabádáni k zapamatování si data, dne v týdnu, ročního období apod. Klienti si tak trénují časovou orientaci. Při běžných denních aktivitách je posilována péče o vlastní osobu, jako je ranní hygiena, ustlání lůžka, vaření kávy nebo přesun na oběd do jídelny – musí si tak zapamatovat běžné úkony. Trénovat paměť můžeme také prostřednictvím různých her. Hra, kterou lze realizovat téměř všude je tzv. Kimovka. K této hře se využívají předměty, které najdeme běžně v prostoru. Tyto předměty schováme např. pod šátek/deku, následně je klientům vystavíme zrakovému vnímání na určitý časový úsek a poté se tyto předměty opět zakryjí. Klienti pak mají za úkol vyjmenovat co největší počet předmětů, které si zapamatovali. Další formou trénování paměti může být například poznávání chuti. K trénování paměti můžeme využít i klasické společenské hry, jako je pexeso,

⁴² VALENTA, Milan. Dramaterapie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5

kvarteto, karty apod. Při těchto společenských hrách trénujeme nejen paměť, ale rozvíjí se i vzájemná komunikace.⁴³

4.8 Animoterapie

Neexistuje přímý český překlad pro animoterapii. Můžeme ji však vysvětlit jako léčbu prostřednictvím zvířat. Zvířata mohou být pro animoterapii využita v podstatě jakéhokoli druhu (kůň, pes, kočka, morče atd.). Za animoterapii se považuje i využití rostlin. Pokud člověk chová nějaké zvíře, přebírá za něj zodpovědnost a tím se zvyšuje sebedůvěra a sebeúcta. Dále nás zvířata nutí pečovat o ně, a tím nám pomáhají zlepšovat si fyzickou aktivitu a schopnost postarat se i o sebe samé. Díky tomu, že zvíře vyžaduje pravidelný denní rytmus, musí klienti jednat cíleně a soustředěně, a to bez ohledu na věk. Vzhledem k tomu, že zvířata nejsou náladová, jako lidé, působí na klienty pozitivně a ovlivňují tak psychický i fyzický stav člověka. Je vědecky prokázáno, že lidé, chovající zvířata mají nižší hladinu krevních tuků, cukru, nižší krevní tlak a trpí depresemi méně, než lidé, kteří nechovají žádné zvíře. Zvířata dokážou člověka milovat bez jakéhokoli předstírání a díky tomu působí antidepresivně. Zvířata dokážou zmírnit psychické napětí a úzkost, protože nás nabádají ke hře a vynucují si tak naši pozornost. Je prokázána spojitost mezi chovem zvířat v ústavech a domácnostech a snižováním spotřeby antidepresiv, plen a donucujících a uklidňujících prostředků. Zvíře také může napomoci při příchodu nového klienta do zařízení sociální péče, jelikož napomáhá překonávat adaptační stres. Naopak stálé klienty nutí zvířata k fyzické aktivitě, tudíž je zde méně napjaté sociální klima. Zvířata mohou být využívána i v rámci jiných terapií, např. v arteterapii, ale můžeme je využívat i při rozšiřování dalších zájmových aktivit, například při sportu, fotografování, modelování apod.⁴⁴

⁴³ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

⁴⁴ NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8

4.8.1 Psi

Psi jsou od pradávna svázáni s člověkem. Zprvu jako ti, co chrání smečku, pomáhají nalézat potravu, loví, ale například i jako společníci a partneři. Později se pes začal využívat k terapeutickým účelům a to již v 8 stol. n. l. Koncem 90. let 20. století se začala canisterapie rozvíjet i v České republice a v roce 2003 vznikla Česká canisterapeutická asociace. Terapie za pomoci psa se též nazývá canisterapie. Pes se v terapii může využívat k aktivizaci klienta, k fyzickému a psychickému povzbuzení, k diagnostice diabetiků a toxikomanů, ke zjištění blížícího se epileptického záchvatu a v poslední době se rozvíjí i využívání psa k rozpoznání rakoviny u člověka. Při canisterapii je velice důležitá povaha psa. Canisterapeut psa cvičí již od štěněcího věku. Pes poté prochází zkouškou, na základě které obdrží certifikát, která mu umožňuje vykonávat canisterapii. Tento certifikát se vydává cca na jeden až dva roky.⁴⁵

Při své praxi jsem měla možnost být u canisterapie ve dvou domovech pro seniory. V jednom z domovů probíhala canisterapie venku, kdy se klienti sešli na dvoře zařízení. Nejprve psi ukázali pár cviků, co uměli a následně se pak se psy šlo na procházku. V druhém případě probíhala canisterapie přímo v zařízení. Klienti se spolu s canisterapeutkou posadili do kroužku. Nejprve se canisterapeutka zeptala, jestli si klienti pamatují, co pes předváděl minule a co se měl do nynějšího setkání naučit. Klienti tak vzpomínali na to, co se dělo minule. Následně měli klienti za úkol postupně psa vyčesat kartáčem. Pes postupně klienty obcházel a každý z nich ho trochu učesal. Pes perfektně držel a byl naprosto vzorný. Poté pes obcházel každého klienta jednoho po druhém a oni měli za úkol mu na čenich umístit piškot. Když mu dali povel, mohl si ho z čenichu shodit a sníst ho. V podobném duchu se neslo celé setkání. Klienti tak během canisterapie trénovali jemnou motoriku a paměť a to zcela přirozeně a nevědomky. Celým setkáním se nesla dobrá nálada. Jakmile pes přišel do místnosti, byla na klientech vidět velká radost. Ihned na psa volali jménem a zdravili ho. V rámci canisterapie klienti komunikovali i mezi sebou, takže prohlubovali i sociální vazby s ostatními a zároveň zde panoval pocit sounáležitosti.

⁴⁵ NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8

S canisterapeutkou jsem následně měla možnost hovořit o dalších možnostech canisterapie. U ležících klientů se využívá psa tak, že si pes lehne ke klientovi do postele a několik minut s ním takto leží. Canisterapeutka mi sdělila, že u ležících klientů má takto prováděná canisterapie za účinek nejen socializační (klienti cítí blízkost živého tvora), ale pes napomáhá uvolňovat také napětí v těle tím, že tělo prohřívá. Má tedy i relaxační účinek.

4.8.2 Kočky

Léčebné využití koček se nazývá felinoterapie. Je vědecky dokázáno, že lidé, kteří chovají kočky, umírají mnohem méně na infarkty či mozkové mrtvice. Pokud je kočka v domově pro seniory, může pomoci snížit adaptační stres klientů, kteří do domova přicházejí nově. Kočka může pomoci upravit hodnoty krevního tlaku a srdečního tepu, pomáhá ke zmírnění stresu, stimulaci paměti a také napomáhá ke zlepšení jemné motoriky. Kočka má především psychoterapeutický účinek, který následuje účinek psychomotorický.⁴⁶

4.8.3 Koně

Využití koně k terapii se nazývá hipoterapie. Nejčastěji se v hipoterapii využívá k terapeutickému účelu koňský hřbet a jeho rytmická chůze. Díky této chůzi kůň ovlivňuje nervová centra člověka, který na něm sedí a ta následně ovlivňují mozek a míchu. Člověk je nucen balancovat a tím se spouští aktivizace svalů a kloubů a aktivizuje se centrální nervová soustava. Při hipoterapii se využívá celý hřbet koně, pacient tedy na koni nezaujímá klasický jezdecký posed, nýbrž na koni zpravidla leží na břiše a nohy má obkročmo.⁴⁷

V rámci své praxe jsem se setkala s hippoterapií poprvé v denním stacionáři pro děti. Nejpočetnější skupinou zde byli děti s dětskou mozkovou obrnou. K zařízení přijeli dva koně, na jejichž hřbet se děti jednotlivě usazovaly a následně s dětmi na hřbetu obcházeli kolem zařízení. Děti se ke koni ihned přilnuly a rukama

⁴⁶ NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8

⁴⁷ Tamtéž

se je snažily hladit. Nejen že tak probíhala jistá fyzioterapie, ale děti cítily i blízkost a teplo koně.

S hippoterapií jsem se ale setkala i v zařízení pro seniory. U seniorů se však koně příliš nevyužívá tak, že by na něm přímo seděli, ale spíše tak, že klienti o koně pečují. Existují zařízení, kde mají ohradu s koňmi a klienti se o ně starají se vším všudy. Klienti tak cítí, že jsou stále potřební a můžou pro živou bytost něco udělat. Tento pocit je naplňuje radostí a zvyšují si tím i sebevědomí.

4.8.4 Další zvířata a rostliny

V nemocničním prostředí často dochází k tomu, že je vše perfektně vydezinfikováno a klienti i pracovníci se tak stávají více náchylní vůči jakékoli infekci. Jakmile se pak do tohoto prostředí dostane nějaký druh infekce, pacienti nejsou schopni s touto infekcí bojovat a může docházet i k rychlému úmrtí. Je tedy patrné, že v zařízeních, kde se běžně vyskytují zvířata a rostliny je následně menší problém s tím, pokud se nějaká infekce objeví.⁴⁸

K animoterapii se mohou dále využívat také fretky, které slouží především k tomu, aby se s nimi klienti pomazlili nebo je jen tak pozorovali. Dále se k terapeutickým účelům využívají například kozy, lamy, prasata a mnoho dalších chovných zvířat. V některých zařízeních mají své vlastní farmy. Klienti o tyto farmy pečují, což má vliv jak na jejich fyzickou, tak na jejich psychickou stránku. Příkladem takové farmy je například psychoterapeutická farma Bohnice, v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde klienti pečují o kozy, koně, oslíky, ale také o morčata a králíky.

Také rostliny jsou součástí animoterapie. Klienti se o květiny musí starat, zalévat je, hnojit, přesazovat atd. Člověk je od pradávna s přírodou spjat a tak je dobré, aby tomu tak zůstalo i v případě, kdy nemá možnost vycházet ven nebo kdy se pohybuje pouze v rámci jednoho zařízení. V domovech pro seniory tak klienti, kteří mohou a chtějí, pečují o květiny nebo o zahradu zařízení apod. Senioři tak nacházejí

⁴⁸ NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8

náplň dne, mají nějaké povinnosti, opět jim to přináší pocit, že jsou potřební, mají z vykonané práce radost atd.

„Příběhy lidí, jimiž se oporou v životě staly rostliny a zvířata, mají jedno společné – pozitivní vztah k životu a lásku k přírodě.

Deprese a osamění s vykořeněním je hrozná nemoc, jen těžko si lze představit, jakému utrpení pacienti čelí. Potkáváme opuštěné staré lidi, kteří mezi námi žijí s minimem sociální komunikace a kteří ztratili pocit společenského uznání. Bez něho nemůže žádný člověk žít. Najde-li si ale živé druhy, nepodléhá tak snadno depresi, nebo ji s jejich pomocí úspěšně překonává.“⁴⁹

4.9 Další možnosti aktivizace

Seniory můžeme v zařízeních aktivizovat i prostřednictvím dobrovolníků. Dobrovolníci mohou docházet za klienty a chodit s nimi na procházky, předčítat jim nebo si s nimi jen tak povídat. Dále zařízení sociální péče pro seniory často pořádají různé výroční oslavy. Klienti domova tak například společně slaví své narozeniny. Často také domovy umožňují skupinové setkání s ředitelem zařízení, kde se probírají různé změny a celkově se zde řeší dění v domově. Pro klienty se tak otvírá další možnost debaty a sociální interakce. Mnohdy se také v domovech pro seniory pořádají různé společenské hry, jako je třeba Bingo, pexeso apod.

Existuje mnoho možností, jak klienty aktivizovat a s postupem času se objevují stále nové a nové alternativy, jak s klienty pracovat.

⁴⁹ NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8

Praktická část

5 Možnosti a specifikace aktivizace seniorů ve vybraných typech zařízení

Výzkumná část této diplomové práce je zaměřena na popis možností aktivizace seniorů v pobytových zařízeních sociální péče. Zaměřuje se též na rozdílnost v poskytování sociálních služeb se zaměřením na aktivizaci vzhledem k typu zařízení sociální péče. Poskytují vybraná zařízení sociální péče aktivizaci tak, jak jim ukládá zákon? Jaké jsou dle sociálních pracovníků výhody a nevýhody aktivizace? Co klientům dle názoru sociálních pracovníků aktivizace přináší a jaké jsou naopak dopady, pokud klient aktivizovaný není?

5.1 Cíle šetření

Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jaké jsou možnosti aktivizace seniorů v zařízeních sociální péče a jaké jsou rozdíly v aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních sociální péče. Dílčím cílem této práce je upozornit právě na rozdílnost aktivizace klientů vzhledem k typu zařízení sociální péče a na to, že ne všechna zařízení dodržují zákonem stanovenou povinnost své klienty aktivizovat.

5.2 Výzkumné otázky – hlavní a dílčí

Transformační tabulka:

Hlavní výzkumné otázky:	
Jaké jsou možnosti aktivizace seniorů ve vybraných typech zařízení sociální péče?	
Jaké jsou rozdíly v aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních sociální péče?	
Dílčí výzkumné otázky:	Tazatelské otázky:
DVO1: Jsou klienti v daném zařízení aktivizováni?	TO1: Probíhá ve Vašem zařízení nějaká forma aktivizace klientů?
	TO2: Je ve Vašem zařízení aktivi-

	začnící pracovník?
	TO3: Kdo vykonává funkci aktivizačního pracovníka? Případně vede každou aktivitu jiný pracovník?
	TO4: Kdo z pracovníků dohlíží na dodržování plánu aktivizace?
	TO5: Probíhají ve Vašem zařízení kontroly (z MPSV apod.), které kontrolují kvalitu poskytovaných sociálních služeb? Případně jak často?
	TO6: Vedete dokumentaci o realizovaných aktivitách u klientů?
	TO7: Jak se klienti dozvídají o možnostech účasti na aktivizaci? (nově přichozí klienti, ale i třeba pokud je do programu zařazena nějaká nová aktivita)
	TO8: Dochází do zařízení dobrovolníci? Případně jakým způsobem se dobrovolníci podílí na aktivizaci klientů?
	TO9: Jaké konkrétní aktivity pro klienty nabízíte?
	TO10: Jak často mají klienti možnost účastnit se aktivizace?
	TO11: Mají klienti o aktivizační činnosti zájem?
	TO12: Jak se pracuje s klienty, kteří se aktivizace účastnit nechtějí? Jak je motivovat k tomu, aby se aktivit účastnili?
	TO13: Chcete něco k tomuto té-

	matu doplnit, zda je napadá ještě něco, co považují za důležité v rámci tohoto tématu sdělit.
DVO2: Jaké výhody přináší aktivizace a jaké nevýhody jsou, pokud se klient aktivit neúčastní?	TO14: Jaké vnímáte výhody toho, pokud se klienti aktivit účastní?
	TO15: Jaké vidíte negativa, pokud se klient aktivit neúčastní (pokud je klient v nečinnosti)?
DVO3: Jaká jsou specifika aktivizace klientů v daném zařízení?	TO16: Jsou nějaká specifika aktivizace klientů z Domově se zvláštním režimem? Případně jaká?
	TO17: Jsou nějaké aktivity vyloženě vhodné a osvědčené pro klienty Domova se zvláštním režimem?
	TO18: Jsou nějaká specifika aktivizace klientů v hospici? Případně jaká?
	TO19: Jsou nějaké aktivity vyloženě vhodné a osvědčené pro klienty v hospici?
	TO20: Jsou nějaká specifika aktivizace klientů v LDN? Případně jaká?
	TO21: Jsou nějaké aktivity vyloženě vhodné a osvědčené pro klienty v LDN?
DVO4: Proč v daném zařízení aktivizace neprobíhá nebo neprobíhá v dostatečné míře? Jaké to má dopady? (Budu se ptát pouze pokud mi pracovník ze zařízení sdělí, že klienty neaktivizují)	TO22: U LDN: Z jakého důvodu u Vás vznikají lůžka sociální péče?
	TO23: U LDN: Liší se v něčem situace seniorů na lůžkách zdravotních a sociálních? Případně v čem? Ve smyslu aktivizace – je nějaký rozdíl?
	TO24: U LDN: Jsou lůžka sociální péče nějak oddělená od lůžek zdra-

	votních (např. jiné oddělení) nebo jsou tato lůžka na jednom pokoji?
	TO25: Z jakého důvodu klienty neaktivizujete? (málo personálu/času, nejsou zkušenosti jak aktivizovat, zdravotní stav klientů, apod.)
	TO26: Myslíte, že by bylo vhodné klienty aktivizovat? Jaké výhody/nevýhody by to mohlo přinést?
	TO27: Měli by podle Vás klienti o aktivizaci zájem?
	TO28: Máte nějaký nápad, co by Vám pomohlo, aby klienti byli aktivizováni?

5.3 Metoda sběru dat

Vzhledem ke zvolenému tématu jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“⁵⁰ V rámci svého výzkumného šetření popisují život lidí v daném zařízení, ale také svým způsobem i chod zařízení, proto jsem si tuto metodu vybrala jako nejvhodnější.

Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění a pochopení jevů, kdy výzkumník objevuje něco nového. V rámci kvalitativního výzkumu se teorie vytváří. Kvalitativní výzkum je vždy subjektivní a nepočítá s objektivně popsitelnou realitou.⁵¹

V některých případech se skutečnosti nedají nijak změřit a právě v těchto případech se kvalitativní metody využívají. Tato metoda získává poznatky z toho,

⁵⁰ KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4

⁵¹ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. Základy muzikoterapie. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9

co lidé říkají nebo píší. Kvalitativní výzkum se snaží odhalovat nové pohledy na věc. V kvalitativním výzkumu je problém s objektivitou výzkumu a s ovlivňováním výsledků výzkumníkem a jeho vlastními preferencemi a zkušenostmi. Pokud je například interview prováděno se stejnou osobou, ale dvěma různými výzkumníky, vždy se interview bude vyvíjet rozdílně a je tedy možné, že výsledky takového výzkumu nebudou stejné. Kvalitativní výzkum je neodlučitelně spojen s přesvědčením a filosofií osoby, která jej provádí. Toto jsou hlavní úskalí kvalitativního výzkumu a musí se s nimi vždy počítat.⁵²

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který se také příhodně nazývá jako rozhovor s návodem. Tato metoda umožňuje tazateli, aby byly v návaznosti na průběhu rozhovoru doplněny či upraveny předem připravené otázky a to na základě aktuálního uvážení tazatele. Z tohoto důvodu je třeba, aby měl tazatel jistý vhled do daného tématu a dokázal tak v rozhovoru reflektovat odpovědi respondentů.⁵³

Každému respondentovi bylo položeno několik otázek a každý z nich měl možnost během rozhovoru otázky doplňovat. Respondentům bylo sděleno, že v diplomové práci nebudu uvádět jejich jména, ale ani názvy zařízení, aby nedocházelo ke zkreslování/idealizování daného zařízení a aby jejich odpovědi byly co nejvíce pravdivé a popisovaly skutečnou realitu.

V rámci svého výzkumného šetření využívám malého počtu respondentů, proto závěry výzkumného šetření vztahuji pouze na zkoumaný vzorek, nikoli na celou populaci.

5.4 Metoda zpracování šetření

Výsledky výzkumného šetření budou analyzovány a interpretovány induktivně, tedy formou vyvozování obecnějších tezí. Závěrem tohoto šetření bude diskuze, kde budu porovnávat získané poznatky z rozhovorů. Tím zjistím, jaké jsou rozdíly

⁵² WALKER, Ian. Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5

⁵³ SEDLÁKOVÁ, Renáta. Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky. Praha: Grada, 2014. Žurnalistika a komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-3568-9

v aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních sociální péče a jaké jsou možnosti aktivizace seniorů v těchto zařízeních.

5.5 Metodika šetření

Rozhovory se uskutečnily v dubnu 2018 ve čtyřech vybraných typech pobytových zařízení sociální péče. Ze všech zařízení sociální péče jsem vybrala ta, která jsou primárně určena seniorům, jelikož tato práce se zabývá aktivizací právě této skupiny osob. K těmto účelům jsem vybrala následující zařízení: Domov pro seniory (DS), Domov se zvláštním režimem (DZR), hospic a sociální lůžka v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN). Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem jsou provozovány v rámci jednoho zařízení, poskytující dvě služby. Nejdříve jsem kontaktovala sociální pracovníky těchto zařízení, abych jim vysvětlila záměry mého výzkumného šetření a domluvila si s nimi konkrétní termíny rozhovorů.

5.6 Charakteristika vzorku

Rozhovory byly uskutečněny se třemi sociálními pracovníky a jedním aktivizačním pracovníkem, kteří v těchto zařízeních pracují.

5.7 Etické zásady

Jednotliví respondenti byli seznámeni s účelem rozhovoru a s etickými zásadami rozhovoru. Respondentům bylo sděleno, že rozhovor je anonymní, tedy že nikde nebude uváděno jejich jméno, ani název zařízení. Bylo jim sděleno, že v diplomové práci bude zmíněn pouze typ zařízení. Otázky jsou navrženy tak, aby nebyly manipulativní ani sugestivní. Respondenti byli dále poučeni o nahrávání rozhovoru na diktafon.

5.8 Výsledky rozhovorů

TO1: Probíhá ve Vašem zařízení nějaká forma aktivizace klientů?

V domově pro seniory i v domově se zvláštním režimem probíhá aktivizace seniorů každý den. Sociální pracovnice v LDN na tuto otázku uvedla to, že jejich klienti spíše hodně rehabilitují. V hospici si klienti většinou volný čas vyplňují sami a aktivizace probíhá dle aktuálního zdravotního stavu.

TO2: Je ve Vašem zařízení aktivizační pracovník?

V DS i DZR je na každou službu určen jeden aktivizační pracovník. V hospici, ani v LDN není žádný aktivizační pracovník.

TO3: Kdo vykonává funkci aktivizačního pracovníka? Případně vede každou aktivitu jiný pracovník?

V domově pro seniory pracuje jeden aktivizační pracovník. Stejně tomu tak je v domově se zvláštním režimem. Každý z nich má na starosti svoje oddělení, ale hodně spolu spolupracují, jelikož se některé aktivity prolínají a aktivizace tak probíhá současně jak s klienty DS, tak s klienty DZR. Zhruba 80% aktivit si vedou aktivizační pracovníci těchto dvou služeb sami a ve zbylých cca 20% spolupracují s dalšími organizacemi, které u nich aktivizaci zajišťují. Jedná se o organizace, které například dostali grant od EU, dále spolupracují se školkami, školami, se ZUŠ atd.

Vzhledem k tomu, že v LDN nemají přímo určeného aktivizačního pracovníka, tak aktivizaci vykonává rehabilitační pracovník nebo rodina.

Funkci aktivizačního pracovníka vykonává v hospici sociální pracovnice, která různé aktivity zařizuje. Na některé aktivity se využívá například rehabilitační pracovník a na některé aktivity dochází externisté (dobrovolníci, kněz apod.).

TO4: Kdo z pracovníků dohlíží na dodržování plánu aktivizace?

V DS a DZR má na starosti aktivizační pracovníky sociální pracovnice. Nicméně aktivizační pracovníci vytváří plán aktivizace, který se pravidelně aktualizuje. Na tento plán si dohlíží sami aktivizační pracovníci.

V LDN se žádný plán aktivizace nevytváří, tudíž ani nad plánem aktivit nikdo nedohlíží.

V hospici není přímo vytvořen plán aktivizace, jelikož se aktivizace musí řídit vždy aktuálním zdravotním stavem klientů, nicméně nad veškerými aktivitami, které u klienta probíhají, dohlíží sociální pracovnice.

TO5: Probíhají ve Vašem zařízení kontroly (z MPSV apod.), které kontrolují kvalitu poskytovaných sociální služeb? Případně jak často?

Kontroly v DS i v DZR probíhají. Poslední kontrola zde byla inspekce z MPSV. Kontroly z MPSV probíhají jednou do roka. V těchto dvou zařízeních probíhají i interní audity. „...no a pak chodí samozřejmě ještě hygiena a na požární směrnice a nevím na co všechno ještě.“ V rámci inspekcí i auditů se kontroluje celková péče, do které spadá i aktivizace. Tudiž jak interní audity, tak MPSV dohlíží, zda a jak v zařízení probíhá aktivizační činnost.

Pracovnice LDN uvedla, že kontroly u nich v zařízení probíhají, ale nevěděla, jak často. Dále uvedla, že „...jsou tady dotazníky spokojenosti klientů. Jsou spokojený.“

V hospici kontroly probíhají jak z MPSV, tak ze zdravotních pojišťoven. Pracovnice hospice nevěděla přesně, jak často tyto kontroly probíhají, ale sdělila, že cca jednou za dva roky.

TO6: Vedete dokumentaci o realizovaných aktivitách u klientů?

V DS i DZR vedou dokumentaci o realizovaných aktivitách. „To se vždycky nače a je to vlastně v systému. Takže potom kdykoli rodina chce zažádat a chtěla by vidět, jestli je aktivizujeme, tak vlastně za ten měsíc to vždycky vyjede a přesně je to tam. Dělají to i pečovatelé, děláme to i my aktivizační pracovníci.“

Na tuto otázku odpověděla pracovnice LDN to, že vedou dokumentaci ohledně klienta „příjem, spolupráce s rodinou a tak...“

V hospici vedou dokumentaci ohledně rehabilitace, v rámci které aktivizace probíhá. Ohledně aktivizace prostřednictvím dobrovolníků se dokumentace v hospici nevede, jelikož nemohou vykonávat přímou péči u klientů. Pouze si zdravotní sestry zaznamenávají, že u klienta dobrovolník byl.

TO7: Jak se klienti dozvídají o možnostech účasti na aktivizaci? (nově příchozí klienti, ale i třeba pokud je do programu zařazena nějaká nová aktivita)

Klienti DS a DZR mají po zařízení rozmístěné tabule, na kterých jsou rozvrhy aktivit. Dále se jednotlivé aktivity hlásí ráno a odpoledne v rozhlase, jsou vypsány

na webových stránkách a některým klientům se rozvrh aktivit dává přímo na pokoj. *„Je třeba to připomínat těm klientům, protože se to pořád zapomíná. A pak se vlastně sejdem na tom daným patře a nebo v přízemí a nebo si je ještě objedeme osobně v těch pokojích.“* Když klienti do DS a DZR přijdou, je s nimi vyplněn formulář, kde se zjišťují jejich zájmy a podle toho se pak jednotlivé aktivity plánují.

Klienti LDN se o konkrétních aktivitách nijak neinformují a sami si říkají, pokud například chtějí ven na procházku.

Pracovnice hospice sdělila, že *„...informace poskytujeme prostřednictvím internetu, tam píšeme, jaký poskytujeme služby. Když volají rodiny a ptají se vůbec jako informativně jako první, tak jim to tam samozřejmě taky můžeme říct a většinou při přijetí. A na rehabilitace chodí pracovnice mezi našima pacientama a ptá se, jestli dneska jo, dneska ne.“*

TO8: Dochází do zařízení dobrovolníci? Případně jakým způsobem se dobrovolníci podílí na aktivizaci klientů?

V DS a DZR spolupracují s Jednotou bratrskou, kteří dříve docházeli do zařízení na bohoslužby a nyní dochází přímo za některými klienty a povídají si s nimi. Dále spolupracují s Maltézskými rytíři, kteří školí dobrovolníky (většinou studenti) a ti pak do zařízení dochází. Tito dobrovolníci chodí přímo za klienty na pokoj. Dobrovolníci se tedy v DS a DZR využívají na povídání s klienty, vycházky, doprovody a můžou s klienty hrát nějaké hry.

Do LDN žádní dobrovolníci nedochází.

V hospici využívají pomoc dobrovolníků a to především k tomu, že si s klienty chodí popovídat nebo je vezmou na procházku. Těchto dvou činností je u dobrovolníků v hospici využíváno nejčastěji.

TO9: Jaké konkrétní aktivity pro klienty nabízíte?

V DS a DZR probíhají následující aktivity: cvičení, paměťové hry, zpívání, aktuality, kvízy, jóga, vycházky nebo posezení v zahradě, oslavy narozenin, ergoterapie, čtení s pečovatelkami, křížovky, bohoslužby, paměťové hry, canisterapie, keramika, čtení dětem v Montessori školce, reminiscenční terapie, anglická kon-

verzace, „hudba na patrech s pečovateli“, aromaterapie, arteterapie, výstavy, čtení básní, besedy, různé vyprávění na nějaké téma (na jaře např. Bylinková zahrádka – jarní povídání v zahradě), posezení s kávou na jednotlivých patrech, společná povídání na určité téma, pečení (často spojeno např. s Velikonoci, Vánocemi apod.), koncerty apod. Hodně oblíbená je u klientů jóga. V DS a DZR je velká místnost v přízemí, která je při návštěvě jogína úplně zaplněná. *„My se vlastně můžeme přizpůsobit těm klientům. Podle toho, co my tady vlastně máme, tak vlastně přizpůsobujeme to, co ono by je bavilo. Můžeme zjistit jaká je kapacita právě těch třeba anglicky mluvících, německy mluvících a vlastně přizpůsobit si to k tomu, abychom to mohli třeba zlepšovat nebo obohacovat.“*

V LDN mají dle sdělení sociální pracovnice klienti možnost jít ven na procházku a dále mají naplánované rehabilitace. *„No třeba i malují a mají tam televizi, kterou sledují.“*

Aktivizace v hospici probíhá formou čtení, klienti sledují TV nebo poslouchají rádio, chodí na procházky, probíhá u nich paliativní rehabilitace, využívá se zde dobrovolníků, kteří si s klienty povídají, berou je na procházky nebo s nimi třeba hrají karty. Dále se zde využívá koček, se kterými klienti komunikují, hladí si je apod. V létě s klienty dělají táboráky a před Vánoci například Vánoční koncerty. V hospici je kaplička, kde probíhají bohoslužby. S klienty si do zařízení chodí povídat pan kaplan a také psycholog. Vzhledem k tomu, že se jedná o klienty, kteří již ukončili léčbu, tak velmi často například zvrací, je jim špatně, mají bolesti a trpí nechutenstvím, tudíž pracovníci hospice musí aktivizaci velmi přizpůsobovat aktuálnímu zdravotnímu stavu, který se mění z minuty na minutu.

TO10: Jak často mají klienti možnost účastnit se aktivizace?

Klienti v DS a DZR mají možnost účastnit se aktivit každý den, v průběhu téměř celého dne. Vždy záleží na uvážení klientů.

Klienti v LDN mají možnost zúčastnit se nějaké aktivity, když si řeknou.

V hospici je četnost aktivizace klientů hodně ovlivněna jejich aktuálním zdravotním stavem. Rehabilitaci mají klienti dvakrát týdně, ale rodina si například může připlatit za nějakého externistu, který za klientem dochází i častěji. Jinak se aktivity nedají plánovat příliš dopředu, protože by se například naplánovala nějaká

aktivita pro deset lidí, ale druhý den by třeba polovině z nich nemuselo být dobře apod.

TO11: Mají klienti o aktivizační činnosti zájem?

V DS a DZR mají klienti o aktivizační činnost zájem. Největší zájem je zde o cvičení. O aktivizaci v LDN je dle sdělení sociální pracovnice také zájem. Sociální pracovnice hospice sdělila, že někdy o aktivizační činnost není ani zájem, jelikož klienti vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují hodně odpočívat. Sociální pracovnice dále sdělila, že se klientů chodí ptát, jestli by měli o nějakou činnost zájem a dle toho jim vychází vstříc a snaží se zajistit aktivizaci jak personálně, tak například materiálně (například klientce, která ráda kreslí, nakoupila pastelky a papíry).

TO12: Jak se pracuje s klienty, kteří se aktivizace účastnit nechtějí? Jak je motivovat k tomu, aby se aktivit účastnili?

Pro klienty v DS a DZR, kteří se aktivizací účastnit nechtějí je ideální aromaterapie nebo paměťové hry, protože tyto aktivity jsou často individuální nebo na jednom patře. Pokud se tedy klienti aktivizace nechtějí účastnit, je dobré jim nabídnout nějaké individuální aktivity a aktivity přímo u nich na pokoji, aby nemuseli mezi lidmi. Případně je dobré zjistit, zda zde nejsou nějaké bariéry, které klientovi brání se aktivit účastnit. Senioři často mají pocit, že někoho obtěžují a nechtějí být přítěží. Tudíž je dobré jim například vysvětlit, že pro nás nejsou břemeno, ale že jsme tu pro ně a děláme to rádi.

Pracovnice LDN pochopila otázku z pohledu rehabilitace, jelikož jiné aktivity zde příliš neprobíhají. Sdělila, že u rehabilitací je potřeba postupovat pomalu a dávat klientům dostatek prostoru. V rámci rehabilitace chodí klienti ven na procházky a obzvláště v době rozhovorů, kdy bylo venku hezké počasí prý klienti sami chtějí, takže není třeba je nijak motivovat.

Pracovnice hospice sdělila, že klienty do aktivizace nemohou nějak nutit. Uvědomují si totiž, že tito lidé mají svá trápení a bolesti, tudíž musí sami zvážit, zda se nějaké aktivity účastní nebo ne. Někdy třeba klienti řeknou, že jim není dobře a že jim má pracovnice nechat otevřené dveře a oni budou alespoň poslouchat.

U klientů, kteří se nechtějí nijak zapojovat a chtějí být pouze zavřeni na pokoji a ležet, tak dobře reagují na rehabilitační pracovníci, která za nimi na pokoj dochází. *„Většinou, když už nikdo jinej, tak ta paní rehabilitační. Protože oni v tom vidí nějakou naději, že se s nima ještě něco děje, tak ta to trošičku s nima umí. Tak tam se trošičku třeba otevřou. Třošku je naplníme nějakou nadějí.“*

TO13: Chcete něco k tomuto tématu doplnit, zda je napadá ještě něco, co považují za důležité v rámci tohoto tématu sdělit.

Pracovnice DS sdělila, že je u aktivizačního pracovníka důležité se orientovat a být flexibilní. Je potřeba se naučit pracovat s časem, který je k dané aktivitě určený. Pro klienty musí být aktivizační pracovník něčím zajímavý, trpělivý a klienti mu musí dobře rozumět.

Pracovnice LDN sdělila, že měla možnost účastnit se aktivizace seniorů v jiném zařízení sociální péče, kde pro aktivizaci měli určeného pracovníka a měli na tyto činnosti prostory, což v LDN zkrátka není.

V hospici nejsou umístěni pouze klienti seniorského věku, avšak senioři zde tvoří převážnou většinu. V době rozhovorů byli v zařízení klienti od ročníku narození 1925 do ročníku 1966.

TO14: Jaké vnímáte výhody toho, pokud se klienti aktivit účastní?

V DS a DZR považují za výhody aktivizace to, že *„...celkově je to takový pestřejší, je to veselejší, je vidět, že mají pořád co procvičovat, že se ten člověk taky cítí dobře, že se něco dozví. Taky se víc poznají mezi sebou. Máme tady šest pater, takže většinou se znají na tom patře, ale když se můžou sejít tady dole, tak se zase poznají ty ostatní a nepřipadají si tak cizí. Takže díky tomu si pak můžou najít kamarády, nutí je to jít dolů na to kafe.“*

Největší výhodu spatřuje sociální pracovníce LDN v tom, když se klienti díky rehabilitacím mohou vrátit domů, zpět do svého prostředí. Další výhodu spatřuje v tom, že se klienti nějakým způsobem zabaví a mají radost z toho, že se jejich zdravotní stav zlepšuje.

Sociální pracovníce hospice uvedla, že například dobrovolníci, kteří do zařízení dochází, sem vnesou trochu jiný pohled, jsou jakýmsi zpestřením a klienti se

mohou rozpovídat. *„Klienti na chvílku zapomenou na bolest, na chvíličku, jestli to vůbec jde nebo prostře třeba si trochu zkrátěj ten den, kterej je pro ně třeba dlouhej nebo si popovídají a pak jsou třeba na tú procházce a trochu se unaví, odpočinou si. Takže jako určitě to přínos, když ten pacient je rád a schopnej to přínos určitě je. A i pro nás.“*

TO15: Jaké vidíte negativa, pokud se klient aktivit neúčastní (pokud je klient v nečinnosti)?

V DS a DZR jsou toho názoru, že pokud někde aktivizace neprobíhá, chybí zde pro klienty zpestření a nějaké zapálení. Domnívají se, že život klienty rychleji přestane bavit.

Pracovnice LDN nesdělila žádné nevýhody toho, pokud se klienti neaktivizují.

Sociální pracovnice hospice sdělila, že každý klient má právo na to, aby měl klid a aktivit se neúčastnil. Vysvětlila, že klienti jsou často ve špatném zdravotním stavu a to má velký vliv na jejich psychiku.

Otázka pro Domov se zvláštním režimem:

TO16: Jsou nějaká specifika aktivizace klientů z Domově se zvláštním režimem? Případně jaká?

Oproti DS jsou v DZR mladší klienti, tudíž více pohybliví. *„Je zde zase více chodících klientů, kteří můžou na tu procházku, a není to u nich takový problém.“* V domově se zvláštním režimem je třeba oproti DS plánovat aktivity s menším počtem klientů. Při aktivitách je nutné mít řád, například aby daná aktivita probíhala stále v jeden den a čas. V rámci plánu aktivit je důležité dělat co nejméně změn.

TO17: Jsou nějaké aktivity vyloženě vhodné a osvědčené pro klienty Domova se zvláštním režimem?

Aktivity v DZR nesmí být moc dlouhé, protože zde klienti rychleji ztrácejí zájem a pozornost. *„Když je vidět, že už je to třeba přestává bavit, tak je třeba fajn do toho dát písničku a trošku to zase oživit a pak se třeba zase vrátit k tú původní aktivitě. Že třeba za tu hodinku se toho může probrat víc, než to samotný.“*

V domově se zvláštním režimem jsou vyloženě vhodné takové aktivity, kde se zapojuje paměť. Tudíž je velice vhodné například zpívání lidových nebo dětských písní, kdy se klientům tyto písně často vybavují a pomáhá jim to otevřít se a třeba si na něco vzpomenout. Dále je u nich důležité opakování a k aktivitám se vracet.

Otázka pro hospic:

TO18: Jsou nějaká specifika aktivizace klientů v hospici? Případně jaká?

Jako specifikum uvedla pracovnice to, že klienty aktivizují jednotlivě a aktivizace tak neprobíhá ve skupině. Jsou samozřejmě i nějaké skupinové aktivity, ale klienti hospice mají rádi svůj klid, takže je lepší je aktivizovat třeba na pokoji a jednotlivě.

TO19: Jsou nějaké aktivity vyloženě vhodné a osvědčené pro klienty Hospice?

Rehabilitace se osvědčila jako hodně vhodná. Dále mají klienti v oblibě čtení od dobrovolníků nebo od rodiny a hodně v oblibě je sledování TV a poslech rádia. TV a poslech rádia je pro ně kulisa a určité spojení s okolním světem. Klienti často přichází z nemocnic, kde jich na pokoji bylo několik, takže v hospici jsou rádi za svůj klid a užívají si „komfort“ toho, že mají pokoj sami pro sebe.

Otázky pro LDN:

TO20: Jsou nějaká specifika aktivizace klientů v LDN? Případně jaká?

Specifikum je v tom, že se jedná o zdravotnické zařízení. Řeší se tedy primárně zdravotní stav klientů a aktivizace probíhá v podstatě pouze v rámci rehabilitací.

TO21: Jsou nějaké aktivity vyloženě vhodné a osvědčené pro klienty LDN?

Prioritou aktivit v LDN je zlepšení zdravotního stavu, aby klient mohl co nejdříve zařízení opustit a odejít do domácího prostředí.

TO22: Z jakého důvodu u Vás vznikají lůžka sociální péče?

Sociální pracovnice LDN nevěděla, proč sociální lůžka v rámci tohoto zdravotnického zařízení vznikají.

TO23: Liší se v něčem situace seniorů na lůžkách zdravotních a sociálních? Případně v čem? Ve smyslu aktivizace – je nějaký rozdíl?

Situace klientů na lůžkách zdravotních a sociálních se v LDN nijak neliší.

TO24: Jsou lůžka sociální péče nějak oddělená od lůžek zdravotních (např. jiné oddělení) nebo jsou tato lůžka na jednom pokoji?

Sociální a zdravotní lůžka od sebe nejsou nijak rozdělená. Jsou třeba i na jednom pokoji a oddělení pospolu.

Otázky pokud klienty v zařízeních neaktivizují:

TO25: Z jakého důvodu klienty neaktivizujete? (málo personálu/času, nejsou zkušenosti jak aktivizovat, zdrav. stav klientů, apod.)

V LDN mají málo personálu a tudíž i času. Jakousi formu aktivit dělají pouze aktivizační pracovníci nebo rodina.

V hospici je hodně omezující zdravotní stav klientů a také prostory. Dalším důvodem, proč se klienti neaktivizují více je to, že se hodně střídají. Nedá se příliš dopředu plánovat nějaká skupinová aktivita, protože *“...se třeba naplánuje nějaká skupinová aktivita, ale oni třeba za dva dny nejsou.”* Jako další důvod uvedla to, že chybí personál, který by aktivizaci zajišťoval. Veškeré aktivizace zařizuje sociální pracovnice a bohužel není v jejích silách, aby vše zařídila sama.

TO26: Myslíte, že by bylo vhodné klienty aktivizovat? Jaké výhody/nevýhody by to mohlo přinést?

Na tuto otázku nedokázala pracovnice LDN přímo odpovědět. Stále pouze opakovala, že aktivizace je zaměřena na zdravotní stav klientů.

Sociální pracovnice hospice uvedla, že aktivizace je dostatečná a že by nebylo třeba klienty aktivizovat více.

TO27: Měli by podle Vás klienti o aktivizaci zájem?

Na tuto otázku pracovnice LDN neodpověděla. Odpověděla, že zdravotní personál dělá pro situaci klientů maximum.

Dle sdělení pracovnice hospice by klienti o větší aktivizaci neměli zájem. Aktivizaci, kterou jim zařízení nabízí, považuje za dostatečnou a vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů by o větší aktivizaci zájem nebyl.

TO28: Máte nějaký nápad, co by Vám pomohlo, aby klienti byli aktivizováni?

Pracovnice LDN uvedla, že by mohlo pomoci to, pokud by v zařízení byli klienti v lepším zdravotním stavu. Dále uvedla, že by možná pomohlo, kdyby zde byl nějaký pracovník vyloženě určený pro aktivizaci klientů.

V hospici by k lepší aktivizaci pomohl nějaký aktivizační pracovník, který by měl veškeré aktivity na starosti nebo by je byl schopen zajistit. Dalším přínosem by byla lepší ekonomická situace, kdy by si například mohli dovolit v zařízení pouštět reprodukovanou hudbu nebo by se pořídil promítač a klientům by se promítalo. *„Taky by pomohl lepší zdravotní stav. Kdyby ty nemocnice posílaly ty pacienty nějak v normálním stavu, aby si ten komfort mohli ještě trošku užít a trošku načerpat síly. Chodí sem totiž v čím dál horším stavu.“*

5.9 Výsledky výzkumného šetření

Možností, jak seniory v pobytových zařízeních sociální péče aktivizovat je celá řada. V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, jaké konkrétní aktivity jednotlivá dotazovaná zařízení nabízí. Možnosti se však v každém zařízení liší. Některá zařízení jsou personálně i finančně zajištěna tak, aby aktivizace probíhala tak jak má, jiná naopak tyto možnosti nemají.

Rozdíly v aktivizaci klientů v zařízeních sociální péče jsou dle mého výzkumného šetření značné. Základní rozdíl je už jen v tom, zda vůbec v daném za-

řízení nějaká forma aktivizace probíhá. V některých zařízeních probíhá aktivizace více než uspokojivě, v jiných aktivizace neprobíhá téměř vůbec.

Rozdíly jsou také dané tím, pro jaký typ klientů je zařízení určené. Ne všechna zařízení mají možnosti aktivizovat seniory stejně.

Jako specifikum se v domově se zvláštním režimem ukázalo to, že je třeba s těmito klienty, oproti jiným zařízením, pracovat v menších skupinách. Tito klienti vyžadují více pozornosti ze strany aktivizačního pracovníka. Někdy se jim daná činnost musí více vysvětlovat a je třeba je i během samotné činnosti více kontrolovat, aby ji vykonávali správně a aby si při ní nějak neublížili. Senioři zde potřebují mít zaběhnutý určitý řád. Není tedy vhodné aktivizační činnosti přesouvat na jiné dny či hodiny, protože to na klienty a celkově na aktivizační činnost může mít špatný vliv. V domově se zvláštním režimem jsou nejvhodnější ty aktivity, u kterých se zapojuje paměť.

Vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu klientů v hospici spočívá specifikum aktivizační činnosti v tom, že se klienti aktivizují převážně individuálně a často i na jejich vlastních pokojích. Mezi nejvhodnější aktivity pro tyto osoby patří rehabilitace nebo pokud jim někdo předčítá. Jsou to všeobecně ty aktivity, které jsou klidné. Specifikum aktivizace spatřuji i v tom, že se aktivity v hospici nedají plánovat příliš dopředu, například oproti domovu pro seniory, kde je jasně daný řád, kdy která aktivita probíhá.

V LDN spočívá specifikum aktivizace v tom, že se snaží řešit především zdravotní stav klientů. V LDN jde v první řadě o to, aby senioři mohli ze zařízení co nejdříve odejít buď do domácího prostředí nebo například do domova pro seniory. Nejde tedy primárně o to, aby klienti nějak smysluplně trávili svůj volný čas, ale především o to, aby se stali v co největší možné míře soběstační a jejich zdravotní stav umožnil opuštění zdravotnického zařízení.

6 Diskuze

Šetření, které se v rámci diplomové práce uskutečnilo, mělo za cíl zjistit, jaké jsou rozdíly v aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních sociální péče a jaké jsou možnosti aktivizace seniorů ve vybraných typech zařízení sociální péče. Při výběru toho tématu jsem byla hodně kritická k tomu, že v některých zařízeních aktivizace funguje opravdu výborně a někde ne. Odsuzovala jsem některá zařízení za to, pokud své klienty neaktivizují. Zjistila jsem však, že ne vždy zařízení mají kapacity jak finanční, tak personální na zajištění kvalitní aktivizace a že hraje velkou roli i zdravotní stav klientů.

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem mají precizně propracovaný plán aktivit, klientům se v této oblasti hodně věnují a považují aktivizaci za přínosnou a smysluplnou. Senioři zde mají možnost se aktivizačních činnostech účastnit každý den během celého dne.

V LDN sociální pracovnice uvedla, že klienty aktivizují formou rehabilitací a také tak, že si klienti malují a sledují TV. Z rozhovoru jsem však měla pocit, že sociální pracovnice příliš nechápe samotný význam aktivizace. Poté, co jsem vypnula diktafon mi tato pracovnice sdělila, že její práce je hodně ubíjející a že klienti v zařízení nejsou rádi. Téměř se rozplakala a sdělila, že lituje toho, že opustila své předchozí zaměstnání a odešla pracovat do LDN. Ostatně i samotné prostředí LDN bylo hodně depresivní, alespoň na mě tak působilo. Zkrátka se jednalo o klasické staré nemocniční prostředí. Jelikož bylo venku v době rozhovorů hezké počasí, tak někteří klienti ostatních třech zařízení byli venku na zahradě. V LDN, ač bylo venku opravdu krásně, nikdo na zahradě nebyl. Nikdo se zde neprocházel, neseděl například na lavičce apod. To mi přišlo zvláštní, jelikož jsem zde byla dopoledne a počasí přímo vybízelo k tomu, aby si klienti zašli ven nebo aby je někdo vzal na procházku. Jelikož mi situace klientů v LDN přišla hodně špatná, snažila jsem se z internetových zdrojů zjistit, jak jsou lidé s touto LDN spokojeni. Bohužel se mi potvrdilo, že v LDN je péče o klienty pravděpodobně nedostačující. Dle některých článků sice v zařízení je rehabilitační pracovník, ale rehabilitace ve skutečnosti u klientů příliš neprobíhají. Zařízení si prý hledá výmluvy k tomu, aby klienta rehabilitovat nemuseli. Když už rehabi-

litace probíhají, tak neprobíhají zřejmě úplně tak, jak by měly (např. plně ležícího klienta se snaží postavit na nohy apod.). Na základě výzkumného šetření se tedy domnívám, že v LDN aktivizace seniorů téměř neprobíhá a sociální lůžka tak nesplňují zákonem stanovené podmínky. Na svých internetových stránkách LDN uvádí, že mezi jejich činnosti na sociálních lůžkách patří i aktivizační činnost, avšak dle mého zjištění tomu tak bohužel není.

V hospici klienty aktivizují, ale je třeba brát hodně na zřetel jejich aktuální zdravotní stav. Někteří klienti hospice trpí bolestmi nebo jim často nebývá dobře, a proto se aktivity špatně dopředu plánují. Jejich zdravotní stav se totiž mění i z minuty na minutu a tak není zcela jednoduché zorganizovat nějakou činnost, která by se pravidelně opakovala. Ne vždy mají klienti náladu a chuť se aktivizace účastnit. To ostatně platí ve všech zařízeních sociální péče, ale v hospici je zdravotní stav klientů celkově značně horší než například v domově pro seniory. Ze slov sociální pracovnice v hospici jsem cítila, že se pro své klienty nejen ve smyslu aktivizace snaží udělat maximum. S klienty vede individuální rozhovory a zjišťuje, o co by například měli zájem nebo co by je bavilo. V tom spatřuji oproti LDN rozdíl. Z rozhovoru v LDN jsem totiž měla pocit, že sociální pracovníci ani příliš nezajímá, zda klienti něco přes den dělají nebo zda pouze celé dny leží na pokoji a nemají žádnou náplň dne.

V rámci rozhovorů bylo zjištěno, že ve všech navštívených zařízeních sociální péče probíhají nějaké kontroly. Obzvláště v zařízení LDN, kde jsem měla pocit, že zde není vše tak, jak má být, mě udivuje, že sociální lůžka splňují standardy kvality (do kterých spadá i aktivizační činnost). Bohužel se mi nepodařilo zjistit, z jakého důvodu sociální lůžka v rámci LDN vznikají. Je pozoruhodné, že sociální lůžka nejsou od těch zdravotních nijak oddělena a v podstatě, dle sdělení pracovnice, se nijak neliší situace klientů na lůžkách zdravotních a na lůžkách sociálních. Z tohoto lze tedy vyvodit, že sociální lůžka jsou v LDN pouze jako formalita. Pokud mezi nimi není žádný rozdíl, proč tedy vznikla potřeba tato lůžka zřizovat? Jak jsem již zmínila, sociální pracovnice mi toto nedokázala vysvětlit. Pokud se nijak neliší situace klientů na lůžkách zdravotních a sociálních a tato lůžka od sebe nejsou nijak oddělena, lze předpokládat, že se nijak neliší ani aktivizace jednotlivých seniorů. Je důležité připomenout, že zdravotnická zařízení nemají ze zákona povinnost aktivizovat své pacien-

ty, zařízení sociální péče však ano. Rozdíl mezi zdravotním a sociálním zařízením je i to, že v zařízeních sociální péče, tedy i na sociálních lůžkách v LDN, náleží tomuto zařízení ze zákona příspěvek na péči. Zdravotnímu zařízení tento příspěvek za zákona nenáleží. Pokud se jedná o to, že je klient v LDN ze zdravotních důvodů, je pobyt v takovém zařízení hrazen ze zdravotního pojištění.

V domově pro seniory a domově se zvláštním režimem se při kontrolách kontroluje i dokumentace ohledně aktivizace klientů. Není mi zcela jasné, že v těchto dvou zařízeních se dokumentace kontroluje a v LDN a v hospici žádnou dokumentaci týkající se aktivizace ani nevedou. Domnívám se tedy, že se tato zařízení při kontrolách nehodnotí stejným způsobem.

V domově pro seniory, domově se zvláštním režimem a v hospici využívají k aktivizaci klientů dobrovolníků. Pracovníci těchto zařízení hodnotí dobrovolnickou činnost jako pozitivní a hodně prospěšnou. Ostatně je to pro ně pomoc zdarma. Bohužel v LDN dobrovolníků nevyužívají a to je možná škoda. Pokud by sem dobrovolníci docházeli, mohli by s klienty alespoň například na procházky a LDN by to nic nestálo. V podstatě by museli jen zajistit nějakou organizaci, která dobrovolníky organizuje a dohodnout se s nimi. Účast dobrovolníků v LDN bych považovala za velkou pomoc. Pro zařízení, které s klienty ve smyslu aktivizace příliš nepracuje, by dobrovolníci mohli být velkým přínosem.

O aktivizaci jsou klienti nejlépe informováni v domově pro seniory, domově se zvláštním režimem a hospici. V LDN si o aktivizaci klienti sami musí říkat a je otázkou, zda jim v jejich přání vyhoví. Když pracovnice LDN sdělila, že klienti kreslí, později, když jsem se k tomuto vrátila a ptala se, jakým způsobem se dozví o tom, že probíhá aktivizace formou kreslení, bylo mi sděleno, že si kreslí klienti sami na pokojích. Nejedná se tedy o nějakou řízenou aktivizaci, ale klienti si pravděpodobně sami na pokojích kreslí, pokud o to mají zájem.

Všichni sociální a aktivizační pracovníci považovali aktivizaci za potřebnou a důležitou. Za největší výhody aktivizace považují pestřejší a veselejší prostředí v zařízení. Díky aktivizaci si klienti mohou najít přátele, může se zlepšit jejich zdravotní stav a také jim aktivizace přináší odpočinek. Aktivizace tak přináší výhody nejen samotným klientům, ale také v zařízení vytváří úplně jinou atmosféru, než když tam chybí. Toto ostatně mohu potvrdit i z vlastního pohledu. V domově pro seniory,

domově se zvláštním režimem, ale i v hospici panovala celkově klidná a příjemná atmosféra. V těchto zařízeních bylo z personálu cítit, že je práce baví a to má samozřejmě následně velký vliv na klienty. V LDN, kde aktivizace téměř neprobíhá, panovala poněkud pochmurná nálada. V rámci své praxe jsem měla možnost se dostat do několika zařízení sociální péče a některá z nich byla například vyzdobená výrobky od klientů, které vyrobili v rámci aktivizačních činností. Zařízení hned působilo veseleji a na první pohled bylo vidět, že s klienty pracují a věnují jim čas a pozornost.

Pokud v zařízení aktivizace neprobíhá, je to z toho důvodu, že buď chybí finance nebo personál. Ne každé zařízení disponuje aktivizačním pracovníkem, což se ukázalo jako nejlepší řešení, pokud má aktivizace v zařízení probíhat tak jak má. Není totiž v silách pouze sociální pracovnice, aby obsáhla i práci aktivizačního pracovníka. Otázkou také zůstává, jak moc samotná zařízení chtějí a co všechno dělají pro to, aby zde aktivizace probíhala tak jak má. Jak již bylo zmíněno, LDN například nevyužívá pomoc dobrovolníků, přitom by možná nebylo až tak složité nějaké dobrovolníky zajistit. V hospici by k lepší aktivizaci pomohl lepší zdravotní stav klientů. Nemocnice propouštějí klienty v čím dál horším stavu a mnohdy již v hospici nepobydou příliš dlouho. Nemají tak šanci si „užít“ pobyt tak, jak by si zasloužili a jak jim samotný hospic nabízí.

Jak již bylo v úvodu zmíněno, každé zařízení sociální péče má povinnost své klienty aktivizovat. Ve všech zařízeních probíhají kontroly, které by měly kontrolovat i to, zda jsou klienti těchto zařízení aktivizováni. Je tedy překvapující, že existují zařízení sociální péče, kde aktivizace neprobíhá, a přesto jsou tato zařízení stále v provozu a to dokonce pod záštitou MPSV. Proč kontroly některým zařízením neustále trpí jejich přestupky ve smyslu nenaplnění standardů kvality? Předpokládám, že je to z toho důvodu, že těchto zařízení je stále málo a MPSV si je tedy nemůže dovolit rušit. Vzhledem k tomu, že populace stále více stárne a poptávka po těchto zařízeních tím pádem stále roste, není možné, aby jich ubývalo. Ze své praxe vím, že například na umístění do domova pro seniory jsou dlouhé pořadníky a lidé čekají třeba i rok a více než se zde mohou ubytovat. Vzhledem k velké poptávce je menší důraz na kvalitu a některá zařízení na to i spoléhají. Vědí totiž, že když někdo nebude spokojený, čeká na jeho místo dalších x zájemců, kteří ho nahradí. Naštěstí ne všechna zařízení na tuto situaci takto nahlíží. Zajisté jsou i zařízení, která se snaží svým klien-

tům poskytnout maximální komfort a zajímají se o to, aby zde lidé byli co nejvíce spokojení. Toto jsem si ostatně potvrdila i při svém výzkumném šetření. Každopádně jsem v rámci něj zjistila, že zařízení si rozhodně nejsou ve smyslu aktivizace rovna.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na téma aktivizace seniorů v zařízeních sociální péče. Cílem této práce bylo popsat možnosti aktivizace seniorů v pobytových zařízeních sociální péče a zjistit, nakolik se odlišují aktivizační služby ve vybraných typech zařízení sociální péče. Cílem této práce nebyl reprezentativní vědecký výzkum, ale šetření mělo upozornit na to, že ne všechna zařízení sociální péče aktivizují své klienty stejně kvalitně a že mezi jednotlivými zařízeními existují značné rozdíly. V rámci svého výzkumného šetření využívám malého počtu respondentů, proto závěry výzkumného šetření vztahuji pouze na zkoumaný vzorek, nikoli na celou populaci.

Těžištěm této diplomové práce jsou rozhovory se sociálními a aktivizačními pracovníky, kteří v těchto zařízeních pracují. Jak již bylo v úvodu zmíněno, všechna zařízení sociální péče mají ze zákona povinnost své klienty aktivizovat. Na základě výzkumného šetření jsem však došla k závěru, že ne všechna zařízení toto dodržují. Některá zařízení své klienty aktivizují velmi málo. V teoretické části jsem popisovala, jaký negativní a velmi zásadní vliv může mít na seniory, pokud jsou v nečinnosti. Bohužel se domnívám, že v některých zařízeních senioři i díky tomu, že nejsou aktivizováni, strádají a chybí jim v životě smysl. V zařízeních, kde aktivizace funguje a je prováděna kvalitně jsou lidé spokojenější, mají smysl v životě a mají ze života radost. V opačném případě lidé pouze přežívají a nejsou v těchto zařízeních spokojeni. Ověřila jsem si, že ne všechna zařízení mají kapacity na to své klienty aktivizovat. Domnívám se však, že jsou i zařízení, kde by stačilo pouze trochu chtít a snažit se zajistit svým klientům nějakou aktivizační činnost a přitom by to nestálo až tolik sil. Aktivizační činnost považuji v zařízeních sociální péče společně s kvalitní zdravotní a přímou péčí za nejdůležitější. Kombinací těchto třech faktorů se ze zařízení stává místo, kde jsou lidé rádi a kde jim to jak po psychické, tak po fyzické stránce prospívá.

V rámci výzkumného šetření jsem zjistila, že možností, jak seniory v pobytových zařízeních sociální péče aktivizovat je celá řada. Dále bylo zjištěno, jaké aktivity jednotlivá zařízení nabízí. Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že aktivizační služby se v jednotlivých zařízeních sociální péče liší a to dosti zásadně.

Myslím, že cíle, které jsem si v úvodu stanovila, se mi podařilo splnit. Na základě výzkumného šetření jsem zjistila jak možnosti, tak rozdíly v oblasti aktivizace ve vybraných typech zařízení sociální péče.

Bylo by zajímavé zjistit, zda zařízení sociální péče dodržují celkově standardy kvality tak, jak by měly. Ostatně toto by měly prověřovat příslušné kontroly a inspekce, ale jak jsem již v rámci diskuze zmínila, bohužel je poptávka po sociálních službách větší než nabídka a tak jsou i tyto kontrolní orgány pravděpodobně méně přísné a jsou schopny určitých ústupků.

Díky aktivnímu stáří nacházejí senioři v životě smysl. A kdy už jindy bychom měli smysl v životě hledat, než na konci naší životní cesty. Proto bych si pro ně přála, aby se kvalita sociálních služeb stále zlepšovala a senioři si tak poslední chvíle svého života mohli užít v pohodě a důstojnosti tak, jak si zaslouží.

Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

BURSOVÁ, Marta. Kompenzační cvičení: uvolňovací, protahovací, posilovací. Praha: Grada, 2005. Fitness, síla, kondice. ISBN 80-247-0948-1

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3

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

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0174-3

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0

CHODOROW, Joan. Dance therapy and depth psychology: the moving imagination. New York: Routledge, 1991. ISBN isbn0-415-04113-9

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9

JEDLIČKA, Václav. Praktická gerontologie: učební text. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

JOHN P. WATTIS, STEPHEN CURRAN. Practical psychiatry of old age. Fourth edition. Oxford: UK, 2006. ISBN 1-85775-796-3

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. Základy muzikoterapie. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4

LINKA, Arne. Kapitoly z muzikoterapie. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7

NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8

SEDLÁKOVÁ, Renáta. Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky. Praha: Grada, 2014. Žurnalistika a komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-3568-9

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4369-1

TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2

VALENTA, Milan. Dramaterapie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4

WALKER, Ian. Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0

Elektronické zdroje

ergoterapie.cz

mpsv.cz

osn.cz

who.int

Summary

I focused on the topic of activation of seniors in social care facilities in my diploma thesis. The aim of the diploma thesis was to describe possibilities regarding the activation of seniors in social care facilities and to find out how much the activation services in selected types of social care facilities differ.

I conducted a research survey through interviews with social and activation workers from four types of social care facilities: homes for the elderly, special regimes homes, hospice care and social beds in long-term hospitals. The questions for the interviews were semi-structured and aimed at finding out the possibilities and differences in the activation of seniors in these facilities.

All social care facilities are legally obliged to activate their clients. However, on the basis of this research, I have come to the conclusion that not all facilities follow this requirement. Some entities activate their clients very little, and for this reason, these people are suffering and their life feels meaningless. On the other side, in facilities where activation is provided, seniors are more satisfied, feel they have a meaningful life, and they enjoy their life. As a result of the research, I found that the differences in activation of seniors in social care facilities are really significant.