

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v ústavní péči**

**The influence of activation activities to adaptation of seniors  
in institutional care**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Nová, Ph.D.

Autor:

Bc. Valentýna Novotná

Praha 2024

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé práce, PhDr. Monice Nové, Ph.D., za její odborné vedení mé práce, věnovaný čas, podnětné rady i trpělivost. Mé poděkování patří také všem zúčastněným respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v ústavní péči“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5.5.2024

Bc. Valentýna Novotná

## **Anotace**

Diplomová práce se věnuje problematice adaptaci seniorů na ústavní péči v kontextu aktivizačních činností, které jsou v rámci této pobytové sociální služby s klienty denně realizovány. Cílem práce je zjistit, jaký mají aktivizační činnosti vliv na adaptační proces seniora v rámci pobytové služby domova pro seniory, a to pohledem pracovníků zařízení. Teoretická část práce představuje fenomény stáří a stárnutí, následně se věnuje oblastem sociálních služeb a blíže specifikuje adaptační proces seniora na nové prostředí. Současně se tato část práce zaměřuje také na téma aktivizačních činností a zabývá se jejich individuálním plánováním. Empirická část se za pomoci kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru zabývá otázkou vlivu aktivizačních činností na adaptaci seniora v rámci pobytové sociální služby, respondenty jsou pracovníci zařízení. Dílčím cílem práce je sestavení metodického listu, který slouží potřebám pracovníků zařízení a souvisí s realizací adaptační skupiny.

## **Klíčová slova**

Adaptace, aktivizační činnosti, seniorská populace, sociální služby.

## **Annotation**

The diploma thesis deals with the issue of adaptation of seniors to institutional care in the context of activation activities, which are daily activities within the framework of this residential social service with clients. The aim of the work is to find out what effect activation activities have on the adaptation process of a senior citizen within the residential services of a home for the elderly. The theoretical part of the work presents the phenomena of old age and aging, then it is devoted to the areas of social services and specifies in more detail the adaptation process of the elderly to the new environment. Jana Kovářová This theoretical part of the thesis also deals with the topics of activation activities and their individual planning. Using the qualitative method of a semi-structured interview, the research part deals with the question of the influence of activation activities on the adaptation of seniors within residential social services, from the point of view of facility workers. The partial goal of the work is the compilation of a methodological sheet that serves the needs of the facility's staff and is related to the implementation of the adaptation group.

## **Keywords**

Activation activities, adaptation, senior population, social services.

## Obsah

Úvod.....	1
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1 Problematika stáří a stárnutí .....	3
1.1 Gerontologie a geriatric.....	6
1.2 Demografie stárnutí obyvatelstva .....	9
1.3 Role seniora, jeho potřeby a kvalita života .....	14
Sociální služby pro cílovou skupinu seniorů .....	19
1.4 Domov pro seniory a jeho specifika.....	23
2 Psychosociální adaptace .....	25
2.1 Faktory ovlivňující adaptaci seniora v ústavním zařízení.....	28
3 Aktivizační činnosti.....	31
3.1 Individuální plánování aktivizačních činností .....	39
3.2 Práce s biografickou anamnézou.....	40
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
4 Metodologie výzkumu.....	45
4.1 Metoda získávání dat.....	47
4.2 Stanovení výzkumného cíle .....	48
4.3 Charakteristika respondentů.....	49
4.4 Formulace výzkumných otázek.....	50
4.5 Metoda vyhodnocování .....	52
5 Interpretace výsledků výzkumného šetření .....	53
5.1 Diskuze a doporučení do praxe .....	61
5.2 Limity a etické aspekty výzkumu .....	63
Metodický list pro potřeby pracovníků.....	64
Závěr .....	66
Seznam použité literatury a zdrojů .....	68
Abstrakt.....	72

## Úvod

Diplomová práce se věnuje tématu vlivu aktivizačních činností v kontextu adaptačního procesu seniora v rámci ústavní péče. Cílem diplomové práce je vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v rámci ústavní péče. Záměrem práce je tedy poskytnout ucelený pohled na problematiku adaptace seniora na nové prostředí domova pro seniory v souvislosti s podporou aktivit, které jsou vytvářeny na základě individuálních preferencí klienta.

V nynější společnosti se stává stále více diskutovaným fenoménem stárnutí populace. Jelikož lze do budoucna očekávat nárůst poptávky po službách, jejichž cílovou skupinou budou senioři, prioritním by se mělo stát zajištění kvalitní a dostupné péče pro tuto klientelu, a to zejména v oblasti pobytových sociálních služeb. Aby tyto služby byly komplexní, jejich součástí by měla být široká nabídka aktivizačních či terapeutických činností, které jsou klíčové podporu psychického i fyzického zdraví seniorů, a současně ve velké míře napomáhají k udržení či zvyšování míry soběstačnosti jedince. Aktivizační činnosti významně souvisí s konceptem aktivního stárnutí a zaměřují na podporu duševní, sociální, fyzické a emocionální složky klienta. Záměrem aktivizačních činností je rozvíjet stávající možnosti a dovednosti jedince s ohledem na jeho individuální schopnosti a přání a již zmíněnou úroveň soběstačnosti.

Teoretická část práce se zabývá problematikou stáří, stárnutí a aktuálním populačním vývojem. Následuje kapitola pojednávající o seniorovi v kontextu jeho potřeb, nově získaných rolí a kvality jeho života. Komplexní shrnutí sociálních služeb a dlouhodobé péče obsahuje další kapitola, která též blíže specifikuje sociální službu domova pro seniory. Ústřednímu tématu psychosociální adaptace se věnuje kapitola, jež dále navazuje na aktivizační činnosti, se kterými se lze v rámci poskytování institucionální péče seniorům setkat. Tato část práce čtenáře seznamuje s bližší charakteristikou vybraných typů aktivizačních činností, které jsou nejčastěji využívány při práci se seniory v rámci zkoumaného pobytového zařízení domova pro seniory. Dále se práce zabývá problematikou individuálního plánování aktivizačních činností ve spojitosti s využitím biografické anamnézy klienta, jakožto výchozího dokumentu pro realizaci individuálního plánu.

Následuje empirická část práce, v níž se autorka zaměřuje na vybrané zařízení ústavní péče pro seniory ve středočeském kraji, které poskytuje pobytovou sociální službu domova pro seniory cílové skupině seniorů. V rámci výzkumného šetření si autorka pokládá otázku, *jaký je vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v ústavní péči?* Jedná se o hlavní cíl

výzkumného šetření, jež zjišťujeme z pohledu pracovníků zařízení prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Empirická část diplomové práce je dále rozdělena do několika kapitol věnující se metodologii výzkumu, popisu kvalitativního typu výzkumu a vybrané výzkumné metodě, kterou je tedy polostrukturovaný rozhovor. Tazatel se v rámci rozhovoru soustředí na tři hlavní oblasti, které v rámci realizace rozhovoru vyvstaly jako podstatné pro zjištění relevantních informací pro účely výzkumu. Jako vhodní respondenti pro výzkum byli osloveni pracovníci zařízení, kteří jsou v denním kontaktu se seniory, realizují u nových klientů adaptační proces a současně se podílejí na individuální plánování aktivit. Po realizaci rozhovorů byly odpovědi respondentů zanalyzovány pomocí metody otevřeného kódování s cílem nalezení společných znaků pro určení následného doporučení do praxe. Konkluze práce shrnuje dosavadní výsledky výzkumného šetření a ucelenou odpověď na zkoumané téma práce. Práce současně zohledňuje etická pravidla a limity výzkumu. Pro potřeby pracovníků vznikl metodický list, který je považován za dílčí cíl výzkumného šetření. Metodický list sestavila autorka práce na základě výzkumných zjištění, a jeho uplatnění je v praxi využitelné právě při přípravě adaptačního procesu u nového klienta zařízení.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Problematika stáří a stárnutí

První kapitola se věnuje definici pojmů stáří, stárnutí a změnám s nimi souvisejícími. Problematika stáří a stárnutí rezonuje dnešní společností v čím dál větší míře. Zejména pak v kontextu nárůstu počtu populace v důchodovém věku. Důvodem je vysoká úroveň poskytované zdravotní péče a neustále se rozšiřující možnosti současné medicíny. Dožívání se vyššího věku ovlivňují ale také vhodné ekonomické podmínky a zdravý životní styl. Společnost přesto stále není na důsledky stárnutí plně připravena, i přesto, že se zatížení sociálních a zdravotních služeb v této souvislosti predikuje již dlouhodobě. V České republice i nadále chybí vzájemná transparentnost mezi sociálními a zdravotními službami a dostatek finančně i kapacitně dostupných služeb. Ty by měly být nejen kvalitní, ale současně by měly být schopny poskytovat komplexní služby cílové skupině seniorů. Postupné stárnutí populace a převažující počet zemřelých lidí nad počtem nově narozenými je předmětem řešení do budoucna též v souvislosti s nedostatkem jedinců v produktivním věku, kteří by zajistili péči o obyvatelstvo v důchodovém věku.

### Stáří

Stáří chápeme jako závěrečnou vývojovou etapu, během které dochází nejen k involučním procesům, ale současně také ke zrání osobnosti. Tedy toto období je spojeno s náročnými fyzickými, psychickými, ale současně také s emocionálními výzvami. Stáří, lze popsat různými způsoby, a na tuto problematiku můžeme nahlížet například z hlediska chronologického, medicínského, psychologického, sociálního či biologického (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021, s. 13 - 15). Definice pro stáří je mnoho, dle Kalvacha (1997, s. 18) je stáří „*důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (nemocemi, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí)*“.

Stáří je obecně chápáno jako závěrečná vývojová etapa. Na stáří však můžeme pohlížet z mnoha dalších hledisek – chronologické stáří, medicínské, psychologické sociální či biologické. Nelze se však zaměřit pouze na jedno z nich. Jedince musíme vnímat



komplexně, jelikož více než na věku, záleží na jeho celkové zdravotní i psychické kondici (Ptáčková, s. 14).

Dle Haškovcové (1990, s. 9) je stáří přirozené období lidského života, které dále vztahuje k období dětství, mládí a době zralosti jedince. Stáří vnímá jako přirozený proces změn, které trvají po celý život, víc zřetelné jsou však až v pozdějším věku.

Setkáváme se s několika způsoby dělení věku. Světová zdravotnická organizace nabízí následující členění stáří:

- 65–74 let: senescence (počínající stáří)
- 75–89 let: kmetství (vlastní stáří)
- 90 let a více: patriarchum (dlouhověkost)

Haškovcová (2010, s. 20) pak vývojovou etapu stáří dělí následovně:

- 60–70 let: vyšší věk / rané stáří
- 75–89 let: stařecký věk
- 90 let: dlouhověkost

V rámci stáří hovoříme o období, které charakterizuje řada změn v organismu člověka. Souhrnný přehled změn popisuje Venglářová (2007, s. 12) v tabulce níže následovně:

**Tabulka č. 1: přehled změn ve stáří**

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny smyslů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonární změny	emoční labilita	finanční obtíže
změny v trávicím systému	změny vnímání	
změny vylučování moči	zhoršení úsudku	
změny sexuální aktivity		

*Zdroje: Venglářová, 2007, s. 12.*

## Stárnutí

Stárnutí značí proces, který doprovází významné projevy a progresivní změny týkající se strukturálních a funkčních vlastností organismu. Dochází k postupnému poklesu schopností a výkonnosti jedince, dále ke zpomalení psychické činnosti, a to konkrétně v případě zpracovávání podnětových situací. Lze vysledovat také deficit v rámci smyslového vnímání, schopnosti učení či paměťové výkonnosti (Hrozenská, 2013, s. 12). V rámci procesu stárnutí sledujeme biologické, psychické a sociální aspekty stárnutí. Biologické stárnutí je ovlivněno celkovým snížením výkonnosti všech funkcí organismu (Sak a Kolesárová, 2012, s. 56).

Konkrétní rysy biologického stárnutí přibližuje ve svém díle Holmerová (2014, s. 20): společným jmenovatelem pro řadu změn v rámci stárnoucích orgánů je ztráta jejich elasticity, pružnosti, pevnosti, což komplexně souvisí se snížením kvality kolagenu v těle. Blíže pak popisuje např. kardiovaskulární systém, v němž dochází k úbytku kardiomyocytů, tedy buněk srdeční svaloviny, též k poklesu klidové srdeční frekvenci i k poklesu tepové frekvence při zátěži. V rámci dýchacího systému dochází k poklesu inspiračního a expiračního tlaku, dále také k poklesu vitální kapacity plic, tedy množství vzduchu, který se vejde do plic. Pro hormonální změny ve stáří je charakteristické zejména snížení produkce růstového hormonu, v jehož důsledku dále dochází k celkovému snížení výkonnosti jedince, jeho svalové síly, nervového systému, imunitního systému a též výkonnosti kardiovaskulárního aparátu. Holmerová (2014, s. 24) dále specifikuje změny úbytku svalové tkáně. Můžeme se v tomto případě setkat s pojmem sarkopenie, který značí úbytek svalové hmoty a svalové síly. Velký význam na oddálení těchto změn má zejména přijímaná výživa a svalová aktivita jedince. Osteoporóza je název pro úbytek kostní hmoty. Tento stav způsobuje zvýšení kostní fragility a též zvýšenou náchylnost ke zlomeninám. Na prevenci vzniku osteoporózy má vliv genetika, ale také dostatek pohybu. K významným biologickým změnám v rámci stárnutí patří též změny funkce smyslových orgánů (Holmerová, 2014, s. 26). Zhoršuje se zrak (například zaostření na blízké předměty či snížení pružnosti oční čočky) a sluch, kdy může docházet například k poškození sluchové dráhy. Typické a dobře pozorovatelné jsou dále také kožní změny. Zde je charakteristická ztráta přirozené obnovy kožních buněk, v rámci kterých dochází k degeneraci elastických i kolagenních vláken a úbytku podkožního tuku.

Zaměříme-li se na psychické aspekty v souvislosti se stárnutím, sledujeme u jedince změny, kterými mohou být např.: snížení výkonnosti intelektových funkcí, snížená

schopnost adaptace na změny a nové náročné situace, či změny potřeb a jejich pořadí v kontextu se změnou životních hodnot.

V rámci těchto změn hovoří Ptáčková (2021, s. 19) o emočním oploštění, dále o ztrátě či poklesu zájmu či převaze egocentrismu. U starších osob se typicky objevuje také nedůvěřivost, sugestibilita, či nízká sebedůvěra. V důsledku kognitivních změn pak dochází ke zhoršení paměti, zpomalení psychomotorického tempa, zhoršení pozornosti, úsudku. Může však docházet také ke změnám v chování, které jsou součástí syndromu *BPDS*<sup>1</sup>. Tento syndrom je charakteristický pro přítomnost např. halucinací, bludů, agitovanosti či agresivity.

Mezi sociální aspekty stárnutí patří například odchod do důchodu, omezení sociální integrace v kulturních a společenských aktivitách, ekonomická situace seniorů, generační osamělost, zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami, sociální izolace, změna životního stylu, strach z osamělosti a nesoběstačnosti, fyzická závislost na jiné osobě či vliv ageismu (Malíková, 2020, s. 19). Výše jmenované aspekty budí spíše negativní dojem o shrnuté problematice, lze však nalézt také pozitivní sociální aspekty stárnutí, kterými jsou: funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta, plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení ve stáří, plánování volného času či efektivní nakládání s náhlým nabytím velkého množství volného času.

Období stáří s sebou tedy přináší mnoho změn, na které musí reagovat nejen jedinec samotný, ale také jeho okolí. Stárnutí považujeme za proces, který je nezvratný a nelze o něm říci, že probíhá lineárně či konzistentně. U každého jedince se jedná o velmi individuální proces, který může mít různé podoby.

## 1.1 Gerontologie a geriatrie

Problematice stárnutí se blíže věnují vědní obory gerontologie a geriatrie. Chceme-li charakterizovat gerontologii, hovoříme o oboru, který se snaží porozumět fenoménu stárnutí a jeho dopadům na jednotlivce i společnost. Gerontologie zkoumá změny, které sebou stárnutí přináší, a též faktory, které tyto změny ovlivňují.

---

<sup>1</sup> *BPDS: Behavioral and psychological symptoms od dementia* neboli *behaviorální a psychologické symptomy demence*.

Gerontologie, jakožto věda, ve svých výzkumech ve velké míře využívá poznatků z ostatních lékařských a vědních oborů tak, aby mohla podat komplexní obraz procesu stárnutí. Cílem těchto výzkumů však není najít způsob prodloužení délky života, ale nalezení možné minimalizace postižení a dalších handicapů stáří. Současně výsledky výzkumů v gerontologii mohou vést k lepšímu navrhování politik a programů pro seniorskou společnost, stejně jako k vývoji lékařských a sociálních intervencí podporující koncept aktivního stárnutí. Gerontologie bývá mnohdy zaměňována s geriatrií. Mezi těmito obory však existují značné rozdíly. Zatímco gerontologie se zabývá studiem stárnutí, geriatrie studuje nemoci u starší populace a obecně se věnuje studiu nemocí jako takových. Geriatri jsou specializovaní lékaři, kteří se zabývají péčí o starší pacienty. Ve své praxi provádí diagnostiku a věnují se prevenci a léčbě onemocnění, která souvisejí s vyšším věkem. Oproti tomu gerontologové zkoumají fyzické, duševní či sociální změny u stárnoucí populace<sup>2</sup>.

Gerontologie se zabývá následujícími čtyřmi hlavními oblastmi<sup>3</sup>:

1. Sociálními a ekonomickými problémy vyvolanými rostoucím počtem starších lidí v rámci populace.
2. Psychologickými aspekty stárnutí, které zahrnují například osobní přizpůsobení či intelektuální výkon.
3. Gerontologie zkoumá fyziologické stárnutí s ohledem na patologické odchylky a chorobné procesy.
4. Gerontologie se zabývá se obecnými biologickými aspekty stárnutí v rámci všech živočišných druhů.

Geriatric se jakožto lékařský obor specializuje na péči o zdraví a potřeby starších osob. Zabývá se diagnostikou, léčbou i samotnou prevencí nemocí a stavů spojených s vyšším věkem. Specifikem geriatrické péče je komplexnost. Geriatri spolupracují s dalšími zdravotnickými odborníky – fyzioterapeuty, ošetřovateli či psychology. Cílem

---

<sup>2</sup> MARHÁNKOVÁ, Jaroslava Hasmanová. *Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí?* Online. Sociální studia / Social Studies. 2014, roč. 11, č. 3, s. 13-29. ISSN 1803-6104. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/SOC2014-3-13>. [cit. 2024-05-02].

<sup>3</sup> BRITANNICA, T. Editors of Encyclopaeria. *Gerontology and geriatrics*. Online. Encyclopedia Britannica. Dostupné z: <https://www.britannica.com/science/gerontology> [cit. 2024-05-02].

je tak poskytnout starším osobám péči, která bude zohledňovat jejich celkový zdravotní i psychický stav (Hrozenská, 2013, s. 32).

Z geriatrické perspektivy je dolní věková hranice definována 65. rokem věku člověka. Hegyi (2001, s. 25) uvádí dělení věku člověka z hlediska různých aspektů:

- Chronologický věk
- Biologický věk
- Funkční věk
- Psychologický věk
- Sociální věk

V geriatrii se setkáváme s termínem „geriatrický pacient“. Charakterizovat jej můžeme následujícím tvrzením geriatrický pacient může být definován jako *„člověk vyššího věku, u něhož involuční a chorobné změny natolik ovlivňují funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů a tolerance k zátěži“* (Holmerová, 2014, s. 45).

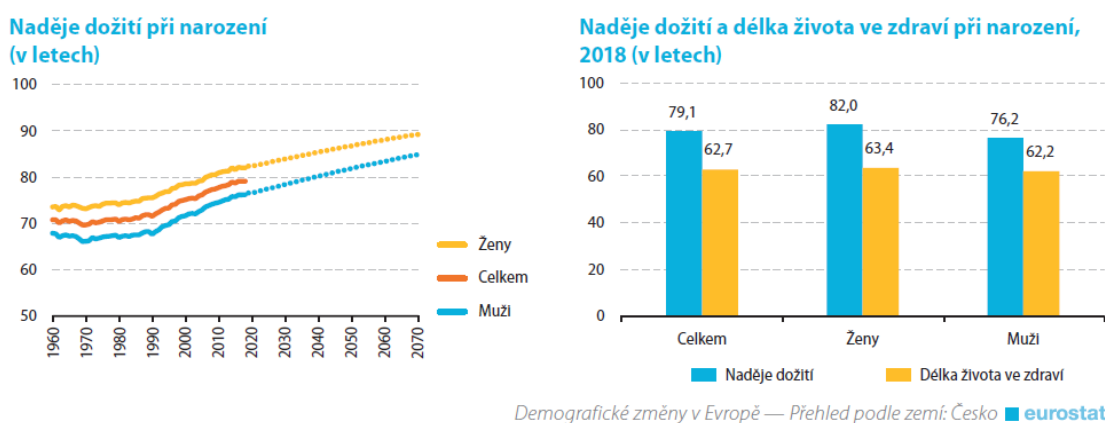
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. člení seniory do skupin podle funkční zdatnosti a potřeby zdravotnických služeb. Jedná se o skupiny zdatných seniorů, elitních seniorů, nezávislých seniorů a křehkých seniorů. Právě stařecká křehkost představuje rizikovost, která je dána již samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří i následnou dekondukcí. Stařeckou křehkost mohou popisovat projevy jako: hubnutí s malnutricí, dyskoordinace pohybu, úbytek svalové hmoty, nestabilita a pády, chronická bolest, poruchy paměti, nechutenství, psychomotorické zpomalení, hypomobilita či apatie (Holmerová, 2014, s. 48-51).

Významnou zmínkou v souvislosti se zdravotní a sociální péčí o geriatrického pacienta je teorie potřeb člověka. Základnu tvoří biologické potřeby, kterými jsou: nestrádat hladem, žízní, bolestí či zimou. Další stupeň zahrnuje psychosociální potřeby jako jsou: pocit sounáležitosti, prožitek úspěchu či lásky, možnost komunikace, pozitivní přijímání ve společnosti. Nejvyšší stupeň náleží pocitu seberealizace a spirituálním či nadosobním potřebám. Při poskytování péče staršímu člověku je vhodné brát v potaz všechny tyto stupně a neomezit se pouze na základní potřeby člověka. Jedině tak můžeme zachovat kvalitu života a poskytované péče ve stáří (Holmerová, 2014, s. 51).

## 1.2 Demografie stárnutí obyvatelstva

Pro lepší orientaci v aktuální situaci týkající se stárnutí obyvatelstva napříč zeměmi Evropského kontinentu je vhodné představit dostupné reporty o demografickém růstu a prognózách do budoucna. Evropská komise uvádí, že se lidé v následujících desetiletích budou dožívat vyššího věku, a to zejména v důsledku zdravého a aktivního životního stylu a vysoké úrovně zdravotní péče. Tato skutečnost sebou přináší příležitosti i výzvy do budoucna. Za posledních padesát let se lidský život v Evropě prodloužil o 10 let. V roce 2070 je projektována průměrná naděje na dožití v Evropě 86,1 let u mužů a 90,3 let u žen<sup>4</sup>. Oproti trendu zvyšování věku dožití se však dlouhodobě snižuje počet nově narozených obyvatel. V roce 2018 připadalo na jednu ženu průměrně 1,55 dětí. Optimální poměr k udržení početního stavu populace je přitom 2,1 (Sociální služby, 2020, s. 10 – 11).

Obrázek č. 1 a č. 2: Naděje dožití.



Zdroj: Eurostat (2020)<sup>5</sup>.

Nynější seniorskou populaci charakterizuje rychlý růst. Do roku 2050 se očekává, že podíl lidí starších 65 let bude přibližně 30%, tedy o deset procent více, než jak je tomu nyní. Společnost se bude muset připravit na výzvy v podobě důchodových systému a též zajištění kvalitní a dostupné lékařské a sociální péče. Evropská komise hovoří

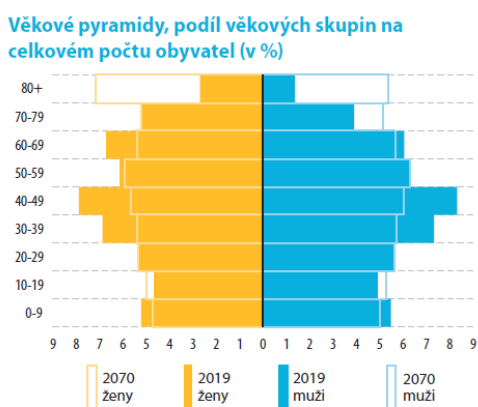
<sup>4</sup> EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care. Online. 2022. Dostupné z [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_22\\_5169](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169). [cit. 2024-05-02].

<sup>5</sup> EUROSTAT. Demografické změny v Evropě – Přehled podle zemí: Česko. Online. 2020. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/CZ-CS.pdf> [cit. 2024-05-02].

o nutnosti podpory opatření proti stárnutí na národní, regionální a též místní úrovni. Každý stát by měl být schopen na změny týkající se stárnutí populace pružně reagovat<sup>6</sup>.

O demografickém růstu vydala report z roku 2020 na svých webových stránkách také Evropská komise<sup>7</sup>: „K 1. lednu 2021 představovala věková kategorie 65+ více než 20,8 % obyvatelstva EU. Do roku 2050 má podíl osob starších 65 let dosáhnout okolo 30 % ve srovnání s nynějšími přibližně 20 %. Starší populace vyžaduje vyšší dostupnost zdravotní a dlouhodobé péče. Kromě toho se tak lidem prodlužuje doba strávená ve starobním důchodu, což představuje stále větší výzvu pro udržitelnost přiměřené míry penzí, zvláště pak pro ženy.“

Obrázek č. 3: Věková pyramida.



Zdroj: Eurostat (2020<sup>8</sup>).

Ve stejném roce pak Evropská komise zveřejnila *Zelenou knihu o stárnutí*, čímž zahájila politickou diskuzi o této problematice. Cílem je zejména zachování dobré kvality života stárnoucí populace a stanovení opatření k hospodářské sociální odolnosti. Členské státy Evropské unie by však měly na tuto problematiku reagovat individuálně sestavením plánu reakce na stárnutí vlastní populace. Nezbytné je pružně reagovat na potřebu dostupnosti pečovatelských služeb a zařízení poskytující dlouhodobou institucionální péči cílové skupině seniorů<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Tamtéž.

<sup>7</sup> Tamtéž.

<sup>8</sup> EUROSTAT. Demografické změny v Evropě – Přehled podle zemí: Česko. Online. 2020. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/CZ-CS.pdf> [cit. 2024-05-02].

<sup>9</sup> EUROPEAN COMMISSION. *Green Paper on Ageing*. 2021. s. 1 – 26. ISBN 978-92-76-29356-9

Dne 8. prosince 2022 vydala Rada Evropy *Doporučení o přístupu k cenově dostupné a vysoce kvalitní dlouhodobé péči*<sup>10</sup>. Tato doporučení můžeme chápat jako strategický dokument při řešení problematiky dlouhodobé péče v rámci České republiky. Úřední věštník Evropské unie si v tomto doporučení klade za cíl zlepšit přístup k cenově dostupné a vysoce kvalitní dlouhodobé péči pro všechny osoby, které ji potřebují, a to v rámci formálních i neformálních poskytovatelů a všech prostředí, ve kterých je péče poskytována. Mezi zásady kvalitní poskytované péče pak v příloze zdůrazňuje zejména komplexnost a kontinuitu dlouhodobé péče a též její transparentnost.

Evropská komise sestavila soubor nástrojů, které reagují na demografické změny. Jedná se o tyto čtyři pilíře<sup>11</sup>:

1. Podpora rodičů prostřednictvím zajištění přístupu ke kvalitní péči o děti a současně podpora v jejich sladění soukromého a pracovního života.
2. Do druhého pilíře náleží podpora mladé generace prostřednictvím dostupného bydlení a usnadnění přístupu na trh práce.
3. Posílení postavení starších generací a udržení jejich životního standardu skrze reformy a vhodnou politikou na trhu práce.
4. V případě potřeby nedostatku pracovních sil řešit tuto situaci prostřednictvím řízení legální migrace.

Současně evropská komise doporučuje členským státům, aby vypracovaly vlastní akční plány, které dokáží na stárnutí populace vhodně reagovat. Akční plán by měl obsahovat návod pro zajištění dostupné a kvalitní dlouhodobé péče tak, aby tato péče byla včasná, komplexní a cenově dostupná.<sup>12</sup>

Situaci stárnutí populace v České republice do budoucna pravidelně mapuje také Český statistický úřad. Ten nabízí prognózu složení a počtu obyvatel v ČR až do roku 2100. Například v roce 2060 se Česko bude vyliďňovat rekordním tempem tak, že každý následující rok přijde o populaci o velikosti jednoho okresního města. V případě, že hranice odchodu do důchodu i v roce 2070 zůstane neměnná, začnou do penze odcházet dnešní děti, tedy „Husákova vnučata“. Následně se v roce 2090 očekává, že bude na jednoho člověka v produktivním věku připadat jeden senior nebo dítě. Tato situace bude mít neblahý dopad

---

<sup>10</sup> RADA EVROPSKÉ UNIE. *Doporučení rady o přístupu k cenově dostupné a vysoce kvalitní dlouhodobé péči*. Online. 2022. Dostupné z: <https://op.europa.eu/cs/publication-detail/-/publication/1a2fbc7c-7649-11ed-9887-01aa75ed71a1/language-cs>. [cit. 2024-05-02].

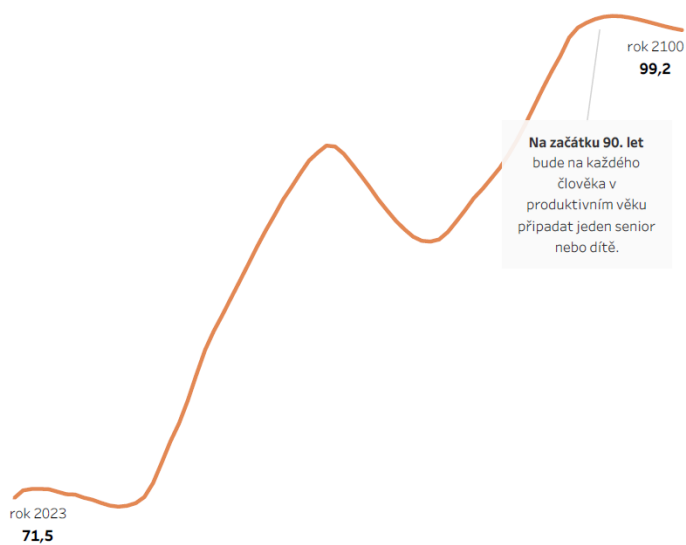
<sup>11</sup> Tamtéž.

<sup>12</sup> Tamtéž.



na zdravotnictví a sociální služby, jelikož bude klesat počet zdravotního a sociálního personálu na osobu. Je tedy nutné, aby se stát začal vážně zabývat otázkou zachování kvality a efektivnosti zdravotních služeb a zejména ošetrovatelské péče<sup>13</sup>.

Obrázek č. 4: Index závislosti vyjadřující podíl dětí a seniorů na populaci v produktivním věku.



Zdroj: Aktuálně.cz (2024).

Aktuálně.cz v rámci reakce na fenomén stárnutí české populace uvádí následující tvrzení<sup>14</sup>: „*Strom života české populace bude dále chřadnout. Pokud by byl zdravý, měl by připomínat vánoční smrk. Dole, kde se nachází nejmenší děti, by měl větve nejdelší, zatímco směrem ke špici, kde zobrazuje počet starých lidí, by se měl zeštíhlovat. Jenže budoucí český strom života bude připomínat spíš túji, jejíž spodní větve jsou příliš slabé na to, aby unesly zbytek koruny.*“

Je důležité soustředit se na skutečnost, že ústavní péče není jediným možným východiskem pro zajištění dlouhodobé péče seniorské populace. Opomíjet bychom neměli zejména nabídku domácí péče, současně by do péče měli být zapojeni též neformální pečovatelé, tedy příbuzní. Tyto osoby by měly být z hlediska poskytování dlouhodobé péče

<sup>13</sup> AKTUÁLNĚ.CZ. *Až vymřou Husákovy děti, přijde malér. Jak bude vypadat Česko v roce 2100.* Online. 2024. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/datavize/cesko-v-roce-2100/r~b0fffd1f4905d11ee8b4e0cc47ab5f122/>. [cit. 2024-05-02].

<sup>14</sup> Tamtéž.

svým blízkým podporování jak finančně, tak například prostřednictvím psychologické podpory, možností využití poradenství či školení. Nezbytné je podporovat neformální pečovatele také po finanční stránce, a to například využití možnosti podání žádosti o příspěvek na péči (zdrojem jsou informace z praxe).

Malíková (2020, s. 24 – 25) ve svém díle uvádí: *„Pro demografický rozvoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. Tento stav, byť je pozitivní pro osoby, které prožívají delší život než přechází generace, s sebou nese pro společnost potřebu zabývat se touto situací a přizpůsobit se jí, protože procento starých osob se brzy ještě podstatně zvýší, kvůli zestárnutí silných ročníků v poválečném období. Současně je nutné počítat s dalším faktorem, tj. s povolným prodlužováním střední délky života. Poměr pracujících a penzistů se oproti dřívější době výrazně změní.“*

Závěrem k demografickým prognózám lze říci, že se obecně nepředpokládá, že dojde k prodloužení naděje dožití při narození nad devadesát let. Ačkoli přibývá extrémně dlouhověkých lidí ve věku nad sto let – tento jev je nazýván jako *supracentenaries* – zůstane tento stav pouze okrajovým jevem. Populace se bude dožívat převážně osmdesáti pěti až devadesáti let. Následně však bude docházet k rychlému vymírání, a to z důvodu pokročilé křehkosti, nízké míry zdatnosti či nízké schopnosti odolnosti a adaptability na změny (Ptáčková, 2021, s. 16).

### 1.3 Role seniora, jeho potřeby a kvalita života

Mít svou roli v rodině, v práci i ve společnosti, a zároveň uspokojit potřebu někam patřit, má každý člověk. Jmenované aspekty pozitivním způsobem přispívají k chápání a přijímání vlastního životního obrazu. S vyšším věkem přibývá pro seniory mnoho sociálních změn a ztrát, které je pro ně obtížné přijmout. Může se jednat o ztrátu autonomie či ztrátu kontroly nad svým životem. Právě tyto skutečnosti zásadně mění obraz života ve stáří (Klevetová, 2017, s. 80).

Tabulka č. 2: Změny a ztráty ve stáří.

Změny	Ztráty
pracovní role	ztráta pracovního kolektivu a navyklých pracovník činností
role otec – matka – prázdné hnízdo	odchod dětí
společenská role – odchod do penze	sociální izolace
rozvod – nemoc – smrt partnera	osamělost vs. Samota
bydlení – odchod do nemocnice, domova pro seniory	soukromí, vlastní domov
snížení fyzických sil	neschopnost sebezpečí – závislost na druhých
změna fyzického vzhledu	ochota něco nového si koupit, jít do společnosti
smyslové funkce	okamžitá orientace a jednání

Zdroj: Klevetová, 2017, s. 80.

#### Senior a jeho potřeby

*„Stárnoucí a starý člověk potřebuje přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení, a dále místo, kde je doma, kde se cítí vážen a stěn a kde ho má někdo rád“* (Haškovcová, 2010, s. 125).

Změny ve stáří úzce souvisí s potřebami seniorů, které jsou v tomto věkovém období zcela specifické. Ačkoli se stále uvádí nejznámější definice dle Abrahama Maslowa a jeho pyramidy potřeb, je vhodné zmínit, že i přesto, že člověk nemá naplněny právě základní potřeby, může mít naplněny potřeb vyšší. Současně bychom měli brát zřetel nejen na samotné naplňování potřeb, ale též na způsob, jak toho docílit. Prioritní by v případě

seniorů, kteří jsou mnohdy omezeni ve své soběstačnosti, měl být důraz na zachování jejich vlastní důstojnosti a autonomie (Klevetová, 2017, s. 24).

Potřeby seniorů se mohou lišit v závislosti na individuálních okolnostech, zdravotním stavu, sociálním prostředí a dalších faktorech. Ptáčková (2021, s. 24 – 25) považuje v rámci naplnění potřeb za klíčové zejména naplnění potřeby pocitu jistoty a bezpečí. V případě neuspokojení této potřeby může jedinec na různé situace reagovat strachem, úzkostí, beznadějí či dokonce agresí. Jako příklad způsobu pro zajištění bezpečí uvádí autorka instalaci kamerového systému v institucionální péči. Pro mnoho seniorů může tato moderní technologie mít pozitivní dopad, avšak u další může navozovat pocit ztráty soukromí, neklidu či sledování. Ptáčková (tamtéž) jako další důležitou potřebu u seniorů uvádí potřebu komunikace a kontaktu s druhými. Při jejím neuspokojení přichází smutek, osamělost, pocit zbytečnosti, který může vyústit až v deprese. Intenzivní lidský kontakt shledává Ptáčková (tamtéž) jako klíčový při úspěšné psychosociální adaptaci na stáří a nemoc. Zachování vlastní autonomie, sebeúcty a ocenění je rovněž neopomenutelnou potřebou ve stáří. Ztráta této potřeby je ohrožena zejména v situacích, kdy senior již není plně soběstačný, objevují se u něj pocity zbytečnosti a demotivace k aktivitám (Ptáčková, 2021, s. 25).

Klevetová (2017, s. 85) tuto problematiku, týkající se seniorské populace, dále doplňuje o potřebu výživy a péče, kdy však nastiňuje, že se nejedná pouze o vyživování stravou, ale též informacemi a podněty pro život a vhodný vývoj do budoucna. Potřebu hranic a limitů pak vnímá jako schopnost jít do věcí naplno, moci se do nich opřít beze strachu, a současně být si vědom tím, kdo jsem, kam sahá můj vliv, a kde začíná vliv druhých lidí. Připomíná také nutnost ponechání si většího časového limitu pro výkon určitých činností a jejich častého opakování. Teprve poté vzniká pocit víry ve vlastní schopnosti, který vede k dosažení obecné vyrovnanosti a spokojenosti.

### **Kvalita života seniorů**

Hovoříme-li o kvalitě života, máme tím na mysli obecné blaho a spokojenost jedince či skupiny. Kvalita života je ovlivněna mnoha faktory, mezi které můžeme řadit materiální zajištění, fyzické a duševní zdraví, bezpečnost, vhodné životní prostředí či možnost seberealizace. Tato problematika velmi úzce souvisí se subjektivním vnímáním jedince, jeho hodnot či kultury, ve které se vyskytuje. Pro určitou skupinu lidí může být kvalita

spojována zejména s finanční jistotou, pro jinou skupinu může kvalita života představovat udržení své soběstačnosti, budování zdravých vztahů či rozvoj dovedností a zájmů. Kvalita života v kontextu se seniorským věkem klade důraz na komplexní přístup, který povede k maximální zachování důstojnosti jedince v této životní fázi s ohledem na jeho individuální možnosti, dovednosti a přání. To, že kvalitu života považujeme za velmi subjektivní pojem, dokládá též Haškovcová (2010, s. 43): „Kvalita života seniorů není svázána pouze se stavem jejich zdraví, je především prožitkovou kategorií. To, že někdo trpí onemocněním, ještě neznamená, že vnímá kvalitu svého života jako nedostatečnou a naopak, že zdravý člověk považuje vždy také kvalitu svého života za dobrou.“

Chceme-li zhodnotit kvalitu života, zaměřujeme se na zhodnocení psychických, sociálních i behaviorálních determinantů lidského života. Důraz dáváme na subjektivní zhodnocení – tedy do jaké míry dochází k narušení obvyklých činností jedince a dále jaké je jeho uplatnění v životě z pohledu fyzického, psychického i sociálního. V této souvislosti je vhodné představit pojem well-being, který překládáme jako psychickou pohodu. Doktorka Dhanabhakya vysvětluje termín následovně: „Psychická pohoda je mnohostranný a mnohorozměrný konstrukt, který zahrnuje celkové štěstí jednotlivce, spokojenost se životem a duševní a emocionální zdraví. Zahrnuje klíčové složky, jako jsou pozitivní emoce, autonomie, pozitivní vztahy, nízká úroveň negativních emocí, smysl života, životní spokojenost a osobní růst. Definice psychické pohody byly diskutovány mezi výzkumníky, přičemž Světová zdravotnická organizace ji definovala jako stav mysli, kdy je jedinec schopen rozvinout svůj potenciál, pracovat produktivně a vyrovnat se s běžnými životními stresy. Psychická pohoda je považována za klíčovou pro celkové zdraví a štěstí a je spojena se zlepšením duševního zdraví, lepším fyzickým zdravím a delší očekávanou délkou života. Tato studie se pokouší získat teoretické znalosti o psychické pohodě a znalosti z různých studií prováděných v oblasti psychické pohody.“

Snyder a Lopez (2002, s. 65) rozdělují well-being do dvou úrovní – *psychologický well-being* a *sociální well-being*. Do *psychologického well-beingu* řadí sebeakceptaci, začlenění do života, osobní růst, účel života, autonomii, či vztah k druhým lidem. Oproti tomu *sociální well-being* zahrnuje sociální akceptaci a aktualizaci, spoluúčast na utváření společenského dění, sociální soudržnost a integraci. Obě jmenované dimenze se navzájem ovlivňují a jsou na sobě závislé. Důležité je neopomínat psychickou nestabilitu seniorské populace, která může ovlivnit současně také sociální dimenzi této vybrané skupiny.

## Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života nám podává celkový obraz toho, jakým způsobem lidé subjektivně vnímají a hodnotí své životní podmínky. Toto hodnocení může být v rámci následného praktického využití směřované například v plánování takových sociálních služeb, které budou odpovídat potřebám jednotlivců i skupin. Problematiku hodnocení kvality života vymezila ve svém díle Beverly Hughesová (in Ptáčková, 2021, s. 54), a to na sedm základních dimenzí, kterými jsou:

1. Individuální charakteristiky, mezi které lze zařadit například pohlaví, věk či zdraví.
2. Životní prostředí, které zahrnuje komfort a bezpečí.
3. Sociální prostředí ve spojitosti s úrovní sociálních a volnočasových aktivit, rodinou a zajištěním kontaktu se sociálními organizacemi.
4. Socioekonomické faktory.
5. Subjektivní spokojenost.
6. Osobnostní faktory, mezi které řadí například štěstí a spokojenost či osobní pohodu.
7. Autonomie.

Světová zdravotnická organizace uvádí následující indikátory kvality života (Hrozenská, 2013, s. 26):

- Fyzické zdraví, které ovlivňuje množství energie, únavu jedince, bolest, spánek či diskomfort.
- Psychické zdraví, které je spojeno s pozitivními i negativními pocity, sebehodnocením, způsobem myšlení, pozorností či se schopností učit se.
- Sociální vztahy, v rámci kterých hovoříme o osobních vztazích i sociální opoře.
- Prostor, které vnímáme jako přístup k finančnímu zabezpečení, svobodě, bezpečí. Ale také jako přístup k informacím, či sociální péči.
- Spiritualita, která zahrnuje osobní víru a přesvědčení. Úzce souvisí s hodnotovou orientací.
- Úroveň nezávislosti, kterou vnímáme v souvislosti se schopností a možnostmi být v pohybu, udržovat si denní aktivity či pracovní kapacitu.

Dle Ptáčkové (2021, s. 54) je jedním z nejdůležitějších aspektů života právě fyzické zdraví. Jeho dlouhodobé zhoršení totiž značí ohrožení soběstačnosti a autonomie

v souvislosti se svobodným rozhodováním o sobě samém. Ovlivňuje též významným způsobem možnost podílet se a samostatně realizovat smysluplné činnosti, kterými mohou být například zapojení se do společenského dění či setrvávání v denních aktivitách.

Pro žádoucí kvalitu života seniorů uvádí Ptáčková ve svém díle (2021, s. 53) následující předpoklady: jako první zmiňuje skutečnost, že kvalita života je ovlivněna kombinací subjektivních a objektivních vlivů. Prioritní vnímá subjektivní sebehodnocení psychické pohody a zdraví, které převyšuje objektivní ekonomické či sociodemografické faktory. Pro kvalitu života jsou určujícími faktory též zaměstnání, ekonomické zabezpečení, sociální začlenění a sociální vztahy. Jako zásadní předpoklad kvality života uvádí schopnost komunikovat. Obecně však uvádí, že pro vnímání a hodnocení kvality života seniorské populace je klíčový fakt, zda je možné nalézt vhodné kompenzační strategie – tedy schopnost reagovat na nastalé životní situace. Těmi rozumíme například zhoršený zdravotní stav jedince, zdravotní postižení či úmrtí blízké osoby.

## **Sociální služby pro cílovou skupinu seniorů**

Sociální služby jsou služby poskytované jednotlivcům, rodinám a komunitám s cílem zlepšení kvality života a překonání obtíží a krizových situací. Zahrnují širokou škálu podpůrných opatření aktivit, které vedou k překonání obtížných situací a snaze podpořit sociální a emocionální blaho jedinců. Mezi ně patří například sociální poradenství, krizová intervence, sociální rehabilitace a pomoc konkrétním cílovým skupinám, jako jsou senioři, zdravotně znevýhodnění jedinci, matky samoživitelky apod. Sociální služby jsou poskytované prostřednictvím vlády, neziskových organizací, charit či dalších subjektů, Takto definuje sociální služby Zákon č. 108/2006 b, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“): „*Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“<sup>15</sup>

Cílem tohoto zákona je chránit práva oprávněné zájmy osoby, kterým v jejich prosazování brání věk, zdravotní postižení či nepříznivá životní situace. Nepříznivá sociální situace se vztahuje na životní situace, ve kterých se jednotlivci nebo skupiny lidí ocitají v obtížných podmínkách, které mohou negativně ovlivnit jejich životní situaci, pohodu a blaho. Ty mohou souviset se špatným zdravotním stavem, závislostmi, bezdomovectvím, chudobou, sociálním vyloučením, ztrátou zaměstnání či rodinnými problémy. Dále nepříznivé sociální situace mohou být důsledkem různých faktorů, včetně individuálních, rodinných, společenských a ekonomických faktorů. Poskytování sociálních služeb a podpora ze strany vlády, neziskových organizací a komunit může hrát klíčovou roli v řešení těchto situací a poskytnutí podpory a pomoci těm, kteří ji potřebují.

### **Druhy a formy sociálních služeb**

Sociální služby jsou taxativně vymezeny zákonem. Třetí část zákona<sup>16</sup> v §32 a §33 definuje základní druhy a formy sociálních služeb. Druhy sociálních služeb dělíme na služby sociální péče, služby sociální prevence sociální poradenství. Tyto druhy sociálních služeb jsou v rámci zákona vymezeny základní definicí služby a též cílovou skupinou, které je sociální služba určena. Základní činnosti specifikují tzv. úkony, které jsou zahrnuty v prováděcím předpisu - jedná se o vyhlášku č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá

---

<sup>15</sup> ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

<sup>16</sup> Tamtéž.



ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.<sup>17</sup> Úkony pak blíže specifikují jednotlivé činnosti sociálních služeb.

Formy sociálních služeb pak následně dělíme na pobytové, ambulantní a terénní. Poskytovat činnosti v rámci sociálních služeb lze také distanční formou, je-li to možné a vhodné. Poskyvatelé sociálních služeb jsou zapsáni v registru sociálních služeb, který je spravován Ministerstvem práce a sociálních věcí. V rámci elektronického registru nalezneme základní údaje o poskytovateli služeb a o vybrané sociální službě. Jedná se o údaje o poskytovaných službách, cílové skupině vybrané sociální služby a kontaktní informace včetně názvu zařízení, místa zařízení či místě poskytování sociální služby. V registru by měla mít každá sociální služba aktuální informace také o kapacitě poskytované sociální služby, časovém rozsahu poskytování sociální služby, personálním zajištění a plánu finančního zajištění sociální služby (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 61 – 62).

Zaměříme-li se na poskytování sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů, nalezneme širokou nabídku druhů a forem služeb specificky určených pro tuto klientelu. Ondrušová a Krahulcová (2019, s. 63) v rámci ambulantních sociálních služeb jmenují odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, sociálně-aktivizační služby pro seniory či odborné sociální poradenství pro seniory. Do terénních služeb řadíme pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací služby či sociálně-aktivizační služby pro seniory. Poslední jmenovanou formou sociálních služeb jsou služby pobytové, kterými se rozumí domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněná bydlení či odlehčovací služby.

Dlouhodobým problémem, který se ve velké míře promítá do budoucna, je kapacita sociálních služeb, zejména pak těch pobytových. Horký a Průša (2019, s. 23) na tuto situaci upozorňují následovně: *„Česká republika je ve srovnání s kapacitami sociálních služeb (zejména služeb pobytových) dlouhodobě pod evropským průměrem. Tento propad se každoročně zvětšuje tím, jak vyspělé evropské země reagují na zvyšující se poptávku (zejména z důvodu nárůstu podílu starších osob, ale i osob trpících demencí), zatímco ČR reaguje minimálně a se zpožděním. V ČR neexistuje žádný centrální plán na budování kapacit sociálních služeb pro seniory (pobytové služby, terénní služby, denní stacionáře apod.). Aktuální strategické dokumenty se nedotýkají problému nedostatečných kapacit,*

---

<sup>17</sup> ČESKO. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

*včetně návrhů řešení, tj. systematického plánu jejich dovybudování. Centrální investiční podpora je zcela zanedbatelná.“*

Závěrem apeluji na nutnost systémové a systematické změny ve smyslu navýšení kapacit sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů. Pokud k těmto změnám nedojde, lze očekávat ještě větší propad České republiky v porovnání ostatními zeměmi, které problematiku stárnutí obyvatelstva nepodceňují, a na změny s tím související se odpovědně připravují. Horký i Průša uvádí, že Českou republiku čeká stav, který přirovnávají je kolapsu, a který bude mít značný dopad také na ekonomiku naší země (Horký a Průša, 2019, s. 25).

### **Dlouhodobá péče**

Cílem dlouhodobé péče dle Světové zdravotnické organizace je *„zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“* (Sociální služby, 2020, s. 15).

Termínem „dlouhodobá péče“ nazýváme zdravotnický a sociální koncept zaměřující se na poskytování péče a podpory osobám s trvalým zdravotním postižením a chronickými obtížemi či osobám s pokročilým věkem. Dlouhodobá péče si klade za cíl v co největší míře ovlivnit kvalitu života těchto osob a pomoci jim udržet maximální možnou míru jejich soběstačnosti a nezávislosti. Tento termín současně značí komplexní přístup, který zahrnuje širokou škálu služeb od lékařské péče rehabilitací či sociální podpory po osobní péči a obecně podporu v každodenním životě. U seniorů je dlouhodobá péče obzvláště důležitá, jelikož se u této cílové skupiny objevují různá degenerativní onemocnění a dále chronická onemocnění spojená s vyšším věkem. Dlouhodobá péče přímo souvisí s poskytováním služeb seniorům, zejména se s ní setkáme u poskytování pobytových sociálních služeb, kterými jsou domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem.

Ondrušová a Krahulcová (2019, s. 76-77) ve svém díle uvádějí charakteristické rysy a potřeby klientů dlouhodobé péče, kterými jsou: potřeba ošetrovatelské péče; potřeba paliativní péče; potřeba diagnostické a léčebné péče; potřeba průběžného hodnocení zdravotního a funkčního stavu; dlouhodobá sociální péče v podpoře a pomoci druhé osoby v soběstačnosti; seniorská specifická disabilita a křehkost seniorů; zvýšená role rodiny v poskytování neformální péče a seniorskou populaci. Jako klíčový prvek autorky (tamtéž)

dále uvádí potřebnou kontinuitu a koordinaci služeb dlouhodobé péče. Teprve poté mohou odpovídat potřebám klientů a současně tak mohou efektivně využívat finanční, materiální a personální zdroje.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Karlovou univerzitou, fakultou humanitních studií, vydalo roce 2010 *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* (Válková a kol., 2010, s. 27-30). V něm na situaci ohledně zajištění dlouhodobé péče reagují následovně: „*Přestože jednotlivé členské země EU deklarují, že zajištění koordinace a kontinuity služeb považují za svou prioritu, v mnoha zemích zůstává tento úmysl pouze deklarován. Patří zde zejména země bývalého postkomunistického bloku, a to včetně České republiky. Tato nedostatečná koordinace zdravotnických a sociálních služeb je zdrojem nedostatečné funkčnosti služeb dlouhodobé péče a návaznosti péče zdravotní a dlouhodobé.*“

Na skutečnost, že v České republice není koordinace zdravotních a sociálních služeb pro zajištění dostupné a kvalitní dlouhodobé péče není dostatečná, se zaměřuje také *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí*, který obsahuje tvrzení: „*Jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je integrace zdravotních a sociálních služeb. Několik různých poskytovatelů a zdrojů financování ztěžuje zajištění kontinuity a komplexnosti péče. Rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů a poskytovatelů zvyšuje riziko fragmentace a nedostatečné koordinace služeb, nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele, neflexibilních služeb a nejasné odpovědnosti za cíl a výsledky péče.*“<sup>18</sup>

Lze konstatovat, že zajištění dlouhodobé péče je klíčovou výzvou v mnoha zemích, včetně České republiky. Nedostatečná koordinace mezi zdravotními a sociálními službami často vede k nefunkčnosti péče a nedostatečné návaznosti mezi různými typy péče. Integrace těchto služeb je nezbytná pro poskytování komplexní a kvalitní péče seniorům a lidem s dlouhodobými potřebami. Vytvoření efektivního systému, který bude schopen koordinovat tyto služby a poskytovat kontinuitu péče, je klíčovým krokem vedoucím ke zlepšení situace v oblasti dlouhodobé péče.

---

<sup>18</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí*. 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/narodni-akcni-plan-podporujici-pozitivni-starnuti>. [cit. 2024-05-02].

## 1.4 Domov pro seniory a jeho specifika

Domovem pro seniory rozumíme zařízení poskytující dlouhodobou péči a ubytování určené seniorské populaci. Jedná se o pobytovou sociální službu poskytující širokou škálu služeb sociální péče včetně stravování, osobní péče a zdravotní péče. Součástí poskytovaných služeb jsou také volnočasové aktivity a programy, jejichž účelem je zajistit plnohodnotný společenský život a současně napomáhat socializaci klientů zařízení. Cílovou skupinou domova pro seniory jsou osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku či zdravotního omezení, jejichž situace vyžaduje zajištění pravidelné pomoci prostřednictvím jiné fyzické osoby. Domov pro seniory by měl být místem, které je pro klienty bezpečné, podpůrné, a kde péči klientům zajišťuje kvalifikovaný personál (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61).

Prostředí domova pro seniory odpovídá potřebám seniorům a současně také různým úrovním péče o ně. Ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2016 vydalo *Materiálně technický standard pro domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem*, který upravuje parametry prostředí pro poskytování pobytové sociální služby seniorům. Jedná se o následující parametry:

- *Kapacita* v rámci počtu klientů, počtu lůžek na pokoji, velikosti sdílených prostor, úložných prostor, zázemí zdravotní péče či jídelny s prostorem pro přípravu stravy.
- *Budova* zařízení by měla být bezbariérová, dostupná a měl by disponovat potřebným vybavením.
- Senior by měl mít v rámci zařízení *přístup k vybavení* ve svém pokoji, ke koupelně, toaletě, hygienickým potřebám a k signalizaci.
- *Přístup ke zdrojům informací* je dalším parametrem, který zahrnuje umožnění využívat telefon, televizi, internet a další elektro přístroje.
- Posledním jmenovaným parametrem jsou *technicko-provozní vlastnosti*, mezi které zahrnujeme teplotu v zařízení, využití vody a odběr elektřiny klientem.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., dále uvádí základní činnosti, které by pobytová sociální služba domova pro seniory měla obsahovat:<sup>19</sup>

- *poskytnutí ubytování*
- *poskytnutí stravy*

---

<sup>19</sup> ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

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

Součástí domova pro seniory by měl být multidisciplinární tým pracovníků. Rozumíme tím skupinu odborníků, kteří vzájemně spolupracují na poskytování péče klientovi v daném zařízení domova pro seniory. Členy týmu mohou být např. zdravotní personál, pečovatelský personál, sociální pracovníci, aktivizační pracovníci, psychiatři či nutriční terapeuti. Tento tým je v rámci zajištění péče o seniora integrovaný, komplexní, a ke klientovi přistupuje zcela individuálně, se zohledněním jeho aktuálních možností, schopností, zdravotního a psychického stavu.

## 2 Psychosociální adaptace

Je-li zabezpečena dostatečná kvalita života seniorů, můžeme tuto skutečnost považovat za výchozí předpoklad psychosociální adaptace této cílové skupiny na nové neznámé prostředí. Tyto dva faktory se vzájemně ovlivňují, tedy cílem psychosociální adaptace je zejména zvýšení kvality života seniorů (Ptáčková, 2021, s. 52). Psychosociální adaptace na stáří je velmi individuální. Každý člověk ji prožívá jinak v závislosti na svých osobních zkušenostech, zdrojích podpory ze svého okolí, a vnímání stárnutí jako takového. Jedná se o proces, který zahrnuje změny a přizpůsobení se osobnosti, sociálním rolím a vnímání vlastního věku a fyzických schopností během stárnutí. Tento proces může být ovlivněn různými faktory, zahrnující zdravotní stav, životní událost, sociální podmínky či individuální zkušenosti. Zaměření se na problematiku adaptace je nezbytné nejen z důvodu porozumění lidskému chování, a s nimi souvisejících psychologických mechanismů, ale současně též pro realizaci možných intervencí a podpůrných programů, které následně slouží k lepšímu přizpůsobení se změnám v životě jedince.

### Příprava na stáří

Ještě před samotnou adaptací na institucionální péči ve stáří, je pro člověka primární zaměřit se obecně na přípravu na stáří. Jedná se o proces, který zahrnuje plánování, která vedou k následné adaptaci na změny a výzvy, jež postupně nastávají s pokročilým věkem. Proces přípravy zahrnuje nejen praktické kroky, které musí v tomto období jedinec učinit, ale současně se soustředí také na psychologickou a emocionální složku, která je těmto změnám přítomna. Přípravu na stáří rozlišujeme z krátkodobého, středně dlouhého a dlouhodobého hlediska (Příbyl, 2015, s. 23).

**Krátkodobá** příprava na stáří se zaměřuje na posledních 3 – 5 let před plánovaným odchodem do starobního důchodu. Příbyl (2015, s. 24) ve svém díle uvádí jako klíčovou skutečnost mít dostatek informací o možnostech dalšího aktivního způsobu života a též dostupnost zdravotních a sociálních služeb. Dále doporučuje nahlížet reálně na představy a plány jedince do budoucna ve spojitosti s jeho fyzickým a psychickým stavem a možnostmi. Z praktického hlediska pak radí v období krátkodobé přípravy na stáří zvážit úpravu bytu tak, aby vyhovoval potřebám člověka v důchodovém věku, s ohledem na jeho možné zhoršení fyzického i psychického stavu do dalších let.

**Středně dlouhá** příprava na stáří by měla dle Příbyla (2015, s. 23) začínat nejpozději 10 let před ukončením ekonomické aktivity. Je zaměřena na tři základní problémové okruhy. První dva jsou následující: osvojení si zásad zdravého životního stylu a přijímání stáří jako součásti života. Jako třetí klíčový okruh pak uvádí sociální rovinu, která se soustředí na budování mimopracovních aktivit a vytváření interpersonálních vztahů i mimo pracoviště, čímž jedinec posiluje svou síť sociálních kontaktů.

**Dlouhodobá příprava** na stáří zahrnuje celoživotní snahu o harmonický a smysluplný vývoj jedince, o stabilní rodinné vztahy, dále motivaci ke vzdělávání, společenským aktivitám a k rozvíjení osobních zájmů člověka. Příbil (2015, s. 23) zdůrazňuje důležitost neustálého respektu k seniorům. Podpořit tuto skutečnost můžeme tak, že budeme již v období adolescence pečovat o vlastní vztahy a partnerství a vést také stejným způsobem vnoučata k péči o prarodiče. K dlouhodobé přípravě na stáří připojuje Příbil (tamtéž) též významnost vhodné životosprávy, dostatku pohybu a zdravého stravování.

Jedinec postupně reaguje na změny a získávání nových sociálních rolí, které s sebou období životní etapy stáří přináší. Tento proces má dle Příbyla (2015, s. 24) několik fází, které na sebe plynule navazují:

1. **Samotná příprava na důchod:** jedná se o fázi, která zahrnuje jedincovo uvědomění si svých možností a výhod, které role seniora přináší. V této fázi by si měl jedinec uvědomovat zejména pozitiva s tímto novým věkovým mezníkem.
2. **Bezprostřední reakce na změnu:** je odrazem celoživotního postoje jedince, kdy opustí dosavadní životní styl, avšak nový si teprve postupně vytváří. Jedinec může pociťovat uspokojení a zároveň obavy a pocit nejistoty z budoucnosti.
3. **Deziluze a postupné přizpůsobování,** které následně přichází, můžeme nazývat také fází rozčarování. Jedinci postupně dochází, že se mu vlivem nové etapy stárnutí změnil život. Mohou se objevovat pocity prázdnoty, proto je důležité mít na paměti zachování denních aktivit, kognitivního tréninku a socializace.
4. **Adaptace na nový životní styl** je poslední fází procesu. Dochází k ustálení nové životního stereotypu a ke snaze udržet si pocit životní spokojenosti.

## Reakce a přístup seniora v kontextu adaptace

Prostřednictvím adaptace na stáří reaguje jedinec svým chováním a jednáním na životní okolnosti a změny, které s věkem přicházejí. Dle svých osobních zkušeností vyhledává způsoby a strategie, kterými se s těmito změnami a okolnostmi vyrovnává. K této životní etapě zaujímá různé přístupy, na základě své flexibility a adaptability, případně může tento proces ovlivnit také okolí jedince svou podporou a poskytováním dostupných zdrojů k saturaci individuálních potřeb seniora. Příbyl (2015, s. 26) jmenuje ve svém díle několik modelů adaptace na stáří, se kterými se můžeme u seniora setkat. Hovoříme-li o ideálním přístupu v rámci adaptace, jedná se o *konstruktivní přístup* ke stáří. V rámci tohoto přístupu jedinec nadále pokračuje v realizaci svých zájmových aktivit, a těší se z toho, co mu život přinese. Jeho cílem je být maximálně soběstačný a jeho okolí jej vnímá jako přizpůsobivého či tolerantního. Opačně vnímáme postoj, který je obranný, a v rámci kterého senior považuje etapu stáří za negativní, brání se jí. Jedná se například o seniory, kteří do důchodu odcházejí až ve chvíli, jsou-li k tomu okolnostmi donuceni. Dále tito jedinci lpí na svých konvencích a mají své emoce pod kontrolou. Senior, který zaujímá *přístup závislý na okolí*, především spoléhá na skutečnost, že se o něj vždy někdo postará. Preferuje odpočinek a pohodlí, jeho závislost je však zpravidla důsledkem jeho omezené míry soběstačnosti. S *nepřátelským postojem* se setkáme u seniorů, kteří nemají dostatečné kompetence pro adaptaci na novou situaci. U těchto seniorů se mohou objevovat agresivní a podezřívavé tendence či obviňování druhých. Posledním modelem, kterým může senior reagovat na změny ve stáří, je *sebe nenávistný* model. Jedinec se v tomto případě cítí velmi osamělý, má sklon k depresím a pocitu zbytečnosti. Všechny výše uvedené modely se mohou navzájem ovlivňovat a prolínat během životní fáze stárnutí. Existují však nástroje, kterými lze těmto negativním modelům předcházet. Hovoříme o podpoře sociální interakce, zajištění zdravého životního stylu, možnosti pravidelné fyzické aktivity, a neopomínáme též důležitost psychologické pomoci a odborného poradenství zaměřujícího se na cílovou skupinu seniorů. Tyto skutečnosti mohou následně vést k žádoucí psychosociální adaptaci jedince, jak na životní etapu stáří, tak i nové prostředí institucionální péče.

Psychosociální adaptace v sobě zahrnuje interakci mezi psychickými procesy, kterými jsou emoce, myšlení a vnímání, a sociálními faktory, jako jsou vzájemné vztahy, sociální normy či role jedince. Koncept „pěti pé“, který ve svém díle představuje Švancara (2005, s. 86), se blíže věnuje problematice psychosociální adaptace v kontextu životní perspektivy, pružnosti, prozíravosti, porozumění a potěšení.



V rámci *životní perspektivy* je pro seniora optimální stanovit si nové a přiměřené cíle, které by mohly naplňovat jeho očekávání. Dobře adaptovaný senior se zaměřuje právě na svou budoucnost. Oporou mu mohou být i kreativní činnosti. *Pružný přístup* představuje přijetí nových věcí a schopnost měnit své zvyklosti. V rámci tohoto přístupu je senior schopen navazovat a udržovat sociální kontakty a pozitivně reaguje na měnící se prostředí. Pro předvídání budoucího průběhu situací, a následného řešení nastalých problémů, slouží jedinci schopnost být *prozíravý*. Ta se rozvíjí vlivem zkušeností, ať už jsou kladné či záporné. Schopnost *porozumění* je pak chápána jako klíčová v rámci udržení dobrých rodinných i sociálních vazeb. Je-li senior dobře adaptován, dokáže se vcítit do druhých a porozumět tak jejich potřebám a jednání. Vhodné porozumění je žádoucí zejména ve spojitosti s generační propastí. Pro udržení si radosti ze života je vyhledávání potěšení i v období stáří velmi žádoucí. Jedná se o koncept utvářený individuálními přáními a potřebami každého seniora (Švancara, 2005, s. 87)

## 2.1 Faktory ovlivňující adaptaci seniora v ústavním zařízení

Adaptace seniora na nové pobytové zařízení ústavní péče je ovlivněna několika pozitivními faktory, které přispívají k jeho spokojenosti po této velké životní změně. (Matoušek, s. 181). Pro seniora je velmi důležité moci si svobodně vybrat osobu, která mu bude dopomáhat se sebedpěčí, podávat léky a stravu či doprovázet po domově. Dále je pro něj důležitá možnost volby v rámci stravy, času vstávání, výběru aktivity, času usínání a vstávání či možnosti kdykoli odejít a vrátit se nazpět do zařízení. Možnost volby si žádá velmi individuální přístup ke klientovi. Mnohdy však záleží také na personálním složení pracovníků v daný den a kapacitě personálu.

Je však vhodné brát v potaz také negativní faktory adaptace. Friedman (2005, s. 34) jmenuje několik z nich, které se mohou v rámci domova pro seniory vyskytnout a tím tuto klientelu negativně ovlivnit. Negativní faktory rozděluje na *vnitřní problémy klientely*, *vnitřní problémy poskytovatelů služeb*, *vnitřní problémy organizace a řízení domovů*, *vnitřní problémy budovy domova*, *vnitřní problémy vybavení domovů*, *vnitřní problémy zdravotnické a další služby v domovech*.

Mezi *vnitřní problémy klientely* řadí zejména ztrátu vazeb, jak s rodinou, tak s přáteli a dalšími blízkými osobami. Seniora současně ohrožuje omezená míra soukromí a dezorientace v novém prostředí. Jako *vnitřní problémy klientely* vnímá též komunikaci mezi poskytovatelem služeb, tedy personálem a seniorem, či ztrátu plnoprávné občanské

pozice. Mezi *vnitřní problémy poskytovatelů služeb* řadí nekomplexnost modelu zdravotnické a sociální péče, práci ve stresu při zajišťování péče, malou či mnohdy žádnou spoluprací s rodinou, nízkou motivaci poskytovatelů služeb. *Vnitřní problémy organizace* a řízení domovů souvisí s pracovní náplní, která zcela nereflexuje specifika klientely, zaujímá nedostatečný týmový přístup a málo spolupracuje s dalšími zařízeními či nespolečuje s dobrovolníky. *Vnitřní problémy budovy domova* souvisí s prostorovým přetížením, bariérami či s nedostatkem prostoru se soukromím pro klienty v terminálním stádiu. *Vnitřní problémy vybavení domovů* zahrnují nedostatečné vybavení pro aktivity seniorů či nedostatečné vybavení pro imobilní uživatele. Poslední jmenované *vnitřní problémy zdravotnické a další služby domova* se týkají nedostatečného komplexního přístupu vůči klientovi, kdy se řeší pouze jeho okamžitý stav (Friedman, 2005, s. 35).

Hrozenková (2008, s. 85) tvrdí, že adaptace nového klienta na prostředí sociální služby vyžaduje individuální a osobitý přístup ze strany všech pracovníků institucionálního zařízení. Cílem adaptace je dle Hrozenkové zejména předejít pasivnímu či depresivnímu postoji k životním změnám vedoucím k maladaptivnímu přístupu jedince. Doporučuje, aby pracovníci k novému klientovi přistupovali dle jeho povahových vlastností, individuálních zájmů, zvyků a přání. Současně dává důraz na vypracování individuálního adaptačního plánu. Ve svém díle rozlišuje tři typy adaptace seniora na zařízení ústavní péče (Hrozenková, 2008, s. 85):

1. *Dobrá adaptace*: nový klient je aktivní, zapojuje se do veškerých činností již od prvních dní, navazuje nové kontakty se spolubydlícími i s personálem.
2. *Vyhovující adaptace*: klient sám neprojevuje aktivní zájem o své okolí, avšak nejeví se zcela maladaptivní – tedy sám se nezapojí do navazování nových vztahů, avšak přijímá přítomnost druhých osob. K výzvám personálu má pasivní postoj, nicméně plní je, avšak bez zájmu.
3. *Špatná adaptace*: klient je depresivní, apatický, nejeví žádný zájem o své okolí a vůči personálu a spolubydlícím se staví odmítavě. Špatně adaptovaný klient nespolečuje a není motivován pro jakoukoli činnost.

Sociální služby, poskytující pobytovou péči seniorské klientele, by měly mít nastaveny v rámci poskytování služeb takové podmínky, které klientům jejich adaptaci v novém prostředí v co největší míře usnadní. Senior se po vstupu do institucionální péče musí vyrovnat s neznámým prostředím, osobami i situacemi, pro něj mohou znamenat ztrátu potřebné míry svého soukromí. Klíčovým faktorem, před zahájením pobytové sociální

služby, je mít dostatek informací o prostředí, kde bude senior žít. Nejlepší možností je navštívit společně se seniorem zařízení, ve kterém má podanou žádost na pobytovou sociální službu. Senior může též využít sociálního poradenství pro zjištění aktuálních a komplexních informací o službě. Dále je nezbytné po celou dobu seniora plně motivovat, a to již před zahájením služby, a také v rámci adaptačního procesu, kdy jsou kontakty s rodinou pro seniora velmi podporující. Pozitivně lze adaptaci seniorů ovlivnit prostřednictvím pomoci v orientaci v zařízení, bezbariérovou úpravou či psychickou oporou jedince. Předcházíme tak rizikům a zátěžím, způsobeným odstěhováním do ústavního zařízení, mezi něž patří zejména neznalost nového prostředí, dezorientace a sociální izolovanost. Klienti jsou ohroženi také ztrátou autonomie, dále již zmíněného soukromí, ale také nevhodným chováním personálu či spolubydlících (Kalvach a kol., 2004, s. 67).

### 3 Aktivizační činnosti

Aktivizační činnosti hrají v oblasti sociální péče velmi důležitou roli. Využívány jsou k podpoře klientů při dosahování určitých cílů, změn či k udržení nebo zvyšování dosavadních schopností a dovedností. Aktivizační činnosti by měly být navrženy tak, aby u jedince podněcovaly aktivitu a participaci. U seniorů realizace aktivizačních činností podporuje jejich sociální interakci a pozitivně přispívá k pocitu pohody a k dobré kvalitě života. Je však nezbytné, aby byly v rámci plánování aktivit zohledněny možnosti seniora, míra jeho soběstačnosti, jeho zdravotní a psychický stav, mobilita a také osobní preference. Ondrušová a Krahulcová (2019, s.112) popisují tuto problematiku následovně: „*Aktivizace je činnost prováděná formou aktivit, jež jsou zaměřené na podporu mentálních schopností, sensorických schopností a tělesné aktivity.*“ Zároveň důrazně doporučují techniky aktivizace přizpůsobovat věku, aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu, počtu klientů a prostorovým i časovým možnostem (tamtéž).

Aktivizační činnosti mohou být přínosné v mnoha oblastech. Snaží se o zachování autonomie seniora, tedy mohou podpořit jeho úroveň soběstačnosti. Dále umožňují seniorům eliminovat deprese, úzkosti či neklid. Zlepšují psychický stav jedince a podporují jeho psychickou odolnost. Díky aktivizačním činnostem se může zlepšovat forma verbální i neverbální komunikace a též kvalita kognitivních funkcí (Kolektiv autorů, 2018, s. 11).

Aktivizační činnosti jsou také zaměřeny na projevy a důsledky stáří, které významně ovlivňují běžný denní život seniorů. Tato skutečnost se týká změn funkcí v oblasti psychické a fyzické. Mezi psychické změny seniorů řadíme například zhoršení krátkodobé paměti, zhoršení schopnosti koncentrace, zpomalení psychomotorického tempa či snížení sebedůvěry a adaptability. V rámci fyzickém změn pak jmenujme například snižování sensorické a motorické kapacity, úbytek svalové hmoty, energie a síly či snížení odolnosti organismu vůči nepříznivým vlivům (kol. autorů, 2018, s. 9 - 10).

Programy činností jsou prováděny aktivizačními pracovníky, kteří by měli být průběžně vzděláváni v oblasti zaměřené na specifika práce s cílovou skupinou seniorů. Taktéž je vhodné, aby pracovníci dokázali správně vyhodnotit, nakolik se určitá aktivita hodí pro vybranou skupinu či konkrétního klienta, s ohledem na jeho soběstačnost, zdravotní a psychický stav. U aktivizačních technik hrozí také rizika v případě, postupuje-li pracovník takovým způsobem, v rámci něhož nezohledňuje individuální možnosti klienta. Tím může být např. (Kolektiv autorů, 2018, s. 12):

- Nezáměrné vystavení klienta situaci, kdy dojde ke zdůraznění jeho slabých stránek, a následně k jeho demotivaci k činnosti.
- Narušení skupinových aktivizačních programů z důvod vzájemné antipatie mezi některými členy skupiny.
- Nižší tempo některých členů skupiny, při kterém je pro další členy skupiny náročné být trpělivý.
- Vybavení si nepříjemných či bolestivých vzpomínek při určité aktivitě.
- Účast na aktivizačních činnostech by měla být zcela dobrovolná a nikoli povinná.

Aktivizační pracovník může těmito situacím předcházet například zaměřením se na nesoutěživost mezi klienty a na podporu jejich vzájemné spolupráce. Důležité je rovněž mít přehled o minulosti klienta a přistupovat ke všem účastníkům individuálně. Výběr aktivit by měl odpovídat požadavkům a dovednostem vybrané cílové skupiny klientů. Pracovníci by měli být nejen zkušení v praktické rovině realizace aktivit, ale též v teoretické. Prostředí, pro provádění aktivit, by mělo být zejména bezpečné, klidné, bez rušivých vjemů, bezbariérové a přizpůsobené fyzickým možnostem klientů. Dnešní doba nabízí nepřehledné množství aktivit pro seniory, a je jen na konkrétním zařízení a jeho pracovnících, jaké si pro svou klientelu zvolí, s ohledem na možnost poskytování a současně s ohledem na individuální možnost a schopnosti klientů či jejich míru soběstačnosti. Základní dělení aktivit je však na individuální a skupinové typy aktivizace. Oba typy mají svá významná specifika, která ve svém díle blíže popisují Ondrušová a Krahulcová (2019, s. 128):

#### *Individuální aktivizace*

V rámci realizace individuálních aktivit u klientů v domovech pro seniory se soustředíme na jejich individuální možnosti a přání. V rámci individuálních aktivit s klientem je klíčová komunikace a zpětná vazba. Čas, vyhrazený pro realizaci aktivizační činnosti, věnujeme pouze klientovi, tedy aktivity a program jsou přizpůsobeny pouze jedné konkrétní osobě. V individuálních aktivitách vycházíme primárně z životního příběhu klienta. Respektujeme a podporujeme jeho záliby a koníčky. Zohledňujeme též jeho rodinné vazby či bývalá povolání. Individuální aktivity jsou zaměřeny na podporu autonomie klienta, a snažíme se, aby byl dáván důraz zejména na zapojení klienta. V rámci individuálních aktivit se klientovi věnujeme například formou rozhovoru, předčítáním, trénováním paměti. Klíčové je realizovat individuální aktivity dle přání klienta.

## *Skupinová aktivizace*

Skupinová aktivizace ve velké míře přispívá k upevňování vztahů, sociálních vazeb a k vzájemné komunikaci klientů. Cílí na sdílení zkušeností a názorů, mezi jednotlivými členy, a na motivaci k zapojení se do týmové spolupráce při realizaci činností. Je nezbytné zaměřit se na tempo a individualitu všech účastníků. Aktivity by se měly soustředit na preference a specifické potřeby vybrané skupiny seniorů, a jejich výběr by měl odpovídat dosavadním možnostem a schopnostem klientů ve skupině. Mezi aktivity, realizované v rámci sociální služby domova pro seniory, zahrnujeme například: trénování paměti, pohybové aktivity, muzikoterapii, reminiscenční terapie, canisterapii, felinoterapii, bazální stimulaci a další.

V kontextu zkoumaného domova pro seniory, kterému se autorka blíže věnuje v navazující empirické části práce, jsou vybrány pro bližší charakteristiku čtyři typy aktivit, které jsou v tomto zařízení nejčastěji využívány při práci s cílovou skupinou seniorů:

### **Reminiscenční terapie**

Reminiscenční terapie je druh terapeutického přístupu, který se zaměřuje na podporu paměťových funkcí a psychické pohody u seniorů. Mnohdy se setkáme také s názvem „*vzpomínková terapie*“. Tato terapie využívá vzpomínání na minulé události, zážitky a osobní příběhy k podpoře komunikace, sociální interakce a pocitu identity.

Reminiscence v překladu znamená rozpomenout se, vzpomenout si. Tedy v konceptu práce se seniory můžeme reminiscenci definovat jako vybavování si událostí a okamžiků ze života. Tato skutečnost následně přispívá k poznání člověka, a tím následně k navázání vztahu, který je v rámci poskytování péče klientovi ze strany personálu základem pro kvalitní péči (Kolektiv autorů, 2018, s. 120). Mgr. Eva Vostálová (Sociální služby, 2020, s. 20) považuje za základ reminiscenční terapie rozhovor. Ten se dotýká mnoha oblastí a období, která se odehrály v průběhu života každého člověka. Jmenuje například prožívání dětství, školní léta, zájmy a volnočasové aktivity, práci a další životní okamžiky.

Mgr. Eva Vostálová, autorka textu o reminiscenci jako nástroji pro prevenci sociálního vyloučení, vnímá zavedení této metody do aktivizačních činností jako nástroj prevence sociálního vyloučení osamělých seniorů (Sociální služby, 2020, s. 20). Formy realizace této aktivity mohou být různorodé. Například si každý účastník může přinést na setkání předmět z minulosti, o kterém bude následně hovořit. Senioři se tak v rámci

této aktivity dělí o své vzpomínky se svými vrstevníky. Při vzpomínání ve skupině klienti nachází spojitosti mezi svými životními zkušenostmi a zkušenostmi jiných lidí (tamtéž).

Dále lze tuto metodu v praxi realizovat prohlížením starých fotografií, dokumentů, vyprávěním příběhů či formou tance, zpěvu a recitace. Znamé jsou rovněž reminiscenční místnosti, které mohou klientům připomenout jejich domácí prostředí (Sociální služby, 2020, s. 20). Použitím této aktivity vhodně přecházíme problémům souvisejících se ztrátou paměti (Hrozenská, 2008, s. 116).

### **Bazální stimulace**

Bazální stimulace je terapeutická metoda zaměřující se nejen na stimulaci smyslů, ale také na psychickou pohodu jedince, podporu mobility či zlepšení vzájemné komunikace. Cílem této metody je zachovat u klienta pocit vlastní sebehodnoty a sebeúcty. Bazální stimulace je ve velké míře využívána u klientů, kteří nejsou schopni vlivem svého zdravotního či psychického stavu vést komunikaci a interakci se svým okolím. Jedná se o techniku, která může být vhodnou cestou k nalezení vzájemného spojení.

Významnou osobností v problematice bazální stimulace je doktorka Friedlová, která vnímá skutečnost, že i osoby s těžkým nebo hlubokým postižením mají určité schopnosti pro stimulaci a rozvoj svých reakcí. Doktorka Friedlová vidí i u těchto znevýhodněných jedinců potenciál pro komunikaci a učení za předpokladu, je-li nalezen vhodný přístup, který tyto jedince bude motivovat a podporovat (Sociální služby, 2020, s. 36-37).

Základními podněty, které lze v rámci bazální stimulace využít, je taktilní podnět, vibrace, vestibulární podněty, dále pak čichové, chuťové, sluchové, zrakové. Například s využitím vibračních metod se můžeme setkat u neslyšících či u osob s velmi zhoršenou funkcí sluchu. Při realizaci této metody lze provádět ruční vibrační stimulace na kloubech a dolních končetinách, případně je možné využít pomůcky, kterými jsou vibrační polštářky či rezonanční desky. Tento typ stimulace má značný efekt pro stimulaci vnímání svého těla a následný nácvik mobility a sebeobsluhy. Dále čichové a chuťové podněty stimulujeme za pomoci vonných tyčinek či dalších různorodých chuťových vjemů. Při stimulaci sluchových a zrakových smyslů lze využít kontrastní materiály či tlumenou hudbu. Taktilně-haptická stimulace se realizuje zejména u dezorientovaných klientů, kdy dezorientace může vést až k jejich sebepoškozování. Tato metoda bazální stimulace napomáhá odpoutat

pozornost jedinců, a zajistit jim tak bezpečí – např. tím, že klientovi umožníme poznat různé předměty podle hmatu. Prostřednictvím taktilního podnětu se tedy zaměřujeme na dotek či fyzický kontakt. Dalším typem bazální stimulace je somatická stimulace, která se využívá k podpoře relaxace či snížení stresu. Jedná se například o polohování imobilních klientů do polohy hnízda či mumie – při ohraničení těla získá klient pocit bezpečí a současně je schopen lépe vnímat své tělo (Vostrý a Veteška, 2021, s. 139-140). Doktorka Maloň Friedlová (Sociální služby, 2023, s. 30) zmiňuje také optickou simulaci. Ta funguje za předpokladu, že zohledníme, že oko seniora není schopné vnímat celou širokou paletu barev. Soustředíme se tedy zejména na syté barvy v základním odstínu. Druhů bazální stimulace je tedy široké množství a je jen na individuálním zohlednění, která metoda je vhodná pro konkrétního jedince, dle jeho preferencí, potřeb a možností.

## **Muzikoterapie**

Jedná se formu terapie využívající hudbu a hudebních aktivit jako prostředek k dosažení psychické a emocionální pohody či podpory v rámci sociálních interakcí, motorických schopností či kognitivního rozvoje jedince. Muzikoterapie je velmi účinným prostředkem v předcházení mentálních problémů včetně depresí, stresu, úzkostí, demence či různých neurologických poruch. Vostrý a Veteška (2021, s. 150) ve svém díle muzikoterapii popisují jako léčebnou techniku, která má jasně daná pravidla, a stanovený terapeutický cíl. Muzikoterapie je chápána jako jedna z expresivních arteterapeutických technik.

Nejčastěji se setkáme se skupinovou muzikoterapií. Individuální muzikoterapie je spíše ojedinelá. Klientovi je umožněno prostřednictvím hudebního zážitku zkoumat a prohlubovat své zkušenosti se sebou samým a se světem, který jej obklopuje. Hudba nabízí možnost neverbální komunikace. Aktuálním trendem v rozvoji muzikoterapie je tzv. komunitní muzikoterapie. Jedná se o koncept, se kterým se setkáváme například v podobě festivalů pro seniory či charitativních koncertů (Sociální služby, 2023, s. 20).

Hudba na člověka působí komplexně. Může u nás vyvolávat specifické pocity a emoce, v případě, máme-li hudbu spojenou s nějakým výrazným zážitkem. Mezi muzikoterapeutické metody lze zařadit hudební improvizaci, vokální psychoterapii, neurologickou muzikoterapii, receptivní muzikoterapii a další. Díky muzikoterapeutickým metodám lze prozkoumávat hlasové možnosti a zlepšovat například dechovou kapacitu plic



či zvyšovat vlastní sebeuvědomění. Lze předpokládat, že se studium muzikoterapie bude stále více dostávat do obecného povědomí, a to z důvodu propojování vědy, umění a terapie (Sociální služby, 2023, s. 10 – 11).

## **Trénování paměti**

Trénování paměti je u seniorské populace klíčové pro udržení či zlepšení kognitivních funkcí. Trénink kognitivních funkcí představuje systematický proces, který zahrnuje různé aktivity a cvičení, jež jsou navrženy k posílení a zlepšení mentálních schopností jedince. Tyto aktivity mohou obsahovat hry či úkoly zaměřené na paměť, logické hádanky a další stimulující činnosti, které následně podporují rozvoj paměti, koncentraci, procesy rozhodování a další kognitivní dovednosti. Cílem tréninku paměti a kognitivních funkcí je optimalizace duševní výkonnosti a ochrana kognitivního zdraví proti úpadku spojenému s věkem. U seniorské populace prostřednictvím kognitivního tréninku snižujeme právě riziko kognitivního úpadku spojeného s neurodegenerativními onemocněními, kterými je například Alzheimerova choroba či další typy demence.

Ačkoli se může zdát, že vlivem různých procesů souvisejících s věkem, se mohou naše kognitivní funkce zhoršovat, není tomu tak. Plasticita mozku je celoživotní. Zaměříme-li se na určité schopnosti a dále je trénujeme, zpravidla se takélepší náš výkon. Při nezatěžování mozku klesá počet synapsí, které mohou poté snižovat i naše kognitivní schopnosti. Objevují se však změny kognitivních funkcí, které souvisí s vyšším věkem. Mezi ně patří například: zpomalení v reakcích, snížená schopnost rozdělovat pozornost, zabíhavé myšlení či problémy s vybavováním.

Vostrý a Veteška (2021, s. 121) ve svém díle popisují, že trénování paměti můžeme realizovat jak individuálně, tak skupinově. Při individuálním trénování paměti je vyžadováno mnohem větší zapojení klienta, a to je žádoucí. Tato forma je v praxi mnohem intenzivnější, jelikož se zaměřujeme přesně na tu kognitivní oblast, kterou je potřeba více stimulovat.

Při skupinovém trénování paměti účastníci vzájemně spolupracují a stimulují se navzájem. U tréninku paměti jsou střídány různé formy práce tak, aby činnost nebyla monotónní. V rámci trénování paměti lze využít mnoho pomůcek. Některé si lze i vyrobit. Jedná se např. o pracovní sešity či různé obrázkové sady, které obsahují karty s fotografiemi,

úkoly, hrami či obrázky. V rámci výběru smyslové pomůcky měla být zohledněna např. bývalá profese klienta a okruh jeho zálib (Sociální služby, 2021, s. 36).

Specifickou profesí v této oblasti jsou pak tzv. trenéři paměti, jejichž vzdělání je akreditováno Ministerstvem práce a sociálních věcí. Tito trenéři působí v sociálních či zdravotnických službách a jsou vyškoleni k provádění tréninku paměti s různými věkovými skupinami (Sociální služby, 2021, s. 44).

## **Pohybové aktivity**

Pravidelná realizace pohybových aktivit je u seniorů nezbytná k udržení jejich fyzické kondice, posílení rovnováhy, koordinace. Současně pohybové aktivity snižují riziko mnoha zdravotních problémů spjatých se stárnutím. Souhrnně lze říci, že základním cílem pohybových aktivit u seniorů je prodloužení aktivní, nezávislé fáze života.

Holmerová a kol. (2014, s. 139) shrnuje pozitivní účinky pohybových aktivit na jednotlivých úrovních následovně:

- zvýšení pevnosti kostí
- produkce endorfinů, která následně vede ke zlepšení životní pohody
- zvýšení kapacity kardiovaskulárního systému
- snížení procenta tuku
- snížení glykemie
- snížení celkového cholesterolu

Pohybové aktivity vedou nejen k udržení si fyzické kondice, ale k psychické pohodě. Malíková (2020, s. 246) uvádí přehled cvičení, která jsou vhodná pro seniory: protahovací a uvolňovací cvičení v sedě, vleže, vstoje; cvičení s hudbou; cvičení chodidel; dechová cvičení či vybrané cviky jógy.

Holmerová a kol. (2014, s. 140) dále uvádí vhodný průběh pohybových aktivit, které by měly vždy začínat rozcvíčkou, díky níž se pohybový aparát připraví na následující činnosti. Doporučuje zaměřit se na protažení po procitnutí s uvolněním kloubů, a to zejména v oblasti páteře, následně na podporu bráničního dýchání a koordinaci pohybu s dýcháním. Cvičení pak rozděluje na fázi úvodní, pracovní a zklidňovací. Úvodní fáze obsahuje aktivní rozcvičení a následné protažení. V pracovní fázi je cvičení nejintenzivnější. Poté následuje

fáze zklidňovací, při které se pokračuje v aktivitě s nižší intenzitou. Tato fáze je zakončena finálním protažením.

Pohybové aktivity by měly být plánovány s ohledem na fyzické možnosti seniorů, dle jejich preferencí a na základě jejich fyzické kondice. Aktivity mohou být individuální, častěji se však v rámci institucionálních zařízení pro seniory realizují skupinovou formou. Důležité je připomenout, že by tyto aktivity, z hlediska bezpečnosti, měly probíhat vždy pod dohledem kompetentního pracovníka.

### 3.1 Individuální plánování aktivizačních činností

V rámci poskytování pobytové sociální služby jsou většinou aktivizační činnosti součástí individuálního plánování dle standardu kvality sociálních služeb č. 5 – *Plánování a průběh služby*. O plánování a celkovém průběhu služby jsou pravidelně vedeny záznamy v dokumentaci *Individuálního plánu* klienta. Povinnost sestavovat a dále naplňovat individuální plán průběhu sociální služby vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §88<sup>20</sup> (dále jen zákon). Poskytovatel má dle zákona povinnost plánovat, vést záznamy a hodnotit průběh poskytované služby (Malíková, 2020, s. 69).

Z praxe vychází individuální plánování ze schopností a možností klienta, a jeho osobních přání a potřeb. Individuální plán péče vybraného zařízení má několik kategorií:

- Úkony běžné péče o osobu
- Pomoc nebo zajištění hygieny
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, zájmů aj.
- Plán rizik

Pro potřeby diplomové práce se autorka zaměřila na oblast individuálního plánování aktivit a terapeutických činností. Pro klienta sociálních služeb představuje individuální plán holistický přístup k jeho osobě ze strany pečujícího personálu, se zohledněním jeho potřeb, přání a možností. Stanovení osobního cíle a individuální plánování prohlubuje klientovu důvěru v zařízení a v pracovníky. Dále individuální plánování podporuje důstojnost klienta, jeho sebepojetí, seberepekt, pocit jistoty a bezpečí. Individuální přístup, vycházející z individuálního plánování, zvyšuje aktivitu v rámci zapojení klienta a podporuje tak jeho soběstačnost. Klient se za těchto podmínek snáze aktivněji účastní plnění a dosahování osobních cílů, stanovených v individuálním plánu (Malíková, 2020, s. 156).

Individuální plánování v rámci aktivizačních činností obsahuje přesné informace o realizaci dané aktivity, tedy kde se odehrává a za jakých podmínek. Také u každého klienta

---

<sup>20</sup> ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

bude mít stejná aktivita jiný průběh. Tak, jako je každý klient individuální, musí být i aktivita přizpůsobena klientovi na míru, a to například v zohlednění tempa aktivity, průběhu činnosti i ve způsobu samotného klientova zapojení. Každá činnost v rámci individuálního plánu péče má nastaven svůj cíl – tedy například, že při kognitivním tréninku usilujeme o zlepšení či zachování dosavadních kognitivních schopností klienta (zdrojem jsou informace z praxe).

Individuální plánování by mělo zohledňovat zejména přání a možnosti klienta, který by se měl sám podílet na sestavování plánu péče. Je-li to možné, v ideálním případě je vhodné zapojit do individuálního plánování také rodinu klienta. Nemáme-li tuto možnost, je vhodné v rámci sestavování individuálního plánování čerpat relevantní informace například z biografické anamnézy klienta (Holmerová a kol., 2014, s. 101-102).

Výstupem individuálního plánování je dokument *Plán péče*, který by měl být jasným a stručným dokumentem, který odpovídá klientovým schopnostem, možnostem a zdravotnímu stavu. Cíle v něm určené jsou pro klienta dosažitelné a motivující. Výsledný plán péče by měl poté být pravidelně aktualizován tak, aby odpovídal současnému stavu klienta a jeho kompetencím či míře soběstačnosti. Zaměříme-li se na realizaci individuálního plánování aktivit seniorů, probíhá tato činnost následovně (zdrojem jsou informace z praxe):

1. Zvolíme si základní cíle a požadavky klienta, které by měly být dosaženy pomocí aktivizačních činností.
2. Zohledníme, které oblasti, je třeba u klienta podpořit v rámci rozvinutí dovedností či zlepšení schopností klienta, a které jsou současně předmětem aktivit.
3. Sestavíme *plán péče*, který obsahuje detailní popis realizace jednotlivých aktivit vedoucích k dosažení stanovených cílů. Lze uvést také specifika týkající se zdravotního či psychického stavu klienta.
4. Plán péče pravidelně aktualizujeme dle tak, aby odpovídal momentálnímu stavu a schopnostem klienta.

### **3.2 Práce s biografickou anamnézou**

Biografická anamnéza je nezbytnou součástí při sestavení individuálního plánu péče u klienta v rámci pobytové sociální služby domova pro seniory. Sestavení biografických dat a informací je zákonně podporováno a tvoří základ pro mnoho následných ošetrovatelských konceptů.

Dle Procházkové (2019, s. 51) lze pojem biografie přeložit jako *životní příběh*. Tato biografie by měla komplexně a nezaújatě popisovat život dané osoby ve všech souvislostech. Ve spojitosti s péčí lze pojem biografie rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní biografie je taková forma biografie o jedinci, který se na její tvorbě sám podílí. Oproti tomu pasivní forma biografie je sestavována na základě jiných informačních zdrojů. Biografie nám zprostředkovává náhled do života seniora a umožňuje poznání jeho vnitřního světa.

Biografická anamnéza může mnohdy vycházet ze základního sociálního šetření, které zpravidla probíhá v domácím prostředí klienta, ještě před zahájením pobytové sociální služby. Zpravidla obsahuje základní údaje o klientovi a jeho rodinném zázemí. Dále zde nalezneme informace o klientových zálibách, volnočasových aktivitách a preferencích v rámci trávení volného času. Je vhodné, aby biografická anamnéza nebyla pouhým strohým sdělením základních údajů, ale aby zde byly jasně sděleny individuální možnosti, přání a požadavky klienta na budoucí zajištění péče a aktivit v novém prostředí. Pro komplexnost biografické anamnézy je žádoucí, aby se jí zúčastnili také nejbližší osoby klienta, které dokážou vhodně specifikovat klientovy přání a potřeby. Biografická anamnéza by měla pracovníkům zařízení pomoci pochopit a vnímat klienta celistvě, společně s jeho minulostí, zvyky a rituály. Biografická anamnéza je v praxi velmi nápomocná také v situacích, kdy například klient není schopen komunikace a nedokáže vyjádřit vlastní požadavky (Messer, 2017, s. 40).

Sestavení biografické anamnézy je velmi individuální proces. Mnohdy lze biografickou anamnézu sestavit na základě přesného pozorování klienta a následného dotazování. V praxi se setkáváme s tím, že biografické informace v rámci dokumentu za klienta vyplňují jeho děti a příbuzní. Avšak tuto situaci vnímá Messer (2017, s. 41) jako problematickou vzhledem k několika skutečnostem, kterými mohou být např. neznalost celého životního příběhu seniora; možné konflikty mezi seniorem a jeho rodinou, které následně ovlivní pohled na jeho životní příběh; neochota vyjadřovat se ke všem tématům.

Messer (2017, s. 41) uvádí, že biografická data, tedy informace, zkušenosti a vzpomínky, mohou ovlivnit profesionální ošetřování klienta ze strany pracovníků sociální služby a také vzájemný vztah a důvěru. Pracovat biograficky, dle Messer (tamtéž), znamená pracovat s ohledem na vzpomínky seniory, pracovat vnímavě a s důrazem na životní zkušenosti klienta.

Práce s biografii je klíčová při plánování adaptačního procesu i samotného individuálního plánování aktivizačních činností. Biografický materiál slouží jako nezbytný

podklad při sestavování osobních cílů v rámci individuálního plánování. Znalost biografie klienta vnímá Procházková (2019, s. 137) jako bezpodmínečně nutnou pro poskytování aktivizační péče, která následně také ovlivňuje způsob realizace této činnosti. Dále pak argumentuje tvrzením, že pracovníci nejsou schopni poskytovat klientovi kvalitní aktivizační činnost za předpokladu, nevyužívají-li informace, které jsou obsaženy v dlouhodobé paměti klienta. Současně zdůrazňuje, že klíčovým faktorem v této problematice je týmová spolupráce pracovníků sociální služby a též celostní náhled na život klienta.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část práce popisuje kompletní metodologii kvalitativního typu výzkumu, který autorka zvolila s ohledem na stanovení výzkumného cíle. Tato část práce obsahuje informace o tom, jakým způsobem autorka postupovala při sběru a analýze výzkumných dat a jejich následné interpretaci. Výzkumná část práce se věnuje problematice adaptace seniora na prostředí domova pro seniory v kontextu využití aktivizačních činností v rámci této institucionální formy péče. Téma bylo zvoleno s hledem na praxi autorky, kdy sama působila v zařízení poskytující pobytovou sociální službu cílové skupině seniorů, a mohla tak být součástí multidisciplinárního týmu pracovníků, kteří se zabývali individuálním plánováním aktivit v rámci adaptačního procesu klienta.

### **Představení prostředí výzkumu**

Před samotnou realizací výzkumného šetření je vhodné pro bližší seznámení s prostředím výzkumu představit vybraný domov pro seniory ve středočeském kraji, v rámci kterého je výzkumné šetření realizováno. Zařízení je příspěvkovou organizací města, ve kterém sídlí. Tento domov pro seniory poskytuje dlouhodobou péči seniorům formou pobytové sociální služby a funguje již od roku 2000. Vybrané pobytové zařízení je jedním z nejžádanějších domovů pro seniory ve městě a jeho okolí, což dokládá i počet evidovaných žádostí na tuto konkrétní službu. Ačkoli se jedná o státní organizaci, nabízenými službami a vybavením zařízení může směle konkurovat soukromým institucím. Zařízení je určeno seniorům s věkovou hranicí minimálně 65 let a současně s omezenou či sníženou mírou vlastní soběstačnosti. Pečovatelský i zdravotnický personál je klientům k dispozici 24 hodin denně. Do zařízení též dochází praktický lékař a jednou týdně psychiatrický lékař. Veškeré prostory jsou uzpůsobeny cílové skupině seniorů. Domov pro seniory je specifický svými bezpečnostními prvky a jeho prostředí odpovídá požadavkům a potřebám cílové skupině seniorů. Zařízení nabízí klientům bezbariérové společné i soukromé prostory. V rámci speciálního vybavení, s ohledem na cílovou skupinu domova, disponuje zařízení velkým množstvím polohovatelných křesel i lůžek, pomůckami pro polohování, a dále také závěsnými systémy pro polohování a přesun klientů například z lůžka do křesla. Vnitřní prostory jsou vybaveny bezpečnostními prvky, kterými máme na mysli vhodné osvětlení, madla, odpočinkové zóny a piktogramy případně barevná rozlišení, které slouží klientům domova pro lepší orientaci v tomto prostředí. Vnitřní vybavení podléhá bezpečnostním standardům, pokoje klientů jsou opatřeny účelným nábytkem, signalizací a bezpečnostním



a manipulačním vybavením. Zařízení též disponuje velkorysími venkovními prostory využívanými pro trávení volného času klientů. Seniorům jsou v rámci zařízení nadstandardně k dispozici také služby kadeřnice, pedikérky či masérky. Klienti domova pro seniory mají v rámci každého měsíce předem naplánovaný bohatý kulturní program, nechybí zde přednášky, koncerty, workshopy či canisterapie. Nezbytnou součástí jsou však také denní aktivity, které mají na starost aktivizační pracovníce. Právě ony jsou, včetně ošetrovatelského a zdravotního personálu, s klienty v nejčastějším kontaktu. Denní aktivity jsou zaznamenány v individuálním plánu, který je sestaven s ohledem na požadavky, možnosti a přání klientů, a je pravidelně aktualizován. Pracovníci s klienty v rámci týdenního programu realizují vybrané aktivity: reminiscenční terapii, bazální stimulaci, trénování paměti, muzikoterapii a pohybovou terapii (zdrojem jsou informace z praxe).

Zařízení je velkokapacitní. Nyní čítá téměř na dvě stovky klientů v rámci třech oddělení. Sociální pracovníci zařízenou vedou v evidenci desítky žádosti o poskytování pobytové sociální služby. Uvolní-li se v zařízení místo, je téměř okamžitě po dodržení týdenní lhůty opět obsazeno. Je nezbytné, aby žadatel o pobytovou sociální službu potřeboval zajištění celodenní péče z důvodu své nesoběstačnosti, ať už částečné, či úplné. Posuzuje se, zda zdravotní stav žadatele opravdu vyžaduje umístění do ústavní péče. V nynější době stoupá nabídek pro poskytování péče v domácím prostředí, která má před pobytovým zařízením sociální služby vždy přednost. Také sami žadatelé ve většině případů preferují co nejdéle setrvání v domácím prostředí před zahájením pobytové sociální služby (zdrojem jsou informace z praxe).

## 4 Metodologie výzkumu

„Metodologie výzkumu se zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií metod výzkumu (Hendl, 2016, s. 31).“

Hendl (2017, s. 55-59) ve svém díle uvádí přehled jednotlivých fází empirického výzkumu, kterými jsou:

1. Volba výzkumného problému.
2. Formulace výzkumné otázky.
3. Návrh výzkumného designu – tedy sběru dat.
4. Volba metod a analýzy dat.
5. Samotné získávání dat.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Závěrečná diskuze výsledků dat a interpretací.

V rámci výběru vhodného typu výzkumu se setkáme s několika možnostmi, které posuzujeme dle zaměření zkoumání určeného fenoménu. Autorka v rámci svého výzkumného šetření zvolila aplikovaný typ výzkumu, který odpovídá na otázky, jež mají bezprostřední význam pro praxi a který současně hledá řešení praktických problémů. Cílem aplikovaného výzkumného šetření bývá mnohdy návrh opatření či intervencí zaměřených na zlepšení kvality života jedinců (Hendl, 2017, s. 37).

Tabulka č. 3: Charakteristiky jednotlivých typů výzkumu

Typ výzkumu	Charakteristika zaměření
základní výzkum	vytváření základních poznatků
aplikovaný výzkum	praktické problémy a aplikace
evaluační výzkum	hodnota, kvalita a význam intervence
akční výzkum	řešení lokálních praktických problémů
kritický výzkum	osvětlení a změna sociálních nerovností

Zdroj: Hendl, 2017, s. 37.

### Kvalitativní typ výzkumu

Kvalitativní typ výzkumu je holisticky zaměřený výzkum, při jehož realizaci uplatňujeme řadu poznávacích, metodologických a metodických postupů (Mišovič, 2019, s. 29). Miroslav Disman kvalitativní výzkum popisuje následovně (2021, s. 286):

*„Kvalitativní výzkum sleduje vytváření kategorií, teorií, s cílem porozumět podstatě zkoumaných jevů a usilovat o pochopení podstatných souvislostí jevu.“*

Chceme-li využít kvalitativní výzkumný přístup, vyžaduje se od výzkumníka dobrá znalost zkoumané oblasti, dále také předvídatost a přizpůsobivost. Kvalitativní typ výzkumu je charakteristický svou časovou náročností, menším počtem účastníků či respondentů a omezeným srovnáváním. Avšak nabízí na danou problematiku holistický pohled a zaměřuje se na zkoumání prožitku. V průběhu sběru dat se při kvalitativním výzkumu vytváří obraz, v rámci kterého se poté výzkumník snaží vykreslit, jaká data a zjištění získal a zaznamenal (Mišovský, 2019 s. 60-63). Hendl (2017, s. 46) charakterizuje činnost výzkumníka v rámci kvalitativního výzkumu jako „detektivní“, kdy výzkumník vyhledává a dále analyzuje veškeré informace, které jsou relevantní ke vztahu k výzkumné otázce. Analýza dat v případě kvalitativního typu výzkumu probíhá současně se sběrem dat. Výzkumník shromažďuje výzkumná data a paralelně s tím provádí jejich analýzu. Dle zjištěných dat se následně rozhoduje, která data využije v rámci výzkumného šetření. Sběr dat a následná analýza se mohou v rámci výzkumu několikrát opakovat. Výzkumník pak může zjištěné závěry diskutovat se svými respondenty a jejich názory poté lze zohlednit v závěrečné interpretaci výzkumných zjištění.

Mišovský (2019, s. 65) shrnuje realizaci kvalitativního výzkumného šetření následovně: *„Úspěšná realizace kvalitativního výzkumu se spojuje s jasným vymezením teoretického zaměření, které slouží k úvahám nad zjišťovaným problémem i k analýze dat. Pracujeme s úzkým tématem, abychom jej dostatečně teoreticky zdůvodnili. I když zkoumáme jedinečný případ, měl by být součástí širokého kontextu. Výzkumný závěr je konkretizovaný cílem výzkumu a výzkumnou otázkou, která směřuje k objevení, prozkoumání, hledání.“*

## 4.1 Metoda získávání dat

Analýza i sběr dat se liší v závislosti na zvolené výzkumné metodě. V rámci kvalitativního typu výzkumu mají tyto metody za cíl zachytit fenomén očima účastníků výzkumu, popsat daný kontext, zachytit probíhající procesy, zajistit pružnost použití a uvažovat o zakotvenosti konceptů v datech. Zvolená metoda má značný vliv na kvalitu získaných dat. Postup, při jejich získávání, by měl být s totožný u všech participantů výzkumu (Hendl, 2016, s. 59). Při zohlednění rozhovoru, jakožto kvalitativní výzkumné metody, hovoříme o empirické metodě vyžadující koncentraci, citlivost, interpersonální porozumění a též určitou dovednost a zdatnost k získání relevantních informací. Při realizaci této výzkumné metody se tazatel dotazuje respondenta na otázky a následným získáním jeho odpovědí dále shromažďuje data o určité problematice či fenoménu. Je žádoucí, aby výzkumník předem respondentům objasnil záměr svého výzkumného šetření, seznámil je s průběhem a podmínkami výzkumného šetření. Souhlas respondentů s výzkumem je nezbytnou součástí výzkumného šetření jak pro získávání dat, tak pro jejich interpretaci (Hendl, 2017, s. 170).

Hendl (2017, s. 176) ve svém díle jmenuje zásady, kterými bychom se v roli výzkumníka měli řídit:

- Na rozhovor by měl být tazatel předem připraven.
- Tazatel by měl zajistit bezpečné a klidné prostředí pro realizaci rozhovoru.
- Respondent by měl mít možnost vyjadřovat se svobodně a svým vlastním způsobem.
- Otázky rozhovoru by měly respondentovi být formulovány srozumitelně.
- Tazatel během rozhovoru pozorně naslouchá a reaguje na respondenta.
- Tazatel by se neměl vůči odpovědím respondenta vymezovat a měl by si snažit udržet neutrální postoj.
- Při rozhovoru se tazatel snaží zaměřit na relevantní informace týkající se zaměření výzkumného šetření.

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Podstatu polostrukturovaného rozhovoru ve svém díle specifikuje Mišovský (2019, s. 79-80): jedná se o nejčastěji využívanou techniku v rámci kvalitativního výzkumného šetření, a to zejména důvodu své flexibility, snadné pochopitelnosti a dostupnosti. Polostrukturovaný rozhovor se skládá z předem připravených otázek, které mají jasně daný

záměr výzkumu. Součástí polostrukturovaného rozhovoru jsou dále doplňující otázky, kterými tazatel reaguje na odpovědi respondenta. I proto je žádoucí tazatelova neustálá pozornost a soustředěnost během celého rozhovoru. Doplňující otázky se vynořují v kontextu plynutí rozhovoru a přináší lepší uchopení problematiky výzkumu. Mišovský (2019, s. 82) dále uvádí definici polostrukturovaného rozhovoru dle Alvessona<sup>21</sup>, která zní: „*Polostrukturovaný rozhovor je relativně volně uspořádaný a otevřený vůči tomu, co účastník cítí, a reflektuje to, co důležitého a významného říká v souvislosti se záměry výzkumného projektu.*“

Otázky rozhovoru v rámci výzkumného šetření se soustředí na několik hlavních oblastí, kterými jsou: adaptace seniora na zařízení ústavní péče, realizace aktivizačních činností ve zkoumaném domově pro seniory, individuální plánování aktivizačních činností v kontextu adaptace. Tyto tematické oblasti vyvstaly v rámci přípravy realizace výzkumu jako klíčové pro následné zjištění výzkumných dat, s ohledem na cíl výzkumného šetření.

## 4.2 Stanovení výzkumného cíle

Hlavním výzkumným cílem práce bylo zjistit, *jaký je vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v rámci ústavní péče*. Zařízením ústavní péče v případě tohoto výzkumného šetření je vybraný domov pro seniory, jakožto zařízení, poskytující pobytovou sociální službu seniorské klientele. Výzkumná otázka byla zvolena na základě vlastní každodenní zkušenosti autorky, která se s adaptačním procesem u seniorů v ústavní péči setkávala v rámci své praxe. Při realizaci výzkumu se autorka zaměřuje na zkoumanou problematiku pohledem pracovníků zařízení, kteří jsou výzkumu účastni v roli respondentů. Dílčím cílem prováděného výzkumu je vytvoření metodického listu, který slouží jako návod ke správné realizaci adaptační skupiny. V rámci výzkumného šetření se autorka zaměřila na vybrané zařízení domova pro seniory ve středočeském kraji, a to z důvodu svého působení v této instituci. Autorka při realizaci výzkumného šetření oslovila respondenty z řad multidisciplinárního týmu pracovníků zařízení. Tito pracovníci se podílejí na všestranné péči

---

<sup>21</sup> ALVESSON, Mats. Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. Online. *The Academy of Management Review*. 2003, roč. 28, č. 1. ISSN 03637425. Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/30040687>. [cit. 2024-05-03].

o seniora též na sestavování individuálního plánu péče v adaptačním období. Jejich vzájemná spolupráce je klíčová pro správné nastavení adaptačního procesu.

### 4.3 Charakteristika respondentů

Pro realizaci polostrukturovaných rozhovorů byly jakožto respondenti vybráni pracovníci, kteří působí ve vybraném zařízení na pozici *aktivizační pracovník, pečovatelka, a sociální pracovnice*. Tito respondenti jsou v přímém denním kontaktu s klienty a podílejí se na sestavování individuálního plánu péče a realizaci adaptačního procesu nového klienta. Celkem se jedná o sedm pracovníků, které v zařízení působí po dobu delší než dva roky. Tato lhůta praxe byla stanovena z důvodu četných zkušeností s adaptačním procesem klientů domova. Respondenti byli osloveni s návrhem účasti na výzkumném šetření. Současně jim byl již v počátku nastíněn zamýšlený průběh rozhovoru. S účastníky výzkumného šetření byly vedeny individuální rozhovory na neutrální půdě mimo pracovní i osobní prostředí. Respondenti dali souhlas s výzkumným šetřením i nahráváním rozhovoru za předpokladu, že výzkum zachová jejich anonymitu. Vzhledem k vysokému počtu pracovníků a anonymitě zařízení není možné následná identifikace respondentů zaměstnavatelem ani dalšími osobami. Pro bližší seznámení s respondenty byla vytvořena tabulka, která charakterizuje účastníky výzkumu v rámci jejich pracovního působení.

Tabulka č. 4: Charakteristika respondentů výzkumu.

<b>Respondent</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Praxe v zařízení</b>	<b>Kvalifikace a kurzy</b>	<b>Pracovní pozice</b>
<b>R1</b>	VŠ	2,5 roku	Formy a metody aktivizace	Pečovatelka
<b>R2</b>	VOŠ	5 let	Motivace a aktivizace	Sociální pracovnice
<b>R3</b>	ZŠ	6 let	Bez kurzu	Pečovatelka
<b>R4</b>	SŠ	10 let	Bazální stimulace I.	Aktivizační pracovnice
<b>R5</b>	VŠ	6 let	Rehabilitace kognitivních funkcí	Aktivizační pracovnice

<b>R6</b>	SŠ	3 roky	Bez kurzu	Sociální pracovnice
<b>R7</b>	VOŠ	4,5 roku	Bazální stimulace	Aktivizační pracovnice

*Zdroj: vlastní šetření.*

#### **4.4 Formulace výzkumných otázek**

Cílem výzkumu je nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku (HVO), která zní: *Jaký je vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v ústavní péči?* Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňují aktivizační činnosti adaptaci seniora v ústavní péči vybraného domova pro seniory. Dílčím cílem výzkumu je vytvoření metodického listu pro realizaci adaptační skupiny v praxi, sloužící pro potřeby pracovníků multidisciplinárního týmu. Současně pro potřeby výzkumu zvolila autorka tematicky vhodné vedlejší výzkumné otázky (VVO), které jsou formulovány na základě těchto třech vybraných okruhů, které souvisí se zaměřením výzkumného šetření:

- Adaptace seniora na zařízení ústavní péče.
- Realizace aktivizačních činností ve zkoumaném domově pro seniory.
- Individuální plánování aktivizačních činností v kontextu adaptace.

Na vedlejší výzkumné otázky navazují otázky teoretické, které blíže specifikují a doplňují zkoumanou problematiku. Současně teoretické otázky slouží pro lepší upřesnění závěrečných výsledků výzkumného šetření. Níže autorka představuje vybrané okruhy a s nimi související vedlejší výzkumné otázky:

#### **Adaptace seniora na zařízení ústavní péče**

**VVO1:** Jakým způsobem probíhá adaptační proces u nového klienta vašeho zařízení?

Teoretické otázky vztahující se k VVO1:

- Jak lze popsat adaptační proces?
- Proč je dle Vašeho názoru důležitá adaptace klienta?
- Co dle Vašeho názoru usnadňuje seniorovi adaptaci na nové prostředí?

**VVO2:** Jaká jsou úskalí adaptačního procesu?

Teoretické otázky vztahující se k VVO2:

- Čemu je vhodné se v souvislosti s klientem v rámci adaptačního procesu vyvarovat?
- Jak dlouho trvá adaptace seniora na vaše pobytové zařízení?

**VVO3:** Jakou má roli multidisciplinární tým pracovníků v rámci adaptačního procesu klienta?

Teoretické otázky vztahující se k VVO3:

- Jakým způsobem fungujete jako tým při adaptačním procesu klienta?
- Jaké existují podklady pro správné nastavení adaptačního procesu a jeho následné vyhodnocení využívané pracovníky?

### **Realizace aktivizačních činností ve vybraném domově pro seniory**

**VVO4:** Jaké aktivizační techniky jsou v praxi využívány při práci s klienty v ústavní péči při jejich adaptaci?

Teoretické otázky vztahující se k VVO4:

- Co hraje roli při výběru aktivizační činnosti?
- Upřednostňujete individuální či skupinové aktivity a proč?
- Na jaké aktivizační činnosti nejlépe reagují noví klienti zařízení?

**VVO5:** Jak vypadá vaše příprava na realizaci aktivizačních činností?

Teoretické otázky vztahující se k VVO5:

- Jaké máte písemné podklady či metodiky pro realizaci aktivizačních činností?
- Kolik času vyžaduje Vaše příprava na aktivizaci a jakým způsobem postupujete?

### **Individuální plánování aktivizačních činností v kontextu adaptace**

**VVO6:** Jakým způsobem individuálně plánujete aktivizační činnosti u klientů v adaptačním procesu?

Teoretické otázky vztahující se k VVO6:

- Kdo se podílí na individuálním plánování aktivit?
- Jak se v praxi využívá individuální plán aktivit?



## 4.5 Metoda vyhodnocování

Pro vyhodnocení výsledného sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru zvolila autorka metodu otevřeného kódování. Otevřené kódování dle Strausse (1999, s. 43) představuje „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“

Hendl (2017, s. 249) metodu kódování definuje následovně: „*Identifikace a propracování kategorií se děje v několika vzájemně se prolínajících fázích, kdy se celý analyzovaný materiál opakovaně zpracovává. Tento proces se nazývá souhrnně teoretické kódování. Přístup vychází z toho, že za empirickými indikátory (způsoby chování, události) stojí latentní kategorie (konceptuální kódy, konstrukty). Několik tematicky podobných kategorií pak ukazuje na jednu ústřední kategorii, která představuje hlavní téma datového materiálu.*“

Při metodě otevřeného kódování přiřazuje výzkumník kódy či jiná označení jednotkám, které zvolí v souvislosti s významovým kontextem výzkumu. Data shromažďuje výzkumník zpočátku obtížněji a snaží se v textu zorientovat. Následně kódy slučuje do obecnější roviny pro lepší přehlednost a připravuje si podklad pro hledání vzájemných vztahů mezi jednotlivými určenými kategorie. Proces charakterizace kategorií nazýváme dimenzionalizace. Z kategorií poté výzkumník tvoří závěrečnou interpretaci výzkumného šetření. Hendl (2017, s. 252) uvádí: „*Poté, co byly určeny všechny logicky a empiricky možné hodnoty v kombinaci znaků, mohou se vyhledávat fenomény(instance) a případy, které je představují. Výběr případů se děje podle potřeb vznikající teorie.*“

V rámci výzkumu pro účely diplomové práce postupovala autorka prostřednictvím ručního kódování, kdy v datovém záznamu označila vybrané jednotky, kterým následně přiřadila specifický kód či kódy. Poté, co autorka provedla kódování jednotlivých rozhovorů s respondenty, vytvořila z kódů kategorie dle podobnosti či vnitřní souvislosti, a dále se řídila dle výše uvedeného postupu.

## 5 Interpretace výsledků výzkumného šetření

V rámci analýzy a následné interpretace výzkumného šetření se autorka rozhodla rozdělit výsledné odpovědi do několika tematických oblastí, odpovídajících výsledkům šetření. Jedná se o oblasti, které vyvstaly ze zkoumaných odpovědí respondentů po analýze textového záznamu prostřednictvím metody otevřeného kódování. Jednotlivé oblasti dle jejich zaměření pojmenovala autorka následovně:

- Náročnost adaptace
- Týmová dynamika
- Vztah a důvěra
- Kompletní dokumentace

### Náročnost adaptace

Dle odpovědí respondentů lze konstatovat, že adaptační proces je z pohledu pracovníků pro nového klienta zařízení dlouhodobé péče velmi emocionálně náročný a jeho průběh je velmi individuální. (R4): *„Oni když k nám přijdou, tak ve většině případů je pro ně těžké, zvyknout si na všechno nové. Na nás, na to, že tady tolik dalších lidí, a na nějaký ten režim, který tady je nastavený. Často jsou teda ze začátku docela smutní.. A třeba ani nechtějí, aby za nimi někdo chodil.“* S tímto tvrzením se shoduje také odpověď (R2): *„Řekla bych, že adaptace je určitě velmi náročný proces a změna pro toho klienta, který byl doted' zvyklý být třeba doma s rodinou a najednou je tady nemá. To stěhování sem není úplně veselá věc. Někteří se těší, protože tady už mají třeba své známé, vrstevníky, ale pro hodně seniorů je to prostředí prostě úplně nové a neví, co mají čekat.“*

Adaptační proces v rámci časového ohraničení popisuje (R5) následovně: *„Většinou minimálně měsíc trvá ten proces, většinou je to však déle, kdy toho nového klienta více sledujeme, podporujeme, a hlavně zapojujeme do toho celého dění v domově.“* Respondenti se shodují na skutečnosti, že adaptační proces je dlouhodobější záležitostí, kdy je zapotřebí zachovávat vůči seniorovi citlivý a trpělivý přístup, poskytovat novému klientovi podporu a pomoc a současně jej motivovat do účasti na aktivitách a dalších možnostech volnočasového využití.

Shodují se, že adaptace je klíčová pro následnou spolupráci s klientem, ale též pro jeho psychickou pohodu: *„Když se ten klient dobře adaptuje, tak hezky reaguje taky na nás, na lidi okolo, nemá strach a neobjevují se takové ty problematické situace,*

*kdy třeba ten senior nechce spolupracovat, je plačtivý nebo až odmítavý.“ (R4) Toto tvrzení dále podporuje také (R1), který tvrdí, že „setkala jsem se i s tím, že klient, který byl podle mě špatně adaptovaný, tak byl skoro až agresivní, velmi odmítavý a nic nechtěl. Nechtěl jít ven, nechtěl pomoci s čímkoliv, ikdyž jsem viděla, že prostě ty věci, jako hygienu a tak, sám nezvládne. Tak stejně to odmítal už ze začátku. Bylo pak těžké jej po nějaké delší době přesvědčit, že mu vlastně chceme pomoci a chceme, aby se tady cítil fajn.“*

Respondenti a současně pracovníci zařízení se shodují, že správnou adaptaci mohou ovlivnit také skutečnosti, kterým je vhodné se v rámci tohoto procesu vyhnout. Zejména se jedná o nevhodné dotazování, či přemlouvání klienta, které dělat nechce. Sdělení (R2): *„myslím si, že by ten člověk měl mít více času a klidu na to, aby si na tu novou situaci zvykl. Zažila jsem situaci, že když byl ten klient zahlcený hodně lidma okolo sebe, nebylo to pro něho úplně ideální a necítil se v tom. Myslím, že bychom jako pracovníci měli mít hodně trpělivosti a neměli bychom toho seniora nutit hned po přestěhování do něčeho, do čeho se mu nechce. (R3) souhlasí s tímto tvrzením: „Určitě jsem pro to, abychom na toho nového seniora tady byli všichni velmi trpěliví a nechali ho, ať si zvykne i na nás. Teprve pak bych seniora postupně seznamovala s ostatními klienty.“* Oproti tomu (R5) naopak sděluje, že *“nový klient by měl být ideálně hned zapojen do všech těch činností, aby si zvykl. Můžeme jej zkusit namotivovat k aktivitám, které třeba ani dříve nedělal nebo dělat nechtěl. Zažila jsem třeba, že člověk, který k nám do zařízení nastoupil a chtěl být pouze sám na pokoji nakonec, když jsme ho zavedli mezi ty ostatní klienta tady, tak se krásně adaptoval a do odpoledního klubu tvoření a trénování paměti od té doby dochází pravidelně.“*

Respondenti výzkumného šetření jmenují několik skutečností, které usnadňují a napomáhají ke správné adaptaci klienta na nové prostředí. Jedná se zejména o informovanost klienta o institucionálním zařízení ještě před zahájením pobytové sociální služby. Dle respondentů (R2) a (R6) je například vhodné, aby měl klient předem možnost navštívit zařízení i pracovníky a seznámit se s běžným denním chodem domova. Dále respondenti dávají velký důraz na spolupráci rodinných příslušníků, kteří by se dle jejich názoru měli podílet na adaptačním procesu a seniora v tomto období velmi podporovat. Současně je pro pracovníky důležitá také zpětná vazba od rodiny pro vhodné nastavení podmínek péče o klienta. (R3): *„My bychom ocenili, kdyby se začátku ty rodiny chodily třeba i častěji, a ne jenom za tím svým dědečkem nebo babičkou, ale aby také navštívili i nás, protože ne vždycky se na tom pokoji u klienta setkáme. Můžeme si tak předat informace nebo prostě jenom posdílet, co nového se děje*

*nebo co by bylo potřeba. Kolikrát to ten klient radši řekne rodině než nám a my to pak nemáme, jak zjistit, co by teda potřeboval nebo co by si přál.“*

Tazatelka vysledovala, že se respondenti ve velké míře neshodují v délce adaptačního procesu. Každý z respondentů nahlíží na tuto otázku svým způsobem. V zařízení pracovníci sestavují individuální plán, který zpravidla udává adaptační období u klienta na lhůtu čtyř týdnů. Zejména však pečující personál a aktivizační pracovnice, tedy respondenti R1, R3, R4, R5 a R7 se shodují, že nelze nijak vymezit lhůtu pro adaptaci, která je dle jejich názoru velmi individuální. Adaptační proces je pracovníky z hlediska individuálního plánování realizován na období čtyř týdnů, avšak mnozí toto stanovené období z hlediska praxe nepovažují za relevantní (R3): *„Neznamená to, že když máme individuální plán v rámci adaptace sestavený na 4 týdny, kdy teda má být ta péče a podpora intenzivnější, že si pak řekneme, že po čtyřech týdnech už ty věci u klienta budeme dělat jinak. Jsou klienti, kteří si zvyknou ve velmi krátké době, ale jsou i takoví, kteří si mohou zvykat třeba i řadu měsíců.“*

Respondenti se shodují na skutečnosti, že úspěšnost adaptačního procesu ve velké míře ovlivňuje aktuální zdravotní a psychický stav klienta. Čím více je klient soběstačnější a dokáže si mnohé věci zajistit sám, či jen s menší dopomocí a podporou, tím více lze očekávat, že bude v zařízení spokojenější a adaptovanější za kratší časový úsek. (R6): *„Ono to, že ten člověk je více nebo méně soběstačný bohužel nedokážeme ovlivnit. Jsou i takové klienti, kteří jsou prostě jen ležící a jsou na tom po zdravotní stránce velmi špatně. Tam potom ta adaptace taky vypadá úplně jinak.“*

Dle odpovědí respondentů lze konstatovat, že adaptační proces nových klientů v domově pro seniory je emocionálně náročný a individuální záležitostí. Klienti často zažívají smutek a obtíže při přizpůsobování se novému prostředí, a to i přes podporu ze strany personálu. Proces adaptace obvykle trvá přibližně měsíc. Během tohoto období je klientovi poskytována podpora a motivace k účasti na aktivitách, ve kterých pracovníci vnímají velký potenciál pro vhodné začlenění nového klienta mezi další seniory. Respondenti zdůrazňují, že správná adaptace je klíčová pro spolupráci s klientem a též pro jeho psychickou pohodu. Nedostatečná adaptace může vést k odmítavému chování nebo dokonce k agresivitě ze strany klienta. Důležitou roli hraje také podpora ze strany rodiny. Rodinní příslušníci by měli být, dle odpovědí respondentů, aktivně zapojeni do procesu adaptace. Respondenti dále upozorňují, že zdravotní a psychický stav klienta hraje klíčovou roli v úspěšnosti adaptačního procesu v domově pro seniory. Klienti,

kteří jsou soběstační a jsou schopni si zvládat jednotlivé denní úkony pouze s menší dopomocí, se pravděpodobně lépe přizpůsobí novému prostředí a budou spokojenější v kratším časovém úseku. Naopak klienti s vážnějšími zdravotními obtížemi a s velkou potřebou dopomoci druhé osoby, mohou mít složitější adaptaci.

Respondenti se neshodují ohledně ohraničení délky adaptačního procesu. Adaptační proces považují za velmi individuální, i co se časové náročnosti týče, a proto pro něj nelze stanovit pevnou časovou lhůtu. Dále lze konstatovat, že úspěšnost adaptace je ovlivněna zdravotním a psychickým stavem klienta, přičemž soběstačnější klienti se obvykle lépe adaptují a rychleji se integrují do nového prostředí. Dle odpovědí respondentů lze též tvrdit, že adaptační proces seniora je pro pracovníky zařízení velmi klíčovou záležitostí, jelikož je pro respondenty prioritní, aby se senior cítil v zařízení pobytové sociální služby co nejkomfortněji a hlavně bezpečně.

### **Týmová dynamika**

Na otázky zaměřené na fungování multidisciplinárního týmu pracovníků respondenti nejčastěji uvádí, že jim v praxi velmi napomáhají postřehy jejich kolegů a možnosti sdílení aspektů péče o nového seniora. (R5): „*Každý člen týmu přináší nové postřehy a taky odborné znalosti.*“ Shodují se však, že mnohdy nemají pracovníci dostatek času na to, aby se například individuálnímu plánování věnovali pravidelně do hloubky. (R5): „*Často se sejdeme třeba jen s pečovatelkou, bez sociální pracovnice nebo naopak jenom s tou sociální pracovnicí a pak se předají informace pečovatelce posléze, protože opravdu během dne je toho okolo těch klientů tolik, že prostě na to není čas a prostor.*“ S tímto tvrzením souhlas také (R1): „*Myslím si, že hodně záleží na celkovém nastavení týmu pracovníků, jestli chtějí spolupracovat a předávat si ty informace, nebo ne. Naštěstí mám pocit, že tady to docela funguje. Určitě si s některými kolegy třeba nesedíme, ale když jde o ty klienty, tak se snažíme najít společnou řeč.*“ Ohledně skutečnosti, jakým způsobem funguje předávání informací o klientovi, nás informuje respondent (R6): „*Ten proces adaptace bych asi popsala jako velmi intenzivní. Kdy my opravdu sledujeme všechno, co ten klient potřebuje, snažíme se ho zapojit, a hlavně v rámci toho období hodně spolupracujeme i s ostatními kolegy. Předáváme si informace vlastně denně, vždy ráno na ranní poradě, kde jsme vlastně všichni, kteří se o toho klienta starají.*“ Ohledně práce s podklady a předáváním informací doplňuje toto tvrzení také respondent (R3): „*Při pauze s kolegyňkama si najdeme třeba čas na to, přečíst si předem tu biografickou anamnézu*

*klienta, který k nám teprve nastoupí. Všechny nás zajímá, kdo to je, co dělal a co má rád. Nebo se pobavíme se sociální pracovníci, která už toho klienta zná.“*

Lze konstatovat, že ve zkoumaném domově pro seniory, je týmová spolupráce v období adaptace nového klienta, klíčová pro úspěšný celkový adaptační proces. Respondenti zdůrazňují, že díky práci v multidisciplinárním týmu mají možnost sdílet své postřehy a odborné znalosti, což výrazně přispívá k celkové péči a podpoře nových seniorů. Nicméně jako překážku vnímají pracovníci nedostatek času pro vzájemné sdílení, i přesto se však snaží předávat si informace o klientem mezi členy týmu, a to zejména na pravidelných ranních poradách. Díky týmové spolupráci může být klientovi poskytována komplexní péče založená na individuálním přístupu k jeho osobě. Pro zachování správné týmové dynamiky je vhodné koordinovat úkoly jednotlivých pracovníků a současně je v jejich spolupráci plně podporovat a motivovat k činnostem. Přínosné mohou být v tomto ohledu také pravidelné supervize a intervize pracovníků, které jim pomohou získat vhled na daný problém, nalézt možnost řešení a současně jsou také přínosné v oblasti budování vzájemných pracovních vztahů v týmu.

### **Vztah a důvěra**

V souvislosti s realizací aktivizačních činností shledávají pracovníci jako prioritní skutečnost zejména poznat komplexně nového klienta, vybudovat si s ním vztah a důvěru, díky které je poté práce s klientem pro pracovníky mnohem snazší. (R4): *„Při aktivitách s novými klienty se snažíme prvně přijít na to, co by je mohlo bavit, a čím bychom je mohli motivovat třeba rovnou i k těm skupinovým aktivitám, kde už můžou navazovat nové přátelství a seznamovat se. Já hodně využívám třeba i tu reminiscenční terapii, i když se může zdát, že vzpomínky by mohly u toho klienta vyvolat třeba spíše negativní pocity, musím říct, že já se setkávám s tím, že naopak díky reminiscenční terapii společně vzpomínáme na příjemné události a těm lidem to pak zlepší náladu.“*

V rámci odpovědí na otázku výběru typu aktivizačních činností u respondentů převažuje názor, že je vhodnější, aby měl klient po příchodu do zařízení čas na vybudování vztahu s pracovníky, a k této skutečnosti napomáhají individuálně zvolené aktivity, jak sděluje respondent (R5): *„Já si prvně snažím s tím novým klientem vybudovat důvěru a zpočátku ho navštěvuji na pokoji a povídáme si sami nebo děláme nějakou aktivitu. Můžeme třeba individuálně trénovat paměť nebo dělat nějaké pohybové cvičení či bazální*

*stimulaci. Je pravda, že pokud je ten člověk introvertní, musí se na něj pomalu a když vám věří, bude pak schopný udělat ten další krok, že půjde mezi ty ostatní klienty třeba na nějaké odpolední kafičko a podobně. V rámci skupinových aktivit je totiž těch klientů docela velký počet.“ S tím souhlasí také respondent (R6): Všímám si, že často se těch aktivit účastní opravdu hodně klientů. Cože je dobře, ale umím si představit, že pro někoho, kdo je tady nový, je tady chvíli a třeba tady v zařízení ani nikoho pořádně nezná, by to byl velký krok, jít takhle hned mezi velkou skupinu neznámých lidí. Možná bych pak třeba zvolila skupinovou aktivitu, kde bývá menší účast.“*

Nelze tedy jednoznačně říci, jaký typ aktivit pracovníci s novými klienty nejčastěji využívají. Většina respondentů se vyjádřila podobně jako (R7): *„Nejčastěji asi využívám z počátku ty individuální aktivity, takže klienta navštěvuji na jeho pokoji a společně se poznáváme. Pokud však chce, může se mnou jít rovnou i mezi ostatní klienty, kde třeba zrovna děláme pohybová cvičení. Prozatím jsem se vždycky setkala s tím, že ostatní toho nového klienta hezky zapojí a podpoří. Myslím si ale, že by ten klient neměl být hned po příchodu k nám zahlcen, a proto plánujeme aktivity postupně.“*

Respondent (R1) na otázku výběru aktivit reaguje následovně: *„Ovlivňuje to i ten zdravotní stav. Pro nás to není překážka, tam třeba u toho člověka se dá hezky využít bazální stimulace nebo si něco společně předčítáme.“*

Lze uvést, že pracovníci prostřednictvím aktivizačních činností kladou důraz zejména na poznání nového klienta a budování s ním vztahu a důvěry. Vybrané aktivity jsou individuálně přizpůsobeny potřebám a preferencím klientů. Respondenti uvádí, že se současně snaží klienty motivovat k aktivnímu zapojení do skupinových činností a podpořit tím jejich sociální interakci a začlenění. Názory respondentů se liší v souvislosti s volbou vhodného času a typu aktivit u nových klientů. Někteří zprvu preferují individuální aktivity, aby pomohli klientovi získat důvěru a pocit bezpečí. Jiní naopak považují za vhodné zapojit ihned klienta do skupinových aktivity, ale zdůrazňují, že by měly být přizpůsobeny velikostí skupiny. V závislosti na zdravotním stavu klienta jsou vybírány aktivity, které jsou pro něho nejvhodnější. Celkově nelze jednoznačně určit preferovaný typ aktivit pro nové klienty, protože se liší podle individuálních potřeb a situace každého klienta.

## Kompletní dokumentace

Respondenti se shodují, že adaptační proces, že u každého nového klienta velmi osobní záležitostí, tedy je nutné reagovat na potřeby seniora individuálně. Tato skutečnost se vztahuje také na plánování aktivit. (R7): *„Snažím se si vždy dopředu nastudovat informace ze sociálního šetření a biografické anamnézy, kde máme napsáno, co ten člověk dělal, kde pracoval, co má nebo nemá rád, a to nám může ze začátku velmi pomoci.“*

Z rozhovorů vyplývá, že pracovníci většinou předem neplánují konkrétní průběh aktivit. Záleží vždy na daných okolnostech, jak dodává (R4): *„Je rozdíl, když mám dělat třeba individuální aktivitu s klientem nebo větší skupinou. To pak ten čas na přípravu je vždycky delší. Každopádně o letech praxe už to jde tak nějak samo. Často hodně improvizuju.“* S tímto tvrzením souhlasí také (R5): *„Mně se stává, že se třeba připravím na nějakou tu konkrétní aktivitu, třeba že budeme mít reminiscenční terapii, a pak se s klienty zasekneme u nějakého tématu a jenom si povídáme. Ale nemyslím si, že je to špatně. Je to zase nějaká forma sdílení a oni to mají rádi.“*

Za důležitou součást pro realizaci činností s novým klientem považuje biografickou anamnézu také respondent (R4): *„Pokud mám k dispozici biografickou anamnézu, tak vycházím z ní. Takže když vím, že ten člověk třeba rád chodil ven s přáteli nebo byl prostře někde ve společnosti, tak se snažím ho socializovat a zapojit třeba hned do toho denního programu, který s ostatními klienty máme. Určitě jde poznat rozdíl, když víme, co klientovi můžeme v rámci aktivit nabídnout, a nebo když je to klient, u kterého to teprve postupem času zjišťujeme – to je třeba v případě, že nemáme o klientovi tolik informací předem.“*

Co se týče podkladů pro správné nastavení adaptačního procesu, shodují se pracovníci na tom, že k realizaci individuálního plánu aktivit a další péče v rámci adaptace jim mnohdy chybí kompletní informace. (R6): *„Je pro nás problém, když nám rodina nedodá informace o životě klienta a o tom, co má a co nemá rád. Když se to pak zjišťuje za pochodu, je to už náročnější se na to přizpůsobit.“* S tímto tvrzením se ztotožňuje také respondent (R2): *„Využíváme individuální plán, ale je pravda, že mnohdy je hotový až tak po třech až čtyřech týdnech od zahájení služby. Problémem jsou nekompletní informace. S klientem před zahájením služby mnohdy jako sociální pracovník strávím málo času a není možnost v jedné návštěvě před přestěhováním k nám do zařízení navázat s klientem důvěrný vztah a zjistit co nejvíce potřebných informací o něm, o jeho minulosti a o tom, co rád dělal.“* Na tuto skutečnost navazuje také respondent (R7): *„Určitě*



*bych individuální plán sestavovala i s klientem, protože se stává, že třeba ti klienti by i chtěli dělat nějaké aktivity, ale myslí si, že když jsou na tom zdravotně hůř nebo jsou prostě omezeni v té mobilitě, tak pak je to pro nás, jako pro pracovníky, náročné, ale není tomu tak. Máme vlastně široké možnosti v tom, abychom i imobilního člověka dostali třeba a ten vozíček a vyvezli jej mezi ostatní klienty. To si ale ti noví klienti třeba ani neuvědomují. Proto je důležité, říct jim to hned na začátku, že ta omezená mobilita a celkově soběstačnost pro nás není problém, a že to nějak naplánujeme.“* Ačkoli se mnoho respondentů shoduje, že příprava individuálního plánu je pro ně administrativní zátěží, je pro ně tento dokument směrodatný. (R7): *„Řekla bych, že i když je pro nás to papírování náročné a nikdo z kolegů to nemáme moc v oblibě, individuální plán je pro nás v rámci té adaptace klíčový. Když plánuju aktivizační činnosti, vždycky vycházím z praxe, nedomyšlím si, co by tak ten senior chtěl dělat, ale co opravdu dělá. Je tak možné, že na začátku svého pobytu bude mít klient v plánu pouze dvě až tři aktivity. Ale tím, že se ten plán neustále aktualizuje a doplňuje, není problém tak cokoli připsat později, když se třeba klient začne účastnit dalších aktivit.“*

Dle odpovědí respondentů vyplývá, že pracovníci v rámci zařízení mnohdy postrádají kompletní dokumentaci k novému klientovi, tedy biografickou anamnézu, podle které je následně realizováno individuální plánování aktivit. Díky ní se mohou pracovníci na příchod klienta efektivněji připravit a naplánovat danou aktivitu s ohledem na individuální možnosti a preference klienta. Celý proces individuálního plánování aktivit pak probíhá za účasti multidisciplinárního týmu pracovníků a ideálně také rodiny a samotného klienta. Respondenti uvádějí, že v případě kompletní dokumentace je pro ně jednodušší připravit se obecně na adaptační proces seniora, jelikož již před jeho zahájením služby mají o tomto klientovi potřebné informace. Hodnotí, že adaptační proces je poté snadnější i pro klienta, a také se pracovníci v praxi snáze vyvarují situacím, které by mohly být pro seniora nepříjemné. Z tohoto aspektu současně vyplývá vysoká potřebnost zapojení rodinných příslušníků do plánování péče o klienta. Toto zapojení je žádoucí zejména při zahájení sociální služby, kdy je pro seniora v rámci zařízení vše nové a neznámé. Rodinní příslušníci mohou poskytovat potřebnou podporu a senior se díky nim může cítit jistěji. I přes administrativní náročnost je individuální plán aktivit považován za klíčový nástroj, který umožňuje pečovateltům sledovat pokrok klienta a pružně reagovat na jeho potřeby a zájmy. Díky pravidelné aktualizaci a doplňování plánu je možné postupně rozšiřovat spektrum aktivit a poskytovat klientovi pestré škálu možností pro trávení jeho volného času.

## 5.1 Diskuze a doporučení do praxe

Pomocí výzkumné metody polostrukturovaného rozhovoru byly v rámci výzkumné části práce vedeny rozhovory s celkem sedmi respondenty, kteří byli autorkou osloveni pro účast na výzkumném šetření. Cílem výzkumného šetření bylo nalézt odpověď na otázku vlivu aktivizačních činností na adaptační proces seniora v rámci institucionální péče. Při realizaci výzkumu se autorka zaměřila na zkoumanou problematiku optikou pracovníků zařízení. Výzkumné šetření bylo soustředěno na tři hlavní oblasti, kterými jsou: adaptace seniorů na život v zařízení ústavní péče, realizace aktivizačních činností v domově pro seniory a individuální plánování těchto aktivit v kontextu adaptace. Tyto oblasti byly následně podrobeny systematickému zkoumání s cílem porozumět procesu aktivit v kontextu adaptace seniora v institucionálním prostředí. V rámci každé z těchto oblastí měla autorka pro respondenty předem připravené teoretické výzkumné otázky, které sloužily jako hlavní rámec pro výzkum. K těmto otázkám autorka přidala i vedlejší výzkumné otázky, které umožnily prohloubit porozumění zkoumaným fenoménům a objevit nové perspektivy. Během průběhu rozhovorů autorka dále využívala také doplňující otázky, které nebyly předem stanovené, ale reagovaly na konkrétní situace a témata, která se v průběhu rozhovoru ze zkoumané problematiky vynořily. Tímto způsobem mohla autorka lépe pochopit složitost a dynamiku procesů adaptace klientů domova pro seniory v kontextu využití aktivizačních činností.

Závěr z výzkumného šetření nám podává informace o tom, že adaptace nových klientů v domově pro seniory je procesem, který vyžaduje citlivý a individualizovaný přístup. Respondenti zdůrazňují, že se jedná o období, kdy senioři procházejí různými emocemi. Z náhlé změny prostředí se u klientů objevují také obtíže při přizpůsobování se novému prostředí a režimu. I přes podporu ze strany pracovníků zařízení může být tento proces pro některé seniory náročný. Důležitou roli hraje podpora ze strany rodiny, která by měla být aktivně zapojena do procesu adaptace. Rodinní příslušníci mohou poskytnout důležitou podporu a pocit jistoty seniorům, zejména během jejich začátků v novém prostředí institucionální péče. Úspěšnost adaptačního procesu je také úzce spojena se zdravotním a psychickým stavem klienta. Respondenti uvádějí, že klienti, kteří jsou soběstační a schopni zvládat denní úkony s menší dopomocí, se obvykle lépe adaptují na nové prostředí, a jsou v zařízení spokojenější. Naopak klienti s vážnými zdravotními problémy a omezeními mohou mít adaptační proces složitější.

Současně z výsledků výzkumu vyplynulo, že individuální plánování aktivit je klíčové pro období adaptace a také pro sledování pokroku klienta v reakcích na jeho potřeby, přání a zájmy. Respondenti věří, že díky pravidelné aktualizaci individuálního plánu je možné nejen postupně rozšiřovat spektrum realizovaných aktivit u klientů, ale současně také poskytovat seniorům pestrou škálu možností pro trávení jejich volného času. V neposlední řadě aktuálnost individuálního plánu umožňuje pracovníkům pružně reagovat na změny, které u postupně klientů nastávají. Týmová spolupráce je nezbytná pro úspěšný adaptační proces. Respondenti dále zdůrazňují význam sdílení informací a znalostí mezi členy týmu, avšak často vnímají nedostatek času jako překážku pro předávání informací o klientovi. Přesto se snaží své úkoly koordinovat a navzájem spolupracovat.

Celkově lze tedy konstatovat, že adaptační proces v domově pro seniory je komplexním úkolem, který vyžaduje součinnost a porozumění ze strany všech zúčastněných subjektů. Zejména je pak důležitý důraz na individuální přístup, rodinnou podporu, týmovou spolupráci a pravidelnou aktualizaci plánu aktivit. Tyto aspekty mohou následně přispět k úspěšné adaptaci klientů a též k vytvoření podpůrného prostředí pro jejich život v domově pro seniory.

Během rozhovorů se vynořily také oblasti, které by měly být důkladněji prozkoumány do budoucna. Jednou z těchto oblastí je spolupráce rodiny a zapojení rodinných příslušníků nebo blízkých osob do procesu plánování péče a adaptace seniorů. Většina respondentů zdůrazňuje, že pracovníci často nemají kompletní informace o nových klientech, zejména pokud jde o biografickou anamnézu. Rodinní příslušníci dle názorů respondentů nevěnují dostatečný čas k sestavení detailní biografické anamnézy. Ta často obsahuje pouze základní informace nebo bývá někdy nepřesná. Také se stává, že rodinní příslušníci do biografické anamnézy zaznamenávají své vlastní představy o tom, jak by měly být aktivizační činnosti pro seniory realizovány.

Jako doporučení pro budoucí práci autorka navrhuje vytvoření adaptační skupiny, do které by byli zapojeni nejen pracovníci zařízení, ale také rodinní příslušníci a blízcí nového klienta. Tato skupina by mohla poskytnout důležitou podporu a pomoc nejen samotnému klientovi, ale i jeho blízkým při procesu adaptace na nové prostředí a změny v životním stylu. Společná komunikace a sdílení zkušeností by mohly vést k lepšímu porozumění potřebám klienta a efektivnějšímu plánování péče.

## 5.2 Limity a etické aspekty výzkumu

Důležitým aspektem každého výzkumného procesu jsou jeho limity. I když výzkumné metody a techniky mohou poskytnout cenné poznatky a hlubší porozumění zkoumanému fenoménu, avšak polostrukturovaný rozhovor, jakožto výzkumná metoda, nese svá specifická omezení, která mohou ovlivnit následnou validitu a interpretaci výsledků výzkumného šetření. Jako limity výzkumu vnímá autorka práce zejména omezenou reprezentativnost. Výzkumné šetření bylo prováděno v jednom vybraném zařízení pobytové sociální služby domova pro seniory, nelze tedy říci, že jsou výsledky výzkumu dále zobecnitelné. Současně autorka vnímá, že interpretace zjištěných dat může být subjektivní. Časovou náročnost výzkumného šetření brala autorka v potaz již před samotnou realizací polostrukturovaných rozhovorů, avšak i tuto skutečnost přičítá k limitům výzkumu.

V rámci etických aspektů při realizaci výzkumu hovoříme o etických principech, jež jsou uznávány vědeckou komunitou (Hendl, 2016, s. 62):

- Dobrovolnost a neškodnost: respondenti se výzkumu účastní dobrovolně a současně je pro ně výzkumné šetření bezpečné.
- Poučený (informovaný) souhlas: informovaným souhlasem máme na mysli prohlášení respondenta, které je jí následně podepsáno.
- Anonymita a důvěrnost: výsledky výzkumu nesmí nijak ohrozit anonymitu respondenta.
- Odhalení: výzkumník musí přesně informovat respondenta o záměrech výzkumu a jeho budoucím použití.
- Analýza dat a obsah zprávy: tímto principem je míněn fakt, že výzkumník by měl uvádět také negativní aspekty průběhu výzkumného šetření nezatajovat nepříznivé výsledky výzkumu.

V rámci tématu etických pravidel můžeme jmenovat také legislativu vztahující se k dodržování etických zásad. Podpořeny jsou Listinou základních práv a svobod, dále zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a zákonem č. 40/1964 Sb., o ochraně osobnosti v občanském zákoníku (Bitrich, 2002, s. 91).

## Metodický list pro potřeby pracovníků

Tato metodika slouží pro komplexní shrnutí realizace adaptační skupiny v rámci zařízení institucionální péče domova pro seniory a je sestavena autorkou práce. Autorka při práci na metodice vycházela ze své vlastní odborné praxe v zařízení. Současně také zohlednila základní zjištění výsledků výzkumu, podle kterých vyplynula potřebnost metodiky k zajištění žádoucího průběhu adaptačního procesu. Záměrem adaptační skupiny je zajištění prostoru pro sdílení zkušeností a vzájemnou podporu a pomoc při adaptačním procesu seniora. Prostředí adaptační skupiny nabízí podněty k aktivitě a zapojení seniora, přičemž cílem je zajistit, aby se klient v novém domově cítil komfortně a bezpečně. Metodika popisuje jednotlivé kroky pro vytvoření této skupiny v rámci domova pro seniory:

- Časový rámec pro realizaci adaptační skupiny je délka *maximálně dvou týdnů* od zahájení pobytové sociální služby nového uživatele.
- Sociální pracovnice zkontaktuje rodinné příslušníky či blízké osoby klienta, a domluví s nimi čas setkání pro realizaci skupiny.
- Sociální pracovnice následně informuje pracovníky zařízení o čase a místě konání skupiny – tzv. multidisciplinární tým, který zajišťuje péči a seniora.
- Místo pro realizaci skupiny by mělo být *bezpečné* a bez rušivých vlivů.
- Během realizace adaptační skupiny je přítomen také samotný klient, který je ve středu zájmu konání skupiny.
- Sociální pracovnice na začátku setkání představí všechny účastníky setkání a seznámí je se zámětem setkání, kterým je:
  - Osobní seznámení rodiny s multidisciplinárním týmem pracovníků.
  - Předání informací o klientovi.
  - Sestavení individuálního plánu nebo alespoň získání podnětů pro jeho následné sestavení.
  - Doplnění biografické anamnézy, je-li potřeba.
  - Sjednání spolupráce s rodinou, je-li tak v zájmu rodiny i klienta.
- Po vzájemné diskuzi a splnění účelu setkání sociální pracovnice nabídne všem účastníkům možnost následného setkání skupiny, po delším časovém úseku. Tato skutečnost bude sloužit k vyhodnocení individuálního plánování a případným změnám v péči o klienta.
- V rámci setkání je se všemi účastníky setkání podepsán *Záznam z adaptační skupiny*, který shrnuje obsah setkání.

Je možné, aby se v rámci skupiny sešla početnější skupina klientů se svými rodinami a blízkými, stane-li se, že v tomto období zahájí službu větší počet seniorů. Kapacitě by pak mělo odpovídat prostředí, kde se setkání odehrává, ale také složení pracovníků, kteří poskytují péči vybraným klientům. Adaptační skupina v domově pro seniory rodinným příslušníkům poskytuje možnost zapojit se do procesu adaptace svého blízkého na nové prostředí a umožní jim tak lépe porozumět potřebám a emocím seniora v průběhu adaptace. Díky adaptační skupině mají rodinní příslušníci a blízcí seniora prostor k vyjádření svých obav, otázek a potřeb. Realizací adaptační skupiny vzniká příležitost pro podporu a vzájemné sdílení zkušeností mezi rodinnými příslušníky a pracovníky zařízení. Tato skutečnost může napomoci všem zapojeným subjektům k lepšímu zvládnutí této náročné životní situace.

## Závěr

Aktivizační činnosti, využívané v rámci pobytové sociální služby domova pro seniory, mají významný vliv na adaptační proces nových klientů, a to z několika hledisek: vytvářejí prostředí, které podporuje aktivní a smysluplné trávení volného času, napomáhají seniorům s adaptací na nové prostředí, udržují jejich fyzickou i duševní kondici, podporují sociální interakce a navozují u nového klienta pocit bezpečí a pohody.

V rámci teoretické části práce se autorka věnuje představení problematiky stáří a stárnutí, následně nastiňuje aktuální informace o demografickém vývoji obyvatelstva v kontextu stárnutí populace. Zabývá se rolemi seniora, jeho potřebami a dává důraz na kvalitu jeho života, která je ovlivněna mnoha aspekty, zejména pak zachováním důstojnosti ve stáří a potřebné míry soběstačnosti. Dále se autorka zaměřuje na charakteristiku sociálních služeb, jejíž cílovou skupinou je seniorská populace. Ústředním tématem práce je psychosociální adaptace seniora na institucionální zařízení dlouhodobé péče domova pro seniory. V této souvislosti představuje faktory ovlivňující adaptaci, a dále také aktivizační činnosti, které v procesu adaptace napomáhají seniorovi k podnícení jeho aktivity a sociální interakce. Následně autorka jmenuje vybrané typy aktivizačních činností, které jsou při práci se seniory nejčastěji využívány. Neopomíná ani důležitost problematiky individuálního plánování ve spojitosti s vycházením z biografické anamnézy, jakožto zdroje pro správné nastavení plánu péče v oblasti aktivit.

Empirická část práce se věnuje metodologii výzkumu, který je kvalitativní, s ohledem na předem zvolenou problematiku zkoumání a způsob sběru dat. Autorka v roli výzkumníka zvolila jako metodu polostrukturovaný typ rozhovoru, v rámci kterého předem připravila baterii hlavních a vedlejších výzkumných otázek. Ty pokládala celkem sedmi respondentům z řad pracovníků zařízení, kteří s výzkumným šetřením předem vyslovili souhlas. Během rozhovoru autorka dotazování obohatila o doplňující otázky, díky kterým z rozhovorů vyvstalo téma potřebnosti realizace adaptační skupiny, jež autorka pokládá za dílčí cíl výzkumu. Cílem výzkumu bylo zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: „*Jaký je vliv aktivizačních činností na adaptaci seniora v ústavní péči?*“

Z výzkumného šetření lze vyvodit, že realizace aktivizačních činností při adaptačním procesu seniora na nové prostředí společně za předpokladu individuálního přístupu ke klientovi významně napomáhá k úspěšné integraci seniora mezi ostatní klienty. Zároveň má individuální plánování a následná realizace aktivizačních činností značný vliv na pocit bezpečí a jistoty nového klienta. Vhodně zvolené aktivity mohou ovlivňovat také fyzický

stav a psychickou pohodu klienta. Za nezbytnou podmínku, pro vhodně vedený adaptační proces, je dle závěru výzkumného šetření žádoucí spolupráce rodiny i multidisciplinárního týmu pracovníků zařízení.



## Seznam použité literatury a zdrojů

- AKTUÁLNĚ.CZ. *Až vymřou Husákovy děti, přijde malér. Jak bude vypadat Česko v roce 2100*. Online. 2024. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/datavize/cesko-v-roce-2100/r~b0ffd1f4905d11ee8b4e0cc47ab5f122/>. [cit. 2024-05-02].
- BITRICH, Tomáš (2002): Kvalitativní výzkum a česká legislativa: Informace nejen o zákoně na ochranu osobních údajů. *Biograf*, č. 27, s. 91-104. ISSN 1211-5770.
- BRITANNICA. *Gerontology and geriatrics*. Online, blogový příspěvek. 06 December, 2021. Dostupné z: <https://www.britannica.com/science/gerontology>. [Citováno 2024-07-01]
- ČESKO. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Páté, nezměněné vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5053-1.
- DR. M. DHANABHAKYAM a SARATH M. Psychological Wellbeing: Asystematic Literature Review. Online. *International Journal of Advanced Research in Science, Communication and Technology*. S. 603-607. ISSN 2581-9429. Dostupné z: <https://doi.org/10.48175/IJARSCT-8345>. [cit. 2024-04-15].
- EUROPEAN COMMISSION. *Green Paper on Ageing*. 2021. s. 1 – 26. ISBN 978-92-76-29356-9.
- EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care. Online. 2022. Dostupné z [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_22\\_5169](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169) . [cit. 2024-05-02].
- EUROSTAT. Demografické změny v Evropě – Přehled podle zemí: Česko. Online. 2020. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/CZ-CS.pdf> [cit. 2024-05-02].
- FERTÁLOVÁ, Terézia. *Aktivizačné techniky u chorých s demenciou*. Sociální služby. 2020, roč. 22, č. 11/2020, s. 34-37. ISSN 1803-7348.
- FRIDLOVÁ, Karolína Maloň. *Bazální stimulace na Leshan Normal University v Číně*. Sociální služby. 2020, roč. 22, č. 3/2020, s. 36-37. ISSN 1803-7348.

GERLICOVÁ, Markéta. Muzikoterapie a sociální služby. *Sociální služby*. 2023, roč. 25, č. 3, s. 10-11. ISSN 1803-7348.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HEGYI, Ladislav: *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001.

HENDL, Jan a REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

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

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Lékař a pacient. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.

HORECKÝ, Jiří a PRŮŠA, Ladislav. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2019. ISBN isbn:978-80-907053-4-0.

HORECKÝ, Jiří. *Dlouhodobá péče - zajištění důstojného stárnutí a kvality života ve stáří*. *Sociální služby*. 2021, roč. 23, č. 10/2021, s. 16-17. ISSN 1803-7348.

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

HROZENSKÁ, Martina a kol. *Sociálna práca so stašími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Praha: Osvěta, 2008. ISBN: 978-80-8063-282-3.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Aktivizace seniorů - tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů*. Praha: Verlag Dashöfer, [2018]. ISBN 978-80-87963-75-3.

- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MARHÁNKOVÁ, Jaroslava Hasmanová. Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí? Online. *Sociální studia / Social Studies*. 2014, roč. 11, č. 3, s. 13-29. ISSN 1803-6104. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/SOC2014-3-13>. [cit. 2024-04-21].
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování péče v domovech pro seniory*. Přeložil Renata HALMO. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0216-7.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Doporučený postup č. 2/2016 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou*. Praha: 2016.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí*. 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/narodni-akcni-plan-podporujici-pozitivni-starnuti>. [cit. 2024-05-02].
- MÍŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-437-1.
- PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.
- RADA EVROPSKÉ UNIE. *Doporučení rady o přístupu k cenově dostupné vysoce kvalitní dlouhodobé péči*. Online. 2022. Dostupné z: <https://op.europa.eu/cs/publication-detail/-/publication/1a2fbc1c-7649-11ed-9887-01aa75ed71a1/language-cs>. [cit. 2024-05-02].

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Sociologie (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

SUCHÁ, Jitka. *Trénování paměti a dalších kognitivních funkcí u seniorské populace (nejen v izolaci)*. Sociální služby. 2021, roč. 23, č. 8-9, s. 44. ISSN 1803-7348.

SUCHÁ, Jitka. *Trénování paměti a dalších kognitivních funkcí u seniorské populace (nejen v izolaci), 2. díl*. Sociální služby. 2021, roč. 23, č. 10, s. 36. ISSN 1803-7348.

VACEK, Tomáš. *Což takhle dát si hudbu aneb Muzikoterapie v praxi*. Sociální služby. 2020, roč. 22, č. 11, s. 20. ISSN 1803-7348.

VÁLKOVÁ, Monika; KOJESOVÁ, Marie a HOLMEROVÁ, Iva. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV, 2010. ISBN isbn978-80-7421-021-1.

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

VOSTÁLOVÁ, Eva. *Reminiscence jako nástroj prevence osamělých seniorů*. Sociální služby. 2020, roč. 22, č. 8-9/2020, s. 20. ISSN 1803-7348.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.

## **Abstrakt**

Teoretická část práce se zabývá problematikou stárnutí, potřeby seniorů a kvalitou jejich života. Následně představuje využití aktivizačních činností v souvislosti s adaptačním procesem seniora. Autorka se v rámci empirického výzkumu zabývá adaptačním procesem seniorů na pobytovou sociální službu domova pro seniory. Empirická část představuje výzkumnou metodologii a zjištění, že aktivizační činnosti za předpokladu zabezpečení individuálního přístupu ke klientovi podporují sociální integraci seniorů, zvyšují jejich pocit bezpečí a celkově napomáhají k adaptaci seniora na nové zařízení ústavní péče. Výsledky výzkumu naznačují, že vhodně zvolené aktivity ovlivňují fyzický stav a psychickou pohodu klientů v období adaptace. Klíčovou skutečností, pro dosažení úspěšného adaptačního procesu, je pak kooperace rodiny a týmu pracovníků zařízení.

The theoretical part of the thesis deals with the issue of aging, the needs of seniors and their quality of life. This fact represents the use of activation activities in connection with the adaptation process of the elderly. As part of empirical research, the author deals with the adaptation process of seniors at the residential social service of a home for the elderly. The empirical part presents the research methodology and the finding that activation activities, provided that individual access to clients is ensured, support the social integration of seniors, their appropriate feelings, and overall help to facilitate the adaptation of seniors to the facility. The research results indicate that appropriately chosen activities influence the physical condition and psychological well-being of clients during the adaptation period. The key fact for achieving a successful adaptation process is the cooperation of the family and the staff of the facility.